



Ilustre Municipalidad de Dalcahue

APRUEBA CONVENIO “CUIDADOS PREVENTIVOS”

SUSCRITO c/SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

DECRETO ALCALDICIO N° 1.869.-

DALCAHUE, 27 de julio del 2026.-

VISTOS: La Resolución Exenta N° 6291 del 03 de junio de 2026 del Servicio de Salud Chiloé; la sentencia de proclamación recaída en la causa rol N°111-2024 del Tribunal Electoral Regional de los Lagos de fecha 30 de Noviembre de 2024 y que declara electa Alcaldesa de Dalcahue a doña Alejandra Villegas Huichamán; los Artículos 2°, 56 y siguientes de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, texto refundido.

DECRETO:

APRUÉBASE: En todos sus puntos el “**CONTINUIDAD DE CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTO EN APS**” suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Dalcahue y el Servicio de Salud Chiloé representada por el Director don Eric Gutiérrez Morales y mediante el cual el Servicio de Salud se compromete a transferir a la Municipalidad de Dalcahue durante el año 2026 la suma total de \$4.778.000.- (cuatro millones setecientos setenta y ocho pesos), en 2 cuotas, siendo la primera cuota correspondiente al 70% del total y asciende a \$3.344.600.- (tres millones trescientos cuarenta y cuatro mil seiscientos pesos).

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



**SECRETARIA MUNICIPAL
DALCAHUE**



**ALCALDESA DE LA COMUNA
DALCAHUE**



CVG



Acceder al documento en línea



CLARA INES VERA GONZALEZ
SECRETARIA MUNICIPAL



MARÍA ALEJANDRA VILLEGAS HUICHAMÁN
ALCALDESA

RESOLUCION EXENTA Nº 6291

CASTRO,

03 JUN. 2026

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El **Convenio**

Continuidad de cuidados preventivos y de tratamiento en APS, suscrito con fecha 25 de marzo de 2026 entre el **Servicio de Salud Chiloé** y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**; Resolución Exenta Nº 96 del 29 de enero de 2026, que aprueba el Programa **Continuidad de cuidados preventivos y de tratamiento en APS**, Resolución Exenta Nº 464 del 26 de mayo de 2026 que modifica Resolución Exenta Nº 255 del 25 de febrero de 2026, y que aprueba los recursos 2026 para el Programa, ambas del Ministerio de Salud; lo dispuesto en el D.F.L. Nº 29 de 2005 del Ministerio de Hacienda, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo; DFL Nº 1 de 2006 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. Nº 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 Nº 140 de 2004 del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento de los Servicios de Salud; D.F.L. Nº 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 Nº 36 del 2024 de la Contraloría General de la República, y D.E Nº 44 del 07 de abril de 2026. **CONSIDERANDO: 1.-** Resolución Exenta Nº 464 del 26 de mayo de 2026 que modifica Resolución Exenta Nº 255 del 25 de febrero de 2026 y que aprueba los recursos 2026 para el Programa de Continuidad de cuidados preventivos y de tratamiento en APS 2026, cuyo propósito es Personas inscritas en establecimientos de atención primaria de salud cuentan con detección de CaCu y las mujeres en etapas de climaterio acceden a una atención oportuna y de calidad. **2.-** Que el Servicio ha modificado cláusulas del convenio para ajustarse a la legislación vigente, acoger alcances de la Contraloría Regional de los Lagos y perfeccionar el cumplimiento del mismo. **3.-** Dado lo anteriormente expuesto, es que a este Servicio de Salud le asiste la necesidad de aprobar el Convenio "Continuidad de cuidados preventivos y de tratamiento en APS" suscrito con fecha 25 de marzo de 2026, ajustándose a la distribución de recursos establecido en Resolución Exenta Nº 464 del 26 de mayo de 2026 que modifica Resolución Exenta Nº 255 del 25 de febrero de 2026 del Ministerio de Salud. **4.-** 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. APRUEBASE, "CONVENIO CONTINUIDAD DE CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTO EN APS"** suscrito con fecha 25 de marzo de 2026, 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° 464 del 26 de mayo de 2026 que modifica Resolución Exenta N° 255 del 25 de febrero de 2026, del Ministerio de Salud, fondos presupuestarios que ascienden la suma anual y única de **\$ 4.778.000.- (Cuatro millones setecientos setenta y ocho mil pesos)** a fin de ejecutar las acciones que se detallan en el Convenio señalado.

2. **TRANSFIÉRASE**, las cuotas correspondientes al 70% del total de los recursos del convenio, correspondiente a **\$ 3.344.600.-** previa verificación, por parte del Subdepartamento de Gestión Financiera del Servicio de Salud Chiloé, 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 convenio de pago que se han hecho exigibles.
3. **SÍRVESE**, el presente documento como suficiente oficio remisor.
4. **IMPÚTASE** el gasto que irrogue el cumplimiento de este al ítem 24-03-298 del año 2026
5. **PUBLÍCASE**, en Portal de Transparencia Activa, del Servicio de Salud Chiloé

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



D. FRANCISCO CAMILO DÍAZ
DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ.

Dirección/Subdepartamento G.F./Jurídica/Dirección APS/SGO/cmv

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
- Subdepartamento de Cursos de Vida y Programas Transversales
- Subdepartamento Modelo de Salud Familiar y Gestión Territorial
- Subdepartamento de Gestión Operacional
- Subdepartamento de Programas y Procesos Estratégicos
- Referentes Técnicos del Programas. D. Sandra Paola Ivernezzi Rojas
- Of. Partes, S.S. Chiloé





CONVENIO

PROGRAMA CONTINUIDAD DE CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTO EN APS

ENTRE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

Y

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

En Castro a 25 de marzo de 2026 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. Eric Gutiérrez Morales**, 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 Alcaldesa **D. María Alejandra Villegas Huichamán**, 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".

Por último, se indica que, mediante la dictación de Resolución Exenta N°01858 de fecha 15 de septiembre de 2023, de la Contraloría General de la República de Chile, se instaura el uso obligatorio del Sistema de Rendición electrónica de Cuentas (SISREC) por parte de los Servicios Públicos y Municipalidades que transfieren recursos públicos imputados a los subtítulos 24 y 33 del clasificador presupuestario.

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:

Programa Continuidad de cuidados preventivos y de tratamiento en APS aprobado por Resolución Exenta N° 96 del 29 de enero de 2026, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 255 del 25 de febrero de 2026, ambas del Ministerio de Salud.

En el marco de la necesidad de actualizar ciertos aspectos normativos, y con el propósito de optimizar la implementación y eficiencia del Programa, se deja expresamente establecido que se mantienen vigentes las prórrogas automáticas otorgadas de los convenios vistos mediante Res Ex N° 15989 del 26 de diciembre de 2025 del Servicio de Salud Chiloé que prórroga convenio y aprueba transferencia de recursos de Programa de Reforzamiento en rediseño, en los términos señalados en el convenio original.

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, el que se encuentra disponible en la página WEB institucional del "Servicio" (<https://sschi.redsalud.gob.cl/>).

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



DE LA HUMANIZACIÓN Y USO DEL LENGUAJE

Resguardar el principio de la dignidad humana y el buen trato en los procesos de atención es esencial para crear un sistema de salud más humano y efectivo. Este enfoque no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también promueve resultados clínicos más positivos y una mejor organización de los servicios. La atención centrada en la persona debe ser una prioridad en todos los niveles del sistema de salud, garantizando que cada individuo sea tratado con el respeto y dignidad que merece.

El Ministerio de Salud reconoce la importancia de utilizar un lenguaje que no reproduzca esquemas discriminatorios entre hombres y mujeres, y entre personas que se expresan y/o identifican con lo masculino, femenino y comparte el derecho a la autodeterminación y promover el empoderamiento personal a través de su uso. Así, el presente documento hará un uso del lenguaje en concordancia con las recomendaciones para un lenguaje inclusivo y no sexista en salud vigente, elaborado por este Ministerio. Cada vez que se menciona el término mujer en un indicador o fórmula de cálculo, se estará refiriendo al grupo que contiene a mujeres y personas con útero (incluido transmasculino, no binario u otra).

1. DIAGNÓSTICO

Continuidad de Cuidados preventivos para Cáncer Cervicouterino

En el contexto actual, la Atención Primaria de Salud (APS) en Chile cumple un rol clave en la detección precoz del cáncer cervicouterino mediante el tamizaje periódico y la educación preventiva, facilitando el acceso oportuno al diagnóstico y tratamiento. Además, brinda acompañamiento integral a mujeres en etapa de climaterio, abordando aspectos biopsicosociales, lo que contribuye a mejorar su calidad de vida desde un enfoque centrado en la persona.

En relación con la pesquisa precoz para Cáncer Cervicouterino (CaCu), nuestro país posee una larga trayectoria en esta materia. Este examen se encuentra incorporado en Chile desde el año 1987 dentro del Programa Nacional de Pesquisa y Control de CaCu. La Guía de Práctica Clínica de CaCu del año 2005 recomienda realizar el Papanicolaou (PAP) cada 3 años en mujeres entre los 25 a 64 años. Adicionalmente, desde 2019, se ha implementado progresivamente el test de determinación molecular del Virus del Papiloma Humano (VPH), que permite espaciar la toma del examen a cinco años.

Actualmente, los controles ginecológicos en los establecimientos de APS se financian vía per cápita y se ofrecen en horario hábil de 8 a 17 horas. Diversos estudios han identificado obstáculos como largos tiempos de espera, dificultades para obtener citas y la imposibilidad de acudir en horario laboral. Para abordar estas limitaciones, el programa implementa estrategias específicas para mejorar el acceso, en especial para mujeres trabajadoras y cuidadoras, quienes pueden recibir atención en horarios que se ajusten a sus necesidades.

Las recomendaciones internacionales y el Programa Nacional de CaCu indican que lograr y mantener coberturas de PAP vigente, iguales o superiores al 80% en mujeres de 25 a 64 años, impacta en la reducción de la mortalidad por cáncer al cuello uterino. En los últimos años se ha producido una reducción o estancamiento de los porcentajes de cobertura de este examen en la población de riesgo, lo que se presume incrementa la detección tardía. Las cifras históricas de cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino han mostrado variabilidad (y susceptible a contexto sociosanitario como pandemia), en donde al año 2012 se alcanzaba 63%, mientras que disminuye a 45% el 2022 y recupera a un 57% al año 2024 (fuente REM, población inscrita validada FONASA).

Continuidad de Tratamiento en mujeres en el período de Climaterio

El climaterio corresponde a la etapa de vida de la mujer, en que declina la capacidad reproductiva y se inicia entre 4 a 6 años antes de la menopausia y se prolonga hasta la senectud. Si bien el climaterio es una etapa natural en el ciclo de vida de la mujer, el hipoestrogenismo determina cambios fisiopatológicos que pueden contribuir a deteriorar la calidad de vida e incrementar el riesgo de desarrollar o agravar enfermedades crónicas (cardiovasculares, osteoporosis, afecciones urogenitales, entre otras), que son potenciales causas de mortalidad e incapacidades en la mujer.



El climaterio es una etapa caracterizada por transformaciones fisiológicas presentes en todas las mujeres, pero también es una etapa susceptible a intervenciones clínicas eficaces para la promoción de la vida saludable y la prevención de enfermedades. La esperanza de vida en Chile supera los 80 años y **según datos del Censo 2024**, más de 2,3 millones de mujeres chilenas, se encuentran en el período del climaterio, cifra que va en aumento.

En la APS en Chile, solo el 39% de las mujeres en edad de climaterio que requieren terapia hormonal de la menopausia (THM), la reciben. Esta demanda insatisfecha se produce por la falta de horas médicas y exámenes asociados para la evaluación e indicación de THM.

Desde el año 2022 se han financiado canastas de Climaterio en mujeres de 45 a 64 años, a través del Programa de Reforzamiento de Atención Primaria (PRAPS) de Resolutividad en el país, y, en este contexto, se efectuará una modificación de dicho financiamiento de la estrategia, trasladando los recursos asignados hacia el **PRAPS de Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS**. Esta reorientación busca optimizar la gestión de recursos para garantizar una atención integral y sostenida en dicha etapa, dentro del marco de la salud sexual de mujeres.

2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

2.1. Problema principal que el programa intenta resolver:

Continuidad de Cuidados preventivos para Cáncer Cervicouterino

Brecha de acceso de personas inscritas en centros de atención primaria de salud a detección de CaCu y a una atención integral durante el período de climaterio. Esta situación limita la oportunidad de diagnóstico temprano y el acompañamiento adecuado en una etapa clave del ciclo vital, afectando negativamente la equidad y calidad del cuidado en salud.

2.2. Justificación de la necesidad del programa:

Las barreras de acceso a la oferta sanitaria causan que las personas inscritas en centros de APS no cuenten con detección oportuna de CaCu. Las dificultades de acceso han sido descritas por la literatura relacionadas con la disposición de la oferta de controles de salud, personas que trabajan tienen mayores dificultades que otros grupos para asistir a éstos. (Baker 2017). Por otra parte, estudios señalan que las personas no asisten a sus controles de salud para evitar repercusiones en su salario o en su trabajo (Gleason 2004).

Un estudio de creencias sobre PAP y CaCu en mujeres chilenas, identificó que los horarios de los centros de salud, el largo tiempo de espera y la dificultad en obtener una hora de atención, limitan el acceso al tamizaje, hallazgos que han sido descritos también por otros autores (Boyer;2001, Watkins; 2002). Esta información es importante para la implementación del programa en APS, y así dar mayor flexibilidad en el acceso de las mujeres y personas con útero al tamizaje. Esta percepción es coherente con la disposición de la oferta actual de detección precoz en los centros de APS, en cuanto a horarios y mecanismos de obtención de hora que requieren mayor pertinencia.

Desde la mirada de salud pública, la cobertura de tamizaje para CaCu viene descendiendo sostenidamente desde el año 2012 (63%). La cobertura nacional baja a 53% el año 2019 y a 45% en 2022 (fuente REM, población inscrita validada FONASA).

Actualmente, la oferta habitual de controles ginecológicos en los establecimientos de APS ocurre en horario hábil de 8 a 17 horas, lo que es insuficiente para otorgar el acceso adecuado a mujeres y personas trabajadoras o que realizan labores de cuidado y avanzar en el cierre de brecha de cobertura en el sistema de salud público. Desde el punto de vista de la evidencia, se necesitaría un 80% de cobertura para prevenir el cáncer cervicouterino en la población.

Respecto al diagnóstico, el siguiente cuadro (cuadro 1) muestra la casuística de confirmación de cánceres pre-invasores en la red pública, la cantidad de personas que han activado las garantías explícitas en salud (GES) asociadas al problema de salud, el cual justifica avanzar en tamizaje para llegar a coberturas más cercanas al gold estándar y permita impactar en la morbilidad por CaCu.



Cuadro 1. Activación GES CaCu

Categoría	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Tratamiento Cáncer Pre-Invasor	10.056	7.332	11.275	14.521	12.542	13.598
Tratamiento Primario o Adyuvante	1.903	1.660	1.224	2.070	2.433	2.709

Fuente: SIGGES

La esperanza de vida y la esperanza de vida sana (EVAS) han aumentado más de un 8% en todo el mundo entre 2000 y 2016, esta transición epidemiológica y los cambios demográficos se han producido con rapidez y han desplazado la carga de morbilidad a las enfermedades no transmisibles (ENT)¹. En Chile, en 2025 se estima en alrededor de 81.8 años en promedio para ambos sexos, con una cifra ligeramente mayor para las mujeres (aproximadamente 84 años)².

Por otra parte, la tasa de fecundidad ha disminuido sistemáticamente, lo que junto a la baja mortalidad ha significado un aumento de la población de mayor edad, siendo las mujeres las que viven más, lo que se conoce como "feminización del envejecimiento".

Si consideramos que el término de la vida reproductiva de la mujer es alrededor de los 50 años, según la esperanza de vida quedarían 30 años de vida post menopausia. En la primera etapa llamada "Climaterio" se presentan numerosos problemas de salud, somáticos y biopsicosociales que pueden afectar la calidad de vida de las mujeres, ya sea por el impacto del síndrome climatérico o por las morbilidades que pueden ir apareciendo con la edad, principalmente enfermedad cardiovascular, cáncer ginecológico, osteoporosis y problemas de salud mental, destacando la depresión por su alta prevalencia. Por lo tanto, es posible incidir en mejorar la calidad de vida presente y futura de la mujer al realizar intervenciones adecuadas y oportunas.³

En Atención Primaria, el año 2024 de las mujeres en control de Climaterio con aplicación de pauta de Menopause Rating Scale (MRS), el 52% presentaron MRS elevado que identifica afectación a su calidad de vida asociada a la presencia de sintomatología por hipoposterogenismo. En la Atención Primaria de Salud (APS), solo el 49 % de las mujeres entre 45 y 64 años que requieren terapia de reemplazo de la menopausia (THM) la reciben. Esta baja cobertura se debe principalmente a la falta de horas médicas con especialistas y a la limitada disponibilidad de exámenes de laboratorio necesarios para su evaluación y diagnóstico.

También es importante incluir en esta población las personas que puedan presentar menopausia precoz, definida como el cese de la función ovárica antes de los 45 años, que afecta aproximadamente al 5 % de las mujeres de forma natural y menopausia prematura cuando ocurre antes de los 40 años, su prevalencia se estima en alrededor del 3 % a nivel mundial. Estas condiciones pueden surgir sin causa aparente o estar relacionada con factores como antecedentes familiares, tabaquismo, tratamientos médicos (como quimioterapia o radiación), cirugías ginecológicas, enfermedades autoinmunes o genéticas.⁴

3. OBJETIVO

- Aumentar el acceso y la disponibilidad de controles ginecológicos preventivos con tamizaje para CaCu.
- Contribuir a mejorar el acceso, la oportunidad, y la resolutiveidad de la red asistencial en materia de atención a mujeres en etapa de climaterio

3.1. Propósito:

¹ "Estadísticas Mundiales de Salud 2020: Analizando Salud para los Objetivos de Desarrollo Sostenible"; OMS

² Base de Datos Estadísticos (BDE)

³ Curso: Atención integral de la mujer en edad de climaterio; MINSAL

⁴ Oficina para la Salud de la Mujer en la Oficina del Subsecretario de Salud y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.



Personas inscritas en establecimientos de atención primaria de salud cuentan con detección de CaCu. y las mujeres en etapa de climaterio acceden a una atención oportuna y de calidad.

4. POBLACIÓN

4.1. Población objetivo:

- Población inscrita validada en establecimientos de APS, de mujeres y personas transmasculinas de 25 a 64 años con tamizaje no vigente para CaCu.
- Población inscrita validada en establecimientos de APS, de mujeres en etapa de climaterio, con sintomatología asociadas a hipoestrogenismo que requieran THM y que cumplan con criterios de derivación a la especialidad de ginecología.

El programa beneficiará a:

- Componente 1: Mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años, que no tienen su tamizaje vigente para cáncer cervicouterino, que forman parte de la brecha para lograr una cobertura de 80% de tamizaje en la población.
- Componente 2: mujeres en etapa de climaterio, con sintomatología asociadas a hipoestrogenismo que requieran THM y que cumplan con criterios de derivación a la especialidad de ginecología.

4.2. Criterios de priorización de la población objetivo:

Se priorizan las siguientes personas en el programa:

Componente 1:

- (1) Mujeres de 25 a 64 años de base de inscritos que nunca se han realizado tamizaje. Se debe cruzar mujeres del grupo etario de la base inscritos con nómina de mujeres entregada por Citoweb, Revican o Desarrollo Propio.
- (2) Mujeres de 25 a 64 años con tamizaje atrasado (según nómina de mujeres de Citoweb, Revican o Desarrollo Propio).
- (3) Mujeres y personas transmasculinas de 25 a 64 años con tamizaje no vigente por derivación interna (revisión de ficha y consultar en anamnesis en el contexto de otro control o consulta, revisión de alerta por tamizaje no vigente en registro clínico).
- (4) Mujeres y personas transmasculinas de 25 a 64 años con tamizaje no vigente por derivación comunitaria (organizaciones territoriales, intersector).

Componente 2: mujeres en etapa de climaterio, con sintomatología asociadas a hipoestrogenismo que requieran THM y que cumplan con criterios de derivación a la especialidad de ginecología:

- (1) Comorbilidades descritas en la Orientación Técnica de Climaterio.
- (2) MRS Elevado sin comorbilidad.

4.3. Fuente de información:

- Planilla monitoreo Hospital Digital (HD)
- REM; Serie A, Serie P, Serie BM
- Población inscrita validada FONASA.

5. ESTRATEGIA

El programa considera estrategias que permiten mejorar el acceso a dos grupos, el primero es para mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años, cuyo tamizaje para CaCu no esté vigente en atención primaria de salud y, el segundo, apunta a disminuir los tiempos de espera en mujeres en etapa de climaterio con sintomatología asociadas a hipoestrogenismo.



5.1. Componentes

Nombre Componente	Descripción
Detección precoz de cáncer cérvico uterino	Aumentar el acceso y la disponibilidad de controles ginecológicos preventivos con tamizaje para CaCu en los establecimientos de atención primaria. Este componente tiene 2 acciones: 1. Acceso y disponibilidad de controles ginecológicos preventivos en los establecimientos de APS en extensión horaria y otras estrategias acceso territorial (clínicas ginecológicas móviles). a. Extensión horaria matrón (a) b. Clínicas ginecológicas móviles y/o carros ginecológicos de arrastre 2. Contactabilidad y rescate de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino
Tratamiento de mujeres en el período de Climaterio	Contribuir a mejorar el acceso, la oportunidad, y la resolutivez de la red asistencial en materia de atención a mujeres en etapa de climaterio, para mejorar su calidad de vida y, complementariamente, colaborar en la prevención de patologías crónicas de alta morbimortalidad. Este componente tiene 3 acciones: 1. Atención integral por médico especialista en Ginecología para diagnóstico y tratamiento de sintomatología climatérica. 2. Evaluar fertilidad en la perimenopausia. 3. Confirmación diagnóstica de patologías ginecológicas en mujeres en edad de climaterio bajo control.

5.2. Descripción de Componentes y Subcomponentes

5.2.1 Componente 1: Detección precoz de CaCu.

Subcomponente 1.1: Acceso y disponibilidad de controles ginecológicos preventivos en los establecimientos de APS en extensión horaria y otras estrategias acceso territorial

- Objetivo:** Aumentar el acceso y la disponibilidad de controles ginecológicos preventivos con tamizaje para CaCu en los establecimientos de APS.
- Servicio provisto:** Controles ginecológicos con tamizaje para CaCu a mujeres, personas transmasculino de 25 a 64 años, complementarios a la oferta habitual.
- Estrategia de planificación y ejecución:** Para el logro del objetivo del componente se recomienda el siguiente flujo de intervención, el que puede ser modificado según realidad local:
 - Coordinación general:** El Servicio de Salud asignará financiamiento a cada comuna designada para realizar controles ginecológicos preventivos en horario de 17:00 a 20:00 horas, lunes a viernes y/o sábados, considerando población objetivo y contexto del territorio determinado por el diagnóstico local

Es función de los servicios de salud, en coordinación con las comunas, determinar las horas a ofertar por centro de salud familiar, en donde se puede dar el siguiente escenario, con un mínimo de 1 a máximo 5 días a la semana de extensión horaria:



- 3 horas diarias de extensión horaria matrón/a, de 1 a 5 días a la semana (3 a 15 horas semanales), en relación con los recursos asignados.

De acuerdo con realidad territorial, se podrán considerar otras estrategias complementarias a la oferta habitual, distintas de extensión horaria autorizadas por el servicio de salud.

ii. **Coordinación y planificación local:**

- **Identificación de la población beneficiaria:** Mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años con tamizaje para CaCu no vigente.
- **Identificación de la dotación de recurso humano:** matrona/ón para realizar los controles ginecológicos preventivos con tamizaje para CaCu, según lineamientos disponibles, en continuidad de la atención (extensión horaria) y otras estrategias complementarias a la oferta habitual y/o de mejor acceso territorial.

El rendimiento es 2.5 por hora, optimizando los tamizajes para CaCu y pesquisa de cáncer de mama.

- **Programación de espacios físicos e insumos:** según estrategia local.

Para extensión horaria, el uso de espacios será el box ginecológico del establecimiento y los insumos a utilizar serán del mismo origen para la toma de tamizaje en oferta habitual.

En servicios o comunas con clínicas ginecológicas móviles, el equipamiento está considerado para el dispositivo móvil y los insumos a utilizar serán del mismo origen que la toma de tamizaje en oferta habitual, junto con un refuerzo de financiamiento por el programa. La operación de la clínica móvil debe ser dedicada exclusivamente a la realización de controles ginecológicos.

- **Registros:**

En caso de cambio de los nombres de la ruta REM, se informará oportunamente.

- Registro local (planilla formato enviado por MINSAL)
- REM A01 Sección G. Programa de cáncer de cuello uterino: PAP tomados e informados según resultados y grupos de edad (Exámenes tomados en establecimientos de atención primaria que realizan tamizaje, uso APS).
- REM A01 Sección H. Programa de cáncer de cuello uterino: VPH Tomados e informados según resultados y grupos de edad (Exámenes tomados en establecimientos de atención primaria que realizan tamizaje, uso APS). Esta fuente se utilizará sólo en los casos de tamizaje primario con VPH.
- REM BM 18A sección B, Ginecología fila: "toma de muestra de PAP (PRAPS)".

Subcomponente 1.2: Contactabilidad y rescate de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino.

- A. **Objetivo:** Incrementar las acciones de contactabilidad y rescate para mujeres, y personas transmasculinos con tamizaje no vigente para CaCu.
- B. **Servicio provisto:** Rescate y citación de personas con tamizaje no vigente para CaCu que den como resultado un contacto efectivo.
Se entenderá por contacto efectivo al rescate por medio de contactabilidad, en que se logra contactar a la persona y ésta queda agendada a control. Todos los contactos realizados que no terminan en el agendamiento serán contactos no efectivos, así como los contactos realizados a un teléfono que no responda, esté apagado, fuera de servicio o equivocado.
- C. **Estrategia de planificación y ejecución:** Para el logro del objetivo del componente se recomienda el siguiente flujo de intervención, el que puede ser modificado según realidad local:



i. **Coordinación general:** Para la ejecución se asignará financiamiento para realizar rescate, citación y confirmación de pacientes con tamizaje para CaCu no vigente en horario de 17 a 20 horas, días hábiles y/o sábados (u otras estrategias de mejor acceso territorial).

ii. **Coordinación y planificación local:**

- **Identificación de la población beneficiaria:** Cada centro de salud establece la nómina de mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años con tamizaje no vigente para CaCu.
- **Identificación de la dotación de recurso humano:** Administrativo o TENS para contabilidad de mujeres con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino. Esto considera 3 horas diarias de extensión horaria, 1-2 día a la semana (3-6 horas semanales) para rescate, citación y confirmación de pacientes con tamizaje para CaCu no vigentes en horario de 17 a 20 horas, días hábiles y/o sábados (u otras estrategias de mejor acceso territorial). El/la referente local deberá asegurar que las funciones asignadas del/la administrativa o TENS, se cumplan para la contactabilidad de mujeres y personas trans masculino de 25 a 64, de acuerdo a los objetivos del programa.
- **Espacios físicos e insumos** según estrategia local (utilizar computador, teléfonos y recintos del propio establecimiento).
- **Ejecución de los procedimientos de rescate y citación** Cada centro de salud establece la nómina de personas de 25 a 64 años con tamizaje para CaCu no vigente a contactar. Se espera que las personas contactadas, tengan un resultado en el agendamiento a tamizaje, para ello se recomienda entrenar al administrativo/TENS en la temática.
- Se debe usar los siguientes criterios para dar prioridad de rescate:
 - Nunca PAP: Mujeres de 25 a 64 años de base de inscritos que nunca se han realizado tamizaje. Para obtener la nómina de usuarias se cruzan bases de datos de mujeres de 25 a 64 años del grupo etario de la base de inscritos FONASA con nómina de mujeres extraída de plataformas de citología (Citoweb, Revican o Desarrollo Propio).
 - PAP atrasado: Mujeres de 25 a 64 años con tamizaje atrasado (según nómina de mujeres de Citoweb, Revican o Desarrollo Propio).
 - PAP atrasado por derivación: Mujeres y personas transmasculinas de 25 a 64 años con tamizaje no vigente por Derivación interna (revisión de ficha y consulta en anamnesis en el contexto de otro control o consulta, revisión de alerta por tamizaje no vigente en registro clínico).
 - PAP atrasado por derivación intersector: Derivación de mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años con tamizaje no vigente por derivación comunitaria (organizaciones territoriales, intersector).
- Registros:
 - Registro local
 - Planilla de monitoreo
 - REM

5.2.2 Componente 2: Tratamiento de mujeres en el periodo de Climaterio

Subcomponente 2.1: Atención integral por médico especialista en Ginecología para diagnóstico y tratamiento de sintomatología climatérica.



- A. **Objetivo:** Otorgar atención integral y resolutive por médico especialista en Ginecología para diagnóstico y tratamiento de sintomatología climatérica en mujeres derivadas.
- B. **Servicio provisto:** Consulta médica ginecológica en climaterio, a mujeres derivadas
- C. **Estrategia de planificación y ejecución:** considera la compra o entrega de la prestación de Consulta ginecológica por médico especialista ginecóloga/o a mujeres que se encuentren en etapa de climaterio, con patologías asociadas a la baja de estrógenos, de acuerdo con criterios de derivación a la especialidad de acuerdo con la OT de Climaterio o documentos vigentes:
- Coordinación general:** El Servicio de Salud asignará financiamiento a cada comuna designada para realizar compra o entrega de la prestación de Consulta ginecológica por médico especialista ginecóloga/o.
 - Coordinación y planificación local:**
 - Identificación de la población beneficiaria:** Mujeres en etapa de climaterio, que requiere atención integral por médico especialista ginecólogo/a.
 - Registros: REM

Subcomponente 2.2: Evaluar fertilidad en la perimenopausia.

- A. **Objetivo:** Otorgar prestaciones de apoyo diagnóstico con examen de Hormona Folículo Estimulante (FSH), cuando se requiere evaluar fertilidad en la perimenopausia y solo en casos de amenorrea menor de 12 meses con sintomatología climatérica.
- B. **Servicio provisto:** Examen de FSH.
- C. **Estrategia de planificación y ejecución:** incorpora financiamiento para realizar Examen de laboratorio Hormona Folículo Estimulante (FSH), indicada para la evaluación, diagnóstico de fertilidad en la perimenopausia y sólo en casos de amenorrea de 12 meses con sintomatología climatérica para indicación de tratamiento:
- Coordinación general:** El Servicio de Salud asignará financiamiento a cada comuna designada para realizar compra o entrega de la prestación de FSH para mujeres en etapa de climaterio, que cumplan con los requisitos para dicha solicitud.
 - Coordinación y planificación local:**
 - Identificación de la población beneficiaria:** Mujeres en etapa de climaterio, que requieren el examen de FSH.
 - Registros: REM

Subcomponente 2.3: Confirmación diagnóstica de patologías ginecológicas en mujeres en edad de climaterio bajo control.

- A. **Objetivo:** Otorgar prestaciones de apoyo diagnóstico con Ecografía Transvaginal o Transrectal, orientado a confirmación diagnóstica de patología ginecológica en mujeres en edad de climaterio bajo control.
- B. **Servicio provisto:** Ecografía Transvaginal o Transrectal a mujeres en etapa de climaterio.
- C. **Estrategia de planificación y ejecución:** considera la compra o entrega de la prestación de Ecografía Transvaginal o Transrectal a mujeres en etapa de climaterio, de acuerdo con criterios de derivación a la especialidad de acuerdo con la OT de Climaterio o documentos vigentes. Los criterios de indicación son:
- Sangrado uterino en climaterio, posterior a un año de la menopausia.
 - Sangrado uterino anómalo en climaterio premenopáusico que persiste con el tratamiento hormonal.



- Examen ginecológico anormal, con palpación de tumor pélvico, uterino o anexial.
 - Sospecha de engrosamiento endometrial post THM.
- i. **Coordinación general:** El Servicio de Salud asignará financiamiento a cada comuna designada para realizar compra o entrega de la prestación de Ecografía Transvaginal o Transrectal, de acuerdo con los criterios especificados.
- ii. **Coordinación y planificación local:**
- **Identificación de la población beneficiaria:** Mujeres en etapa de climaterio, que requieren Ecografía Transvaginal o Transrectal, de acuerdo con los criterios especificados.
 - **Registros:** REM serie A. En caso de cambio de los nombres de la ruta REM, se informará oportunamente.

5.3. Estrategias de intervención del Programa

Componente N° 1: Detección precoz de CaCu.

Considera la implementación de 3 estrategias que permite el logro del objetivo:

- **Realización de controles ginecológicos preventivos en extensión horaria**
- **Rescate y citación de mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 con tamizaje CaCu no vigente**
- **Acercamiento territorial a través de la adquisición/operación de atención extramuro en clínicas ginecológicas móviles**

Componente N° 2: Tratamiento de mujeres en el periodo de Climaterio

Considera la disponibilidad de canasta integral que permite mejorar la resolutivez de la atención en climaterio:

- **Consulta médica ginecológica en climaterio**
- **Examen de FSH.**
- **Ecografía Transvaginal o Transrectal a mujeres en etapa de climaterio.**

6. COMPLEMENTARIEDADES

6.1. Complementariedad a nivel interno: El Programa viene a complementar las prestaciones habituales que se desarrollan en los establecimientos de atención primaria, a través de controles ginecológicos preventivos (incluye tamizaje de CaCu) y el acceso a tratamiento de mujeres en el periodo de Climaterio.

El programa Continuidad de Cuidados Preventivos en APS, amplía la oferta total de servicios y la hace más pertinente en términos de espacios y horarios, junto con promover la equidad en el acceso a la atención de salud y mejorar la resolutivez.

6.2. Complementariedad a nivel externo: El Programa incluye la acción intersectorial, utilizando como una de las líneas de priorización el componente 1 CaCu, mejorar el acceso a tamizaje por Derivación Comunitaria a través de organizaciones territoriales e intersector, de igual manera para la operación de clínica ginecológica móvil se requiere articulación intersectorial, público-privada en los territorios, con el fin de que mujeres y personas que trabajan accedan al tamizaje.



7. INDICADORES

7.1 Indicadores de Componente 1 Detección precoz de cáncer cérvico uterino:

SUB COMPONENTE	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE*	META	PESO RE-LATIVO
1.1 Acceso y disponibilidad de controles ginecológicos preventivos en los establecimientos de APS en extensión horaria y otras estrategias acceso territorial	1.1.1 Variación porcentual de tamizajes CaCu tomados a mujeres de 25 a 64 años año t en relación al año t-1	$\left(\frac{\text{Tamizaje CaCu tomados en mujeres de 25 a 64 años, año t} - \text{tamizaje CaCu tomados en mujeres de 25 a 64 años, año t-1}}{\text{Tamizaje CaCu tomados en mujeres de 25 a 64 años, año t-1}} \right) \times 100$	REM A01 Sección G Programa de cáncer de cuello uterino: PAP Sección H Programa de cáncer de cuello uterino: VPH (sólo en tamizaje primario)**	Julio: Aumento en 10% de PAP tomados al corte respecto al mismo periodo año anterior Diciembre: Aumento en 10% de PAP tomados respecto diciembre año anterior *Aquellas comunas que tengan 80 % de cobertura de tamizaje, la meta será mantener o incrementar los PAP tomados	20%
	1.1.2 Porcentaje de tamizajes CaCu tomados a mujeres de 25 a 64 años a diciembre del año t en la estrategia PRAPS	$\left(\frac{\text{Nº de tamizajes CaCu tomados a mujeres de 25 a 64 años en la estrategia PRAPS año t}}{\text{Nº de tamizajes CaCu programados a mujeres de 25 a 64 años en la estrategia PRAPS año t}} \right) \times 100$	-REM BM 18A sección B, Ginecología fila: "toma de muestra de PAP (PRAPS)" -Registro local	Julio: 35% cumplimiento de programación Diciembre: 100% cumplimiento de programación	35%
1.2 Contactabilidad y rescate de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino.	1.2.1 Porcentaje de mujeres no vigentes para tamizaje CaCu con contacto efectivo realizado (rescate)	$\left(\frac{\text{Nº mujeres no vigentes para tamizaje CaCu con contacto efectivo realizado año t}}{\text{Nº mujeres no vigentes para tamizaje CaCu a contactar según cupos de agenda, año t}} \right) \times 100$	-Registro local -Planilla Monitoreo	Julio: 30% Diciembre: 63%***	10%



	1.2.2 Porcentaje de mujeres contactadas y agendadas para tamizaje CaCu	(N° mujeres con contacto efectivo para tamizaje CaCu en el año t / N° mujeres contactadas para tamizaje de cáncer cervicouterino en el año t) x 100	-Registro local -Planilla Monitoreo	Julio: 70% Diciembre: 70%	5%
1.3 Resultados tamizajes CACU	1.3.1 Razón de resultados de PAP positivos preinvasores/invasores	N° de PAP positivos preinvasores/ N° de PAP positivos invasores	-REM A01, sección G -Planilla Monitoreo	Establecer línea base de enero a diciembre año 2026 y siguientes Este indicador permitirá establecer una línea base para evaluar la efectividad del programa, esperando identificar una mayor proporción de lesiones preinvasoras en comparación con las invasoras.	

Estos indicadores también deben ser reportados por el servicio de salud y estar incluidos en la resolución exenta de asignación del subtítulo 21. En el caso del subtítulo 22, el reporte y la inclusión de los indicadores en la resolución exenta son aplicables a aquellos servicios de salud que correspondan.

7.2 Indicador de Componente 2: Tratamiento de mujeres en el período de Climaterio

SUBCOMPONENTE	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE	META	PESO RELATIVO
2.1 Resolutividad para mujeres en etapa de climaterio que requieren atención de especialista ginecólogo/a	2.1 Porcentaje de cumplimiento de la actividad proyectada en consultas y procedimientos de ginecología	(Numerador: N° de mujeres en etapa de climaterio atendidas por consulta ginecológica/ Denominador: N° total de consultas ginecológicas programadas) x100	REM A29, sección I*	Julio: 40% Diciembre: 100%	30 %

* En caso de cambiar la fuente del REM, se informará oportunamente por los referentes del PRAPS.

** Esta fuente se utilizará sólo en los casos de tamizaje primario con VPH, en donde se sumarán ambos exámenes (sección G + sección H).

***porcentaje calculado en relación con que el 70% de los cupos para control ginecológico provienen de un rescate activo por administrativo, el 30% de derivación interna. El denominador de la fórmula "N° mujeres no vigentes para tamizaje CaCu a **contactar**" se calcula en relación la cantidad de cupos de agenda que el administrativo debe llenar (debería coincidir con el denominador del indicador 1.1.2 de tamizajes programados o ser mayor en caso de que localmente se haya decidido agendar cupos habituales más sobrecupos).



	1.2.2 Porcentaje de mujeres contactadas y agendadas para tamizaje CaCu	(N° mujeres con contacto efectivo para tamizaje CaCu en el año t / N° mujeres contactadas para tamizaje de cáncer cervicouterino en el año t) x 100	-Registro local -Planilla Monitoreo	Julio: 70% Diciembre: 70%	5%
1.3 Resultados tamizajes CACU	1.3.1 Razón de resultados de PAP positivos preinvasores/invasores	N° de PAP positivos preinvasores/ N° de PAP positivos invasores	-REM A01, sección G -Planilla Monitoreo	Establecer línea base de enero a diciembre año 2026 y siguientes Este indicador permitirá establecer una línea base para evaluar la efectividad del programa, esperando identificar una mayor proporción de lesiones preinvasoras en comparación con las invasoras.	

Estos indicadores también deben ser reportados por el servicio de salud y estar incluidos en la resolución exenta de asignación del subtítulo 21. En el caso del subtítulo 22, el reporte y la inclusión de los indicadores en la resolución exenta son aplicables a aquellos servicios de salud que correspondan.

7.2 Indicador de Componente 2: Tratamiento de mujeres en el período de Climaterio

SUBCOMPONENTE	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE	META	PESO RELATIVO
2.1 Resolutividad para mujeres en etapa de climaterio que requieren atención de especialista ginecólogo/a	2.1 Porcentaje de cumplimiento de la actividad proyectada en consultas y procedimientos de ginecología	(Numerador: N° de mujeres en etapa de climaterio atendidas por consulta ginecológica/ Denominador: N° total de consultas ginecológicas programadas) x100	REM A29, sección I*	Julio: 40% Diciembre: 100%	30 %

* En caso de cambiar la fuente del REM, se informará oportunamente por los referentes del PRAPS.

** Esta fuente se utilizará sólo en los casos de tamizaje primario con VPH, en donde se sumarán ambos exámenes (sección G + sección H).

***porcentaje calculado en relación con que el 70% de los cupos para control ginecológico provienen de un rescate activo por administrativo, el 30% de derivación interna. El denominador de la fórmula "N° mujeres no vigentes para tamizaje CaCu a **contactar**" se calcula en relación la cantidad de cupos de agenda que el administrativo debe llenar (debería coincidir con el denominador del indicador 1.1.2 de tamizajes programados o ser mayor en caso de que localmente se haya decidido agendar cupos habituales más sobrecupos).



8. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El proceso de monitoreo del programa se realizará en forma mensual por parte de los referentes del servicio de salud para los dos componentes del programa, de tal forma que permita generar acciones oportunas para el cumplimiento de metas.

El proceso de evaluación del programa se realizará de la siguiente forma:

N°	Fecha corte	Fecha envío MINSAL
1	31 de julio	20 de agosto
2	31 de diciembre	20 de enero del año siguiente

- **Primera evaluación:** Se efectuará con corte al 31 de julio de cada año y, de acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación, se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%
60%	0%
Entre 50% y 59,9%	50%
Entre 40% y 49,9%	75%
Menos del 40%	100%

Para el indicador 1.1.1 y 1.1.2 del componente 1, y 1.3 del componente 2, se realizará evaluación a nivel central, utilizando como fuente REM.

Para la evaluación cada servicio de salud debe entregar el siguiente reporte por comuna y establecimiento dependiente:

- Planilla por servicio de salud (formato MINSAL), que informe el número de controles ginecológicos con tamizaje CaCu programados (componente 1) y número de consultas ginecológicas programadas (componente 2) por comuna o establecimiento dependiente según corresponda.
- Planilla de Monitoreo de Tamizaje CaCu: contactabilidad (formato MINSAL): Se debe llenar por servicio de salud una planilla de reporte con datos al 31 de julio de cada año, relativo al Subcomponente 1.2, indicador 1.2.1 y 1.2.2 con información por cada comuna (municipal) y establecimiento dependiente.

El SS deberá enviar la planilla (componente 1) en formato MINSAL, con información comunal, para ello deberá verificar consistencia de la planilla consolidada, y enviar a nivel central sólo el monitoreo del indicador comunal. La fuente se construye a partir del consolidado que realiza la comuna y envía al Servicio (planilla provista por SS). La fuente primaria son los siguientes verificadores que deben ser llenados por el establecimiento APS (son para respaldo de Servicio de Salud y no se deben enviar al nivel central):

- Registro local Contactabilidad (formato MINSAL).
- Registro en ficha clínica según normativa vigente.

En este corte se aplica evaluación de meta, la que estará sujeta a reliquidación por no cumplimiento. En caso de no cumplimiento de la meta al corte, la comuna deberá presentar un informe de justificación y plan de mejora al Servicio de Salud.



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 a la División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, que resolverá la petición.

- **Segunda evaluación:** no obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la segunda evaluación del Programa al 31 de diciembre de cada año, y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período. El no cumplimiento de las actividades y metas anuales podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa. Esta evaluación se debe realizar según el procedimiento descrito en la primera evaluación.

El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, así como el comportamiento financiero en cuanto a la correcta ejecución y la rendición de los recursos a través del Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas (SISREC) y Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), según corresponda, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

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

Con la finalidad de dar cumplimiento al proceso de evaluación de Programas Gubernamentales (EPG) realizada por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia y la Dirección de Presupuestos del Gobierno de Chile, se solicitará mantener información rutificada de las usuarias beneficiarias del programa durante cada año calendario.

Orientación Técnica de Programa: Se entienden parte integrante del presente convenio.

Plan de mejoras: El referente técnico podrá solicitar plan de mejora cuando estime conveniente, principalmente cuando detecte casos en que se observe incumplimiento de los indicadores del programa que afecten la correcta ejecución de este.

Evaluación: El servicio podrá realizar auditorías y solicitar informes complementarios si se requiere y utilizar otras fuentes de verificación de la información presentada por la comuna en el caso que fuera necesario para evaluar pertinencia técnica y proporcionalidad del gasto, lo anterior sustentado en el uso eficiente de los recursos del estado.

Registro REM para evaluar proporcionalidad: Se realizará en base a la programación de N° de actividades a acordar entre referente técnico del Servicio de Salud y encargados técnicos de las respectivas comunas. La programación de la cartera de prestaciones asociada al programa se elaborará en base a las orientaciones técnicas del programa, u otros instrumentos normativos de MINSAL según corresponda.

El acuerdo de las prestaciones a realizar deberá quedar escrito en acta de reunión entre los referentes técnicos del Servicio de Salud y los referentes técnicos de las comunas u a través de otro mecanismo formal de acuerdo. Sin embargo, al ser el proceso de programación operativa un proceso dinámico, éste podrá ser modificado si se requiere a solicitud de la comuna, para tal efecto se podrá solicitar por correo electrónico con la debida fundamentación, la que será revisada y sujeta a aprobación del Servicio de Salud y MINSAL.

Si los acuerdos de prestaciones mínimas a registrar en REM u otro medio de verificación de parte de la comuna no se cumplen se deberá rendir proporcionalmente de acuerdo a las horas o prestaciones efectivamente ejecutadas.

Modificaciones: se podrán solicitar Modificaciones de cláusulas técnicas, financieras y administrativas hasta los 5 primeros días hábiles de septiembre del año en curso, esto implica que



la comuna deberá prever anticipadamente aquellas situaciones que pueden poner en riesgo el cumplimiento de uno o más componentes del convenio. Dichas modificaciones, en términos financieros, sólo aplican a la segunda y/o tercera cuota o duodécimos, pendientes de transferir.

La solicitud de la Municipalidad, debe ingresar al Servicio en el plazo ya definido, vía oficio al Servicio o correo electrónico por parte del Jefe(a) de Salud comunal indicado el programa y argumentos técnicos que respaldan la solicitud. De utilizar como medio de envío el correo electrónico se debe enviar al correo informado por oficio del Servicio de Salud. De no contar con la argumentación técnica se rechazará de plano la solicitud, considerándose como no presentada, lo que se informará a la comuna por escrito, mediante el medio de comunicación más expedito. La aprobación de una solicitud será mediante addendum al Convenio y dictación de la respectiva Resolución Aprobatoria.

No se aceptarán solicitudes de extensión de vigencia del convenio en materias financieras, ya que se entiende que prever situaciones problemáticas para el término de éste es una actividad acordada por las partes y se podrá establecer alternativas de solución en forma oportuna.

Del personal

Los contratos del personal que se vayan a celebrar para el cumplimiento de los objetivos del convenio, así como su calidad jurídica, se ajustarán a las profesiones definidas en el programa de reforzamiento, orientaciones técnicas y el presente convenio, en el marco de la Ley 19.378 del Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal, esto es contratos a plazo fijo e indefinido, reglamentos, leyes complementarias, leyes de aplicación supletoria, esto es, honorarios bajo Ley N° 18.883.

De los plazos

Los plazos definidos en el presente instrumento, y que afecten a la Municipalidad, tendrán por regla general el carácter de fatales; salvo aquellas que se refieren a la presentación de planes de gastos o modificaciones, que podrán excepcionalmente ser considerados, cuando se fundamenten en circunstancias o consideraciones de caso fortuito o fuerza mayor lo que será evaluado y sancionado por la Dirección de Servicio (o Subdirección de APS), previo informe del Departamento Jurídico del Servicio de Salud.

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 transparencia
Convenio	\$ 4.778.000.- Cuatro millones setecientos setenta y ocho mil pesos pesos.	Primera cuota	\$ 3.344.600.- ✓	70%	Contra la aprobación del convenio mediante resolución
		Segunda cuota	\$ 1.433.400.- ✓	30%	Sujeta a los resultados de la evaluación señalada en el presente convenio
Fecha inicio Convenio / Addendum	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 ha iniciado a partir del 1° de enero de 2026, fecha anterior a la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, considerando el artículo 52 de la Ley N° 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.				
Ingreso a SISREC	Este Convenio se ingresará a SISREC como Proyecto por el monto total en el caso de no ser definido por componentes, en cuyo caso, se ingresan tantos proyectos como componentes se definan.				



Detalle Financiero:

Hrs. Mensuales	Hrs anuales	\$ hrs anuales	Número pap a realizar en estrategia (3 pap por hora) 2 hrs mensuales administrativas	Hrs. Mensuales	\$ hrs anuales	\$ hrs anuales	\$ Subtotal Hrs	\$ gastos operación	\$ Sub Total Ca Cut	Canas ta Climaterio	\$ SUBT-TOTAL Climaterio
24	300	\$3.000.000.	750	17	204	\$918.000.	\$3.918.000.	\$200.000.	\$4.118.000.	20	\$660.000.

Toda transferencia de recursos está sujeta a la disponibilidad presupuestaria del Servicio y se hace presente que de conformidad al inciso 2 del artículo N°18 de la Resolución N° 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.26 de la actual Ley de Presupuesto de la Nación Nro.21.722 del año 2026 o según defina la Ley de Presupuesto del año en ejecución teniendo en consideración que el presente convenio establece la posibilidad de prórroga automática.

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:

- 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.
- Designar a los funcionarios que tengan las calidades de analista ejecutor, encargado ejecutor y su subrogante y ministro de fe en el SISREC.
- 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.
- 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.
- Rendir gastos en forma proporcional a la ejecución técnica del Convenio según define el artículo tercero de este convenio.
- Quienes rindan gastos en una rendición de cuentas deberán ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA



CONSTITUCIONAL DE BASES GENERALES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO y lo que disponga la LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO correspondiente al año de los convenios suscritos. Respecto a los plazos de rendición de cuentas, entrega de la rendición al Servicio, quienes rindan gastos, en una rendición de cuentas, se ajustarán a la Resolución Exenta N°30/2015 de la Contraloría General de la República en lo que respecta a la rendición mensual proporcional la que debe reflejar la ejecución técnica del convenio y la transferencia de recursos desde el Servicio de Salud; teniendo presente que la plataforma de rendiciones de Contraloría "SISREC" este operativa permanentemente durante la ejecución del convenio; en base a lo indicado, las partes acuerdan que ante un gasto observado por parte del Servicio, la Municipalidad podrá subsanarlo, sólo a través de la plataforma SISREC, además, quienes rindan gastos en una rendición de cuentas deberán ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES. Ante un gasto observado por parte del Servicio, la Municipalidad podrá subsanarlo, sólo a través de la plataforma SISREC, presentando los antecedentes requeridos. Presentados estos antecedentes, el Servicio de Salud procederá a su revisión y si aún existen gastos que resulten observados, se llevarán los antecedentes a una comisión integrada por el Jefe del departamento Salud o Desam de la Comuna respectiva, encargado del respectivo programa de la Comuna, la Directora (or) de APS, Jefe del Subdepartamento respectivo, el referente del programa y el Asesor jurídico del Servicio de Salud Chiloé, quienes resolverán su aprobación o eliminación.

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.

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) Quienes revisen gastos en una rendición de cuentas deberán ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES GENERALES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO y lo que disponga la LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO correspondiente al año de los convenios suscritos. Respecto a los plazos de revisión de gastos, quienes revisen gastos en una rendición de cuentas, ante un gasto observado por parte del Servicio y presentada por parte de la Municipalidad su corrección deberá ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES GENERALES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO y lo que disponga la LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO correspondiente al año de los convenios suscritos.

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.

SEXTA: 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 pudiese 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" a la Renta general de la Nacional dentro del mes de enero de 2026 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, que no implique una modificación de cláusulas del convenio ni extensión de su vigencia, lo cual se realizará previa solicitud, vía oficio dirigido al Servicio de Salud, antes del término del año en curso y con la aprobación de éste el cual constará por cualquier 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, tendrá 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 incorporarán al presente Convenio el Anexo: "Plan de Gastos", que se entiende 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 República en el "TÍTULO I. NORMAS GENERALES".

Para que exista acuerdo de voluntades respecto del Plan de Gastos y sus eventuales modificaciones, la Municipalidad y el Servicio definirán su contenido conforme al procedimiento establecido por el Servicio de Salud para la elaboración, tramitación y aprobación de dicho instrumento. Dicho acuerdo se formalizará mediante resolución del Servicio de Salud, garantizando su validez, formalidad y aplicación transversal en todas las comunas.

El procedimiento señalado contendrá las etapas, medios de comunicación y mecanismos de validación correspondientes, y será aprobado mediante resolución del Servicio de Salud. Este podrá ser actualizado o modificado por dicho Servicio mediante el mismo acto administrativo, sin requerir



la modificación del presente convenio, manteniendo su vigencia mientras se encuentre vigente la resolución que lo aprueba.

Las partes acuerdan que toda modificación al procedimiento o al proceso de elaboración del Plan de Gastos será igualmente formalizada mediante resolución del Servicio, asegurando la debida información y aplicación uniforme en todas las comunas.

Sin perjuicio de lo anterior, y con el objeto de resguardar la continuidad del servicio y la correcta tramitación administrativa del convenio, la Municipalidad podrá remitir el Plan de Gastos y/o sus modificaciones mediante oficio u ordinario, cuando no sea posible su tramitación a través de los medios establecidos en el procedimiento aprobado por el Servicio de Salud.

Se deja expresamente estipulado que la no presentación o acuerdo o aprobación de un plan de gastos faculta al "Servicio" a utilizar el Plan de Gastos elaborado por éste, 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.

El plazo máximo para modificar un Plan de Gastos es hasta los 5 primeros días hábiles de septiembre del año en curso. Dichas modificaciones, en términos financieros, sólo aplican a la segunda y/o tercera cuota o duodécimos, pendientes de transferir.

DÉCIMA: 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. Un Addendum al Convenio y la respectiva Resolución Aprobatoria, de estar sujeto a control previo de legalidad, será enviado al Órgano de Control, Contraloría, para su examen de juridicidad.

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

DÉCIMA SEGUNDA: La personería de D. María Alejandra Villegas Huichamán por la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, en su calidad de Alcaldesa, consta en el Decreto Alcaldicio N° 2.894 del 06 de diciembre de 2024.



D. MARÍA ALEJANDRA VILLEGAS HUICHAMÁN

ALCALDESA

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE



D. ERIC GUTIERREZ MORALES

DIRECTOR (S)

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

Dirección/Jurídica/Dirección APS/Jefe Subdepto/Referente/SGO/cmv

