

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

SECRETARÍA MUNICIPAL

APRUEBA CONVENIO c/SERVICIO DE SALUD CHILOE

"APOYO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES"

DECRETO ALCALDICIO N° 2023

DALCAHUE, 13 de agosto de 2024

VISTOS: La Resolución Exenta N° 4863 del 23 de mayo de 2024, del Servicio de Salud Chiloé, mediante el cual se "Aprueba Convenio Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales"; 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 basado en la sentencia firme y ejecutoriada Causa Rol 1459-2021; 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 "*Convenio Programa Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales*" suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, representada por su Alcalde don Alex Waldemar Gómez Aguilar y el Servicio de Salud Chiloé representada por la Directora doña Marcela Cárcamo Hemmelmann y mediante el cual se transfiere a la Municipalidad de Dalcahue la suma de \$24.842.600.- (veinticuatro millones ochocientos cuarenta y dos mil seiscientos pesos), que se transferirán en dos cuotas, siendo la primera correspondiente al 70% del total y asciende a \$17.389.820.- (diecisiete millones trescientos ochenta y nueve mil ochocientos veinte pesos).

ANÓTESE, COMUNÍQUESE 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

RESOLUCION EXENTA Nº 4863 ✓

CASTRO, 23 MAYO 2024

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El **Convenio Apoyo a Los Cuidados Paliativos Universales**, suscrito con fecha 10 de abril de 2024 entre el **Servicio de Salud Chiloé y la Ilustre Municipalidad de Dalcahue**; Resolución Exenta Nº 91 del 30 de enero de 2024, que aprueba el Programa **Apoyo a Los Cuidados Paliativos Universales**, Resolución Exenta Nº 129 del 13 de febrero de 2024, que aprueba los recursos 2024 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 7 del 2019 y Resolución Nº 14 del 2022, ambas de la Contraloría General de la República y D.A. Nº 49 de fecha 13 de diciembre de 2022, del Ministerio de Salud. **CONSIDERANDO:** 1.- Resolución Exenta Nº 129 del 13 de febrero de 2024, que aprueba los recursos 2024 para el Programa. 2.- Que es necesario aprobar y transferir recursos en base al presupuesto 2024, para financiar el Programa de Reforzamiento Apoyo a Los Cuidados Paliativos Universales 2024, cuyo propósito es Abordar las necesidades de salud de las personas con enfermedades terminales o graves no oncológicas, a través de los CCPP, en los establecimientos de APS. 3.- 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. 4.- Dado lo anteriormente expuesto, es que a este Servicio de Salud le asiste la necesidad de aprobar el Convenio "**Apoyo a Los Cuidados Paliativos Universales**" suscrito con fecha 10 de abril de 2024 entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, ajustándose a la distribución de recursos establecidos en Resolución Exenta Nº 129 del 13 de febrero de 2024 del Ministerio de Salud. 5.- Que, en base a lo razonado anteriormente se debe necesariamente dejar sin efecto la Resolución Exenta Nº 7051 del 07 de octubre de 2022 y Resolución Exenta Nº 3103 del 21 de Abril de 2023, ambas del **Servicio de Salud Chiloé**. 6.- 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 APOYO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES"** suscrito con fecha 10 de abril de 2024, 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 Nº

CONVENIO
PROGRAMA APOYO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES
ENTRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE
Y
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

En Castro a 10 de abril de 2024 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 Directora **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".

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 instaure 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 subítulos 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 Apoyo a Los Cuidados Paliativos Universales aprobado por Resolución Exenta N° 91 del 30 de enero de 2024, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 129 del 13 de febrero de 2024, ambas 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, el que se encuentra disponible en la página WEB institucional del "Servicio" (<https://sschl.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:

1. DIAGNÓSTICO

La Organización Mundial de la Salud (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"¹. Son reconocidos como parte del derecho humano a la salud¹.

Se estima que anualmente, 40 millones de personas necesitan CCPP a nivel mundial, pero tan solo un 14% de ellas los reciben. Esta es una necesidad creciente, dado el envejecimiento de las poblaciones y el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles². Junto a lo anterior, es necesario tener presente los CCPP para niños, niñas y adolescentes (NNA), ya que, a pesar de representar un bajo porcentaje del total de la necesidad, conllevan un alto impacto emocional y social.

Una amplia gama de condiciones de salud, serán susceptibles de requerir CCPP. La mayoría de los adultos que los necesitan, padecen enfermedades crónicas tales como insuficiencia cardíaca, renal o hepática, cáncer, enfermedades respiratorias, neurodegenerativas, enfermedades infecciosas crónicas, diabetes, entre otras. Respecto a los NNA, será para quienes presenten alguna condición de salud compleja, ya sea progresiva o no y que sea potencialmente mortal.

The Hospice Association of America y National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) declaró el año 2004, que el 80% de los pacientes de las Unidades de Cuidados Paliativos 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 terminales³.

En Latinoamérica, los CCPP fueron impulsados desde la década de los ochenta y han evolucionado de manera particular en cada país⁴. En Chile destaca el año 1994, el inicio del programa de alivio del dolor y cuidados paliativos (AD y CP); el decreto N°170 AUGE de 2004, del Ministerio de Salud, que garantiza el Problema de Salud N°4: "Alivio al dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos a la población oncológica"⁵. La demanda actualizada de este problema de salud asciende a 26.733 casos nuevos entre enero y diciembre, según registros SIGGES 2022⁶.

Como podemos ver, en Chile existe un desarrollo sostenido de los CCPP oncológicos, pero era necesario visibilizar la necesidad de CCPP no oncológicos. Un equipo de investigadores realizó una estimación de la población adulta que se beneficia de CCPP no oncológicos. El resultado demostró una población susceptible de recibir CCPP no oncológicos anual, de 25.650 personas⁷. El promedio de sobrevida en etapa final de vida estimado fue de 169 días.

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

2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

2.1. Problema principal que el programa intenta resolver:

¹ OMS. Cuidados paliativos [Internet]. 2020 [citado 07 de septiembre 2023]. Disponible en: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>

² OMS A. WHA67 [Internet]. [citado 07 de septiembre de 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/REC1/A67_2014_REC1-sp.pdf

³ National Hospice and Palliative Care Organization [Internet]. NHPCO. [citado 16 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.nhpco.org/>

⁴ Pastrana T, De Lima L, Pons Izquierdo J, Centeno C. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica Edición Cartográfica 2013. 2014.

⁵ Problemas de Salud - AUGE 85 - Ministerio de Salud [Internet]. [citado 07 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://auge.minsat.cl/problemasdesalud/index/4>

⁶ Casos GES (AUGE) acumulados a diciembre de 2022, Superintendencia de Salud. Disponible en: <https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666fw3-propertyvalue-3746.html>

⁷ Amijo, N., Abbot, T., Espinoza, M. et al. Estimation of the demand for palliative care in non-oncologic patients in Chile. *BMC Palliat Care* 22, 5 (2023). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01122-z>

El problema es la falta de acceso a cuidados paliativos en la población no oncológica, que les permita aliviar el sufrimiento causado por la progresión de sus enfermedades; situación visibilizada y que busca ser resuelto a través de la implementación de la Ley 21.375 de Cuidados Paliativos Universales (CPU).

2.2. Justificación de la necesidad del programa:

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

Se define como condición de salud terminal, aquella persona que haya sido diagnosticada de una patología de carácter progresivo e irreversible, sin tratamiento específico curativo o que permita modificar su supervivencia, o bien, cuando los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces, y con una expectativa de vida inferior a doce meses. Por otro lado, se define como enfermedad grave, aquellas condiciones de salud que generan sufrimientos físicos persistentes, intolerables e incurables en la persona. En conformidad a dichos criterios, un decreto dictado por el Ministerio de Salud determinará las condiciones de salud que tendrán la calidad de enfermedad grave.

La OMS recomienda que los CCPP sean provistos en la comunidad como parte de los cuidados de atención primaria⁸ APS), pudiendo atender a personas de menor complejidad, bajo el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS). En particular, el programa considera la atención de personas con enfermedades terminales o graves de origen no oncológico, dado que las personas con necesidad de atención paliativa por cáncer están cubiertas por el GES N°4 de Alivio del dolor por cáncer y Cuidados paliativos.

La implementación del programa tiene como pilar el modelo de atención domiciliaria para personas con dependencia severa, el cual se podrá complementar con atención ambulatoria en caso de que el paciente pueda desplazarse y/o, por vía telemática. La ley 21.375, que sostiene la implementación del programa, establece como derechos fundamentales de quienes sean sus beneficiarios/as:

- **Cuidados paliativos**, cuando corresponda, y en la forma señalada en los marcos normativos establecidos por el Ministerio de Salud.
- **Ser informada/o** en forma oportuna y comprensible de su estado de salud, pronóstico, manejo de síntomas, formas de autocuidado y los posibles tratamientos a realizarse.
- **Ser acompañado/a por sus familiares o por la persona que designe.** Igualmente, se le reconocen los derechos establecidos en la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud; en particular, en lo relativo al reforzamiento de su autonomía.

En el Atlas de Cuidados Paliativos de Latinoamérica del año 2020 se registran que 10 países cuentan con un programa nacional de CCPP y 5 cuentan con una ley específica en CCPP. Tienen legalizado los CCPP Colombia, Costa Rica, México, Perú y Chile (sólo para personas con cáncer en contexto de Garantías explícitas en Salud). Otros países, si bien no lo tienen legalizado aún, sí tienen estrategias nacionales de CCPP: Argentina, Brasil, Ecuador, El Salvador, Panamá y Venezuela⁹.

3. OBJETIVO

⁸ OMS. Cuidados paliativos [Internet]. 2020 [citado 07 de septiembre 2023]. Disponible en: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>>

⁹ Pastrana T, De Lima L, Pons Izquierdo J, Centeno C. Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica Edición Cartográfica 2013. 2014.

Abordar las necesidades de salud de las personas con enfermedades terminales o graves no oncológicas, a través de los CCPP, en los establecimientos de APS.

3.1 Propósito:

Dar alivio de síntomas y acompañamiento a personas con enfermedades terminales o graves no oncológicas y a sus familias, en el contexto de la Ley N°21.375 en los establecimientos de salud de la Atención Primaria.

4. POBLACIÓN

La población objetivo corresponde a las personas con enfermedades terminales o graves de origen no oncológico que requieren de CCPP. Este año 2024 se asignan recursos para el 45% de la población estimada.

a. Cobertura del programa

	2021	2022	2023
Población Objetivo	-	Personas con enfermedades graves o terminales de origen no oncológico	Personas con enfermedades graves o terminales de origen no oncológico
Beneficiarios efectivos	0*	2.956 personas (112%)	Aún sin datos
Cobertura	0*	2.641 personas	5.123 personas

*Programa aún no implementado año 2021

Fuentes de información:

- Cobertura: Estudio ETESA UC
- Beneficiarios efectivos: reporte local

POBLACIÓN A INGRESAR:

COMUNA	POBLACION A INGRESAR
Dalcahue	6

5. ESTRATEGIA

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

Con el fin de llevar a cabo esta estrategia se espera que los equipos de APS puedan contar con los siguientes recursos:

- **Recursos humanos:** médico/a, enfermero/a, químico farmacéutico, psicólogo/a, nutricionista, trabajador/a social, kinesiólogo/a, técnico en enfermería nivel superior u otros visados por referencia técnica de la División de Atención Primaria (DIVAP), a partir de la presentación de un plan de Incorporación, con formato que se entregará desde la referencia o local. Debe realizarse una justificación detallada de prestaciones en el contexto del programa, horas y usuarios a atender.
- **Movilización:** compra de servicios de movilización para transporte del personal de salud a las visitas domiciliarias del programa.
- **Insumos:** elementos para procedimientos en domicilio. Para revisión de canasta de insumos revisar Orientación Técnica DIVAP.
- **Fármacos:** medicamentos necesarios para alivio de síntomas, para disponer por distintas vías de administración según indicación médica. Para revisión de

- canasta de fármacos revisar Orientación Técnica DIVAP. Cualquier compra de fármacos que no estén dentro de la canasta mencionada debe ser visada por MINSAL.
- **Oxigenoterapia**, para las personas ingresadas con requerimientos de uso de oxígeno no cubiertas por otros programas¹⁰. Respecto a este ítem, la adquisición será centralizada desde Servicio de Salud, según lo Instruido por MINSAL.
- **Capacitación**: estrategias de capacitación a personal de salud y referentes técnicos del programa. Este ítem no puede ser ejecutado desde comunas, ya que habrá instancias de transferencia técnica desde nivel central, según lo instruido por MINSAL.

5.1 Componentes

A continuación, se presentan las actividades para cumplir el propósito de este programa. Su forma de registro es de acuerdo a lo descrito en el Manual del Registro Estadístico Mensual (REM).

Nombre Componente	Descripción
Visita domiciliaria integral multidisciplinaria (elaboración o evaluación plan) (Atención)	Relación establecida entre el usuario y/o cuidadora o cuidador y uno o más miembros del equipo de salud, en el lugar de residencia de la misma, motivada por la evaluación del caso índice derivado a cuidado paliativo con la finalidad de generar un plan de tratamiento integral. Esta visita corresponde a la primera atención de la persona evaluada y en caso de requerir un nuevo plan ante cambio de la situación clínica, se deberá registrar como un nuevo evento (nueva visita domiciliaria integral multidisciplinaria).
Visita domiciliaria tratamiento/rehabilitación/ seguimiento (Atención)	Atención entregada por profesionales del equipo de salud a una persona en su propio hogar o institucionalizados, con el fin de brindar apoyo, tratamiento, rehabilitación y seguimiento; centrado en el proceso de enfermedad e incluye la atención de cuidados paliativos. Esta corresponde a la o las visitas de continuidad, que dan respuesta a la visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso.
Procedimientos de enfermería	Corresponde al número de intervenciones realizadas en domicilio con el fin de realización de procedimientos (vía subcutánea, curaciones, etc.) por

¹⁰ 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.

(Actividad)	profesional de enfermería o técnico en enfermería en aquellas personas que lo requieran, de acuerdo a los criterios definidos en Orientaciones Técnicas. Junto con el registro del procedimiento, se debe registrar si éste se realiza en el contexto de una visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso o una visita domiciliaria de tratamiento/rehabilitación/seguimiento.
Control ambulatorio (Atención)	Es la atención proporcionada por el equipo de salud al usuario que comprende evaluación, diagnóstico, determinación o modificación del plan de acción, ejecución de acciones de acuerdo con el plan, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad. Esta corresponde a otra modalidad de atención, que pudiese realizarse si es la preferencia del paciente y existen las condiciones en el establecimiento para realizarla. En caso de que se realice una atención por vía telemática, esta se registrará como control ambulatorio.
Consulta telefónica (Actividad)	Corresponde al número de contactos telefónicos efectivos realizados por el equipo de salud a las personas que lo requieran, esto es, usuario o cuidadora - cuidador, de acuerdo con los criterios definidos en Orientaciones Técnicas. Esta modalidad corresponde a un control abreviado para resolver un requerimiento específico del paciente o su familia y cuidadores.
Atención ambulatoria a familiares (Atención)	Es la intervención ambulatoria realizada por el profesional y/o técnico de enfermería. Esta intervención es realizada tanto a familiares y/o cuidadores. Incluye consejería, elaboración de plan de cuidados integrales, control y seguimiento para evolución, evaluación y psicoeducación, entre otras actividades definidas en la Orientaciones Técnicas.
Servicios farmacéuticos (Atención)	Corresponde a las actividades que realiza el químico farmacéutico en relación con la atención farmacéutica y la farmacovigilancia. Dentro de ellas se encuentran: atención, conciliación, educación y seguimiento farmacéutico, farmacovigilancia y registro de efectos

	adversos entre otros señalados, en Orientaciones Técnicas. Esta actividad debe ser registrada sólo si se realiza de manera ambulatoria. En caso de atención domiciliaria, debe registrarse dentro de la visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso o una visita domiciliaria de tratamiento/rehabilitación/seguimiento.
Apoyo psicológico al usuario (Atención)	Es la intervención terapéutica especializada, otorgada por psicólogo clínico a la persona. Esta actividad debe ser registrada sólo si se realiza de manera ambulatoria. En caso de atención domiciliaria, debe registrarse dentro de la visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso o una visita domiciliaria de tratamiento/rehabilitación/seguimiento
Apoyo social al usuario (Atención/ actividad)	Corresponde a las intervenciones que apuntan a la construcción de redes sociales, así como intervenciones colectivas que potencien un entorno que fomente la justicia social y la existencia de apoyo social del usuario, familia y/o cuidador. Si es realizado por un/a Trabajador/a Social debe ser registrado como una atención. Si es realizado por otro profesional en el contexto de la atención domiciliaria o presencial, debe ser registrado como una actividad. Esta actividad debe ser registrada sólo si se realiza de manera ambulatoria. En caso de atención domiciliaria, debe registrarse dentro de la visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso o una visita domiciliaria de tratamiento/rehabilitación/seguimiento
Apoyo psicológico a familia o cuidadores (Atención)	Es la intervención terapéutica especializada, otorgada por psicólogo clínico a la persona en cuidados paliativos, familiar o cuidador, tendiente a apoyar el proceso terapéutico, manejo de duelo. Esta actividad debe ser registrada sólo si se realiza de manera ambulatoria. En caso de atención domiciliaria,

	debe registrarse dentro de la visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso o una visita domiciliaria de tratamiento/rehabilitación/seguimiento
Educación (Actividad)	Actividades realizadas por el equipo de salud dirigidas al usuario, la familia y/o cuidador, destinadas a reforzar hábitos y/o actitudes que favorezcan la calidad de vida para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.
Apoyo en la gestión de manifestación de voluntades anticipadas (Actividad)	Actividad relacionada con la gestión de instrucciones explícitas de la persona y/o cuidadores (menores de edad) capaz, de manera libre, de expresar las indicaciones a tener en cuenta cuando se encuentra en una situación en que no pueda expresar personalmente su voluntad sobre los cuidados o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos, frente a un interlocutor válido del equipo de salud, actividad que se recomienda debe quedar en ficha clínica. Esta actividad es parte del proceso de vínculo terapéutico que permite conocer el mundo de valores y deseos de la persona, por lo que su registro puede ser reiterado en el tiempo, como un continuo del proceso de planificación anticipada de cuidados.

5.2. Estrategia de intervención del Programa

La principal forma de atención de las personas Ingresadas es la atención en su domicilio. La atención domiciliaria deberá ser idealmente en dupla médico- profesional o profesional/ técnico, de forma de poder abarcar de forma integral a la persona y su cuidador/a. Por tanto, la visita domiciliaria integral es el tipo de atención de elección, sobre todo en el caso de seguimiento en personas compensadas con bajos requerimientos de visitas. En caso de personas con mayor necesidad de visitas domiciliarias (por necesidad de procedimientos de enfermería para curaciones, educación, otros) pudieran realizarse visitas domiciliarias integrales y visitas domiciliarias de tratamiento/ rehabilitación según necesidad. En caso de que la persona Ingresada o su familia necesite dar aviso de síntomas descompensados o necesidad de una receta, se debe disponer de algún medio de comunicación para dar respuesta al requerimiento, se sugiere que sea mediante una consulta telefónica o mediante una atención ambulatoria a familiares.

En toda instancia de supervisión de la persona Ingresada se debe fomentar realizar apoyo psicológico al usuario/a, apoyo psicológico a familiares o cuidadores, educación y apoyo en la gestión de manifestación de voluntades anticipadas.

En caso de que la persona pudiera trasladarse a su centro de salud, será atendida de forma ambulatoria. Si está en domicilio y se realiza un control telefónico, éste deberá consignarse como un control ambulatorio en modalidad telefónica.

6. COMPLEMENTARIEDADES

6.1. Complementariedad a nivel interno

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

De la misma forma, las personas Ingresadas deberán mantenerse con las atenciones de sus programas preexistentes, esto con el objetivo de mantener un manejo en contexto del MAIS y para continuar con la entrega de prestaciones específicas, por ejemplo, la entrega de medicamentos.

6.2. Complementariedad a nivel externo

El programa se complementa con otras iniciativas de ayuda social que pudieran existir desde las municipalidades, dado que un porcentaje de la población Ingresada pudiera tener dificultades en la compra de alimentos o suplementos, adquisición de pañales, adquisición de catres clínicos o de órtesis en menores de 65 años, entre otros. También este programa se enmarca en la Iniciativa reciente "Sistema Nacional de Cuidados", la que incluye distintos ministerios en pro de mejorar las condiciones de vida de las y los cuidadores/as. Aún no se tiene claridad respecto a las prestaciones específicas que pudieran obtenerse de esta estrategia, por lo que se debe actualizar este documento en cuanto se materialice.

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

7. INDICADORES

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECÍFICO	INDICADOR	FÓRMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACIÓN
Seguimiento	Asegurar el seguimiento periódico de las personas Ingresadas	Porcentaje de efectividad de seguimiento	$(n^{\circ} \text{ personas en seguimiento}^{11} / n^{\circ} \text{ personas Ingresadas}) * 100$	Igual o mayor al 90%	25%	Fuente local
Capacitación	Promover la capacitación del equipo de salud en CCPP	Porcentaje de personas que conforman el equipo de salud capacitadas en CCPP	$(n^{\circ} \text{ personas del equipo de CPU capacitadas en CCPP}^{12} / n^{\circ} \text{ personas equipo CPU}) * 100$	Igual o mayor al 70%	25%	Fuente local

7.1. Indicadores de Propósito:

¹¹ Se considera como personas en seguimiento a aquellas personas Ingresadas con alguna instancia de supervisión del plan de cuidados indicado, ya sea presencial, por vía telefónica o por videollamada.

¹² Se considera como capacitación al personal de salud la realización del curso dispuesto por MINSAL en Cuidados Paliativos a través de plataforma de OPS u otro curso, diplomado y formación de post grado o post título realizada durante su carrera funcionaria y que cuenta con certificación y número de horas.

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECÍFICO	INDICADOR	FÓRMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACIÓN
Personas ingresadas	Determinar el número de personas con acceso a cuidados paliativos no oncológicos	Porcentaje de personas ingresadas	$(n^{\circ} \text{ personas ingresadas/población objetivo potencia}^{(13)} * 100)$	Igual o mayor al 95%	25%	Numerador: fuente REM Denominador: fuente MINSAL
Atención domiciliar	Priorizar las atenciones de las personas ingresadas en su domicilio.	Porcentaje de atenciones en domicilio	$(n^{\circ} \text{ de atenciones en domicilio/número de personas Ingresadas}) * 100$	Igual o mayor al 60%	25%	Fuente REM

7.2. Indicadores Complementarios:

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECÍFICO	INDICADOR	FÓRMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACIÓN
Seguimiento	Asegurar el seguimiento periódico de las personas Ingresadas	Porcentaje de efectividad de seguimiento	$(n^{\circ} \text{ personas en seguimiento}^{14} / n^{\circ} \text{ personas Ingresadas}) * 100$	Igual o mayor al 90%	25%	Fuente local
Capacitación	Promover la capacitación del equipo de salud en CCPP	Porcentaje de personas que conforman el equipo de salud capacitadas en CCPP	$(n^{\circ} \text{ personas del equipo de CPU capacitadas en CCPP}^{15} / n^{\circ} \text{ personas equipo CPU}) * 100$	Igual o mayor al 70%	25%	Fuente local

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. Además, se insta a los servicios de salud del país a realizar jornadas y capacitaciones a nivel local, pudiendo solicitar la colaboración y asesoría de los referentes MINSAL.

8. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El proceso de monitoreo del programa se realizará tres veces en el año, emitiendo informes al 30 de abril, 31 de julio y 31 de diciembre. Dichos informes deberán ser enviados al Ministerio de Salud antes del 20 de mayo, 20 de septiembre de cada año, y del 20 de enero del año siguiente.

¹³ La población objetivo potencia 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.

¹⁴ Se considera como personas en seguimiento a aquellas personas ingresadas con alguna instancia de supervisión del plan de cuidados indicado, ya sea presencial, por vía telefónica o por videollamada.

¹⁵ Se considera como capacitación al personal de salud la realización del curso dispuesto por MINSAL en Cuidados Paliativos a través de plataforma de OPS u otro curso, diplomado y formación de post grado o post título realizada durante su carrera funcionaria y que cuente con certificación y número de horas.

La evaluación del programa se efectuará en tres etapas:

Primera evaluación: Se efectuará con corte al 30 de abril de cada año, se deberá informar en planilla que será enviada vía correo electrónico a referentes del Programa, sobre el estado de avance de la ejecución del convenio.

Segunda 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 40%, de acuerdo al siguiente cuadro:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%
40%	0%
Entre 30% y 39,9%	50%
Entre 20% y 29,9%	75%
Menos del 20%	100%

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

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

Tercera evaluación: no obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la tercera 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.

Los recursos (producto de la reliquidación) que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, podrán ser reasignados por el Servicio de Salud, a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo 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.

9. FINANCIAMIENTO

a. Establecimientos de Dependencia del Servicio de Salud:

El programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 01 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de enero a diciembre de cada año, de acuerdo con el marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos, metas y prestaciones a los establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

Los recursos serán asignados por la Dirección del Servicio de Salud respectivo de acuerdo con el marco presupuestario definido por la Ley de Presupuesto del año vigente.

La ejecución del subtítulo 22 Bienes y Servicio de Consumo correspondiente al 70% de los gastos para la debida implementación de las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos, componentes, metas e indicadores señalados en el Programa se realizará desde el momento que se dicte la resolución que asigne los mismos a los establecimientos dependientes, a través del cumplimiento de las instrucciones emanadas por la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda Informada en los oficios Circulares N° 8 y 9 de fecha 01 y 28 de Abril de 2020, respectivamente, donde señala que las compras serán realizadas con disponibilidad presupuestaria de acuerdo a la Información Financiera del Estado mediante la Interoperación con el Sistema de Compras Públicas y el pago se realizará centralizadamente desde la Tesorería General de la República (TGR) vía transferencia a las cuentas corrientes de los proveedores del Estado.

La ejecución del gasto del 30% restante del total de recursos, se realizará a contar del mes de **octubre** del año correspondiente, del cual se rebajará los recursos correspondientes a la aplicación de la reliquidación que se realice respecto a los resultados de la evaluación, de acuerdo a los indicadores definidos en el programa.

En el caso de que los servicios prestados por el subtítulo 22 se encuentren exceptuados del pago centralizado de la Tesorería General de la República, y sean los Servicios de Salud los que deban realizar dicho pago, deberán emitir un Informe adjuntado todos los respaldos necesarios para la transferencia de los recursos.

En la situación del subtítulo 21 la primera cuota correspondiente al 70% se transferirá a la total tramitación de la resolución que asigna los mismos a los establecimientos dependientes y la segunda cuota correspondiente al 30% restante del total de recursos se transferirá a contar del mes de **octubre** del año correspondiente.

La tabla de descuento es la siguiente:

Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de Descuento de recursos 2ª cuota del 30%
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%

b. Establecimientos de Dependencia Municipal:

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes".

La glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N°19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa misma ley o bien a honorarios, acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa y de acuerdo con la normativa vigente. Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimiento).

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 con los resultados de la evaluación señalada en el punto 7 y 8 este Programa.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.

El gasto que irroque el Programa deberá ser imputado al ítem 24 03 298.

La tabla de descuento es la siguiente:

Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%

Estas transferencias se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

Se podrá incorporar en estos convenios, una cláusula que permita su prórroga automática, siempre que el programa de salud a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

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 el 30 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.

La solicitud de la Municipalidad será vía oficio al Servicio, indicado el programa y argumentos técnicos que respaldan la solicitud. De no contar con la argumentación técnica se rechazará de plano la solicitud informando a la comuna mediante el medio de comunicación por escrito más expedito, considerándose como no presentada. La aprobación de una solicitud será mediante addendum al Convenio y la 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.

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	\$24.842.600.- (Veinticuatro millones ochocientos cuarenta y dos mil seiscientos pesos)	Primera cuota	\$17.389.820.-	70	Contra la aprobación del convenio mediante resolución.
		Segunda cuota	\$7.452.780.-	30	Sujeta a los resultados de la evaluación señalada en el presente convenio.
Fecha Inicio Convenio / Addendum 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 ha iniciado a partir del 1º de enero de 2024, fecha anterior a la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, 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.21.640 del año 2024.

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 subsanarlo, sólo a través de la plataforma SISREC, dentro de un plazo de 10 días hábiles administrativos contados desde la fecha de devolución de la rendición al organismo ejecutor. De no presentar nuevos antecedentes dentro del plazo indicado, o si éste es presentado en otro medio o formato que no sea SISREC, la Municipalidad deberá necesariamente eliminar el gasto.

Presentados estos nuevos 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) 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.

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 2025 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 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.

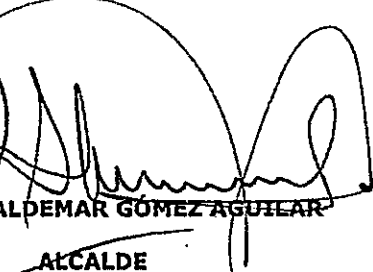
Se deja expresamente estipulado que la no presentación o acuerdo o aprobación de un plan de gastos antes de la primera rendición de gastos en SISREC del año en curso faculta al "Servicio" a utilizar el Plan de Gastos elaborado por éste, el que se informará a la comuna por la vía escrita más expedita 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 el 30 de septiembre del año en curso.

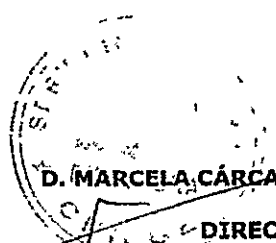
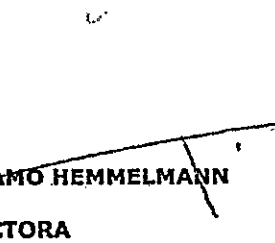
DÉCIMA: En el evento de que el presente convenio se vea beneficiado, con mayores recursos de los indicados en el presente Instrumento, se procederá a confeccionar el respectivo addendum y se mantendrán o fijarán nuevas fechas para modificaciones al convenio y/o plan de gasto, según sea el caso.

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. 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.



D. ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR
ALCALDE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE



D. MARCELA CÁRCAMO HEMMELMANN
DIRECTORA

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

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

ANEXO: "PLAN DE GASTOS"

El presente formato contiene la Información mínima a utilizar y cada programa lo adaptará a las necesidades específicas de este.

PLAN DE GASTOS			
PROGRAMA			
N° RESOLUCIÓN ASOCIADO AL PLAN DE GASTOS			
COMUNA			
NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE REFERENTE COMUNAL			
NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE REFERENTE SERVICIO DE SALUD			
Gastos de Operación			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.
Gastos de Personal			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.
Gastos de Inversión			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.