

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

SECRETARÍA MUNICIPAL

APRUEBA ADDENDUM ODONTOLÓGICO INTEGRAL

c/SERVICIO DE SALUD

DECRETO ALCALDICIO N° 1287

DALCAHUE, 17 de mayo de 2022

VISTOS: La Resolución Exenta N° 675 del 07 de febrero de 2022 del Servicio de Salud Chiloé, que “Aprueba Convenio Odontológico Integral”; la Resolución Exenta N° 3195 del Servicio de Salud Chiloé que “Aprueba Addendum Odontológico Integral”; el Decreto Alcaldicio N° 548 del 07 de marzo de 2022, que nombra titular en el cargo de Alcalde de la Comuna a don ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR y la Resolución del Tribunal Electoral Regional, Causa Rol 77-2021-P y Causa Rol 2-2021-P; los Artículos 2°, 56 y siguientes de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, texto refundido.

DECRETO:

APRUEBASE: En todos sus puntos el “*Addendum Odontológico Integral*” suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, representada por su Alcalde don Alex Waldemar Gómez Aguilar y el Servicio de Salud Chiloé representada por el Directora doña Marcela Cárcamo Hemmelmann y mediante el cual se modifica la cláusula Tercera del Convenio, según lo estipulado en la cláusula Segunda del Addendum.

ANÓTESE, COMUNIQUESE Y ARCHÍVESE.



CLARA INÉS VERA GONZÁLEZ
SECRETARIA MUNICIPAL



ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR
ALCALDE DE LA COMUNA

DISTRIBUCIÓN:

- Dirección Administración y Finanzas
- Corporación Municipal
- Secretaría Municipal
- Concejo Municipal
- Control Interno
- Oficina Transparencia
- Of. Partes

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de APS

ORD. N° : 1066 / 7

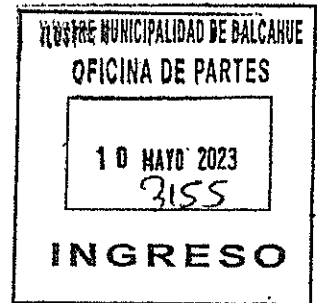
ANT. : No hay

MAT. : Envía convenio, según detalle.

Castro, 09 MAYO 2023

**DE : SRA. MARCELA CÁRCAMO HEMMELMANN
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ.**

**A : ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR
ALCALDE ILUSTRE MUNICIPALIDAD
DALCAHUE**



15200:115354

Junto con saludar cordialmente, por medio del presente se adjunta Resolución Exenta correspondiente a los siguientes Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria:

N° Resolución	Praps
3103	CPU N° 125
3195	Odontológico Integral N° 1232

De acuerdo a lo anterior, envía para conocimiento de la total tramitación y gestiones que corresponden.

Sin otro particular, se despide atentamente,



**SRA. MARCELA CÁRCAMO HEMMELMANN
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ**

MCH/Dirección APS/UAQM/ela.-
Subdepto. APS: ORD. INT. N° 284 de fecha 04.05.2023

Distribución:

- La indicada.
- Departamento de Salud Municipal de Dalcahue.
- Subdirección de APS, Servicio de Salud Chiloé.
- Oficina de Partes, Servicio de Salud Chiloé.

RESOLUCION EXENTA N° 3103

CASTRO, 21 ABR. 2023

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El Convenio Apoyo a Los Cuidados Paliativos Universales, suscrito con fecha 13 de abril de 2023, entre el Servicio de Salud Chiloé y la Ilustre Municipalidad de Ancud; Resolución Exenta N° 226 del 07 de marzo de 2023, que aprueba el Programa **Apoyo a Los Cuidados Paliativos Universales**, Resolución Exenta N° 249 del 16 de marzo de 2023, que aprueba los recursos 2023 para el Programa, ambas del Ministerio de Salud, convenio suscrito con fecha entre **Servicio de Salud Chiloé** y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**, aprobado por N° de fecha , del Servicio de Salud Chiloé; lo dispuesto en el D.F.L. N° 29 de 2005 del Ministerio de Hacienda, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo; DFL N° 1 de 2006 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2.763 de 1979; Ley 19.378; Ley 20.229 de 2007 que otorga facultades para la creación del Servicio de Salud Chiloé; Ley 18.575 de Bases Generales de la Administración del Estado; Decreto Supremo N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento de los Servicios de Salud; D.F.L. N° 1 del 13 de febrero de 2008 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial el 28 de junio de 2008, que crea el Servicio de Salud Chiloé; lo previsto en la Resolución N° 7 del 2019 y Resolución N° 14 del 2022, de la Contraloría General de la República y , D.A. N° 49 de fecha 13 de diciembre de 2022, del Ministerio de Salud. **CONSIDERANDO:** 1.- Resolución Exenta N° 249 del 16 de marzo de 2023, que aprueba los recursos 2023 para el Programa. 2.- Que es necesario aprobar y transferir recursos en base al presupuesto 2023, para financiar el Programa de Reforzamiento Apoyo a Los Cuidados Paliativos Universales 2023. 3.- Que el propósito del programa es dar alivio de síntomas y acompañamiento a personas con enfermedades terminales o graves, y a sus familias, en el contexto de la Ley N° 21.375 en los establecimientos de salud de la Atención Primaria. 4.- Que se hace necesario aprobar mediante la presente Resolución el Convenio suscrito con fecha 13 de abril de 2023. 5.- En mérito de los argumentos antes indicados, acogiendo razones de buen servicio, y a fin de que produzca todos sus efectos como en derecho corresponde, dicto lo siguiente:

RESOLUCIÓN

1. **APRUÉBASE, "CONVENIO APOYO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES"** suscrito con fecha 13 de abril de 2023, entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, en virtud del cual el Servicio de Salud Chiloé conviene en asignar recursos, los que han sido aprobados mediante Resolución Exenta N° 249 del 16 de marzo de 2023, del Ministerio de Salud, fondos presupuestarios que ascienden la suma anual y única de **\$24.756.696.- (Veinticuatro millones setecientos cincuenta y seis mil seiscientos noventa y seis pesos)** a fin de ejecutar las acciones que se detallan en el Convenio señalado.

2. **TRANSFIÉRASE**, primera cuota correspondiente al 70% del total de los recursos del convenio, correspondiente a \$17.329.687.- previa verificación, por parte del Subdepartamento de Gestión Financiera del Servicio, del cumplimiento por parte de la comuna de los requisitos definidos en la Resolución 30/2015 de la Contraloría General de la República, que hubiere cumplido con los reintegros y convenios de pago que se han hecho exigibles.
3. **SÍRVESE**, el presente documento como suficiente oficio remitido.
4. **IMPÚTASE** el gasto que irroque el cumplimiento de este al ítem 24-03-298 del año 2023.
5. **PUBLÍCASE**, en Portal de Transparencia Activa, del Servicio de Salud Chiloé

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



D. MARCELA CÁRCAMO HEMMELMANN

DIRECTORA

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ.

Dirección/Subdepartamento G.F./Jurídica/Dirección APS/Referente/UAGM/lgb

Distribución:

La que indica:

- Ilustre Municipalidad de Dalcahue
- Subdirección de Recursos Físicos y Financieros
- Subdepartamento Gestión Financiera, S.S. Chiloé.
- Departamento Jurídico, S.S. Chiloé.
- Dirección APS, S.S. Chiloé
- Referentes Técnicos del Programas. D. Jorge Ojeda Vidal
- Of. Partes, S.S. Chiloé



CONVENIO

PROGRAMA APOYO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES

ENTRE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

Y

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

En Castro a 13 de abril de 2023 entre el **Servicio de Salud Chiloé**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.979.210-6, domiciliado en calle O'Higgins N° 504, en la ciudad de Castro, representado por su Director **D. Marcela Cárcamo Hemmelmann**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**, corporación autónoma de derecho público RUT N° 69.230.300-8, domiciliada en Calle Pedro Montt N°105, de la comuna de Dalcahue, representada por su Alcalde **D. Alex Waldemar Gómez Aguilar**, 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 6° del Decreto Supremo N° 35 del 26 de diciembre de 2016, 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".

Se precisa que El Servicio ha suscrito Convenio de Colaboración con la Contraloría General de la República para la utilización del Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas, en adelante denominado SISREC, aprobado por Resolución Exenta N° 04015 del 29 de octubre de 2020 de la Contraloría General de la República, disponible en la página WEB Institucional del "Servicio" (<https://sschi.redsalud.gob.cl/>).

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 y de la modernización de la Atención Primaria 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 Apoyo a Los Cuidados Paliativos Universales.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 226 del 07 de marzo de 2023, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 249 del 16 de marzo de 2023, del Ministerio de Salud. Además, si se disponen, se complementa con las Orientaciones Técnicas del Programa. El Programa y sus Orientaciones Técnicas, de estar disponibles, se entienden forma parte integrante del convenio, el que la "Municipalidad" se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: De las orientaciones técnicas. El Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el cumplimiento Programa según lo siguiente:

I. I Antecedentes

La OMS define a los Cuidados Paliativos (CCPP) como un "enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias cuando afrontan problemas de orden físico, psicológico, social o espiritual inherentes a una enfermedad potencialmente mortal, a través de la prevención y alivio del sufrimiento. La calidad de vida de los cuidadores también mejora"¹.

La definición se completa con los siguientes principios sobre los CCPP: proporcionar alivio del dolor y otros síntomas; afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso normal; no intentar ni acelerar ni retrasar la muerte; integrar los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado de los pacientes.

Otras definiciones remarcan que debe tratarse de una asistencia activa, holística, para todas las edades, con enfoque preventivo y tratar lo más precoz posible los problemas que lo requieran^{2,3} el otorgar una atención paliativa temprana, oportuna y de calidad reduce las hospitalizaciones innecesarias, la angustia de la persona y sus familias, y el uso de los servicios de salud.

Por lo tanto, los CCPP constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud, y deben proporcionarse a través de servicios de salud integrados y centrados en la persona que presten especial atención a las necesidades y preferencias del individuo¹.

Una amplia gama de condiciones de salud, en la medida que se complejizan y avanzan en morbilidad, serán susceptibles de requerir CCPP hacia el fin de la vida. La mayoría de los adultos que los necesitan padecen enfermedades crónicas tales como insuficiencia cardíaca, renal o hepática, cáncer en etapas avanzadas, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades neurodegenerativas, demencias, enfermedades infecciosas crónicas, diabetes, entre otras; respecto a los niños, son quienes presenten alguna condición de salud compleja, ya sea progresiva o no, o con riesgo de vida.

La Ley N°21.375, que consagra los CCPP y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves, promulgada el 14 de octubre de 2021, es un gran paso en equidad e igualdad de acceso a CCPP, más allá de las patologías oncológicas. Se espera que con esta ley se otorgue una respuesta más integral al sufrimiento de pacientes con enfermedades incurables y sus familias.

II. II Fundamentación

Se estima que, anualmente, 40 millones de personas necesitan CCPP a nivel mundial, pero tan solo un 14% de ellas los reciben. Esta necesidad crecerá, dado el envejecimiento de las poblaciones y el aumento de las enfermedades no transmisibles y otras enfermedades crónicas en el mundo entero; además, es necesario incorporar y tener presente la importancia de los CCPP para los niños⁴.

Respecto al envejecimiento, por primera vez en la historia la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015.

Si las personas mayores pueden vivir esos años adicionales de vida en buena salud y en un entorno propicio, esta situación es muy favorable; sin embargo, a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo, dando lugar a estados de salud

¹ OMS. Cuidados paliativos [Internet]. 2020 [citado 16 de agosto 2022]. Disponible en: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>

² Knaut FM, Farmer PE, Krakauer EL, De Lima L, Bhadella A, Jiang Kwete X, et al. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief— an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. The Lancet [Internet]. abril de 2018 [citado 16 de agosto de 2022];391(10128):1391-454. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0140873817325138>

³ National Cancer Institute (NCI) [Internet]. National Institutes of Health (NIH). 2015 [citado 16 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-cancer-institute-nci>

⁴ OMS A. WHA67 [Internet]. [citado 16 de agosto de 2022]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/s/a_wha67.html

complejos, denominados síndromes geriátricos, los que suelen ser predictores de muerte o mala calidad de vida antes de morir⁵.

Por otro lado, las enfermedades no transmisibles matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo, e incluyen también un número importante de muertes prematuras; las más frecuentes son por enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes⁶; todos los afectados por estas condiciones, en la medida que ésta avanza y se complejiza, son susceptibles de llegar a requerir CCPP⁷.

The Hospice Association of America y National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) declara, ya el año 2004, que en las Unidades de Cuidados Paliativos el 80% de los pacientes tienen 65 años o más, con un aumento de los pacientes de 75 años y más. En la actualidad, menos de la mitad de los usuarios de CCPP son pacientes con cáncer; las cinco enfermedades principales son: enfermedades cardíacas terminales, demencia, fragilidad, enfermedades pulmonares y enfermedades renales terminales⁷.

En Latinoamérica, los CCPP se iniciaron en la década de los ochenta y han evolucionado de manera diferente en cada país. Actualmente, todos cuentan con algún grado de desarrollo, pero con alta heterogeneidad, ya que se desarrollan dentro del contexto socioeconómico de sus situaciones nacionales específicas⁸. Chile ha avanzado en el desarrollo de los CCPP desde la década del '80, destacando el decreto N°170 AUGE de 2004, del Ministerio de Salud, a través del cual se garantiza el Problema de Salud N°4: "Alivio al dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos a la población oncológica"⁹; la demanda actualizada de este problema de salud asciende a 20.183 casos nuevos, según registros SIGGES 2022¹⁰.

Los CCPP han sido llevados a cabo a través de redes de atención en centros de diversa complejidad; no obstante, el núcleo de desarrollo esencial se ha ubicado en la atención ambulatoria de alta y mediana complejidad, entregando cuatro modalidades de prestación: tratamiento ambulatorio, visita domiciliaria, interconsulta a pacientes hospitalizados y seguimiento clínico telefónico. La atención clínica y cuidados integrales a las personas y sus cuidadores y/o familiares se lleva a cabo a través de equipos multi e interdisciplinarios, que permiten una mirada integral del grupo familiar¹¹.

Si bien, existe un desarrollo nacional de los CCPP oncológicos y su población beneficiaria, para incorporar la demanda de CCPP no oncológicos se realizó una estimación de la población adulta que requeriría de estos. El promedio de supervivencia en etapa final de vida estimado fue de 169 días, y el resultado de esta metodología fue una estimación de población susceptible de recibir CCPP no oncológicos anual de 25.650 personas¹². Respecto a población infantil, el grupo de niños con condiciones crónicas complejas progresivas y/o con riesgo de vida, se estima menor a 1% de la población infantil; por lo tanto, no están incluidos en el cálculo, pero aun así corresponderían a una población que debe abordarse¹³.

III. **Propósito**

El Programa tiene por finalidad dar alivio de síntomas y acompañamiento a personas con enfermedades terminales o graves, y a sus familias, en el contexto de la Ley N°21.375 en los establecimientos de salud de la Atención Primaria.

⁵ Envejecimiento y salud [Internet]. [citado 16 de agosto 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

⁶ Enfermedades no transmisibles [Internet]. [citado 16 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

⁷ National Hospice and Palliative Care Organization [Internet]. NHPCO. [citado 16 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.nhpc.org/>

⁸ Pastrana T, De Lima L, Pons Izquierdo J, Centeno C. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica Edición Cartográfica. 2013, 2014.

⁹ Problemas de Salud - AUGE 85 - Ministerio de Salud [Internet]. [citado 16 de agosto 2022]. Disponible en: <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/4>

¹⁰ Casos GES (AUGE) acumulados a diciembre de 2022. Superintendencia de Salud. Disponible en: <https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/686/w3-propertyvalue-3746.html>

¹¹ MINISTERIO DE SALUD. NORMA PROGRAMA NACIONAL ALIVIO DEL DOLOR POR CANCER Y CUIDADOS PALIATIVOS [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.repositoriofdigital.minsal.cl/handle/2015/917>

¹² ETESA UC. INFORME METODOLÓGICO Estimación de la población que requiere cuidados paliativos no oncológicos. Pontificia Universidad Católica de Chile Facultad de Medicina Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Departamento de Salud Pública; 2021.

¹³ Kuo DZ, Houtrow AJ. COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES. Recognition and Management of Medical Complexity. Pediatrics. diciembre de 2016;138(6):e20163021.

IV. Descripción

El Programa es una estrategia orientada a resolver de manera integral las necesidades de salud de la población requirente de CCPP no oncológicos, con enfoque multidisciplinario, centrado en la persona y su familia o cuidador. Considera que la persona tenga una condición de salud terminal o grave para ser incorporado a las prestaciones definidas en este programa.

POBLACIÓN A INGRESAR: La comuna deberá ingresar a lo menos una población de: 6

V. Objetivos

Objetivo General

Abordar las necesidades de salud de las personas con enfermedades terminales o graves, a través de los CCPP, en los establecimientos de APS.

Objetivos Específicos

- Pesquisar y diagnosticar a las personas que requieren de CCPP no oncológicos en la APS.
- Realizar una evaluación y plan integral consensuado de las personas que ingresan a CCPP desde la APS o los derivados desde nivel hospitalario con participación de cuidador/a y familia.
- Coordinar el tránsito y seguimiento de estos pacientes a lo largo de la red asistencial, en conjunto con los otros niveles de atención.

VI. Componente

- **Componente: Plan integral consensuado (PIC)**

Posterior al diagnóstico e ingreso de la persona por médico cirujano en condición terminal o grave, el/la profesional gestor/a agendará el primer contacto con ella. En esta sesión, el médico/a y otro/a profesional de salud realizan una primera evaluación y planificación integral de los cuidados y tratamientos, considerando las intervenciones futuras de otros profesionales o TENS de acuerdo con la necesidad de la persona atendida y su familia. El tiempo estimado de la intervención se describe en Orientación Técnica del Programa.

En la intervención médica se debe dar indicaciones farmacológicas y no farmacológicas. De ser necesario para el alivio de síntomas, se puede indicar también el uso de insumos para procedimientos por enfermería o la indicación de oxigenoterapia. Para estos fines el/la gestor/a realizará el nexo con el funcionario que sea pertinente. De esta forma, este componente ofrece una canasta integral de prestaciones, donde se incluye el recurso humano, insumos, fármacos, movilización y oxigenoterapia para quienes lo requieran.

La persona ingresada deberá recibir la atención por el clínico más pertinente según su necesidad; podría verse favorecida de ser atendida por cualquiera de las personas que conforman el equipo de APS: enfermera/o, kinesiólogo/a, psicóloga/o, nutricionista, trabajador/a social, técnico nivel superior, químico farmacéutico, médico, entre otros, dentro de los lineamientos definidos en el Plan de Salud Familiar o de otro/s programa/s de reforzamiento de la APS (PRAPS).

VII. Productos esperados

Componente: Plan integral consensuado (PIC)

- a) **Diagnóstico de personas beneficiarias (identificación).** Este es el primer paso para que la persona con criterios de ingreso al Programa tenga acceso a las prestaciones del mismo. Para que esta estrategia se efectúe se deben cumplir los siguientes pasos:
 - i. **Pesquisa de persona con necesidad de CPU por cualquier profesional de APS.**

- ii. Identificación y confirmación de persona con criterios del Ingreso al Programa por médico/a cirujano/a.

Los criterios de Ingreso y coordinación en la red quedaran definidos en la Orientación Técnica del programa.

- b) **Plan Integral Consensuado (evaluación).** Una vez que la persona ha sido diagnosticada e Ingresada al Programa debe ser evaluada en forma Integral para la elaboración de un PIC. Esta es la estrategia central del programa, ya que es el sustento para el alivio de síntomas de la persona Ingresada. Se debe considerar que este PIC es dinámico, se debe revalorar control a control: si se ajusta a las necesidades de la persona Ingresada. Para los pacientes con dependencia severa que cumplan criterios de Ingreso al Programa, se debe propiciar el uso de un único plan, pudiéndose analogar el mismo plan de la visita domiciliaria de dependencia severa.

Los pasos para esta estrategia son:

- i. Evaluación en dupla para realización del PIC.
- ii. Registro de plan en ficha clínica.

- c) **Seguimiento:** revaloración de síntomas en cada control y adecuación del PIC a los cambios clínicos de la persona Ingresada. Para el caso de este programa, se define como en seguimiento a las personas Ingresadas que tienen al menos una instancia de supervisión del PIC mensual¹⁴.

Se espera que en cada una de las instancias de evaluación de la persona Ingresada se realice además una categorización de su nivel de complejidad. Las directrices generales de esta actividad quedarán contenidas en la Orientación Técnica de este Programa.

La canasta Integral incluye (Anexo 1):

- **Recurso humano:** médico/a, enfermero/a, químico farmacéutico, psicólogo/a, nutricionista, trabajador/a social, kinesiólogo/a, técnico en enfermería nivel superior u otro atingente a considerar previa autorización de Servicio de Salud.
- **Movilización:** para el transporte del personal de salud a las visitas domiciliarias de las personas Ingresadas.
- **Insumos:** elementos para procedimientos en domicilio.
- **Fármacos:** medicamentos necesarios para alivio de síntomas, disponibles en formatos para disponer por distintos medios de administración según indicación médica.
- **Oxigenoterapia:** para las personas Ingresadas con requerimientos de uso de oxígeno no cubiertas por otros programas¹⁵.

VIII. Monitoreo y evaluación

Se realizarán dos evaluaciones anuales para este programa:

La **primera evaluación** se efectuará con **corte al 31 de julio cada año y envío de informe al encargado del Programa del nivel central al 31 de agosto del año correspondiente**. En esta evaluación se requerirá el envío de un informe detallando las comunas en convenio, el registro estadístico mensual (REM) correspondiente al programa y los indicadores que se detallan en esta resolución. Este informe deberá ser generado desde el Servicio de Salud hacia el nivel central, agregando al detalle un consolidado de los resultados de dicho servicio. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de septiembre de cada año si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo al cuadro del apartado de "Financiamiento".

¹⁴ Se considera como personas en control a aquellas personas Ingresadas con alguna instancia de supervisión del PIC indicado, ya sea presencial, por vía telefónica o por videollamada.

¹⁵ 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.

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de APS

La segunda evaluación se efectuará con corte al 31 de diciembre de cada año y envío del informe al Encargado del Programa del nivel central al 31 de enero del siguiente año. Se debe incluir la misma información de la primera evaluación.

Las metas a considerar son:

1) Primera evaluación del 31 de agosto:

ESTRATEGIA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Diagnóstico de personas beneficiarias	Igual o mayor al 30% de población objetivo potencial ¹⁶
Plan Integral consensuado	100% de personas ingresadas
Seguimiento ¹⁴	100% personas con PIC
Capacitación a personal de salud ¹⁷	Igual o mayor al 30% del personal clínico del centro

1) Segunda evaluación del 31 de diciembre:

ESTRATEGIA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Diagnóstico de personas beneficiarias	Igual o mayor al 40% de población objetivo potencial ¹⁶
Plan Integral consensuado	100% de personas ingresadas
Seguimiento ¹⁴	100% personas con PIC
Capacitación a personal de salud	Igual o mayor a 50% del personal clínico del centro

La coordinación nacional del programa generará los procesos de capacitación del personal, el que se hará de forma paulatina en consideración a los tiempos de atención clínica directa que tendrán que realizarse de forma paralela en contexto a la vigencia de la Ley N°21.375.

IX. Indicadores y medios de verificación

Las estrategias a medir en forma anual, sus indicadores, metas y ponderación se observan a continuación:

N°	ESTRATEGIA	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTES	Ponderación
1	Diagnóstico de personas beneficiarias	Porcentaje de personas pesquisadas respecto a la demanda potencial	$(n^{\circ} \text{ personas pesquisadas en el centro de salud} / \text{total de demanda potencial del centro}) * 100$	REM	30%
2	Plan Integral consensuado	Porcentaje de personas con plan integral de cuidados	$(n^{\circ} \text{ personas ingresadas con PIC} / \text{población objetivo del programa}) * 100$	REM	30%
3	Seguimiento ¹⁴	Porcentaje de personas que cumplen criterio de seguimiento	$(n^{\circ} \text{ personas que cumplen criterios de seguimiento} / \text{población objetivo del programa}) * 100$	REM	30%
4	Capacitación del personal de salud	Porcentaje de personal clínico que atiende personas ingresadas al Programa con capacitación	$(n^{\circ} \text{ de personas que desempeñan funciones en CCPP del centro con capacitación} / \text{total de personas que desempeñan funciones en CCPP}) * 100$	REM/ Registro local	10%

¹⁶ La población objetivo potencial es el número que el Ministerio de Salud entrega por comuna y Servicio de Salud, calculada a partir de la población estimada por estudio ETESA UC y el número de personas validadas inscritas mayores de 15 años.

¹⁷ Se considera como capacitación al personal de salud a la realización del curso dispuesto por MINSAL en Cuidados Paliativos a través de plataforma de OPS u otro curso o diplomado realizado durante su carrera funcionaria. El ideal es que todo el personal clínico pueda realizarlo, sin embargo, el indicador de esta estrategia considera la realización de la capacitación sólo por personal que cumpla funciones para este programa.

X. Financiamiento

Establecimientos de Dependencia Municipal:

su vez determinar otros criterios de distribución de los recursos destinados a los establecimientos o comunas de su territorio, que desarrollan las prestaciones del Programa, atendiendo a criterios de equidad y de acortamiento de brechas en el otorgamiento de las prestaciones, sin sobrepasar los recursos totales asignados al Servicio de Salud y sin perjuicio de los objetivos del programa. La condición mínima de asignación deberá tener en cuenta la población potencialmente beneficiaria de acuerdo al tamaño de cada comuna.

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en dos cuotas: 70% a la total tramitación del acto administrativo respectivo y el 30% restante en octubre, de acuerdo a los resultados de la primera evaluación señalada en el ítem "Monitoreo y evaluación" de este Programa, conforme el siguiente cuadro:

Porcentaje de cumplimiento de metas del Programa	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
≥60%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%

CUARTA: De los recursos financieros. Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Servicio de Salud viene en asignar a la "Municipalidad" los siguientes recursos para el logro de lo señalado en los Indicadores de gestión e impacto, los que serán transferidos de la siguiente manera:

	Monto total	Cuotas	Monto cuota	Porcentaje cuota %	Requisito transferencia
Convenio	\$24.756.696.- Veinticuatro millones setecientos cincuenta y seis mil seiscientos noventa y seis pesos.	Primera cuota	\$17.329.687.-	70%	Contra la aprobación del convenio mediante resolución.
		Segunda cuota	\$7.427.009.-	30%	Sujeta a los resultados de la evaluación señalada en el presente convenio.
Fecha inicio Convenio e Ingreso a SISREC	Tendrá vigencia a partir de la total tramitación del último acto administrativo que lo apruebe, no obstante, por razones de buen servicio, se entiende que éste se inicia a partir del 1º de enero de 2023, considerando el artículo 52 de la Ley Nº 19.880 que autoriza la retroactividad del acto administrativo en la medida en que produce efectos favorables para las partes y no lesiona derechos de terceros. Este Convenio se ingresará a SISREC como Proyecto nuevo.				

Toda transferencia de recursos está sujeta a la disponibilidad presupuestaria del Servicio y se hace presente que de conformidad al inciso 2 del artículo Nº18 de la Resolución Nº 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, "En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido cuenta de la transferencia anterior,". En consecuencia, este Servicio de Salud, no transferirá nuevos recursos del programa, mientras la Municipalidad no haya resuelto el reintegro de los saldos no utilizados en el ejercicio anterior y que

deben ser ingresados a Rentas Generales de la Nación, Instrucción impartida en el Artículo Nro.7 de la actual Ley de Presupuesto de la Nación Nro.21.395 del año 2022.

QUINTA: El Servicio podrá requerir a la "Municipalidad" los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y lo señalado en el presente convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso efectuando evaluación del mismo.

Sin perjuicio de lo anterior, la Municipalidad deberá rendir cuenta de las actividades efectuadas, con los respectivos respaldos documentales que correspondan, de acuerdo a lo establecido en la Resolución N° 30 del año 2015 de la Contraloría General de la República que "Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas". Al respecto dicha Resolución señala en su artículo N° 20 "Las referidas unidades deberán preparar mensualmente una rendición de cuentas de sus operaciones, dentro de los quince (15) días hábiles administrativos siguientes al mes que corresponda, o en las fechas que la ley contemple."

La Municipalidad, quedará obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

- a) Utilizar el SISREC para la rendición de cuentas a que dé lugar el presente convenio, ocupando las funcionalidades que otorga el perfil ejecutor, dando cumplimiento al marco normativo aplicable, incluyendo la preceptiva de la resolución N° 30, de 2015, de la Contraloría General de la República. En relación a lo anterior, el "Servicio" sólo revisará rendiciones a través de SISREC.
- b) Designar a los funcionarios que tengan las calidades de analista ejecutor, encargado ejecutor y su subrogante y ministro de fe en el SISREC.
- c) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través del SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, la habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quién corresponda, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e Internet.
- d) Custodiar adecuadamente los documentos originales de la rendición garantizando su autenticidad, integridad y disponibilidad para las revisiones de la Contraloría General de la República, en el marco de la normativa legal pertinente.
- e) Rendir gastos en forma proporcional a la ejecución técnica del Convenio según define el artículo tercero de este convenio.
- f) Ante un gasto observado por parte del Servicio, la Municipalidad podrá presentar su apelación dentro de 10 días hábiles desde la fecha de ser observado, de no presentar antecedentes en el plazo indicado se da por rechazado el gasto. Se deja establecido que la toda reclamación con respecto a un gasto observado debe realizarse a través de SISREC, por ende, no se aceptaran reclamaciones presentadas en otro medio o formato. En caso de no presentarse reclamación dentro del plazo señalado o esta se presentase en otro medio o formato que el indicado, el Servicio de Salud Chiloé dará por cerrado el gasto.

El Servicio, quedará obligado en su calidad de otorgante, a lo siguiente:

- a) Designar a los funcionarios para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado y analista otorgante.

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de APS

b) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas del proyecto con documentación electrónica y digital a través del SISREC durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto. Lo anterior incluye, por ejemplo, la habilitación de firma electrónica avanzada del encargado otorgante y su subrogante, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.

c) Revisar los gastos ingresados por la comuna dentro de 20 días hábiles de su presentación y dentro de 10 días hábiles para gastos observados, en la medida que la comuna rinda gastos en forma mensual. El "Servicio" estará obligado a cerrar el proyecto al término del plazo máximo para rendir que en ningún caso podrá ser superior al último día del mes de marzo del año siguiente.

La obligación de rendir cuenta, señalada en el inciso precedente, subsistirá aun cuando la Municipalidad ejecute las actividades, a través de su Corporación de Salud, en cuyo caso la "Municipalidad", deberá arbitrar las medidas administrativas que sean necesarias, para que dicha entidad también le rinda cuenta, tanto de los recursos como de las actividades realizadas.

SIXTA: Será de responsabilidad de la "Municipalidad" velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en los diferentes establecimientos de salud. Lo anterior independiente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de eventuales revisiones que pudiere efectuar.

SÉPTIMA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada o no rendida del programa objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la "Municipalidad" al Servicio dentro del mes de enero de 2024 o al cierre del proyecto en SISREC.

Los recursos transferidos a la "Municipalidad" sólo podrán ser destinados para el cumplimiento de las prestaciones mínimas establecidas en el convenio, sin embargo en el caso de que la "Municipalidad" cumpla con lo acordado y optimice el gasto de dichos recursos, los excedentes se podrán utilizar en la realización de las mismas prestaciones dentro de los parámetros establecidos en el programa, previa solicitud de modificación del plan de gastos y que no implique modificación de cláusulas del convenio ni extensión de su vigencia, vía oficio al Servicio de Salud antes de 30 de septiembre del año en curso y con la aprobación de éste mediante medio de comunicación por escrito.

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.

OCTAVA: El presente convenio de transferencias de recursos incluidas las modificaciones que regulen las actividades, acciones y gastos del mismo, tendrán una vigencia hasta el 31 de diciembre del mismo año y extendiéndose la revisión de los gastos hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados o rechazados.

El convenio se podrá prorrogar de manera automática en los siguientes términos:

a) De la Prórroga automática.

Las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará automática y sucesivamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuesto del Sector Público del año respectivo (siguiente), salvo que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

b) De la vigencia y cómo se formaliza.

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. Esta prórroga se formalizará mediante Resolución Exenta o la toma de razón de Resolución Afecta del Servicio de Salud la que establecerá las metas y recursos asociados.

c) De la representación por parte del Municipio.

La Municipalidad podrá representar mediante oficio al Servicio la Resolución de prórroga automática dentro de un plazo de 10 día hábiles desde su notificación.

d) Constancia.

Se deja constancia que las metas y recursos financieros entregados en el año en curso, deben estar ejecutados al 31 de diciembre de dicho año. Se entiende que la prórroga automática se refiere a la continuidad del programa en relación de la ejecución técnica y financiera del marco presupuestario del año siguiente, con el fin de dar inicio las prestaciones o actividades que requieren continuidad a partir del 1 de enero del año siguiente.

NOVENA: El Servicio y la Municipalidad incorporaran al presente Convenio el Anexo: "Plan de Gastos", que se entienden forma parte integrante del convenio, y la Información contenida en el será la utilizada para revisar la pertinencia sanitaria de los gastos. Por otra parte, la revisión financiera de los gastos está regulada por la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la Republica en el "TÍTULO I. NORMAS GENERALES".

Para que exista acuerdo de voluntades respecto al Plan de Gastos y sus modificaciones, la Municipalidad y Servicio definirán su contenido y se entenderá aprobado por la comuna al ser enviado al Servicio por Oficio/Ordinario y la aprobación de éste mediante medio de comunicación por escrito.

Se deja expresamente estipulado que la no presentación o acuerdo o aprobación de un plan de gastos antes de la primera rendición de gastos en SISREC del año en curso faculta al "Servicio" a utilizar el Plan de Gastos elaborado por este, el que se informará a la comuna por la vía escrita más expedita posible. El Plan de Gastos podrá ser modificado durante la vigencia del convenio por parte del Servicio de ser necesario ajustar aspectos sanitarios del mismo. De la misma forma, el plazo máximo para modificar un Plan de Gastos es el 30 de noviembre del año en curso.

DECIMA: En el evento de que el presente convenio se vea beneficiado, con mayores recursos de los indicados en el presente Instrumento, se procederá a confeccionar el respectivo addendum y se mantendrán o fijarán nuevas fechas para modificaciones al convenio y/o plan de gasto, según sea el caso.

DECIMA PRIMERA: El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando dos en poder del Servicio y uno en la "Municipalidad".

Servicio de
Salud Chiloé
Dirección de APS

DECIMA SEGUNDA: La personería de D. Alex Waldemar Gómez Aguilar por la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, en su calidad de Alcalde, consta en el Decreto Municipal N°548 del 7 de marzo de 2022.



[Handwritten signature]
D. ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR
ALCALDE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE



[Handwritten signature]
D. MARCELA CÁRCAMO HEMMELMANN
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

[Handwritten signature]
Dirección/Jurídica/Dirección APS/Referente/UAGM/LGB