



DEPARTAMENTO DE SALUD

APRUÉBASE PROGRAMA
ESTRATEGIA DE REFUERZO EN APS
PARA ENFRENTAR PANDEMIA
COVID-19 2023 LA HIGUERA.

LA HIGUERA, 20 ABR. 2023

VISTOS:

El D.F.L. N°1/05 que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N°2.763 del 1979, D.S. N°140 de 2004 sobre reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, la Resolución N°1600/2008 y 759/03 ambas de la Contraloría General de la Republica, D.S. N°117 del 22.11.2010 del Ministerio de Salud., la Resolución N° 520 de 1996 de la Contraloría General de la República y en uso de las atribuciones que me confiere la ley:

CONSIDERANDO:

1.- Resolución Exenta N° 2249 de fecha 17 de abril 2023.-

DECRETO ALCALDICIO N° 001847 /

APRUÉBASE, el “ESTRATEGIA DE REFUERZO EN APS PARA ENFRENTAR PANDEMIA COVID-19 2023 LA HIGUERA.” de fecha 17 de Abril de 2023, suscrito entre la I. Municipalidad de La Higuera y el Servicio de Salud Coquimbo.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE A QUIENES CORRESPONDA Y ARCHÍVESE.



Mario Pizarro Bruzzone

SECRETARIO MUNICIPAL

Distribución:

- 1.- Correlativo Depto. de Salud 61/18-04-2023.-
- 2.- Encargado del Programa
- 3.- Finanzas
- 4.- Secretaría Municipal

FMR/bjk.-



Yerko Galleguillos Ossandón

ALCALDE

Faint header text at the top left of the page.

Faint text line below the header.

Main body of faint text, possibly a list or a series of entries.

01210

Text block below the number 01210.

Yoko Kashiwa, Chashinon



Faint text line on the right side of the page.





ORIGINAL
DIRECCIÓN S. SALUD COQUIMBO

RESOLUCIÓN EXENTA N° 2247 /

LA SERENA,

17 ABR. 2023

SAC/MDC/PGG/RAM/END/PRA/afc

VISTOS:

El D.F.L. N°1/05 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.S. N°2.753 de 1979, el D.S. N°140 de 2004 sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, Decreto Afecto N° 06 de 02 de marzo de 2023 del Ministerio de Salud; y

CONSIDERANDO:

1. Que en el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa **Apoyo a los cuidados paliativos universales en APS**.
2. Los recursos asociados al Programa para el año 2023 fueron aprobados mediante Resolución Exenta N° 149 el 16 de Marzo de 2023 del Ministerio de Salud.
3. Que, con fecha 10 de Abril del 2023, el Servicio de Salud Coquimbo y la Ilustre Municipalidad de La Higuera suscribieron el convenio Apoyo a los cuidados paliativos universales en APS.
4. Por lo anteriormente expuesto y en razón de las facultades de mi cargo, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1°.-**APRUEBESE** el convenio de fecha 10-04-2023 suscrito entre la **MUNICIPALIDAD DE LA HIGUERA**, representada por su Alcalde **D. YERKO GALLEGUILLOS OSSANDON** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director **D. CHRISTIAN VARGAS ALDAY**, relativo al Programa Apoyo a los cuidados paliativos universales en APS.

CONVENIO

PROGRAMA APOYO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES EN APS

En La Serena a.....10-04-2023..... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director **D. CHRISTIAN VARGAS ALDAY**, Decreto Afecto N° 06 de 02 de marzo de 2023 del Ministerio de Salud , en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA HIGUERA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Avda. La Paz N°02, La Higuera, representada por su Alcalde **D. YERKO GALLEGUILLOS OSSANDÓN** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°1342/21 en adelante la "Municipalidad" o el "Municipio", indistintamente, se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley 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 4° del Decreto Supremo N° 37 del 23.12.2021 del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa **Apoyo a los cuidados paliativos universales en APS**, que tiene por finalidad dar alivio de síntomas y acompañamiento a personas con enfermedades terminales o graves y a sus familias, en el contexto de la Ley N°21.375 en los establecimientos.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 226, del 7 de marzo del 2023**, del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante del presente convenio, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos asociados al programa fueron aprobados mediante **Resolución Exenta N° 249 del 16 de marzo de 2023 del Ministerio de Salud**.

TERCERA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos y componentes del Programa Apoyo a los cuidados paliativos universales en APS, considerando los siguientes objetivos:

Objetivo General

El objetivo general de este documento es entregar directrices complementarias a las ya descritas en el documento "Orientación Técnica Cuidados Paliativos Universales" y enfocarla en la Atención Primaria de Salud en el programa de reforzamiento (PRAPS) "Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS".



Objetivos específicos

1. Orientar la implementación del Programa de Cuidados Paliativos Universales en la APS y la coordinación entre los diferentes niveles.
2. Sugerir criterios para diagnóstico e identificación de personas que puedan ingresar al programa.
3. Sugerir criterios de complejidad para la clasificación de las personas beneficiarias del programa.
4. Definir los fármacos que estarán disponibles a través de APS.

Componente 1

El programa de Cuidados paliativos universales cuenta con sólo un componente denominado "Plan Integral Consensuado" o PIC.

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

En la intervención médica se debe dar indicaciones farmacológicas y no farmacológicas. De ser necesario para el alivio de síntomas, se puede indicar también el uso de insumos para procedimientos por enfermería o la indicación de oxigenoterapia. Para estos fines el/la gestor/a, realizará el nexo con el funcionario que sea pertinente.

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

El Plan integral consensuado, se entenderá como conjunto de acciones acordadas entre el profesional de salud y la persona con condiciones crónicas con el fin de generar una estrategia de cuidado integral que beneficie la salud de la persona, con decisiones adoptadas conjuntamente mediante un proceso participativo. Dicho plan debe recolectar información y analizar en profundidad las necesidades físicas, psicológicas, psicosociales, espirituales, cognitivas, económicas y culturales de las personas.

Se debe intencionar la complementariedad de los programas, y no su segregación. En este contexto, las personas que cumplan los criterios de ingreso a Cuidados Paliativos Universales y además, sean dependientes severos, debe realizarse una misma visita integral que contemple los aspectos que destacan en la Orientación técnica de dependencia severa. Los elementos nuevos que se deben considerar al pertenecer también a este programa son los siguientes:

- Visita de seguimiento al menos 1 vez al mes, con control telefónico o presencial antes del mes para aquellos pacientes con mayor carga de síntomas donde sea necesario verificar la respuesta a las intervenciones indicadas.
- Disponibilidad de medicamentos de la canasta de CCPP para manejo de síntomas. Las personas beneficiarias del Programa de CCPP que presenten síntomas tales como dolor, disnea, náuseas, constipación, etc.; deben ser tratados con los medicamentos incluidos en la canasta del presente programa.

Productos esperados

Componente: Plan integral consensuado (PIC)

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

- i. Pesquisa de persona con necesidad de CPU por cualquier profesional de APS.
- ii. Identificación y confirmación de persona con criterios del ingreso al Programa por médico/a cirujano/a.

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

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

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

c) **Seguimiento:** Revaloración de síntomas en cada control y adecuación del PIC, a los cambios clínicos de cada persona ingresada. Para el caso de este programa, se define como en seguimiento personas ingresadas con alguna instancia de supervisión de Plan integral consensuado indicado, ya sea presencial pro vía telefónica o por video llamada.

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$ 5.423.736 (Cinco millones, cuatrocientos veintitrés mil, setecientos treinta y seis pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

QUINTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar actividades vinculadas a los objetivos descritos y que incluyen los siguientes ámbitos:

- **Recurso humano:** médico/a, enfermero/a, químico farmacéutico, psicólogo/a, nutricionista, trabajador/a social, kinesiólogo/a, técnico de enfermería de nivel superior.
- **Movilización** para el transporte del personal de salud a las visitas domiciliarias de las personas ingresadas.
- **Insumos:** elementos para procedimientos en domicilio.
- **Fármacos:** medicamentos necesarios para alivio de síntomas, disponibles en formatos para disponer por distintos medios de administración según indicación médica.
- **Oxigenoterapia:** para las personas ingresadas con requerimientos de uso de oxígeno no cubiertas por otros programas: como son el programa de oxígeno ambulatorio o por GES de Alivio del dolor y Cuidados Paliativos por Cáncer avanzado.

SEXTA: Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud, en 2 cuotas: 70% contra resolución que aprueba el presente convenio y el 30% restante una vez validado por el referente técnico del Servicio mediante un informe de Avance de Implementación del Programa.

Porcentaje de cumplimiento de metas del programa	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
>60%	0%
Entre 50.00% y 59,99%	25%
Entre 40.00% y 49,99%	50%
Entre 30.00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%

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 nº19.378, la entidad administradora de salud municipal, podrá contratar personal conforme a la normativa establecida en esa misma ley o bien a honorarios, acorde con lo dispuesto en el artículo 4º del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. El Servicio de Salud determinará la pertinencia de compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acorde a las necesidades del programa y de acuerdo a 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).

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

SÉPTIMA: Monitoreo y Evaluación:

Se realizarán dos evaluaciones anuales para este programa.

La primera evaluación se efectuará con corte al **31 de Julio de cada año**, se solicitará a cada comuna, detalle de cumplimiento REM asociados al Programa con sus respectivos indicadores. De acuerdo a los resultados obtenidos en esta evaluación, se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de septiembre de cada año si es que su cumplimiento es inferior a 60%.

La segunda evaluación, se efectuará con corte al **31 de diciembre de cada año** y con envío del informe al encargado del programa del nivel central al 31 de enero del siguiente año. La información será la misma que el corte anterior.

Las metas a considerar son:

1) Primera Evaluación corte 31 de julio.

Estrategia	Porcentaje de Cumplimiento
Diagnóstico de personas beneficiarias	Igual o mayor al 30% de la población objetivo potencial
Plan Integral Consensuado	100% de personas ingresadas
Seguimiento	100% personas con Plan Integral Consensuado
Capacitación a personal de salud	Igual o mayor al 30% del personal clínico del establecimiento.

Población Potencial: es el número que el Ministerio de salud entrega por comuna y Servicio de Salud, calculada a partir de la población estimada por estudio ETESA UC y el número de personas validadas inscritas mayores de 15 años.

Capacitación del personal de salud: Profesionales que realizan el curso, dispuesto por MINSAL, en cuidados Paliativos a través de Plataforma DPS u otro curso o diplomado, realizado durante su carrera funcionaria. El indicador apunta a capacitar a personal que cumpla funciones en el Programa de Cuidados Paliativos Universales. Se solicitarán respaldos (certificados) de realización del curso, durante el periodo.

2) Segunda evaluación del 31 de diciembre:

Estrategia	Porcentaje de Cumplimiento
Diagnóstico de personas beneficiarias	Igual o mayor al 40% de la población objetivo potencial
Plan Integral Consensuado	100% de personas Ingresadas
Seguimiento	100% personas con Plan Integral Consensuado
Capacitación a personal de salud	Igual o mayor al 50% del personal clínico del establecimiento.

Indicadores y medios de verificación

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

N°	ESTRATEGIA	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTES	Ponderación
1	Diagnóstico de personas beneficiarias	Porcentaje de personas pesquisadas respecto a la demanda potencial	$(N^{\circ} \text{ personas pesquisadas en el centro de salud} / \text{total de demanda potencial del centro}) * 100$	REM 33	30%
2	Plan Integral consensuado (anexo 1)	Porcentaje de personas con plan integral de cuidados	$(N^{\circ} \text{ personas ingresadas con plan integral de cuidados} / \text{población objetivo del programa}) * 100$	REM 33	30%
3	Seguimiento	Porcentaje de personas que cumplen criterio de seguimiento	$(N^{\circ} \text{ personas que cumplen criterio de seguimiento} / \text{Población Objetivo del programa}) * 100$	REM 33	30%
4	Capacitación del personal de salud	Porcentaje de personal clínico que atiende personas ingresadas al Programa Capacitación	$(N^{\circ} \text{ de personas que desempeñan funciones en Cuidados Paliativos del centro con capacitación} / \text{total de personas que desempeñan funciones en Cuidados Paliativos}) * 100$	REM 33/ Registro local (Certificados de curso)	10%

OCTAVA: La rendición de cuentas se efectuará conforme los procedimientos establecidos en la Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, que contempla la posibilidad de rendir cuentas con documentación auténtica en soporte papel, o bien, en formato electrónico o digital. A fin de contar con medios electrónicos compatibles con los utilizados por la Contraloría General de la República y que cuenten con un nivel de resguardo y seguridad que garantice la autenticidad, integridad y disponibilidad de la información, a partir del presente convenio el municipio deberá rendir los recursos traspasados por el Servicio de Salud Coquimbo a través de la plataforma tecnológica denominada "Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas" o SISREC, para la ejecución de los proyectos antes individualizados y rendir las cuentas con documentación electrónica y digital, para tal efecto deberán designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en el sistema en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, además disponer de los medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas de las tareas, iniciativas y actividades del respectivo Programa de Atención Primaria de Salud, durante el periodo de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para su ejecución.

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



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

DÉCIMA: El Servicio, a través de su Departamento de Auditoría, podrá validar aleatoriamente la correcta utilización de los fondos traspasados. Conjuntamente a ello, cada municipalidad deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos.

DÉCIMA PRIMERA: Finalizado el período de vigencia del convenio y en caso que la evaluación final dé cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos la Municipalidad reintegrar a Rentas Generales de la Nación los recursos del convenio que no hayan sido ejecutados oportunamente, antes del 31 de enero del año siguiente, según lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 21.516, respaldos que deberán adjuntarse en el cierre del Programa de la plataforma de SISREC.

DÉCIMA SEGUNDA: 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.

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

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

La Municipalidad, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de dicha carta, deberá entregar un informe de los gastos efectuados a la fecha. El Servicio deberá revisar dicho informe dentro del plazo de 15 días hábiles, contados desde su recepción y podrá aprobarlo u observarlo. En caso de tener observaciones o requerir aclaraciones por parte de la Municipalidad respecto del informe, éstas deberán notificarse por escrito dentro de los dos días hábiles siguientes al término de la revisión. La Municipalidad tendrá un plazo de 8 días hábiles contados desde la notificación de las observaciones, para hacer las correcciones o aclaraciones pertinentes y entregarlas al Servicio, el que deberá revisarlas y pronunciarse dentro de los 7 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción. La Municipalidad deberá restituir en cualquier caso los saldos no ejecutados, dentro del plazo de 10 días hábiles contados desde el pronunciamiento efectuado por el Servicio de Salud. En el mismo plazo deberá restituir los saldos no rendidos u observados, en caso de que el informe no haya sido aprobado.

DÉCIMA CUARTA: El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2023 o hasta la aprobación del informe final de rendición de cuentas o hasta que se realice el reembolso de los gastos objetados según corresponda. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera de este convenio, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero del año 2023 por razones de continuidad y/o buen servicio, atendido lo señalado en los dictámenes N°11.189/08 y N°16.037/08, ambos de la Contraloría General de la República, y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N°19.880, y el artículo 13 inciso segundo de la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para los beneficiarios legales inscritos en los establecimientos de la comuna.

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

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año.

Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a un nuevo convenio de transferencia, cuyo monto a transferir se establecerá mediante Resolución Exenta o Afecta del Servicio de Salud, según corresponda, del Servicio de Salud, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del sector público respectiva.

Por otro lado, y mediante convenios complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.

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

Firmas Ilegibles

D. YERKO GALLEGUILLOS OSSANDON
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE LA HIGUERA

D. CHRISTIAN VARGAS ALDAY
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

2°.- **IMPÚTESE**, el gasto que irroge el presente convenio Subt. N°24-03-298, del Presupuesto vigente del Servicio de Salud Coquimbo para el año 2023.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



D. CHRISTIAN VARGAS ALDAY
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

DISTRIBUCIÓN:
- Archivo

Servicio De Salud Coquimbo, Subdirección Atención Primaria De Salud
Av. Francisco de Aguirre / # 795 La Serena
Teléfono : (51) 2 685091 - 515091 (Red Salud)





SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

CONVENIO

PROGRAMA APOYO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES EN APS

10 ABR 2023

En La Serena a..... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director **D. CHRISTIAN VARGAS ALDAY**, Decreto Afecto N° 06 de 02 de marzo de 2023 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA HIGUERA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Avda. La Paz N°02, La Higuera, representada por su Alcalde **D. YERKO GALLEGUILLOS OSSANDÓN** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°1342/21 en adelante la "Municipalidad" o el "Municipio", indistintamente, se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley 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 4° del Decreto Supremo N° 37 del 23.12.2021 del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa **Apoyo a los cuidados paliativos universales en APS**, que tiene por finalidad dar alivio de síntomas y acompañamiento a personas con enfermedades terminales o graves y a sus familias, en el contexto de la Ley N°21.375 en los establecimientos.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 226, del 7 de marzo de 2023**, del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante del presente convenio, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos asociados al programa fueron aprobados mediante **Resolución Exenta N° 249 del 16 de marzo de 2023 del Ministerio de Salud**.

TERCERA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos y componentes del Programa Apoyo a los cuidados paliativos universales en APS, considerando los siguientes objetivos:

Objetivo General

El objetivo general de este documento es entregar directrices complementarias a las ya descritas en el documento "Orientación Técnica Cuidados Paliativos Universales" y enfocarla en la Atención Primaria de Salud en el programa de reforzamiento (PRAPS) "Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS".

Objetivos específicos

1. Orientar la implementación del Programa de Cuidados Paliativos Universales en la APS y la coordinación entre los diferentes niveles.
2. Sugerir criterios para diagnóstico e identificación de personas que puedan ingresar al programa.
3. Sugerir criterios de complejidad para la clasificación de las personas beneficiarias del programa.
4. Definir los fármacos que estarán disponibles a través de APS.

Componente 1



El programa de Cuidados paliativos universales cuenta con sólo un componente denominado **"Plan Integral Consensuado" o PIC.**

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

En la intervención médica se debe dar indicaciones farmacológicas y no farmacológicas. De ser necesario para el alivio de síntomas, se puede indicar también el uso de insumos para procedimientos por enfermería o la indicación de oxigenoterapia. Para estos fines el/la gestor/a, realizará el nexo con el funcionario que sea pertinente.

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

El Plan integral consensuado, se entenderá como conjunto de acciones acordadas entre el profesional de salud y la persona con condiciones crónicas con el fin de generar una estrategia de cuidado integral que beneficie la salud de la persona, con decisiones adoptadas conjuntamente mediante un proceso participativo. Dicho plan debe recolectar información y analizar en profundidad las necesidades físicas, psicológicas, psicosociales, espirituales, cognitivas, económicas y culturales de las personas.

Se debe intencionar la complementariedad de los programas, y no su disgregación. En este contexto, las personas que cumplan los criterios de ingreso a Cuidados Paliativos Universales y además, sean dependientes severos, debe realizarse una misma visita integral que contemple los aspectos que destacan en la Orientación técnica de dependencia severa. Los elementos nuevos que se deben considerar al pertenecer también a este programa son los siguientes:

- Visita de seguimiento al menos 1 vez al mes, con control telefónico o presencial antes del mes para aquellos pacientes con mayor carga de síntomas donde sea necesario verificar la respuesta a las intervenciones indicadas.

- Disponibilidad de medicamentos de la canasta de CCPP para manejo de síntomas. Las personas beneficiarias del Programa de CCPP que presenten síntomas tales como dolor, disnea, náuseas, constipación, etc.; deben ser tratados con los medicamentos incluidos en la canasta del presente programa.

Productos esperados

Componente: Plan integral consensuado (PIC)

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

- i. Pesquisa de persona con necesidad de CPU por cualquier profesional de APS.
- ii. Identificación y confirmación de persona con criterios del ingreso al Programa por médico/a cirujano/a.

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

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

Los pasos para esta estrategia son:

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

c) Seguimiento: Revaloración de síntomas en cada control y adecuación del PIC, a los cambios clínicos de cada persona ingresada. Para el caso de este programa, se define como en seguimiento personas ingresadas con alguna instancia de supervisión de Plan integral consensuado indicado, ya sea presencial pro vía telefónica o por video llamada.



CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de \$ **5.423.736 (Cinco millones, cuatrocientos veintitrés mil, setecientos treinta y seis pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

QUINTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar actividades vinculadas a los objetivos descritos y que incluyen los siguientes ámbitos:

-**Recurso humano:** médico/a, enfermero/a, químico farmacéutico, psicólogo/a, nutricionista, trabajador/a social, kinesiólogo/a, técnico de enfermería de nivel superior.

-**Movilización** para el transporte del personal de salud a las visitas domiciliarias de las personas ingresadas.

-**Insumos:** elementos para procedimientos en domicilio.

-**Fármacos:** medicamentos necesarios para alivio de síntomas, disponibles en formatos para disponer por distintos medios de administración según indicación médica.

-**Oxigenoterapia:** para las personas ingresadas con requerimientos de uso de oxígeno no cubiertas por otros programas: como son el programa de oxígeno ambulatorio o por GES de Alivio del dolor y Cuidados Paliativos por Cáncer avanzado.

SEXTA: Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud, en 2 cuotas: 70% contra resolución que aprueba el presente convenio y el 30% restante una vez validado por el referente técnico del Servicio mediante un informe de Avance de Implementación del Programa.

Porcentaje de cumplimiento de metas del programa	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
>60%	0%
Entre 50.00% y 59,99%	25%
Entre 40.00% y 49,99%	50%
Entre 30.00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%

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 a 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 compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acorde a las necesidades del programa y de acuerdo a 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).

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

SÉPTIMA: Monitoreo y Evaluación:

Se realizarán dos evaluaciones anuales para este programa.

La primera evaluación se efectuará con corte al **31 de Julio de cada año**, se solicitará a cada comuna, detalle de cumplimiento REM asociados al Programa con sus respectivos indicadores. De acuerdo a los resultados obtenidos en esta evaluación, se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de septiembre de cada año si es que su cumplimiento es inferior a 60%.

La segunda evaluación, se efectuará con corte al **31 de diciembre de cada año** y con envío del informe al encargado del programa del nivel central al 31 de enero del siguiente año. La información será la misma que el corte anterior.

Las metas a considerar son:

1) Primera Evaluación corte 31 de julio.

Estrategia	Porcentaje de Cumplimiento
Diagnóstico de personas beneficiarias	Igual o mayor al 30% de la población objetivo potencial
Plan integral Consensuado	100% de personas ingresadas
Seguimiento	100% personas con Plan integral Consensuado
Capacitación a personal de salud	Igual o mayor al 30% del personal clínico del establecimiento.

Población Potencial: es el número que el Ministerio de salud entrega por comuna y Servicio de Salud, calculada a partir de la población estimada por estudio ETESA UC y el número de personas validadas inscritas mayores de 15 años.



Capacitación del personal de salud: Profesionales que realizan el curso, dispuesto por MINSAL, en cuidados Paliativos a través de Plataforma OPS u otro curso o diplomado, realizado durante su carrera funcionaria. El indicador apunta a capacitar a personal que cumpla funciones en el Programa de Cuidados Paliativos Universales. Se solicitarán respaldos (certificados) de realización del curso, durante el periodo.

2) Segunda evaluación del 31 de diciembre:

Estrategia	Porcentaje de Cumplimiento
Diagnóstico de personas beneficiarias	Igual o mayor al 40% de la población objetivo potencial
Plan integral Consensuado	100% de personas ingresadas
Seguimiento	100% personas con Plan integral Consensuado
Capacitación a personal de salud	Igual o mayor al 50% del personal clínico del establecimiento.

Indicadores y medios de verificación

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

N°	ESTRATEGIA	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTES	Ponderación
1	Diagnóstico de personas beneficiarias	Porcentaje de personas pesquiasadas respecto a la demanda potencial	$(\text{N}^\circ \text{ personas pesquiasadas en el centro de salud} / \text{total de demanda potencial del centro}) * 100$	REM 33	30%
2	Plan Integral consensuado (anexo 1)	Porcentaje de personas con plan integral de cuidados	$(\text{N}^\circ \text{ personas ingresadas con plan integral de cuidados} / \text{población objetivo del programa}) * 100$	REM 33	30%
3	Seguimiento	Porcentaje de personas que cumplen criterio de seguimiento	$(\text{N}^\circ \text{ personas que cumplen criterio de seguimiento} / \text{Población Objetivo del programa}) * 100$	REM 33	30%
4	Capacitación del personal de salud	Porcentaje de personal clínico que atiende personas ingresadas al Programa CPU, que cuenta con Capacitación	$\text{N}^\circ \text{ de personas que desempeñan funciones en Cuidados Paliativos del centro con local capacitación} / \text{total de personas que desempeñan funciones en Cuidados Paliativos}) * 100$	REM 33/ Registro local (Certificado de curso)	10%

OCTAVA: La rendición de cuentas se efectuará conforme los procedimientos establecidos en la Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, que contempla la posibilidad de rendir cuentas con documentación auténtica en soporte papel, o bien, en formato electrónico o digital. A fin de contar con medios electrónicos compatibles con los utilizados por la Contraloría General de la República y que cuenten con un nivel de resguardo y seguridad que garantice la autenticidad, integridad y disponibilidad de la información, a partir del presente convenio el municipio deberá rendir los recursos traspasados por el Servicio de Salud Coquimbo a través de la plataforma tecnológica denominada "Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas" o SISREC, para la ejecución de los proyectos antes individualizados y rendir las cuentas con documentación electrónica y digital, para tal efecto deberán designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en el sistema en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, además disponer de los medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas de las tareas, iniciativas y actividades del respectivo Programa de Atención Primaria de Salud, durante el periodo de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para su ejecución.

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



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

DÉCIMA: El Servicio, a través de su Departamento de Auditoría, podrá validar aleatoriamente la correcta utilización de los fondos traspasados. Conjuntamente a ello, cada municipalidad deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos.

DÉCIMA PRIMERA: Finalizado el período de vigencia del convenio y en caso que la evaluación final dé cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos la Municipalidad reintegrar a Rentas Generales de la Nación los recursos del convenio que no hayan sido ejecutados oportunamente, antes del 31 de enero del año siguiente, según lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 21.516, respaldos que deberán adjuntarse en el cierre del Programa de la plataforma de SISREC.

DÉCIMA SEGUNDA: 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.

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

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

La Municipalidad, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de dicha carta, deberá entregar un informe de los gastos efectuados a la fecha. El Servicio deberá revisar dicho informe dentro del plazo de 15 días hábiles, contados desde su recepción y podrá aprobarlo u observarlo. En caso de tener observaciones o requerir aclaraciones por parte de la Municipalidad respecto del informe, éstas deberán notificarse por escrito dentro de los dos días hábiles siguientes al término de la revisión. La Municipalidad tendrá un plazo de 8 días hábiles contados desde la notificación de las observaciones, para hacer las correcciones o aclaraciones pertinentes y entregarlas al Servicio, el que deberá revisarlas y pronunciarse dentro de los 7 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción. La Municipalidad deberá restituir en cualquier caso los saldos no ejecutados, dentro del plazo de 10 días hábiles contados desde el pronunciamiento efectuado por el Servicio de Salud. En el mismo plazo deberá restituir los saldos no rendidos u observados, en caso de que el informe no haya sido aprobado.

DÉCIMA CUARTA: El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2023 o hasta la aprobación del informe final de rendición de cuentas o hasta que se realice el reembolso de los gastos objetados según corresponda. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera de este convenio, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero del año 2023 por razones de continuidad y/o buen servicio, atendido lo señalado en los dictámenes N°11.189/08 y N°16.037/08, ambos de la Contraloría General de la República, y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N°19.880, y el artículo 13 inciso segundo de la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para los beneficiarios legales inscritos en los establecimientos de la comuna.

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

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año.

Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a un nuevo convenio de transferencia, cuyo monto a transferir se establecerá mediante Resolución Exenta o Afecta del Servicio de Salud, según corresponda, del Servicio de Salud, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del sector público respectiva.

Por otro lado, y mediante convenios complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.





D. YERKO GALLEGUILLLOS OSSANDÓN
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE LA HIGUERA



CHRISTIAN VARGAS ALDAY
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

SAT/MOC/PGG/RAH/END/PRA



**Anexo 1
PLAN DE CUIDADOS INTEGRAL CONSENSUADO, PARA USUARIOS CON CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES EN APS.**

Aspectos priorizados por el usuario/a: _____
 Fecha elaboración: ____/____/____

ámbito	Problema/hallazgo detectado	Estrategias	Actividades o Prestaciones	Priorización o Plazo	Responsable
biológico					
Psicológico					
social					
Familia (cuidador/a)					
Comunidad y/o Intersector					
Espiritualidad					
Enlace Nivel secundario (Dupla sanitaria)					

Acuerdos con el usuario/a y/o su familia/cuidador(a): _____

Firma usuario/a (o familiar) _____



