



Ilustre Municipalidad de Dalcahue

**APRUEBA CONVENIO PROGRAMA CUIDADOS
PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTO EN APS
SUSCRITO c/SERVICIO DE SALUD CHILOE**

**DECRETO ALCALDICIO N° 1.386.-
DALCAHUE, 16 de mayo del 2025.-**

VISTOS: La Resolución Exenta N° 1856 del 27 de febrero de 2025 del Servicio de Salud Chiloé; la Resolución del Tribunal Electoral Regional, Causa Rol 111-2024, que declara electa alcaldesa de la comuna 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:

APRUEBASE: En todos sus puntos el “*Convenio Programa Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS*” suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, representada por su Alcaldesa doña Alejandra Villegas Huichamán y el Servicio de Salud Chiloé representada por la Directora doña Marcela Cárcamo Hemmelmán y mediante el cual el Servicio transfiere la suma anual y única de \$3.998.000.- (tres millones novecientos noventa y ocho mil pesos) que se transferirán en dos cuotas, siendo la primera correspondiente al 70% del total y asciende a \$2.798.600.- (dos millones setecientos noventa y ocho mil seiscientos pesos).

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



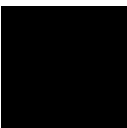
**SECRETARIA MUNICIPAL
DALCAHUE**



**ALCALDESA DE LA COMUNA
DALCAHUE**



MAB






MARÍA ALEJANDRA VILLEGAS HUICHAMÁN
ALCALDESA




CLARA INES VERA GONZALEZ
SECRETARIA MUNICIPAL

RESOLUCION EXENTA Nº

1856

CASTRO, 27 FEB. 2025

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El Resolución

Continuidad de cuidados preventivos y de tratamiento en APS, suscrito con fecha 28 de febrero de 2025 entre el **Servicio de Salud Chiloé** y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**; Resolución Exenta Nº 1054 del 31 de diciembre de 2024, que aprueba el Programa **Continuidad de cuidados preventivos y de tratamiento en APS**, Resolución Exenta Nº 166 del 18 de febrero de 2025, y 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 36 del 2024 de la Contraloría General de la República y D.E. Nº 11 de fecha 14 de febrero de 2024, del Ministerio de Salud.

CONSIDERANDO: 1.- Resolución Exenta Nº 166 del 18 de febrero de 2025 y que aprueba los recursos 2025 para el Programa. 2.- Que es necesario aprobar y transferir recursos en base al presupuesto 2025, para financiar el Programa de Reforzamiento Continuidad de cuidados preventivos y de tratamiento en APS 2024, cuyo propósito es aumentar el acceso y la disponibilidad de controles ginecológicos preventivos con tamizaje para cáncer cervicouterino y al tratamiento farmacológico en personas menores de 60 años con DM2 con criterios de priorización. 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 "**Continuidad de cuidados preventivos y de tratamiento en APS**" suscrito con fecha 28 de febrero de 2025 entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, ajustándose a la distribución de recursos establecidos en Resolución Exenta Nº 166 del 18 de febrero de 2025 del Ministerio de Salud 5.- Que, en base a lo razonado anteriormente se debe necesariamente dejar sin efecto la Resolución Exenta Nº 4855 del 23 de mayo de 2024 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. **APRÚEBASE, "CONVENIO CONTINUIDAD DE CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTO EN APS"** suscrito con fecha 28 de febrero de 2025, 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° 166 del 18 de febrero de 2025, del Ministerio de Salud, fondos presupuestarios que ascienden la suma anual y única de **\$3.998.000. - (Tres millones novecientos noventa y ocho mil. pesos)** a fin de ejecutar las acciones que se detallan en el Convenio señalado.

2. **DEJESÉ SIN EFECTO**, Resolución Exenta N° 4855 del 23 de mayo de 2024 que aprueba convenio suscrito con fecha 14 de marzo de 2025, del Servicio de Salud Chiloé.
3. **TRANSFIERASE**, cuota correspondiente al 70% del total de los recursos del convenio, correspondiente a \$2.798.600. - previa verificación, por parte del Subdepartamento de Gestión Financiera del Servicio, del cumplimiento por parte de la comuna de los requisitos definidos en la Resolución 30/2015 de la Contraloría General de la República, que hubiere cumplido con los reintegros y convenios de pago que se han hecho exigibles.
4. **SÍRVESE**, el presente documento como suficiente oficio remitir.
5. **IMPÚTASE** el gasto que irrogue el cumplimiento de este al ítem 24-03-298 del año 2025.
6. **PUBLÍCASE**, en Portal de Transparencia Activa, del Servicio de Salud Chiloé

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



D. ERIC GUTIÉRREZ MORALES
DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ.

Dirección/Subdepartamento G.F./Juridica/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. Adriana Guzman, Ximena Navarro Burgos
- ✓ 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 21 de marzo de 2025 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 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° 1054 del 31 de diciembre de 2024, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 166 del 18 de febrero de 2025, 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://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:

1. DIAGNÓSTICO

En el contexto actual, la Atención Primaria de Salud (APS) en Chile se consolida como un pilar esencial para enfrentar los desafíos relacionados con las enfermedades no transmisibles, las cuales representan una prioridad de salud pública a nivel internacional y se han establecido compromisos y metas políticas específicas para su abordaje (Ministerio de Salud, 2022). Entre estas enfermedades, las cardiovasculares y el cáncer han sido las principales causas de mortalidad en nuestro país, lo que ha motivado esfuerzos adicionales para su tratamiento y prevención.

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 Cáncer Cervicouterino. La Guía de Práctica Clínica de CaCu del año 2005 recomienda realizar el PAP cada 3 años en mujeres entre los 25 a 64 años. Adicionalmente, desde 2019, se ha implementado progresivamente test de determinación molecular de VPH, en 13 Servicios de Salud, los cuales son: Arica, Antofagasta, Coquimbo, Metropolitanos (5 SS), Maule, Talcahuano, Araucanía Sur, Valdivia y Osorno, 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 Cáncer Cervicouterino 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 2013 se alcanzaba 63%, mientras que disminuye a 45% el 2022 y recupera a un 54% al año 2023 (fuente REM, población inscrita validada FONASA).

Por otro lado, las condiciones socioeconómicas de la población limitan el acceso a las prestaciones del sistema sanitario debido a largas jornadas laborales, tiempos de traslado, trabajo informal y barreras culturales en torno a las enfermedades crónicas no transmisibles. Al ser en su mayoría asintomáticas, de acuerdo a la literatura las personas no acuden regularmente a realizar sus controles, especialmente quienes tienen menos de 65 años y están laboralmente activos.

En el ámbito de la salud cardiovascular en APS, se proporciona control y tratamiento a personas con hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y enfermedad renal crónica (ERC), entre otras condiciones. La DM2, la insuficiencia cardíaca (IC), que en la mayoría de los casos es por HTA no controlada, y la ERC representan un creciente problema de salud pública en Chile y a nivel global. Se estima que la prevalencia de DM2 en Chile es del 12,3% en personas mayores de 15 años, mientras que la ERC afecta entre el 6% y el 7% de los adultos, y la Insuficiencia cardíaca tiene una prevalencia aproximada del 3% en la población adulta. Estas condiciones están asociadas con un aumento en la morbilidad y mortalidad cardiovascular.

La DM2 se caracteriza por hiperglicemia crónica debido a la resistencia a la insulina y un déficit compensatorio en su secreción por parte del páncreas. Su manejo requiere un enfoque integral que abarque aspectos nutricionales, psicológicos, farmacológicos y de actividad física, además de un fuerte componente de prevención y seguimiento.

En este sentido los inhibidores del co-transportador de sodio-glucosa tipo 2 (SGLT2) fueron inicialmente desarrollados para el control glicémico en personas con DM2, pero diversos estudios han demostrado beneficios adicionales para la salud cardiovascular y renal, ampliando su uso más allá del control glicémico. Sin embargo, el alto costo de estos fármacos ha impedido su inclusión en la canasta de tratamientos disponibles en APS.

Aunque los SGLT2 fueron diseñados para tratar DM2, también han mostrado efectos beneficiosos adicionales como reducción del peso (entre 1,8 y 2,7 kg) y disminución de la presión arterial (presión arterial sistólica entre 1,0 y 2,6 mmHg; presión arterial diastólica entre 0,7 y 2,2 mmHg). El estudio EMPA-REG demostró que estos medicamentos reducen significativamente el riesgo de eventos cardiovasculares en poblaciones de alto riesgo, independientemente del control glicémico. Los SGLT2 tienen como objetivos: reducir el riesgo cardiovascular en personas con enfermedad cardiovascular establecida o alto riesgo cardiovascular e insuficiencia cardíaca con fracción de eyección <45%, así como disminuir la progresión de la enfermedad renal en pacientes con filtración glomerular >30 mL/min y presencia de albuminuria¹.

La prevención y detección temprana de factores de riesgo cardiovascular son esenciales para mitigar el impacto de estas enfermedades. Introducir y reforzar el tratamiento con SGLT2 para grupos priorizados en APS, no solo reduciría la incidencia de complicaciones futuras, sino que también optimizaría los recursos del sistema de salud, promoviendo un enfoque anticipado y centrado en las personas.

1.- The EMPA-KIDNEY Collaborative Group. Empagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. N Engl J Med November 4, 2022. DOI: 10.1056/NEJMoa2204233, <https://bit.ly/3NFALAx>

2. 2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

2.1. Problema principal que el programa intenta resolver:

Brecha de acceso de personas inscritas en centros de atención primaria de salud a detección de cáncer cervicouterino y tratamiento oportuno para enfermedades crónicas no transmisibles.

2.2. Justificación de la necesidad del programa:

Las barreras de acceso a la oferta sanitaria causan que las personas inscritas en centros de atención primaria de salud no cuentan con detección y tratamiento oportuno para enfermedades crónicas no transmisibles. 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 sus controles de salud (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 Papanicolaou y cáncer cérvico uterino en mujeres chilenas Identificó que los horarios de centro de salud, el largo tiempo de espera y la dificultad en obtener una hora de atención limitan el acceso a 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.

La oferta habitual de controles de salud es predominantemente en horarios de 8 a 17 horas generando limitaciones de acceso a personas trabajadoras y cuidadoras.

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 GES asociado al problema de salud, justifica avanzar en tamizaje para llegar a coberturas más cercanas al gold estándar y permita impactar en la morbilidad por CaCu.

Cuadro 1. Garantías GES Cáncer cervicouterino

Categoría	2019	2020	2021	2022	2023
Tratamiento Cáncer Pre-Invasor	10.060	7.348	10.914	14.078	12.280
Tratamiento Primario o Adyuvante	1.858	1.642	2.034	2.099	2281

Fuente: SIGGES

En relación con la salud cardiovascular, aumentar el acceso a tratamientos con ISGLT2 para grupos priorizados, se constituye en una medida fundamental para prevenir complicaciones graves. La interrelación entre la DM2 y la ERC puede llevar a situaciones críticas, como la necesidad de diálisis y amputaciones. El acceso a ISGLT2 no solo puede prevenir la progresión de la ERC, sino que también contribuye a reducir la necesidad de tratamientos más invasivos y costosos.

La evidencia científica respalda firmemente el uso de ISGLT2, ya que estos medicamentos no solo ayudan en el control glicémico, sino que también ofrecen beneficios cardio-renales significativos, como la reducción del riesgo de insuficiencia cardíaca y disminución de la mortalidad. Este respaldo se ve reflejado en las recomendaciones de sociedades médicas chilenas, a través del "Consenso multidisciplinario sobre el uso de inhibidores de SGLT-2 (ISGLT-2) en la práctica clínica chilena mediante metodología GRADE" ², que sugieren su uso en personas con DM2 y ERC, entre otros.

Desde una perspectiva económica, la introducción de iSGLT2 en el tratamiento de grupos priorizados ha demostrado ser costo-efectiva ³. Al disminuir la progresión de estas enfermedades y reducir hospitalizaciones, se optimizan los recursos del sistema de salud, evitando gastos mayores asociados a complicaciones avanzadas.

Además, los iSGLT2 han mostrado efectos adicionales que mejoran el manejo integral de la DM2, como la reducción del peso y la presión arterial. Estos beneficios son cruciales para el control de múltiples factores de riesgo en personas con DM. Asimismo, al prevenir complicaciones y mejorar el manejo general, se espera que las personas experimenten una mejor calidad de vida. Es importante destacar que las barreras actuales en el acceso a tratamientos eficaces limitan las oportunidades para que las personas reciban atención adecuada. Aumentar el acceso a iSGLT2 es una medida necesaria para garantizar que las personas con DM2 tengan acceso a las mejores opciones terapéuticas disponibles.

La disminución en las tasas de compensación para personas con DM durante este período subraya la urgencia de implementar estrategias que mejoren el manejo de esta enfermedad crónica. La incorporación de iSGLT2 debe complementarse con un enfoque multidisciplinario que incluya educación sobre su uso, seguimiento continuo y ajustes del tratamiento según las necesidades individuales de la persona.

En resumen, aumentar el acceso a tratamientos con iSGLT2 es una estrategia integral que no solo aborda las necesidades clínicas de las personas, sino que también optimiza los recursos del sistema de salud y mejora la calidad de vida de quienes padecen enfermedades crónicas.

2 "Consenso multidisciplinario sobre el uso de inhibidores de SGLT-2 (iSGLT-2) en la práctica clínica chilena mediante metodología GRADE", ARTÍCULO ESPECIAL, Rev Med Chile 2024; 152(2): 244-252, S. Cabrera, et al.

3 Impacto Poblacional del uso de iSGLT2 en pacientes con Diabetes Mellitus 2, Enfermedad Renal Crónica y antecedentes de Enfermedad Cardiovascular en Chile, Fractal EDM, Nov 2021, Solicitado por MINSAL

OBJETIVO

Aumentar el acceso y la disponibilidad de controles ginecológicos preventivos con tamizaje para cáncer cervicouterino y al tratamiento farmacológico en personas menores de 60 años con DM2 con criterios de priorización.

3.1. Propósito:

Personas inscritas en establecimientos de atención primaria de salud cuentan con detección de cáncer cervicouterino y tratamiento oportuno para enfermedades crónicas no transmisibles.

3. POBLACIÓN

4.1. Población objetivo:

- Población inscrita en establecimientos de atención primaria de salud de 25 a 64 años con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino y para personas menores de 60 años con diagnóstico de diabetes mellitus y ERC etapa 3b.

Los componentes (ver numeral 5) del programa beneficiarán a:

- Componente 1: Mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años, que no tienen su tamizaje para cáncer cervicouterino, que forman parte de la brecha para lograr una cobertura de 80% de tamizaje en la población.
- Componente 2: Personas menores de 60 años con diagnóstico de DM2 y criterios de priorización.

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 trans masculino 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 trans masculino de 25 a 64 años con tamizaje no vigente por derivación comunitaria (organizaciones territoriales, intersector).

Componente 2:

- (1) Personas menores de 60 años, en control de salud en APS por DM2 y ERC etapa 3b.
- (2) Personas menores de 60 años, en control de salud en APS por DM2 y criterio especialidad, según disponibilidad de fármacos en el Servicio de Salud.

4.3. Fuente de información:

- Registro local
- Planilla de Monitoreo local, formato MINSAL
- Planilla monitoreo Hospital Digital (HD)
- REM; Serie A, Serie P, Serie BM
- Población inscrita validada FONASA.

4. 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 cáncer cérvico uterino no esté vigente en atención primaria de salud y el segundo es para población en control de salud cardiovascular en la APS y con diagnóstico de DM2 y otras condiciones de salud, según criterios de priorización (numeral 4.2).

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 cáncer cervicouterino en los establecimientos de atención primaria. Este componente tiene 2 acciones: Acceso y disponibilidad de controles ginecológicos preventivos en los establecimientos de APS en extensión horaria y otras estrategias acceso territorial (clínicas ginecológicas móviles). - Extensión horaria matrn (a) - Clínicas ginecológicas móviles y/o carros ginecológicos de arrastre Contactabilidad y rescate de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino
Salud cardiovascular	Disponibilizar tratamiento con iSGLT2 a personas con DM2 menores de 60 años según grupos priorizados.

5.2. Descripción de Componentes y Subcomponentes

5.2.1 Componente 1: Detección precoz de cáncer cérvico uterino.

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 cáncer cervicouterino en los establecimientos de atención primaria.
- Servicio provisto:** Controles ginecológicos con tamizaje para cáncer cervicouterino 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

Continuidad de cuidados preventivos y de tratamiento en APS - Dalcahuc (24-03-298) - 187

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 cáncer cervicouterino 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 3 por hora, optimizando los tamizajes para CaCu y pesquisa de cáncer de mama.

También se recomienda asignar 2 horas mensuales por establecimiento para la elaboración de reporte mensual del indicador para envío al Servicio de Salud.

Las horas financiadas por el PRAPS, deben ser utilizadas sólo para realización de los controles ginecológicos con tamizaje CaCu.

c. 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.

d. 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 cáncer cervicouterino.

B. **Servicio provisto:** Rescate y citación de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino 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 a cada comuna seleccionada 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:**
 - a. **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 cáncer cérvico uterino.
 - b. **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). Las funciones del/la administrativa o TENS, son exclusivas para la contactabilidad de mujeres y personas trans masculino de 25 a 64 asociada al programa, no se debe asignar otras funciones del establecimiento.
 - c. **Programación de espacios físicos e insumos** según estrategia local (utilizar computador, teléfonos y recintos del propio establecimiento).
 - d. **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 cáncer cérvico uterino 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 trans masculino 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: Salud Cardiovascular

Subcomponente 2.1: Disponibilidad de tratamiento con iSGLT2 a personas menores de 60 años, según criterios de priorización.

- A. Objetivo:** Incorporar el tratamiento farmacológico de iSGLT2 para personas menores de 60 años con Diabetes Mellitus tipo 2 y criterios de priorización.
- B. Servicio provisto:** Provisión de fármacos de la familia de Inhibidores del cotransportador sodio glucosa (Dapagliflozina 10 mg o Empagliflozina 10 mg) para las personas menores de 60 años con DM2 y con criterios de prioridad establecidos, según indicación de tratamiento a través de médicos de la célula de diabetes de HD.
- C. Estrategia de planificación y ejecución:** Para el logro del objetivo del componente 2 se recomienda el siguiente flujo de intervención:

- i. **Coordinación general:** El Servicio de Salud deberá comprar de manera centralizada iSGLT2, según la población bajo control de personas en salud cardiovascular y de criterios de inclusión, de acuerdo con el marco presupuestario asignado.
 - ii. **Coordinación y planificación local:** Implementación de los siguientes aspectos,
 1. Estimación de la demanda de Ingreso.
 2. Programar compra ajustada a marco presupuestario anual, de acuerdo con criterios de inclusión y priorización e Informar a HD el número de personas a beneficiar.
 3. Licitar la compra de iSGLT2, en donde se sugiere compra con convenio de suministro, acorde a marco presupuestario vigente.
 4. Implementación instancia de coordinación con HD y referentes programáticos del Servicio de Salud, para fases de planificación, programación y seguimiento.
 5. Derivación de las personas priorizadas a especialista Diabetología de HD.
 6. Prescripción por parte del especialista de HD de la célula de Diabetología, según criterios priorizados.
 7. Recepción de planilla de personas con indicación de tratamiento en los establecimientos de APS desde HD de manera semanal.
 8. Distribución del fármaco a centros de salud, según planilla enviada por HD, en máximo 14 días.
 9. Monitoreo del uso de los medicamentos por parte del servicio de salud, a través de referente farmacia.
 10. Monitoreo de resultados en indicadores de componente 2, SCV de las personas menores de 60 años con DM2 y ERC etapa 3b, según registros de REM P04, a través de referente SCV del servicio de salud.
- D. **Identificación de la población beneficiaria:** personas menores de 60 años según los siguientes criterios de priorización, que tengan la prescripción de uso de iSGLT2 por especialista de diabetología de HD.
- (1) Personas menores de 60 años, en control de salud en APS por DM2 y ERC etapa 3b.
 - (2) Personas menores de 60 años, en control de salud en APS por DM2 y criterio especialidad de HD, según disponibilidad de fármacos en el Servicio de Salud.
- E. **Distribución territorial** del fármaco, indicado por especialista de la célula de diabetes de HD, según coordinación local y estrategias del Servicio de Salud.
- F. **Registros:**
- Planilla Monitoreo SCV, que debe incluir el registro de personas menores de 60 años que reciben el fármaco financiado por la estrategia (Registro de Farmacia de cada centro de salud), y una planilla que consolide la información para envío al Servicio de Salud.
 - Planilla del número de personas menores de 60 años con DM2 atendidas en la estrategia en el año vigente por centro de salud (entregada por HD) y un consolidado de esta información.
 - Registro en ficha clínica según normativa vigente.

5.3. Estrategia de intervención del Programa

Componente N° 1: Detección precoz de cáncer cérvico uterino.

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

- **Realización de controles ginecológicos preventivos en extensión horaria** (17 a 20 hrs. lunes a viernes y/o sábados) en los establecimientos de APS en todo el territorio nacional, esto permite disponer de una oferta de prestaciones en un horario coherente a las necesidades individuales y de cuidado familiar de las usuarias/os. Además, existe oferta de tamizaje CaCu con reforzamiento por subtítulo 21 en establecimientos dependientes de servicio de salud.
- **Rescate y citación de mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 con tamizaje CaCu no vigente;** con estas acciones se logra alcanzar a personas con mayor riesgo de cursar una lesión asociada CaCu por falta de detección oportuna.
- **Acercamiento territorial a través de la adquisición/operación de atención extramuro en clínicas ginecológicas móviles** (o carros ginecológicos de arrastre) en territorios cuya cobertura y realidad territorial o geográfica lo requieran. De este modo, se garantiza, el acceso y oportunidad a mujeres que presentan barreras para el uso de servicios, entre otras cosas, por razones laborales y de cuidados. Los tamizajes CaCu realizados en esta modalidad deben considerarse en la programación y ejecución.

Componente N° 2: Salud Cardiovascular

- Para el logro del objetivo del componente se considera la siguiente estrategia de intervención:
- Tratamiento farmacológico de ISGLT2 a personas menores de 60 años, según criterios de priorización, en controles de SCV en establecimientos de APS, que incluye:
 - Derivación de las personas que cumplan criterios de derivación, a la célula de DM de HD
 - Indicación del fármaco por parte de especialista de HD, y contraderivación a APS para la atención y dispensación de éste en su establecimiento de origen (junto a otras indicaciones de tratamiento)
 - Asegurar tratamiento farmacológico de ISGLT2 de continuidad en establecimiento de APS, de acuerdo con la estrategia de planificación y ejecución descrita en numeral 5.2.2.

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 ampliar la canasta de tratamiento farmacológico a personas con controles de salud cardiovascular por DM2 y ERC etapa 3b (grupos priorizados). El programa Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento 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 medicamentos que se integran a la oferta del sistema, garantizando que más personas puedan acceder a tratamientos costo-efectivos según la evidencia disponible.

6.2. Complementariedad a nivel externo: El Programa incluye la acción intersectorial, utilizando como una de las líneas de priorización el componente 1 cáncer cervicouterino, 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	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE*	META	PESO RELATIVO
1.1 Acceso y disponibilidad de controles ginecológicos preventivos en los establecimientos de APS en extensión horaria y otras estrategias acceso territorial	Propósito	1.1.1 Variación porcentual de tamizajes CaCu tomados a mujeres de 25 a 64 años año t en relación al año t-1	(Tamizaje CaCu tomados en mujeres de 25 a 64 años, año t- tamizaje CaCu tomados en mujeres de 25 a 64 años, año t-1 / Tamizaje CaCu tomados en mujeres de 25 a 64 años, año t-1) x 100	REM A01 Sección G Programade 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 a 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	(Nº de tamizajes CaCu tomados a mujeres de 25 a 64 años en la estrategia PRAPS año t/ Nº de tamizajes CaCu programados a mujeres de 25 a 64 años en la estrategia PRAPS año t) x 100	-REM BM 18A sección B, Ginecología fila: "toma de muestra de PAP (PRAPS)" -Registro local	Julio: 35% cumplimiento de programación Diciembre: 90% cumplimiento de programación	50%
1.2 Contactabilidad y rescate de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino.	Complementarios	1.2.1 Porcentaje de mujeres no vigentes para tamizaje CaCu con contacto efectivo realizado (rescate)	(Nº mujeres no vigentes para tamizaje CaCu con contacto efectivo realizado año t / Nº mujeres no vigentes para tamizaje CaCu a contactar según cupos de agenda, año t) x 100	-Registro local -Planilla Monitoreo	Julio: 21% Diciembre 63%***	20%
1.2 Contactabilidad y rescate de mujeres con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino.		1.2.2 Porcentaje de mujeres contactadas y agendadas para tamizaje CaCu	(Nº mujeres con contacto efectivo para tamizaje CaCu en el año t / Nº mujeres contactadas para tamizaje de cáncer cervicouterino en el año t) x 100	-Registro local -Planilla Monitoreo	Julio: 70% Diciembre: 70%	10%

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 Indicadores Salud Cardiovascular:

Los indicadores de este componente deben ser reportados por el servicio de salud y contenidos en la resolución exenta de asignación de subtítulo 22 del servicio de salud.

SUB COMPO NENTE	TIPO DE INDICADO R	INDICAD OR	FÓRMULA	FUENTE *	META	PESO RELA TIVO
2.1 Disponibi lidad de tratamie nto con	Propósito	2.2 Porcentaje de personas menores de	(Nº de personas menores de 60 años con ERC etapa 3b	- Registro local de Farmaci a	Julio: Al menos el 30% de las personas menores de 60 años con ERC	70%

iSGLT2 a personas menores de 60 años, según criterios de priorización.		60 años con ERC etapa 3b con dispensación de tratamiento iSGLT2	que retira el tratamiento de iSGLT2 indicados en la estrategia, en el centro de APS año t / total de personas menores de 60 años con ERC etapa 3b con indicación de tratamiento de iSGLT2 en la estrategia en el año t) x100	-Planilla Monitoreo HD	etapa 3b retiran el tratamiento con iSGLT2 indicado por HD Diciembre: Al menos un 90% de las personas menores de 60 años con ERC etapa 3b retiran el tratamiento con iSGLT2 indicado por HD	
	Complementario	2.1 Porcentaje de personas menores de 60 años con ERC etapa 3b, derivadas a especialista de HD según estrategia.	(Nº total de personas menores de 60 años con ERC etapa 3b derivadas a HD en la estrategia en el año t / Nº total de personas menores de 60 años con ERC etapa 3b en control en SCV de APS en el año t) x 100	-REM P04, sección C, Variables de seguimiento, Enfermedad Renal Crónica -Planilla de registro HD	Julio: Al menos el 30% de las personas menores de 60 años con ERC etapa 3b son derivadas a HD en la estrategia Diciembre: Al menos el 80% de las personas menores de 60 años con ERC etapa 3b son derivadas a HD en la estrategia	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 "Nº 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)

5. 8. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El proceso de monitoreo del programa se realizará en forma mensual por parte de los referentes de 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:

Nº	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 40%, 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, se realizará evaluación a nivel central, utilizando como fuente REM A01.

El indicador 2.1 del componente 2, requiere la verificación de resolución exenta de asignación de subtítulo 22 de servicio de salud y número de resolución de convenio de suministro. Para esto, cada encargado de Programa en el Servicio de Salud deberá informar, a más tardar el 20 de mayo del año en evaluación, y especificar las razones cuando el porcentaje sea menor al 100%, lo anterior supeditado a transferencias de recursos desde Minsal.

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 y planilla por servicio de salud (formato MINSAL), que informe el número de controles de salud cardiovascular comprometidos en la estrategia PRAPS. Ambas planillas deben ser enviadas a medida que se tramiten los convenios con las comunas y antes del 30 de marzo del año en curso.
- Planilla de Monitoreo de Tamizaje CaCu: contactabilidad (formato MINSAL): Se debe llenar por servicio de salud una planilla de reporte con datos al 30 de julio del año en curso, relativo al Subcomponente 1.2, indicador 1.2.1 y 1.2.2 con información por cada comuna (municipal) y establecimiento dependiente.
- Planillas Monitoreo SCV:
 - o Planilla Farmacia, que debe incluir el registro de personas menores de 60 años que reciben el fármaco financiado por la estrategia (registro de farmacia de cada centro de salud), y una planilla que consolide la información para envío al Servicio de Salud.
 - o Planilla del número de personas menores de 60 años con DM2 atendidas en la estrategia en el año vigente por centro de salud (entregada por HD) y un consolidado de esta información.

El servicio de salud deberá enviar ambas planillas (componente 1 y 2) 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 llenadas por el establecimiento APS (son para respaldo de Servicio de Salud y no se deben enviar al nivel central):

- Registro local Contactabilidad (formato MINSAL).
 - Planilla Monitoreo SCV, que debe incluir el registro de personas menores de 60 años que reciben el fármaco financiado por la estrategia. (Registro de Farmacia de cada centro de salud), y una planilla que consolide la información para envío al Servicio de Salud.
 - Planilla del número de personas menores de 60 años con DM2 atendidas en la estrategia en el año vigente por centro de salud (entregada por HD) y un consolidado de esta información.
 - 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.

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.

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, reglamentos, leyes complementarias y leyes de aplicación supletoria.

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 transferencia
Convenio	\$3.998.000. - (Tres millones novecientos noventa y ocho mil.)	Primera cuota	\$2.798.600. -	70	Contra la aprobación del convenio mediante resolución.
		Segunda cuota	\$1.199.400. -	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 2025, 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 por cada componente				

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.26 de la actual Ley de Presupuesto de la Nación Nro.21.722 del año 2025.

Detalle Financiero:

Comuna	Dalcahue
Hrs. Mensuales	24
Hrs anuales	288
\$ hrs anuales	\$2.880.000.-
Número pap a realizar en estrategia (3 pap por hora) + 2 hrs mensuales administrativas	792
Hrs. Mensuales	17
\$ hrs anuales	204
\$ hrs anuales	\$918.000.-
total convenio	\$3.798.000.-
gastos operación	200000
Total	\$3.998.000. -

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 Nº 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 Nº 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 Nº 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 quien 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) 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 Nº8 de la Ley Nº 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.

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 Nº8 de la Ley Nº 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 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 o correo electrónico por parte del Jefe(a) de Salud comunal y la aprobación del Servicio mediante medio de comunicación por escrito. De utilizar como medio de envío el correo electrónico se debe enviar al correo Informado por oficio del 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.

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. 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			
Nº 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.