Servicio de Salud Coquimbo
Región de Coquimbo
Ministerio de Salud

TRABAJANDO PARA USTED

**RESOLUCIÓN EXENTA N°**

N° INT.:

**VISTOS:**

El D.F.L. N°1/05 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.S. N°2.763 de 1979 y de las leyes N° 18.933 y 18.469; el D.S. N°140/04 del Ministerio de Salud, sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, Resolución N°36/2024, de la Contraloría General de la República; Decreto Afecto N° 16, de 04 de septiembre de 2024 del Ministerio de Salud y

**CONSIDERANDO:**

1. Que, en el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, el Ministerio de Salud ha incorporado a la Atención Primaria como pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, impulsando el PESPI (Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas).
2. Los recursos asociados al Programa para el año 2026 fueron aprobados mediante Resolución Exenta N° 192 del 13 de febrero de 2026 del Ministerio de Salud.
3. Que, con fecha 19 de marzo de 2026, el Servicio de Salud Coquimbo y la Ilustre Municipalidad de La Serena suscribieron un convenio programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas 2026.
4. Por lo anteriormente expuesto y en razón de las facultades de mi cargo, dicto la siguiente:

## RESOLUCION:

1°.-**APRUÉBESE** el Convenio de fecha 19-03-2026 suscrito entre la **MUNICIPALIDAD DE LA SERENA,** representada por su Alcaldesa **D. DANIELA NORAMBUENA BORGHERESI** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director **ERNESTO JORQUERA FLORES**, relativo al Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas 2026.

**CONVENIO PESPI**

**(PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS)**

**AÑ0 2026 LA SERENA**

En La Serena a....19-03-2026.... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director **D. ERNESTO JORQUERA FLORES**, Decreto Afecto N° 16 del 04 de septiembre de 2024 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA SERENA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Prat N°451, La Serena, representada por su por su Alcaldesa **D. DANIELA NORAMBUENA BORGHERESI** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°5062/2024 en adelante la "Municipalidad" o el "Municipio", indistintamente, 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 Nº 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 4º del Decreto Supremo N° 35 del 18 de abril de 2024 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".

AEFC RDCOG VHP JRAM PAGG MAOC SAAC

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LHXEWV-317

**SEGUNDA:** En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, el Ministerio de Salud ha incorporado a la Atención Primaria como pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, impulsando el PESPI (Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas), con el objetivo de "Mejorar el acceso, oportunidad y calidad de atención en salud a las personas, familias y comunidad contribuyendo de esa forma a mantener sana la población a cargo con participación activa de la comunidad en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de la promoción, prevención y fortalecimiento del auto cuidado".

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1084 del 31 de diciembre de 2025** del Ministerio de Salud, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos asociados al programa fueron aprobados mediante **Resolución Exenta N°192 del 13 de febrero 2026** del Ministerio de Salud.

**TERCERA:** El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar el siguiente propósito, objetivo general y componentes del PESPI:

## 1. PROPÓSITO

Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas, a través, del desarrollo progresivo de un modelo de salud intercultural, que involucre su participación en la construcción, ejecución, control y evaluación del proceso sanitario, en la red pública de salud conforme al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario (MAIS).

## 2. OBJETIVO GENERAL

Disminuir las inequidades en salud entre la población indígena y no indígena, aumentando la pertinencia cultural de las atenciones en la red asistencial pública.

El Programa se desarrolla a partir de tres Ejes Estratégicos y seis componentes operativos, que se despliegan promoviendo la continuidad de cuidados integrales en las *Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)*, el fortalecimiento del *Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario (MAIS)* con enfoque intercultural y la disminución de barreras de acceso, garantizando pertinencia cultural de las atenciones de salud destinadas a los pueblos indígenas de Chile.

**Ejes Estratégicos:**

1. **Eje Equidad:** Busca reducir las brechas en la situación de salud entre la población indígena y la no indígena, promoviendo un acceso equitativo a servicios de salud de calidad. Para ello, es indispensable identificar a la población perteneciente a pueblos indígenas, desagregada por sexo y edad, en la red de establecimientos públicos, y caracterizar sus principales problemas de salud. En este contexto, se

2. debe aplicar la normativa vigente sobre estándares de información en salud (*Norma Técnica 643 y su actualización, Decreto 231, DEIS, 2023).*

3. **Eje Interculturalidad:** En las *Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)*, la implementación de estos modelos debe armonizarse con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) desde la Atención Primaria de Salud (APS), para evitar la fragmentación de servicios, mejorar la accesibilidad, equidad, eficiencia y calidad, y garantizar la transversalización y continuidad de los cuidados integrales. Esto requiere, además, adaptar planes, programas, protocolos, prestaciones y acciones regulares de salud, incorporando elementos de pertinencia cultural que eliminen barreras de acceso y mejoren la aceptabilidad de los servicios, en un marco de derechos indígenas y de género.

4. **Eje Participación social indígena**: Es un eje transversal que garantiza el desarrollo de programas y planes con inclusión activa de los pueblos indígenas en todas las etapas del ciclo programático: diagnóstico, planificación, implementación, control y evaluación. Es una condición sine qua non para la implementación de los modelos de salud intercultural.
El Reglamento del artículo 7° de la Ley 20.584 establece que los prestadores institucionales públicos deben: "Contar con instancias y mecanismos de participación específicas en materia de salud y pueblos indígenas".

**COMPONENTES DEL PROGRAMA:**

| N° | Componente | Descripción |
|---|---|---|
| 1 | Identificación de la población indígena y de sus principales problemas de salud | Las personas de pueblos indígenas adscritas a establecimientos públicos e inscritas en FONASA acceden a la atención a través del sistema de admisión habitual. El personal administrativo debe aplicar la pregunta sobre pertenencia a pueblos indígenas y registrar esta información conforme a la Norma Técnica 643 y su actualización (Decreto N.º 231/2023, MINSAL). Este proceso es crucial para identificar problemas prioritarios de salud y desarrollar estrategias con pertinencia cultural. Se requiere actualizar fichas clínicas con la variable de pueblos indígenas y promover la identificación en programas preventivos, como PAP, mamografías, EMP, EMPA y controles periódicos. Esto permitirá evaluar el impacto de las intervenciones. |

| N° | Componente | Descripción |
|---|---|---|
| 2 | Competencias interculturales | Tiene como propósito dotar de pertinencia cultural a los cuidados integrales en salud, mediante el fortalecimiento de capacidades y competencias interculturales en |

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LHXEWV-317

| | | |
|---|---|---|
| | | funcionarios, equipos técnicos y facilitadores interculturales. Este proceso se orienta a reconocer y valorar la diversidad cultural como un elemento central en la atención sanitaria, promoviendo transversalización de los cuidados integrales. La formación continua en gestión de salud intercultural, metodologías innovadoras y procesos reflexivos constituye un eje clave para generar cambios progresivos a nivel normativo, técnico, programático y organizacional, que permitan mejorar la aceptabilidad de las intervenciones. |

| N° | Componente | Descripción |
|---|---|---|
| 3 | Transversalización de los cuidados con pertinencia cultural en programas de salud y modelo de atención (MAIS) | La transversalización de los cuidados con pertinencia cultural en el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), consiste en incorporar de manera sistemática principios, prácticas y estrategias construidas en conjunto con Facilitadores(as) Interculturales, autoridades tradicionales y terapeutas de los pueblos indígenas, con el fin de garantizar prestaciones de salud con pertinencia cultural en la red asistencial. Este enfoque se orienta a adaptar y/o complementar los protocolos de atención en salud, reconociendo y valorando concepciones diversas sobre la salud, la enfermedad y del cuidado, e integrando prácticas que complementen la atención de salud. De esta manera, se fortalecen acciones sanitarias integrales que contribuyen a mejorar la aceptabilidad y eficacia de las atenciones de salud. |

| N° | Componente | Descripción |
|---|---|---|
| 4 | Facilitador(a) Intercultural que realiza acciones de orientación y acompañamiento | El componente tiene como propósito optimizar la comunicación y el entendimiento entre usuarios de pueblos indígenas y los equipos de salud, fortaleciendo la relación clínico-paciente y la pertinencia cultural en el proceso de atención. Este rol es asumido por una persona conocedora del sistema de salud indígena, con redes comunitarios en los pueblos indígenas. Entre las acciones fundamentales de su quehacer se encuentra orientar y acompañar a personas, familias y comunidades indígenas en la gestión de atenciones y derivaciones hacia sistemas de sanación tradicionales, garantizando la confidencialidad; brindar apoyo en procesos de hospitalización, tratamiento y continuidad de los cuidados, incorporando acompañamiento en idioma indígena, visitas domiciliarias, cuando sea requerido, entre otros. (Decreto 21 de 2023). |

| N° | Componente | Descripción |
|---|---|---|
| 5 | Prestaciones de Salud Indígena | El componente de Prestaciones de Salud Indígena se orienta a promover la interculturalidad y la complementariedad entre el sistema médico alopático y las prácticas de sanación de los pueblos indígenas, reconociendo el valor de los saberes ancestrales y su relación con el entorno natural y espiritual. A través de la participación de sanadores tradicionales —como yatiris, machis, lawentuchefe, taotes, owurkan (pueblo Kaweagar) y Yekamush (pueblo Yagan), entre otros— se realizan atenciones en establecimientos de salud o en los propios territorios, gestionadas y articuladas por el equipo de salud y/o Facilitador Intercultural. Estas prestaciones incluyen diagnósticos tradicionales, la preparación y entrega de infusiones herbales, y la asistencia espiritual, reforzando los cuidados culturalmente pertinentes. |

| N° | Componente | Descripción |
|---|---|---|
| 6 | Planes de Salud Comunitaria | Componente orientado a la incorporación sistemática de un enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en el diseño e implementación de planes de salud comunitaria, con especial atención a las realidades de los pueblos indígenas. Los equipos de salud, en coordinación con organizaciones y autoridades ancestrales, identifican factores de riesgo que inciden en la salud, formulando intervenciones culturalmente pertinentes y territorialmente contextualizadas, coherentes con los principios de equidad, pertinencia y participación. Esta labor se enmarca en los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud y utiliza como referencia la pauta de evaluación del desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), asegurando una atención centrada en las personas y los territorios, orientada a la justicia sanitaria, con enfoque promocional y preventivo. |

**CUARTA** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes y considerando la situación epidemiológica actual, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, responsable final de la ejecución de estos recursos, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma de **$ 4.647.250.- (cuatro millones seiscientos cuarenta y siete mil doscientos cincuenta pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de los objetivos señalados en las cláusulas precedentes. Los recursos asignados financiarán, como mínimo, la realización de las siguientes actividades:

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LHXEWV-317

- Capacitación
- Encuentros
- Insumos
- Soportes Gráficos
- Difusión
- Sanadores indígenas
- Participación Indígena
- Actividades realizadas por el/a Facilitadora Intercultural.
-

El monto total asignado, será utilizado para la ejecución de la planificación anual de actividades, cuyos indicadores y metas se contemplan en cláusula sexta del presente convenio y están afectas a reliquidación en caso de incumplimientos.

**QUINTA:** Los recursos serán transferidos por el Servicio a la Municipalidad, en representación del Ministerio de Salud en 2 cuotas anuales, de la siguiente forma:

**a)** La primera cuota del 70% se transferirá a la total tramitación del acto administrativo respectivo.

**b)** La segunda cuota del 30% restante se transferirá en octubre, de acuerdo con los resultados de la evaluación señalada en la cláusula sexta de este convenio.

Los recursos asociados a este Programa de Salud financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, 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 locales del Programa y de acuerdo con la normativa vigente.

El Servicio no entregara nuevos fondos a rendir, cuando la rendición se haya hecho exigible y la entidad receptora no haya rendido cuenta de la inversión de cualquier fondo ya concedido. En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido la remesa anterior.

**SEXTA:** Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, los que serán concordantes con la estrategia financiada en la comuna:

**A. Indicador de Propósito:**

| Nombre del indicador | Fórmula de cálculo | VERIFICADOR |
|---|---|---|
| Transversalización de la pertinencia cultural en los programas de salud y modelo de atención en la red asistencial | (N° de establecimientos de APS comunal priorizados que implementan Protocolos de atención con pertinencia cultural para poblaciones indígenas en el año t) / (N° total de establecimientos de APS de la comuna priorizados en el año t) x100 | Protocolo e informe de su implementación. |

**B. Indicadores Complementarios (por componente):**

**I. Eje Estratégico: Equidad**

| Componente | Indicador | Fórmula de cálculo | Verificador |
|---|---|---|---|
| 1. Identificación de la población perteneciente a pueblos indígenas adscrita/inscrita en la red pública de salud | Porcentaje de personas inscritas/adscritas identificadas como pertenecientes a población indígena | (N° de personas inscritas/adscritas identificadas como pertenecientes a población indígena en año t) -(N° de personas inscritas/adscritas identificadas como pertenecientes a población indígena en año t-1) / (N° total de personas inscritas/adscritas identificadas como pertenecientes a población indígena año t-1) *100<br><br>*Porcentaje de variación de personas identificadas entre el año actual y el año anterior | informe comunal |

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LHXEWV-317

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2. Fortalecimiento y desarrollo de competencias para la interculturalidad en funcionarios y equipos de salud | Porcentaje de profesionales, técnicos y administrativos capacitados en salud intercultural | (N° de profesionales, técnicos y administrativos de APS capacitados en salud intercultural en el año t) / (N° total de profesionales, técnicos y administrativos de APS en el año t) * 100 | Informe comunal, con lista de asistencia, notas, programa de capacitación. |

**II. Eje Estratégico: Interculturalidad**

| Componente | Indicador | Fórmula de cálculo | Verificador |
|---|---|---|---|
| 3. Acción de orientación y acompañamiento realizada por Facilitador Intercultural | Porcentaje de variación de actividades realizadas por FIC en APS y hospitales. | (N° de actividades realizadas por FIC a personas indígenas en año t) - (Número de actividades realizadas por FIC a personas indígenas en año t-1) / (N° total de actividades realizadas por FIC en año t-1) *100<br><br>*Porcentaje de variación de actividades del FIC (comparativo entre 2 años) | Línea Base 2025<br><br>-REM19a: Sección C<br><br>-Reporte comunal. |
| 4. Prestaciones de Salud Indígena. | Porcentaje de atenciones realizadas por sanadores indígenas a personas indígenas. | (N° atenciones de sanadores indígenas realizadas a personas indígenas en el año t) / (N° total de atenciones realizadas por sanadores indígenas en el año t) *100 | Línea Base Convenios 2025, más 5%. REM A04: Sección F |

**III. Eje Estratégico: Participación**

| Componente | Indicador | Formula de Calculo | Verificador |
|---|---|---|---|
| 5. Planes de Salud Comunitaria elaborados y ejecutados con participación social indígena para intervenir su situación de salud. | Porcentaje de establecimientos de salud APS de la comuna que incorporan participación de organizaciones indígenas en la elaboración de Planes de Salud comunitaria | (N° de establecimientos de salud de APS de la comuna que elaboran Planes de salud comunitaria con participación indígena en el año t) / (N° total de establecimientos de salud de APS de la comuna con programa en el año t) *100 | Reporte por establecimiento de cada comuna - Línea Base 2025. |

**C. COMPLEMENTARIEDADES:**

El Programa de Salud y Pueblos Indígenas no se define a partir de un problema de salud particular, sino que refiere a la población indígena, con requerimientos particulares en salud, por tanto, debe ser trasversal a toda la oferta programática. En las *Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)*, la implementación de los modelos de salud intercultural debe armonizarse con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) desde la Atención Primaria de Salud (APS), para evitar la fragmentación de servicios, mejorar la accesibilidad, equidad, eficiencia y calidad, y garantizar la transversalización de los cuidados integrales.

**C.1. Complementariedad a nivel interno:**

La complementariedad con otros programas fortalece la transversalización de la pertinencia cultural, evitando la fragmentación de acciones y promueve la integración y continuidad de los cuidados con pertinencia cultural, territorial y de género, garantizando respuestas sanitarias acordes a la diversidad cultural de la población. En este marco, el PESPI se complementa con los siguientes programas ministeriales:

**Programa de Espacios Amigables**: orientado a la atención integral de adolescentes y jóvenes, promueve entornos protectores y servicios de salud accesibles, con enfoque de derechos, género y diversidad.

**Programa de Salud Mental**: enfocado en la promoción del bienestar psicosocial y la prevención de los trastornos de salud mental, incorpora un enfoque comunitario e intersectorial.

**Programa de Salud Sexual y Reproductiva**: promueve el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de equidad de género, autonomía y enfoque de derechos.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LHXEWV-317

**Programa de Salud Cardiovascular**: tiene como propósito prevenir, detectar y controlar factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

**Programa de Capacitación de APS:** El Programa de Capacitación y Formación en APS está dirigido a funcionarios de Atención Primaria de la Red Asistencial, se entregan las orientaciones técnicas y directrices para la ejecución de las actividades de capacitación que apunten a fortalecer el Modelo de Atención de Salud Familiar y Comunitario MAIS, y responder de manera efectiva a las prioridades sanitarias nacionales establecidas por la División de Atención Primaria (DIVAP). Línea estratégica N° 6: Herramientas para la transversalización del enfoque intercultural en APS con pertinencia cultural.

**C.2 Complementariedad a nivel externo:**

La situación de salud de los pueblos indígenas en Chile demanda abordar intersectorialmente la complejidad de las determinantes sociales que impactan en la salud y calidad de vida de los pueblos indígenas, a nivel territorial como, menores índices de escolarización, calificación, remuneración y en particular de los indicadores sanitarios.

**D. La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:**

- **La primera evaluación,** se efectuará con corte al 31 de agosto de cada año. El Servicio es el responsable de cargar la producción de cada componente en sistema REM, en caso de que corresponda, y evacuar el informe correspondiente en la primera semana del mes de septiembre.

Cada referente técnico deberá revisar su evaluación, para verificar el porcentaje de avance informado y realizar los ajustes necesarios para asegurar el gasto correspondiente al año presupuestario.

Según 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 30%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30% |
|---|---|
| 30% | 0% |
| Entre 20% y 29,9% | 50% |
| Entre 10% y 19,9% | 75% |
| Menos del 10% | 100% |

**El incumplimiento de las metas comprometidas 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.

- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las actividades comprometidas y los gastos asociados debidamente informados en la plataforma financiera.

El monitoreo y seguimiento de los actos administrativos correspondientes a las transferencias de recursos y los actos de evaluación permitirán el cumplimiento de las actividades programadas en el Plan de Salud Local. Asimismo, la elaboración de dicho Plan deberá considerar el cumplimiento de los indicadores consignados en el Programa, tales insumos permitirán proporcionar información en el marco del Monitoreo y Seguimiento del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas, en los Programas Sociales del MDSyF.

**Uso de recursos disponibles:**

- Uso de recursos disponibles por sobrecumplimiento: En caso de existir recursos disponibles una vez cumplidas las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud la autorización para adquirir insumos destinados a fortalecer las acciones del Programa en la atención primaria, siempre dentro del mismo año presupuestario.

- 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.

**SÉPTIMA:** El procedimiento para efectuar la rendición de cuentas se encuentra regulado en la resolución N° 30 del 2015 y la resolución 1.858/2023 ambas de Contraloría General de la República, que establece el uso obligatorio del sistema de rendición electrónica de cuentas (SISREC) por los servicios públicos. A fin de contar con medios electrónicos compatibles con los utilizados por la Contraloría General de la Republica y que cuenten con un nivel de resguardo y seguridad que garantice la autenticidad, integridad y disponibilidad de la información, a partir del presente convenio el Municipio deberá rendir los recursos traspasados por el Servicio de Salud Coquimbo a través de la plataforma tecnológica denominada "Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas" o SISREC, para la ejecución de los proyectos antes individualizados y rendir las cuentas con documentación electrónica y digital. Para tal efecto se deberá designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en el sistema en calidad de titular,

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LHXEWV-317

y al menos un subrogante, en los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, además de disponer de los medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas de las tareas, iniciativas y actividades del respectivo Programa de Atención Primaria de Salud, durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para su ejecución. La rendición de cuentas es mensual desde la transferencia de los recursos y se debe realizar dentro de los primeros 15 días hábiles del mes siguiente al que se informa. El Servicio no entregará nuevos fondos a rendir, cuando la rendición se haya hecho exigible y el ejecutor no haya rendido cuenta de cualquier fondo ya concedido.

El informe final de rendición deberá remitirse por la Municipalidad al Servicio en un plazo máximo de 6 meses desde el término de la vigencia del convenio. El Servicio efectuará la solicitud de cierre de la rendición, a fin de que la Municipalidad reintegre a rentas generales de la nación los recursos no ejecutados, según lo estipula el artículo 26 de la Ley de presupuesto vigente.

Los funcionarios que la Municipalidad designe para desempeñar los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, deberán tener responsabilidad administrativa. En caso de cambios de las personas que desempeñen estos perfiles, el Municipio se compromete a informar formalmente y de manera oportuna al Servicio de Salud. En el caso de las Corporaciones Municipales, al menos el Ministro de Fe deberá tener responsabilidad administrativa.

En casos excepcionales y fundados, en que el ejecutor se vea imposibilitado de rendir a través del SISREC, el Servicio de Salud Coquimbo dispondrá de un procedimiento alternativo para la rendición de los recursos; dichos casos serán informados a la Contraloría para su conocimiento. No obstante, dichas rendiciones deberán ser regularizadas en el SISREC una vez superados los inconvenientes.

**OCTAVA:** El Servicio podrá solicitar a la Municipalidad, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

**NOVENA:** El Servicio, a través de su Departamento de Auditoría, podrá validar aleatoriamente la correcta utilización de los fondos traspasados. Conjuntamente a ello, cada Municipalidad deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado por las normas establecidas en la Resolución Nº 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos; para ello, será responsabilidad de la Municipalidad rendir en los plazos establecidos, debiendo presentar la documentación que respalde su ejecución con un desfase no superior a los dos meses de realizada su consumo. Lo anterior solo se justificará cuando hayan agotado los recursos transferidos al programa. En el caso que la comuna rinda "sin movimiento", pero el referente técnico del Servicio de Salud esté en conocimiento de la ejecución de acciones propias del programa, dicha rendición será "observada" para que sea rectificada, en especial aquellos programas con recurso humano asociado.

**DÉCIMA:** Finalizado el período de vigencia del convenio y en caso que la evaluación final dé cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos la Municipalidad reintegrar a Rentas Generales de la Nación los recursos del convenio que no hayan sido ejecutados oportunamente.

**DÉCIMA PRIMERA:** 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 montos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

En caso que el número de actividades realizadas por el Municipio sea menor a las que se obligó en el convenio (independiente de la cuantía y pertinencia otorgada al gasto asociado al programa), el Municipio deberá reintegrar los recursos asociados a las actividades no ejecutadas. Para determinar el monto que el Municipio debe reintegrar, éste se calculará proporcionalmente a la actividad asistencial no ejecutada.

**DÉCIMA SEGUNDA:** El Servicio de Salud pondrá término anticipado al presente convenio por medio de resolución fundada, si se produce incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o si su ejecución se desvía de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo.

Para tales efectos, se enviará aviso por escrito a las contrapartes, mediante carta certificada al domicilio indicado en la comparecencia, expresando las circunstancias que motivan el término del convenio, dentro de los cinco días hábiles siguientes que el Servicio de Salud tome conocimiento de las irregularidades.

La Municipalidad, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de dicha carta, deberá entregar un informe de los gastos efectuados a la fecha. El Servicio deberá revisar dicho informe dentro del plazo de 15 días hábiles, contados desde su recepción y podrá aprobarlo u observarlo. En caso de tener observaciones o requerir aclaraciones por parte de la Municipalidad respecto del informe, éstas deberán notificársele por escrito dentro de los dos días hábiles siguientes al término de la revisión. La Municipalidad tendrá un plazo de 8 días hábiles contados desde la notificación de las observaciones, para hacer las correcciones o aclaraciones pertinentes y entregarlas al Servicio, el que deberá revisarlas y pronunciarse dentro de los 7 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción.

Evacuados los informes por la Municipalidad o transcurridos los plazos indicados en el párrafo precedente sin que esto se verifique, el Servicio de Salud, conforme el mérito de los antecedentes dictará una resolución fundada, ya sea poniendo término anticipado al presente convenio, o acogiendo los descargos de la Municipalidad. La resolución que dicte el Servicio podrá ser impugnada conforme los recursos establecidos en la ley N°19.880.

La Municipalidad deberá restituir en cualquier caso los saldos no ejecutados, dentro del plazo de 10 días hábiles contados desde el pronunciamiento efectuado por el Servicio de Salud. En el mismo plazo deberá restituir los saldos no rendidos u observados, en caso de que el informe no haya sido aprobado.

**DÉCIMA TERCERA:** El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2026 o hasta la aprobación del informe final de rendición de cuentas o hasta que se realice el reembolso de los gastos objetados, según corresponda. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera de este convenio, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero del año 2026 por razones de continuidad y/o buen servicio, atendido lo señalado en los dictámenes Nº11.189/08 y Nº16.037/08, ambos de la Contraloría General de la República, y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley Nº19.880, y el artículo 13 inciso segundo de la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para los beneficiarios legales inscritos en los establecimientos de la comuna.

Las partes acuerdan que el contrato se prorrogará en forma automática y sucesiva, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del sector público del año respectivo, salvo que el convenio termine por las causales señaladas en la cláusula décimo segunda o que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LHXEWV-317

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año. Para todos los efectos legales, la prórroga

automática da inicio a un nuevo convenio de transferencia, cuyo monto a transferir se establecerá mediante Resolución Exenta del Servicio de Salud, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del sector público respectiva.

Por otro lado, y mediante convenios complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación. Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.

**DÉCIMA CUARTA:** El presente convenio se firma en 2 ejemplares del mismo tenor y oficio, quedando uno en poder de cada parte.

***Firmas Ilegibles***

| | |
|---|---|
| ***D. DANIELA NORAMBUENA BORGHERESI*** | ***ERNESTO JORQUERA FLORES*** |
| ***ALCALDESA*** | ***DIRECTOR*** |
| ***I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA*** | ***SERVICIO DE SALUD COQUIMBO*** |

2°.- **IMPÚTESE**, el gasto que irrogue el presente convenio Subt. N°24-08-395, del Presupuesto vigente del Servicio de Salud Coquimbo para el año 2026.

**ANOTESE Y COMUNIQUESE**

Firmado por:
Ernesto Wladimir Jorquera Flores
Director Servicio Salud Coquimbo
Fecha: 31-03-2026 21:05 CLT
Servicio de Salud Coquimbo

**DISTRIBUCION:**
Secretaria Subdirección Atención Primaria angel.flores@redsalud.gob.cl |

AEFC RDCOG VHP JRAM PAGG MAOC SAAC

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LHXEWV-317

**CONVENIO PESPI**
**(PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS)**
**AÑ0 2026 LA SERENA**

En La Serena a.....19 MAR 2026..... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director **D. ERNESTO JORQUERA FLORES**, Decreto Afecto N° 16 del 04 de septiembre de 2024 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA SERENA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Prat N°451, La Serena, representada por su por su Alcaldesa **D. DANIELA NORAMBUENA BORGHERESI** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°5062/2024 en adelante la "Municipalidad" o el "Municipio", indistintamente, 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 Nº 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 4º del Decreto Supremo N° 35 del 18 de abril de 2024 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, el Ministerio de Salud ha incorporado a la Atención Primaria como pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, impulsando el PESPI (Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas), con el objetivo de "Mejorar el acceso, oportunidad y calidad de atención en salud a las personas, familias y comunidad contribuyendo de esa forma a mantener sana la población a cargo con participación activa de la comunidad en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de la promoción, prevención y fortalecimiento del auto cuidado".

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1084 del 31 de diciembre de 2025** del Ministerio de Salud, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos asociados al programa fueron aprobados mediante **Resolución Exenta N°192 del 13 de febrero 2026** del Ministerio de Salud.

**TERCERA:** El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar el siguiente propósito, objetivo general y componentes del PESPI:

1. **PROPÓSITO**

Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas, a través, del desarrollo progresivo de un modelo de salud intercultural, que involucre su participación en la construcción, ejecución, control y evaluación del proceso sanitario, en la red pública de salud conforme al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario (MAIS).

2. **OBJETIVO GENERAL**

Disminuir las inequidades en salud entre la población indígena y no indígena, aumentando la pertinencia cultural de las atenciones en la red asistencial pública.

El Programa se desarrolla a partir de tres Ejes Estratégicos y seis componentes operativos, que se despliegan promoviendo la continuidad de cuidados integrales en las *Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)*, el fortalecimiento del *Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario (MAIS)* con enfoque intercultural y la disminución de barreras de acceso, garantizando pertinencia cultural de las atenciones de salud destinadas a los pueblos indígenas de Chile.

**Ejes Estratégicos:**

1. **Eje Equidad:** Busca reducir las brechas en la situación de salud entre la población indígena y la no indígena, promoviendo un acceso equitativo a servicios de salud de calidad. Para ello, es indispensable identificar a la población perteneciente a pueblos indígenas, desagregada por sexo y edad, en la red de establecimientos públicos, y caracterizar sus principales problemas de salud. En este contexto, se

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LHXEWV-317

debe aplicar la normativa vigente sobre estándares de información en salud (*Norma Técnica 643 y su actualización, Decreto 231, DEIS, 2023).*

2. **Eje Interculturalidad:** En las *Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)*, la implementación de estos modelos debe armonizarse con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) desde la Atención Primaria de Salud (APS), para evitar la fragmentación de servicios, mejorar la accesibilidad, equidad, eficiencia y calidad, y garantizar la transversalización y continuidad de los cuidados integrales. Esto requiere, además, adaptar planes, programas, protocolos, prestaciones y acciones regulares de salud, incorporando elementos de pertinencia cultural que eliminen barreras de acceso y mejoren la aceptabilidad de los servicios, en un marco de derechos indígenas y de género.

3. **Eje Participación social indígena**: Es un eje transversal que garantiza el desarrollo de programas y planes con inclusión activa de los pueblos indígenas en todas las etapas del ciclo programático: diagnóstico, planificación, implementación, control y evaluación. Es una condición sine qua non para la implementación de los modelos de salud intercultural.
El Reglamento del artículo 7° de la Ley 20.584 establece que los prestadores institucionales públicos deben: "Contar con instancias y mecanismos de participación específicas en materia de salud y pueblos indígenas".

**COMPONENTES DEL PROGRAMA:**

| N° | Componente | Descripción |
|---|---|---|
| 1 | Identificación de la población indígena y de sus principales problemas de salud | Las personas de pueblos indígenas adscritas a establecimientos públicos e inscritas en FONASA acceden a la atención a través del sistema de admisión habitual. El personal administrativo debe aplicar la pregunta sobre pertenencia a pueblos indígenas y registrar esta información conforme a la Norma Técnica 643 y su actualización (Decreto N.º 231/2023, MINSAL). Este proceso es crucial para identificar problemas prioritarios de salud y desarrollar estrategias con pertinencia cultural. Se requiere actualizar fichas clínicas con la variable de pueblos indígenas y promover la identificación en programas preventivos, como PAP, mamografías, EMP, EMPA y controles periódicos. Esto permitirá evaluar el impacto de las intervenciones. |

| N° | Componente | Descripción |
|---|---|---|
| 2 | Competencias interculturales | Tiene como propósito dotar de pertinencia cultural a los cuidados integrales en salud, mediante el fortalecimiento de capacidades y competencias interculturales en funcionarios, equipos técnicos y facilitadores interculturales. Este proceso se orienta a reconocer y valorar la diversidad cultural como un elemento central en la atención sanitaria, promoviendo transversalización de los cuidados integrales. La formación continua en gestión de salud intercultural, metodologías innovadoras y procesos reflexivos constituye un eje clave para generar cambios progresivos a nivel normativo, técnico, programático y organizacional, que permitan mejorar la aceptabilidad de las intervenciones. |

| N° | Componente | Descripción |
|---|---|---|
| 3 | Transversalización de los cuidados con pertinencia cultural en programas de salud y modelo de atención (MAIS) | La transversalización de los cuidados con pertinencia cultural en el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), consiste en incorporar de manera sistemática principios, prácticas y estrategias construidas en conjunto con Facilitadores(as) Interculturales, autoridades tradicionales y terapeutas de los pueblos indígenas, con el fin de garantizar prestaciones de salud con pertinencia cultural en la red asistencial. Este enfoque se orienta a adaptar y/o complementar los protocolos de atención en salud, reconociendo y valorando concepciones diversas sobre la salud, la enfermedad y del cuidado, e integrando prácticas que complementen la atención de salud. De esta manera, se fortalecen acciones sanitarias integrales que contribuyen a mejorar la aceptabilidad y eficacia de las atenciones de salud. |

| N° | Componente | Descripción |
|---|---|---|
| 4 | Facilitador(a) | El componente tiene como propósito optimizar la comunicación |

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LHXEWV-317

| | | |
|---|---|---|
| | Intercultural que realiza acciones de orientación y acompañamiento | y el entendimiento entre usuarios de pueblos indígenas y los equipos de salud, fortaleciendo la relación clínico-paciente y la pertinencia cultural en el proceso de atención. Este rol es asumido por una persona conocedora del sistema de salud indígena, con redes comunitarios en los pueblos indígenas. Entre las acciones fundamentales de su quehacer se encuentra orientar y acompañar a personas, familias y comunidades indígenas en la gestión de atenciones y derivaciones hacia sistemas de sanación tradicionales, garantizando la confidencialidad; brindar apoyo en procesos de hospitalización, tratamiento y continuidad de los cuidados, incorporando acompañamiento en idioma indígena, visitas domiciliarias, cuando sea requerido, entre otros. (Decreto 21 de 2023). |

| N° | Componente | Descripción |
|---|---|---|
| 5 | Prestaciones de Salud Indígena | El componente de Prestaciones de Salud Indígena se orienta a promover la interculturalidad y la complementariedad entre el sistema médico alopático y las prácticas de sanación de los pueblos indígenas, reconociendo el valor de los saberes ancestrales y su relación con el entorno natural y espiritual. A través de la participación de sanadores tradicionales —como yatiris, machis, lawentuchefe, taotes, owurkan (pueblo Kaweagar) y Yekamush (pueblo Yagan), entre otros— se realizan atenciones en establecimientos de salud o en los propios territorios, gestionadas y articuladas por el equipo de salud y/o Facilitador Intercultural. Estas prestaciones incluyen diagnósticos tradicionales, la preparación y entrega de infusiones herbales, y la asistencia espiritual, reforzando los cuidados culturalmente pertinentes. |

| N° | Componente | Descripción |
|---|---|---|
| 6 | Planes de Salud Comunitaria | Componente orientado a la incorporación sistemática de un enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS) en el diseño e implementación de planes de salud comunitaria, con especial atención a las realidades de los pueblos indígenas. Los equipos de salud, en coordinación con organizaciones y autoridades ancestrales, identifican factores de riesgo que inciden en la salud, formulando intervenciones culturalmente pertinentes y territorialmente contextualizadas, coherentes con los principios de equidad, pertinencia y participación. Esta labor se enmarca en los lineamientos técnicos del Ministerio de Salud y utiliza como referencia la pauta de evaluación del desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), asegurando una atención centrada en las personas y los territorios, orientada a la justicia sanitaria, con enfoque promocional y preventivo. |

**CUARTA** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes y considerando la situación epidemiológica actual, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, responsable final de la ejecución de estos recursos, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma de **$ 4.647.250.- (cuatro millones seiscientos cuarenta y siete mil doscientos cincuenta pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de los objetivos señalados en las cláusulas precedentes. Los recursos asignados financiarán, como mínimo, la realización de las siguientes actividades:

- Capacitación
- Encuentros
- Insumos
- Soportes Gráficos
- Difusión
- Sanadores indígenas
- Participación Indígena
- Actividades realizadas por el/a Facilitadora Intercultural.

El monto total asignado, será utilizado para la ejecución de la planificación anual de actividades, cuyos indicadores y metas se contemplan en cláusula sexta del presente convenio y están afectas a reliquidación en caso de incumplimientos.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LHXEWV-317

**QUINTA:** Los recursos serán transferidos por el Servicio a la Municipalidad, en representación del Ministerio de Salud en 2 cuotas anuales, de la siguiente forma:

**a)** La primera cuota del 70% se transferirá a la total tramitación del acto administrativo respectivo.

**b)** La segunda cuota del 30% restante se transferirá en octubre, de acuerdo con los resultados de la evaluación señalada en la cláusula sexta de este convenio.

Los recursos asociados a este Programa de Salud financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, 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 locales del Programa y de acuerdo con la normativa vigente.

El Servicio no entregara nuevos fondos a rendir, cuando la rendición se haya hecho exigible y la entidad receptora no haya rendido cuenta de la inversión de cualquier fondo ya concedido. En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido la remesa anterior.

**SEXTA:** Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, los que serán concordantes con la estrategia financiada en la comuna:

**A. Indicador de Propósito:**

| Nombre del indicador | Fórmula de cálculo | VERIFICADOR |
|---|---|---|
| Transversalización de la pertinencia cultural en los programas de salud y modelo de atención en la red asistencial | (N° de establecimientos de APS comunal priorizados que implementan Protocolos de atención con pertinencia cultural para poblaciones indígenas en el año t) / (N° total de establecimientos de APS de la comuna priorizados en el año t) x100 | Protocolo e informe de su implementación. |

**B. Indicadores Complementarios (por componente):**

**I. Eje Estratégico: Equidad**

| Componente | Indicador | Fórmula de cálculo | Verificador |
|---|---|---|---|
| 1. Identificación de la población perteneciente a pueblos indígenas adscrita/inscrita en la red pública de salud | Porcentaje de personas inscritas/adscritas identificadas como pertenecientes a población indígena | (N° de personas inscritas/adscritas identificadas como pertenecientes a población indígena en año t) -(N° de personas inscritas/adscritas identificadas como pertenecientes a población indígena en año t-1) / (N° total de personas inscritas/adscritas identificadas como pertenecientes a población indígena año t-1) *100 *Porcentaje de variación de personas identificadas entre el año actual y el año anterior | informe comunal |
| 2. Fortalecimiento y desarrollo de competencias para la interculturalidad en funcionarios y equipos de salud | Porcentaje de profesionales, técnicos y administrativos capacitados en salud intercultural | (N° de profesionales, técnicos y administrativos de APS capacitados en salud intercultural en el año t) / (N° total de profesionales, técnicos y administrativos de APS en el año t) * 100 | Informe comunal, con lista de asistencia, notas, programa de capacitación. |

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LHXEWV-317

**II. Eje Estratégico: Interculturalidad**

| Componente | Indicador | Fórmula de cálculo | Verificador |
|---|---|---|---|
| 3. Acción de orientación y acompañamiento realizada por Facilitador Intercultural | Porcentaje de variación de actividades realizadas por FIC en APS y hospitales. | (N° de actividades realizadas por FIC a personas indígenas en año t) - (Número de actividades realizadas por FIC a personas indígenas en año t-1) / (N° total de actividades realizadas por FIC en año t-1) *100<br><br>*Porcentaje de variación de actividades del FIC (comparativo entre 2 años) | Línea Base 2025<br><br>-REM19a: Sección C<br><br>-Reporte comunal. |
| 4. Prestaciones de Salud Indígena. | Porcentaje de atenciones realizadas por sanadores indígenas a personas indígenas. | (N° atenciones de sanadores indígenas realizadas a personas indígenas en el año t) / (N° total de atenciones realizadas por sanadores indígenas en el año t) *100 | Línea Base Convenios 2025, más 5%. REM A04: Sección F |

**III. Eje Estratégico: Participación**

| Componente | Indicador | Formula de Calculo | Verificador |
|---|---|---|---|
| 5. Planes de Salud Comunitaria elaborados y ejecutados con participación social indígena para intervenir su situación de salud. | Porcentaje de establecimientos de salud APS de la comuna que incorporan participación de organizaciones indígenas en la elaboración de Planes de Salud comunitaria | (N° de establecimientos de salud de APS de la comuna que elaboran Planes de salud comunitaria con participación indígena en el año t) / (N° total de establecimientos de salud de APS de la comuna con programa en el año t) *100 | Reporte por establecimiento de cada comuna - Línea Base 2025. |

## C. COMPLEMENTARIEDADES:

El Programa de Salud y Pueblos Indígenas no se define a partir de un problema de salud particular, sino que refiere a la población indígena, con requerimientos particulares en salud, por tanto, debe ser trasversal a toda la oferta programática. En las *Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)*, la implementación de los modelos de salud intercultural debe armonizarse con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) desde la Atención Primaria de Salud (APS), para evitar la fragmentación de servicios, mejorar la accesibilidad, equidad, eficiencia y calidad, y garantizar la transversalización de los cuidados integrales.

### C.1. Complementariedad a nivel interno:

La complementariedad con otros programas fortalece la transversalización de la pertinencia cultural, evitando la fragmentación de acciones y promueve la integración y continuidad de los cuidados con pertinencia cultural, territorial y de género, garantizando respuestas sanitarias acordes a la diversidad cultural de la población. En este marco, el PESPI se complementa con los siguientes programas ministeriales:

**Programa de Espacios Amigables**: orientado a la atención integral de adolescentes y jóvenes, promueve entornos protectores y servicios de salud accesibles, con enfoque de derechos, género y diversidad.

**Programa de Salud Mental**: enfocado en la promoción del bienestar psicosocial y la prevención de los trastornos de salud mental, incorpora un enfoque comunitario e intersectorial.

**Programa de Salud Sexual y Reproductiva**: promueve el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de equidad de género, autonomía y enfoque de derechos.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LHXEWV-317

**Programa de Salud Cardiovascular**: tiene como propósito prevenir, detectar y controlar factores de riesgo asociados a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

**Programa de Capacitación de APS:** El Programa de Capacitación y Formación en APS está dirigido a funcionarios de Atención Primaria de la Red Asistencial, se entregan las orientaciones técnicas y directrices para la ejecución de las actividades de capacitación que apunten a fortalecer el Modelo de Atención de Salud Familiar y Comunitario MAIS, y responder de manera efectiva a las prioridades sanitarias nacionales establecidas por la División de Atención Primaria (DIVAP). Línea estratégica N° 6: Herramientas para la transversalización del enfoque intercultural en APS con pertinencia cultural.

**C.2 Complementariedad a nivel externo:**

La situación de salud de los pueblos indígenas en Chile demanda abordar intersectorialmente la complejidad de las determinantes sociales que impactan en la salud y calidad de vida de los pueblos indígenas, a nivel territorial como, menores índices de escolarización, calificación, remuneración y en particular de los indicadores sanitarios.

**D. La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:**

- **La primera evaluación,** se efectuará con corte al 31 de agosto de cada año. El Servicio es el responsable de cargar la producción de cada componente en sistema REM, en caso de que corresponda, y evacuar el informe correspondiente en la primera semana del mes de septiembre.

Cada referente técnico deberá revisar su evaluación, para verificar el porcentaje de avance informado y realizar los ajustes necesarios para asegurar el gasto correspondiente al año presupuestario.

Según 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 30%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO | PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30% |
|---|---|
| 30% | 0% |
| Entre 20% y 29,9% | 50% |
| Entre 10% y 19,9% | 75% |
| Menos del 10% | 100% |

**El incumplimiento de las metas comprometidas 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.

- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las actividades comprometidas y los gastos asociados debidamente informados en la plataforma financiera.

El monitoreo y seguimiento de los actos administrativos correspondientes a las transferencias de recursos y los actos de evaluación permitirán el cumplimiento de las actividades programadas en el Plan de Salud Local. Asimismo, la elaboración de dicho Plan deberá considerar el cumplimiento de los indicadores consignados en el Programa, tales insumos permitirán proporcionar información en el marco del Monitoreo y Seguimiento del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas, en los Programas Sociales del MDSyF.

**Uso de recursos disponibles:**

- Uso de recursos disponibles por sobrecumplimiento: En caso de existir recursos disponibles una vez cumplidas las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud la autorización para adquirir insumos destinados a fortalecer las acciones del Programa en la atención primaria, siempre dentro del mismo año presupuestario.

- 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.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LHXEWV-317

**SÉPTIMA:** El procedimiento para efectuar la rendición de cuentas se encuentra regulado en la resolución N° 30 del 2015 y la resolución 1.858/2023 ambas de Contraloría General de la República, que establece el uso obligatorio del sistema de rendición electrónica de cuentas (SISREC) por los servicios públicos. A fin de contar con medios electrónicos compatibles con los utilizados por la Contraloría General de la Republica y que cuenten con un nivel de resguardo y seguridad que garantice la autenticidad, integridad y disponibilidad de la información, a partir del presente convenio el Municipio deberá rendir los recursos traspasados por el Servicio de Salud Coquimbo a través de la plataforma tecnológica denominada "Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas" o SISREC, para la ejecución de los proyectos antes individualizados y rendir las cuentas con documentación electrónica y digital. Para tal efecto se deberá designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en el sistema en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, además de disponer de los medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas de las tareas, iniciativas y actividades del respectivo Programa de Atención Primaria de Salud, durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para su ejecución. La rendición de cuentas es mensual desde la transferencia de los recursos y se debe realizar dentro de los primeros 15 días hábiles del mes siguiente al que se informa. El Servicio no entregará nuevos fondos a rendir, cuando la rendición se haya hecho exigible y el ejecutor no haya rendido cuenta de cualquier fondo ya concedido.

El informe final de rendición deberá remitirse por la Municipalidad al Servicio en un plazo máximo de 6 meses desde el término de la vigencia del convenio. El Servicio efectuará la solicitud de cierre de la rendición, a fin de que la Municipalidad reintegre a rentas generales de la nación los recursos no ejecutados, según lo estipula el artículo 26 de la Ley de presupuesto vigente.

Los funcionarios que la Municipalidad designe para desempeñar los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, deberán tener responsabilidad administrativa. En caso de cambios de las personas que desempeñen estos perfiles, el Municipio se compromete a informar formalmente y de manera oportuna al Servicio de Salud. En el caso de las Corporaciones Municipales, al menos el Ministro de Fe deberá tener responsabilidad administrativa.

En casos excepcionales y fundados, en que el ejecutor se vea imposibilitado de rendir a través del SISREC, el Servicio de Salud Coquimbo dispondrá de un procedimiento alternativo para la rendición de los recursos; dichos casos serán informados a la Contraloría para su conocimiento. No obstante, dichas rendiciones deberán ser regularizadas en el SISREC una vez superados los inconvenientes.

**OCTAVA:** El Servicio podrá solicitar a la Municipalidad, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

**NOVENA:** El Servicio, a través de su Departamento de Auditoría, podrá validar aleatoriamente la correcta utilización de los fondos traspasados. Conjuntamente a ello, cada Municipalidad deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado por las normas establecidas en la Resolución Nº 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos; para ello, será responsabilidad de la Municipalidad rendir en los plazos establecidos, debiendo presentar la documentación que respalde su ejecución con un desfase no superior a los dos meses de realizada su consumo. Lo anterior solo se justificará cuando hayan agotado los recursos transferidos al programa. En el caso que la comuna rinda "sin movimiento", pero el referente técnico del Servicio de Salud esté en conocimiento de la ejecución de acciones propias del programa, dicha rendición será "observada" para que sea rectificada, en especial aquellos programas con recurso humano asociado.

**DÉCIMA:** Finalizado el período de vigencia del convenio y en caso que la evaluación final dé cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos la Municipalidad reintegrar a Rentas Generales de la Nación los recursos del convenio que no hayan sido ejecutados oportunamente

**DÉCIMA PRIMERA:** 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 montos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

En caso que el número de actividades realizadas por el Municipio sea menor a las que se obligó en el convenio (independiente de la cuantía y pertinencia otorgada al gasto asociado al programa), el Municipio deberá reintegrar los recursos asociados a las actividades no ejecutadas. Para determinar el monto que el Municipio debe reintegrar, éste se calculará proporcionalmente a la actividad asistencial no ejecutada.

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LHXEWV-317

**DÉCIMA SEGUNDA:** El Servicio de Salud pondrá término anticipado al presente convenio por medio de resolución fundada, si se produce incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o si su ejecución se desvía de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo.

Para tales efectos, se enviará aviso por escrito a las contrapartes, mediante carta certificada al domicilio indicado en la comparecencia, expresando las circunstancias que motivan el término del convenio, dentro de los cinco días hábiles siguientes que el Servicio de Salud tome conocimiento de las irregularidades.

La Municipalidad, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de dicha carta, deberá entregar un informe de los gastos efectuados a la fecha. El Servicio deberá revisar dicho informe dentro del plazo de 15 días hábiles, contados desde su recepción y podrá aprobarlo u observarlo. En caso de tener observaciones o requerir aclaraciones por parte de la Municipalidad respecto del informe, éstas deberán notificársele por escrito dentro de los dos días hábiles siguientes al término de la revisión. La Municipalidad tendrá un plazo de 8 días hábiles contados desde la notificación de las observaciones, para hacer las correcciones o aclaraciones pertinentes y entregarlas al Servicio, el que deberá revisarlas y pronunciarse dentro de los 7 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción.

Evacuados los informes por la Municipalidad o transcurridos los plazos indicados en el párrafo precedente sin que esto se verifique, el Servicio de Salud, conforme el mérito de los antecedentes dictará una resolución fundada, ya sea poniendo término anticipado al presente convenio, o acogiendo los descargos de la Municipalidad. La resolución que dicte el Servicio podrá ser impugnada conforme los recursos establecidos en la ley N°19.880.

La Municipalidad deberá restituir en cualquier caso los saldos no ejecutados, dentro del plazo de 10 días hábiles contados desde el pronunciamiento efectuado por el Servicio de Salud. En el mismo plazo deberá restituir los saldos no rendidos u observados, en caso de que el informe no haya sido aprobado.

**DÉCIMA TERCERA:** El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2026 o hasta la aprobación del informe final de rendición de cuentas o hasta que se realice el reembolso de los gastos objetados, según corresponda. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera de este convenio, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero del año 2026 por razones de continuidad y/o buen servicio, atendido lo señalado en los dictámenes Nº11.189/08 y Nº16.037/08, ambos de la Contraloría General de la República, y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley Nº19.880, y el artículo 13 inciso segundo de la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para los beneficiarios legales inscritos en los establecimientos de la comuna.

Las partes acuerdan que el contrato se prorrogará en forma automática y sucesiva, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del sector público del año respectivo, salvo que el convenio termine por las causales señaladas en la cláusula décimo segunda o que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año. Para todos los efectos legales, la prórroga

automática da inicio a un nuevo convenio de transferencia, cuyo monto a transferir se establecerá mediante Resolución Exenta del Servicio de Salud, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del sector público respectiva.

Por otro lado, y mediante convenios complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación. Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.

**DÉCIMA CUARTA:** El presente convenio se firma en 2 ejemplares del mismo tenor y oficio, quedando uno en poder de cada parte.

**D. DANIELA NORAMBUENA BORGHERESI**
**ALCALDESA**
**I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA**

**D. ERNESTO JORQUERA FLORES**
**DIRECTOR**
**SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**

**CAC/MOC/PGG/RAM/VHP/ROG/ afc.**

Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.
Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:
https://doc.digital.gob.cl/validador/LHXEWV-317