



ORIGINAL

DIRECCIÓN S. SALUD COQUIMBO

RESOLUCIÓN EXENTA N° 2119 /

LA SERENA, 02 MAYO 2025

SAC/MOC/PGG/RAM/END/BZF/afc

VISTOS:

El D.F.L. N°1/05 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.S. N°2.763 de 1979 y de las leyes N° 18.933 y 18.469; el D.S. N°140/04 del Ministerio de Salud, sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, Resolución N°36/2024, de la Contraloría General de la República; Decreto Afecto N° 16, de 04 de septiembre de 2024 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, el Ministerio de Salud ha incorporado a la Atención Primaria como pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, impulsando programa Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales (CPU) en la APS.
2. Que por resolución Exenta N°268, de 14 de enero de 2025 del Servicio de Salud Coquimbo, se dispuso la prórroga del convenio programa Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales (CPU) en la APS.
3. Los recursos asociados al Programa para el año 2025 fueron aprobados mediante Resolución Exenta N° 171 del 18 de febrero de 2025 del Ministerio de Salud.
4. Que, con fecha 28 de abril de 2025, el Servicio de Salud Coquimbo y la Ilustre Municipalidad de Ovalle suscribieron un convenio programa Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales (CPU) en la APS.
5. Por lo anteriormente expuesto y en razón de las facultades de mi cargo, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1°.-**DÉJESE SIN EFECTO**, la Resolución Exenta N° 268 de fecha 14 de Enero del 2025 del Servicio de Salud Coquimbo.

2°.-**APRUÉBESE** el Convenio de fecha 28-04-2025 suscrito entre la **MUNICIPALIDAD DE OVALLE**, representada por su Alcalde **D. HECTOR VEGA CAMPUSANO** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director **ERNESTO JORQUERA FLORES**, relativo al Programa Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales (CPU) en la APS.

**CONVENIO
"APOYO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES (CPU) EN LA APS" 2025
COMUNA OVALLE**

En La Serena a....28-04-2025.. 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. ERNESTO JORQUERA FLORES**, Decreto Afecto N° 16 del 04 de septiembre de 2024, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud" indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE OVALLE**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Ariztía Poniente N° 7, Ovalle, representada por su Alcalde **D. HECTOR VEGA CAMPUSANO** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°7816/2024, 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° 35 del 18 de abril de 2024 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, el Ministerio de Salud ha incorporado a la Atención Primaria como pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, impulsando programa "APOYO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES (CPU) EN LA APS" con el objetivo de 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° 1034 del 30 de diciembre de 2024 del Ministerio de Salud, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos asociados al programa fueron aprobados mediante Resolución Exenta N° 171 del 18 de febrero de 2025.

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 (CPU) EN LA APS":



- **Objetivo:** Abordar las necesidades de salud de las personas con enfermedades terminales o graves no oncológicas, a través de los CCPP, en los establecimientos de APS.
- **Propósito:** Dar alivio de síntomas y acompañamiento a personas con enfermedades terminales o graves no oncológicas y a sus familias, en el contexto de la Ley N°21.375 en los establecimientos de salud de la Atención Primaria.
- **Población Objetivo:** corresponde a las personas con enfermedades terminales o graves de origen **no oncológico** que requieren de CCPP. El año 2025 la población es estimada de acuerdo con lo señalado en el estudio Léniz considerando la incidencia calculada, con los datos proporcionados por FONASA respecto a la población beneficiaria sumado a la población bajo control del año anterior, según los recursos asignados en el presente año y a la distribución realizada por los referentes técnicos de DIVAP, lo que corresponde a un 26,34% de la población objetivo.
- **Estrategia:**

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

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

-Recursos humanos: médico/a, enfermero/a, químico farmacéutico, psicólogo/a, nutricionista, trabajador/a social, kinesiólogo/a, técnico en enfermería nivel superior u otros visados por referencia técnica de la División de Atención Primaria (DIVAP), a partir de la presentación de un plan de incorporación, con formato que se entregará desde la referencia.

-Movilización: para el transporte del personal de salud a las visitas domiciliarias del programa.

-Insumos: elementos para procedimientos en domicilio. Para revisión de canasta de insumos ver Orientación Técnica DIVAP y actualizaciones para el año en curso. Cualquier compra de insumos que no estén dentro de la canasta mencionada debe ser visada por MINSAL.

-Fármacos: medicamentos necesarios para alivio de síntomas, para disponer por distintas vías de administración según indicación médica. Para ver canasta de fármacos revisar Orientación Técnica DIVAP y actualizaciones para el año en curso. Cualquier compra de fármacos que no estén dentro de la canasta mencionada debe ser visada por MINSAL.

-Capacitación: estrategias de capacitación a personal de salud y referentes técnicos del programa, siendo consideradas válidas aquellas capacitaciones con un mínimo de 60 horas pedagógicas, certificadas y con evaluación. Dichas capacitaciones tendrán una vigencia de 4 años desde el momento de la certificación.

-Oxigenoterapia: para las personas ingresadas con requerimientos de uso de oxígeno no cubiertas por otros programas:
1.-Pacientes con insuficiencia respiratoria crónica que cumplan los criterios de ingreso al Programa de oxígeno ambulatorio deben recibir el oxígeno por dicha vía de entrega, de la misma forma pacientes oncológicos en Cuidados Paliativos deberán recibirlo mediante GES N°4. Se debe reservar el uso de oxígeno de este Programa a personas ingresadas que lo requieran y no cumplan los requisitos para la entrega de oxígeno por otros medios, como es el Programa de oxígeno ambulatorio o por GES de Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado

• Componentes

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

Nombre Componente	Descripción
Visita domiciliaria integral multidisciplinaria (elaboración o evaluación plan) (Atención)	Relación establecida entre el usuario y/o cuidadora o cuidador y uno o más miembros del equipo de salud, en el lugar de residencia de la misma, motivada por la evaluación del caso índice derivado a cuidado paliativo con la finalidad de generar un plan de tratamiento integral. Esta visita corresponde a la primera atención de la persona evaluada y en caso de requerir un nuevo plan ante cambio de la situación clínica, se deberá registrar como un nuevo evento (nueva visita domiciliaria integral multidisciplinaria).
Visita domiciliaria tratamiento/rehabilitación/ seguimiento (Atención)	Atención entregada por profesionales del equipo de salud a una persona en su propio hogar o institucionalizados, con el fin de brindar apoyo, tratamiento, rehabilitación y seguimiento; centrado en el proceso de enfermedad e incluye la atención de cuidados paliativos. Esta corresponde a la o las visitas de continuidad, que dan respuesta a la visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso.
Procedimientos de enfermería (Actividad)	Corresponde al número de intervenciones realizadas en domicilio con el fin de realización de procedimientos (vía subcutánea, curaciones, etc.) por profesional de enfermería o técnico en enfermería en aquellas personas que lo requieran, de acuerdo a los criterios definidos en Orientaciones Técnicas. Junto con el registro del procedimiento, se debe registrar si éste se realiza en el contexto de una visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso o una visita domiciliaria de tratamiento/rehabilitación/ seguimiento.
Control ambulatorio (Atención)	Es la atención proporcionada por el equipo de salud al usuario que comprende evaluación, diagnóstico, determinación o modificación del plan de acción, ejecución de acciones de acuerdo con el plan, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad. Esta corresponde a otra modalidad de atención, que pudiese realizarse si es la preferencia del paciente y existen las condiciones en el establecimiento para realizarla. En caso de que se realice una atención por vía telemática, esta se registrara como control ambulatorio.
Consulta telefónica (Actividad)	Corresponde al número de contactos telefónicos efectivos realizados por el equipo de salud a las personas que lo requieran, esto es, usuario o cuidadora - cuidador, de acuerdo con los criterios definidos en Orientaciones Técnicas. Esta modalidad corresponde a un control abreviado para resolver un requerimiento específico del paciente o su familia y cuidadores.
Atención ambulatoria a familiares (Atención)	Es la intervención ambulatoria realizada por el profesional y/o técnico de enfermería. Esta intervención es realizada tanto a familiares y/o cuidadores. Incluye consejería, elaboración de plan de cuidados integrales, control y seguimiento para evolución, evaluación y psicoeducación, entre otras actividades definidas en la Orientaciones Técnicas.
Servicios farmacéuticos (Atención)	Corresponde a las actividades que realiza el químico farmacéutico en relación con la atención farmacéutica y la farmacovigilancia. Dentro de ellas se encuentran: atención, conciliación, educación y seguimiento farmacéutico, farmacovigilancia y registro de efectos adversos entre otros señalados en Orientaciones Técnicas.

	Esta actividad debe ser registrada sólo si se realiza de manera ambulatoria. En caso de atención domiciliaria, debe registrarse dentro de la visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso o una visita domiciliaria de tratamiento/rehabilitación/ seguimiento.
Apoyo psicológico al usuario (Atención)	Es la intervención terapéutica especializada, otorgada por psicólogo clínico a la persona. Esta actividad debe ser registrada sólo si se realiza de manera ambulatoria. En caso de atención domiciliaria, debe registrarse dentro de la visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso o una visita domiciliaria de tratamiento/rehabilitación/ seguimiento
Apoyo social al usuario (Atención/ actividad)	Corresponde a las intervenciones que apuntan a la construcción de redes sociales, así como intervenciones colectivas que potencien un entorno que fomente la justicia social y la existencia de apoyo social del usuario, familia y/o cuidador. Si es realizado por un/a Trabajador/a Social debe ser registrado como una atención. Si es realizado por otro profesional en el contexto de la atención domiciliaria o presencial, debe ser registrado como una actividad. Esta actividad debe ser registrada sólo si se realiza de manera ambulatoria. En caso de atención domiciliaria, debe registrarse dentro de la visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso o una visita domiciliaria de tratamiento/rehabilitación/ seguimiento
Apoyo psicológico a familia o cuidadores (Atención)	Es la intervención terapéutica especializada, otorgada por psicólogo clínico a la persona en cuidados paliativos, familiar o cuidador, tendiente a apoyar el proceso terapéutico, manejo de duelo. Esta actividad debe ser registrada sólo si se realiza de manera ambulatoria. En caso de atención domiciliaria, debe registrarse dentro de la visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso o una visita domiciliaria de tratamiento/rehabilitación/ seguimiento
Educación (Actividad)	Actividades realizadas por el equipo de salud dirigidas al usuario, la familia y/o cuidador, destinadas a reforzar hábitos y/o actitudes que favorezcan la calidad de vida para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.
Apoyo en la gestión de manifestación de voluntades anticipadas (Actividad)	Actividad relacionada con la gestión de instrucciones explícitas de la persona y/o cuidadores (menores de edad) capaz, de manera libre, de expresar las indicaciones a tener en cuenta cuando se encuentra en una situación en que no pueda expresar personalmente su voluntad sobre los cuidados o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos, frente a un interlocutor válido del equipo de salud, actividad que se recomienda debe quedar en ficha clínica. Esta actividad es parte del proceso de vínculo terapéutico que permite conocer el mundo de valores y deseos de la persona, por lo que su registro puede ser reiterado en el tiempo, como un continuo del proceso de planificación anticipada de cuidados.

CUARTA Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes y considerando la situación epidemiológica actual, 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 de **\$188.604.936 (ciento ochenta y ocho millones seiscientos cuatro mil novecientos treinta y seis pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de los objetivos señalados en las cláusulas precedentes.

La información de las contrataciones de personal que se vayan a celebrar para el cumplimiento del presente convenio, así como su calidad jurídica (titular/contrata/honorario/código del trabajo), se indican en el *Anexo N°1: Información de contrataciones de personal para el cumplimiento del convenio*.

QUINTA: Los recursos serán transferidos por el Servicio a la Municipalidad, en representación del Ministerio de Salud en 2 cuotas anuales, de la siguiente forma:

- a) La primera cuota del 70% se transferirá a la total tramitación del acto administrativo respectivo.
- b) La segunda cuota del 30% restante se transferirá en octubre, de acuerdo con los resultados de la evaluación señalada en la cláusula sexta de este convenio.

Los recursos asociados a este Programa de Salud 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 establecimientos). El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades locales del Programa y de acuerdo con la normativa vigente.

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.

En aquellos convenios sujetos al trámite de toma de razón, el Servicio de Salud podrá autorizar anticipos de transferencia de recursos, durante el primer trimestre del año, hasta un monto que no supere al 25% del monto total del convenio. El anticipo solo podrá realizarse con cargo a los convenios ingresados para su tramitación a la Contraloría General de la República e informados al Ministerio para el envío de los recursos.

SEXTA: Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, los que serán concordantes con la estrategia financiada en la comuna:

COMUNA	META COBERTURA POBLACIÓN ASIGNADA 2025
OVALLE	81

• **Indicadores de Propósito:**

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECÍFICO	INDICADOR	FÓRMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACIÓN
Personas ingresadas	Determinar el porcentaje de personas con enfermedades no oncológicas ingresadas a cuidados paliativos universales respecto a la cobertura asignada para el año t.	Porcentaje de personas ingresadas por condición no oncológica respecto a la cobertura asignada para el año t.	$(n^{\circ} \text{ personas ingresadas por condición no oncológica el año } t / n^{\circ} \text{ de personas que requieren cuidados paliativos por enfermedad oncológica en el año } t) * 100$	Igual o mayor al 95%	35%	Numerador: fuente REM A33 Denominado: fuente MINSAL
Personas ingresadas por condiciones no oncológicas	Determinar el porcentaje de personas con enfermedades no oncológicas ingresadas el año t, respecto al total de personas ingresadas el año t.	Porcentaje de personas ingresadas por condiciones no oncológicas respecto al total de personas ingresadas el año t. ¹	$(n^{\circ} \text{ personas ingresadas por condición no oncológica el año } t / n^{\circ} \text{ total de personas ingresadas en el año } t) * 100$	Igual o mayor a 70%	20%	Numerador: fuente REM A33
Atención domiciliaria	Reconocer el porcentaje de atenciones domiciliarias realizadas a personas atendidas por el programa el año t.	Porcentaje de atenciones domiciliarias realizadas a personas atendidas por el programa el año t.	$(n^{\circ} \text{ de atenciones domiciliarias en el año } t^2 / \text{ número total de atenciones en el año } t^3) * 100$	Igual o mayor al 60%	35%	Fuente REM A33

• **Indicadores Complementarios:**

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECÍFICO	INDICADOR	FÓRMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACIÓN
Capacitaciones de personas del equipo de CPU de APS y Hospitales comunitarios.	Promover la capacitación del equipo de salud de APS y Hospitales comunitarios en CCPP.	Porcentaje de personas de los equipos de salud de APS y Hospitales comunitarios con capacitación vigente en CCPP.	$(n^{\circ} \text{ personas del equipo de CPU con capacitación vigente}^4 / n^{\circ} \text{ de personas del equipo CPU}) * 100$	Igual o mayor al 80%	10%	Fuente local

• **Monitoreo y Evaluación:**

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

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

Primera evaluación: Se efectuará con corte al **30 de junio de cada año**, y de acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación, se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 40%, de acuerdo al siguiente cuadro:

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

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

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

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

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

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

SÉPTIMA: El procedimiento para efectuar la rendición de cuentas se encuentra regulado en la resolución N° 30/2015 y la resolución 1.858/2023 ambas de Contraloría General de la República, que establece el uso obligatorio del sistema de rendición electrónica de cuentas (SISREC) por los servicios públicos. 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 se deberá 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 de 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 período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para su ejecución. El informe final de rendición deberá remitirse por la Municipalidad al Servicio antes del 01 de marzo del año siguiente. El Servicio efectuará el cierre de la rendición antes del 31 de marzo de ese año, a fin de que la Municipalidad reintegre a rentas generales de la nación los recursos no ejecutados dentro del mes siguiente del cierre de la rendición, según lo estipula el artículo 26 de la Ley de Presupuesto vigente.

Los funcionarios que la Municipalidad designe para desempeñar los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, deberán tener responsabilidad administrativa. En caso de cambios de las personas que desempeñen estos perfiles, el Municipio se compromete a informar formalmente y de manera oportuna al Servicio de Salud. En el caso de las Corporaciones Municipales, al menos el Ministro de Fe deberá tener responsabilidad administrativa.

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.

OCTAVA: 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.

NOVENA: 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; para ello, será responsabilidad de la Municipalidad rendir en los plazos establecidos, debiendo presentar la documentación que respalde su ejecución con un desfase no superior a los dos meses de realizada su consumo. Lo anterior solo se justificará cuando hayan agotado los recursos transferidos al programa. En el caso que la comuna rinda "sin movimiento", pero el referente técnico del Servicio de Salud esté en conocimiento de la ejecución de acciones propias del programa, dicha rendición será "observada" para que sea rectificadas, en especial aquellos programas con recurso humano asociado.

DÉCIMA: 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.

DÉCIMA PRIMERA: 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 montos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

En caso que el número de actividades realizadas por el Municipio sea menor a las que se obligó en el convenio (independiente de la cuantía y pertinencia otorgada al gasto asociado al programa), el Municipio deberá reintegrar los recursos asociados a las actividades no ejecutadas. Para determinar el monto que el Municipio debe reintegrar, éste se calculará proporcionalmente a la actividad asistencial no ejecutada.

DÉCIMA SEGUNDA: El Servicio de Salud pondrá término anticipado al presente convenio por medio de resolución fundada, 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.

Evacuados los informes por la Municipalidad o transcurridos los plazos indicados en el párrafo precedente sin que esto se verifique, el Servicio de Salud, conforme el mérito de los antecedentes dictará una resolución fundada, ya sea poniendo término anticipado al presente convenio, o acogiendo los descargos de la Municipalidad. La resolución que dicte el Servicio podrá ser impugnada conforme los recursos establecidos en la ley N°19.880.

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 TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2025 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 2025 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 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.

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

Firmas Ilegibles

D. HECTOR VEGA CAMPUSANO
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE OVALLE

ERNESTO JORQUERA FLORES
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

3º.- **IMPÚTESE**, el gasto que irrogue el presente convenio Subt. N°24-03-298, del Presupuesto vigente del Servicio de Salud Coquimbo para el año 2025.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



ERNESTO JORQUERA FLORES
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)





CONVENIO
"APOYO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES (CPU) EN LA APS" 2025
COMUNA OVALLE

En La Serena a..... 28 Abr 2025 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. ERNESTO JORQUERA FLORES**, Decreto Afecto N° 16 del 04 de septiembre de 2024, en adelante el "Servicio de Salud" o el "Servicio de Salud" indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE OVALLE**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Ariztia Poniente N° 7, Ovalle, representada por su Alcalde **D. HECTOR VEGA CAMPUSANO** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°7816/2024, 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 4º del Decreto Supremo N° 35 del 18 de abril de 2024 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, el Ministerio de Salud ha incorporado a la Atención Primaria como pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, impulsando programa "APOYO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES (CPU) EN LA APS" con el objetivo de 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° 1034 del 30 de diciembre de 2024 del Ministerio de Salud, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos asociados al programa fueron aprobados mediante Resolución Exenta N° 171 del 18 de febrero de 2025.

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 (CPU) EN LA APS":

- **Objetivo:** Abordar las necesidades de salud de las personas con enfermedades terminales o graves no oncológicas, a través de los CCPP, en los establecimientos de APS.
- **Propósito:** Dar alivio de síntomas y acompañamiento a personas con enfermedades terminales o graves no oncológicas y a sus familias, en el contexto de la Ley N°21.375 en los establecimientos de salud de la Atención Primaria.
- **Población Objetivo:** corresponde a las personas con enfermedades terminales o graves de origen **no oncológico** que requieren de CCPP. El año 2025 la población es estimada de acuerdo con lo señalado en el estudio Léniz considerando la incidencia calculada, con los datos proporcionados por FONASA respecto a la población beneficiaria sumado a la población bajo control del año anterior, según los recursos asignados en el presente año y a la distribución realizada por los referentes técnicos de DIVAP, lo que corresponde a un 26,34% de la población objetivo.
- **Estrategia:**

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

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

-Recursos humanos: médico/a, enfermero/a, químico farmacéutico, psicólogo/a, nutricionista, trabajador/a social, kinesiólogo/a, técnico en enfermería nivel superior u otros visados por referencia técnica de la División de Atención Primaria (DIVAP), a partir de la presentación de un plan de incorporación, con formato que se entregará desde la referencia.



-Movilización: para el transporte del personal de salud a las visitas domiciliarias del programa.

-Insumos: elementos para procedimientos en domicilio. Para revisión de canasta de insumos ver Orientación Técnica DIVAP y actualizaciones para el año en curso. Cualquier compra de insumos que no estén dentro de la canasta mencionada debe ser visada por MINSAL.

-Fármacos: medicamentos necesarios para alivio de síntomas, para disponer por distintas vías de administración según indicación médica. Para ver canasta de fármacos revisar Orientación Técnica DIVAP y actualizaciones para el año en curso. Cualquier compra de fármacos que no estén dentro de la canasta mencionada debe ser visada por MINSAL.

-Capacitación: estrategias de capacitación a personal de salud y referentes técnicos del programa, siendo consideradas válidas aquellas capacitaciones con un mínimo de 60 horas pedagógicas, certificadas y con evaluación. Dichas capacitaciones tendrán una vigencia de 4 años desde el momento de la certificación.

-Oxigenoterapia: para las personas ingresadas con requerimientos de uso de oxígeno no cubiertas por otros programas:

1.-Pacientes con insuficiencia respiratoria crónica que cumplan los criterios de ingreso al Programa de oxígeno ambulatorio deben recibir el oxígeno por dicha vía de entrega, de la misma forma pacientes oncológicos en Cuidados Paliativos deberán recibirlo mediante GES N°4. Se debe reservar el uso de oxígeno de este Programa a personas ingresadas que lo requieran y no cumplan los requisitos para la entrega de oxígeno por otros medios, como es el Programa de oxígeno ambulatorio o por GES de Alivio del dolor y cuidados paliativos por cáncer avanzado

• Componentes

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

Nombre Componente	Descripción
Visita domiciliaria integral multidisciplinaria (elaboración o evaluación plan) (Atención)	Relación establecida entre el usuario y/o cuidadora o cuidador y uno o más miembros del equipo de salud, en el lugar de residencia de la misma, motivada por la evaluación del caso índice derivado a cuidado paliativo con la finalidad de generar un plan de tratamiento integral. Esta visita corresponde a la primera atención de la persona evaluada y en caso de requerir un nuevo plan ante cambio de la situación clínica, se deberá registrar como un nuevo evento (nueva visita domiciliaria integral multidisciplinaria).
Visita domiciliaria tratamiento/rehabilitación/ seguimiento (Atención)	Atención entregada por profesionales del equipo de salud a una persona en su propio hogar o institucionalizados, con el fin de brindar apoyo, tratamiento, rehabilitación y seguimiento; centrado en el proceso de enfermedad e incluye la atención de cuidados paliativos. Esta corresponde a la o las visitas de continuidad, que dan respuesta a la visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso.
Procedimientos de enfermería (Actividad)	Corresponde al número de intervenciones realizadas en domicilio con el fin de realización de procedimientos (vía subcutánea, curaciones, etc.) por profesional de enfermería o técnico en enfermería en aquellas personas que lo requieran, de acuerdo a los criterios definidos en Orientaciones Técnicas. Junto con el registro del procedimiento, se debe registrar si éste se realiza en el contexto de una visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso o una visita domiciliaria de tratamiento/rehabilitación/ seguimiento.
Control ambulatorio (Atención)	Es la atención proporcionada por el equipo de salud al usuario que comprende evaluación, diagnóstico, determinación o modificación del plan de acción, ejecución de acciones de acuerdo con el plan, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad. Esta corresponde a otra modalidad de atención, que pudiese realizarse si es la preferencia del paciente y existen las condiciones en el establecimiento para realizarla. En caso de que se realice una atención por vía telemática, esta se registrara como control ambulatorio.
Consulta telefónica (Actividad)	Corresponde al número de contactos telefónicos efectivos realizados por el equipo de salud a las personas que lo requieran, esto es, usuario o



	<p>cuidadora - cuidador, de acuerdo con los criterios definidos en Orientaciones Técnicas.</p> <p>Esta modalidad corresponde a un control abreviado para resolver un requerimiento específico del paciente o su familia y cuidadores.</p>
Atención ambulatoria a familiares (Atención)	<p>Es la intervención ambulatoria realizada por el profesional y/o técnico de enfermería. Esta intervención es realizada tanto a familiares y/o cuidadores. Incluye consejería, elaboración de plan de cuidados integrales, control y seguimiento para evolución, evaluación y psicoeducación, entre otras actividades definidas en la Orientaciones Técnicas.</p>
Servicios farmacéuticos (Atención)	<p>Corresponde a las actividades que realiza el químico farmacéutico en relación con la atención farmacéutica y la farmacovigilancia. Dentro de ellas se encuentran: atención, conciliación, educación y seguimiento farmacéutico, farmacovigilancia y registro de efectos adversos entre otros señalados en Orientaciones Técnicas.</p> <p>Esta actividad debe ser registrada sólo si se realiza de manera ambulatoria. En caso de atención domiciliaria, debe registrarse dentro de la visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso o una visita domiciliaria de tratamiento/rehabilitación/ seguimiento.</p>
Apoyo psicológico al usuario (Atención)	<p>Es la Intervención terapéutica especializada, otorgada por psicólogo clínico a la persona.</p> <p>Esta actividad debe ser registrada sólo si se realiza de manera ambulatoria. En caso de atención domiciliaria, debe registrarse dentro de la visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso o una visita domiciliaria de tratamiento/rehabilitación/ seguimiento</p>
Apoyo social al usuario (Atención/ actividad)	<p>Corresponde a las intervenciones que apuntan a la construcción de redes sociales, así como intervenciones colectivas que potencien un entorno que fomente la justicia social y la existencia de apoyo social del usuario, familia y/o cuidador.</p> <p>Si es realizado por un/a Trabajador/a Social debe ser registrado como una atención. Si es realizado por otro profesional en el contexto de la atención domiciliaria o presencial, debe ser registrado como una actividad.</p> <p>Esta actividad debe ser registrada sólo si se realiza de manera ambulatoria. En caso de atención domiciliaria, debe registrarse dentro de la visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso o una visita domiciliaria de tratamiento/rehabilitación/ seguimiento</p>
Apoyo psicológico a familia o cuidadores (Atención)	<p>Es la intervención terapéutica especializada, otorgada por psicólogo clínico a la persona en cuidados paliativos, familiar o cuidador, tendiente a apoyar el proceso terapéutico, manejo de duelo.</p> <p>Esta actividad debe ser registrada sólo si se realiza de manera ambulatoria. En caso de atención domiciliaria, debe registrarse dentro de la visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso o una visita domiciliaria de tratamiento/rehabilitación/ seguimiento</p>
Educación (Actividad)	<p>Actividades realizadas por el equipo de salud dirigidas al usuario, la familia y/o cuidador, destinadas a reforzar hábitos y/o actitudes que favorezcan la calidad de vida para el cumplimiento de los objetivos terapéuticos.</p>
Apoyo en la gestión de manifestación de voluntades anticipadas (Actividad)	<p>Actividad relacionada con la gestión de instrucciones explícitas de la persona y/o cuidadores (menores de edad) capaz, de manera libre, de expresar las indicaciones a tener en cuenta cuando se encuentra en una situación en que no pueda expresar personalmente su voluntad sobre los cuidados o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos, frente a un interlocutor válido del equipo de salud, actividad que se recomienda debe quedar en ficha clínica.</p> <p>Esta actividad es parte del proceso de vínculo terapéutico que permite</p>

	conocer el mundo de valores y deseos de la persona, por lo que su registro puede ser reiterado en el tiempo, como un continuo del proceso de planificación anticipada de cuidados.
--	--

CUARTA Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes y considerando la situación epidemiológica actual, 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 de **\$188.604.936 (ciento ochenta y ocho millones seiscientos cuatro mil novecientos treinta y seis pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de los objetivos señalados en las cláusulas precedentes.

La información de las contrataciones de personal que se vayan a celebrar para el cumplimiento del presente convenio, así como su calidad jurídica (titular/contrata/honorario/código del trabajo), se indican en el *Anexo N°1: Información de contrataciones de personal para el cumplimiento del convenio.*

QUINTA: Los recursos serán transferidos por el Servicio a la Municipalidad, en representación del Ministerio de Salud en 2 cuotas anuales, de la siguiente forma:

- a) La primera cuota del 70% se transferirá a la total tramitación del acto administrativo respectivo.
- b) La segunda cuota del 30% restante se transferirá en octubre, de acuerdo con los resultados de la evaluación señalada en la cláusula sexta de este convenio.

Los recursos asociados a este Programa de Salud 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 establecimientos). El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades locales del Programa y de acuerdo con la normativa vigente.

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.

En aquellos convenios sujetos al trámite de toma de razón, el Servicio de Salud podrá autorizar anticipos de transferencia de recursos, durante el primer trimestre del año, hasta un monto que no supere al 25% del monto total del convenio. El anticipo solo podrá realizarse con cargo a los convenios ingresados para su tramitación a la Contraloría General de la República e informados al Ministerio para el envío de los recursos.

SEXTA: Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, los que serán concordantes con la estrategia financiada en la comuna:

COMUNA	META COBERTURA POBLACIÓN ASIGNADA 2025
OVALLE	81



• **Indicadores de Propósito:**

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECÍFICO	INDICADOR	FÓRMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACIÓN
Personas ingresadas	Determinar el porcentaje de personas con enfermedades no oncológicas ingresadas a cuidados paliativos universales respecto a la cobertura asignada para el año t.	Porcentaje de personas ingresadas por condición no oncológica respecto a la cobertura asignada para el año t.	$(n^{\circ} \text{ personas ingresadas por condición no oncológica el año t} / n^{\circ} \text{ de personas que requieren cuidados paliativos por enfermedad oncológica en el año t}) * 100$	Igual o mayor al 95%	35%	Numerador: fuente REM A33 Denominado: fuente MINSAL
Personas ingresadas por condiciones no oncológicas	Determinar el porcentaje de personas con enfermedades no oncológicas ingresadas el año t, respecto al total de personas ingresadas el año t.	Porcentaje de personas ingresadas por condiciones no oncológicas respecto al total de personas ingresadas el año t. ¹	$(n^{\circ} \text{ personas ingresadas por condición no oncológica el año t} / n^{\circ} \text{ total de personas ingresadas en el año t}) * 100$	Igual o mayor a 70%	20%	Numerador: fuente REM A33
Atención domiciliaria	Reconocer el porcentaje de atenciones domiciliarias realizadas a personas atendidas por el programa el año t.	Porcentaje de atenciones domiciliarias realizadas a personas atendidas por el programa el año t.	$(n^{\circ} \text{ de atenciones domiciliarias en el año t}^2 / \text{número total de atenciones en el año t}^3) * 100$	Igual o mayor al 60%	35%	Fuente REM A33

• **Indicadores Complementarios:**

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECÍFICO	INDICADOR	FÓRMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACIÓN
Capacitaciones de personas del equipo de CPU de APS y Hospitales comunitarios.	Promover la capacitación del equipo de salud de APS y Hospitales comunitarios en CCPP.	Porcentaje de personas de los equipos de salud de APS y Hospitales comunitarios con capacitación vigente en CCPP.	$(n^{\circ} \text{ personas del equipo de CPU con capacitación vigente}^4 / n^{\circ} \text{ de personas del equipo CPU}) * 100$	Igual o mayor al 80%	10%	Fuente local

• **Monitoreo y Evaluación:**

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

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

Primera evaluación: Se efectuará con corte al **30 de junio de cada año**, y de acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación, se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 40%, de acuerdo al siguiente cuadro:

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

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

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

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

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

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

SÉPTIMA: El procedimiento para efectuar la rendición de cuentas se encuentra regulado en la resolución N° 30/2015 y la resolución 1.858/2023 ambas de Contraloría General de la República, que establece el uso obligatorio del sistema de rendición electrónica de cuentas (SISREC) por los servicios públicos. 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 se deberá 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 de 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 período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para su ejecución. El informe final de rendición deberá remitirse por la Municipalidad al Servicio antes del 01 de marzo del año siguiente. El Servicio efectuará el cierre de la rendición antes del 31 de marzo de ese año, a fin de que la Municipalidad reintegre a rentas generales de la nación los recursos no ejecutados dentro del mes siguiente del cierre de la rendición, según lo estipula el artículo 26 de la Ley de presupuesto vigente.

Los funcionarios que la Municipalidad designe para desempeñar los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, deberán tener responsabilidad administrativa. En caso de cambios de las personas que desempeñen estos perfiles, el Municipio se compromete a informar formalmente y de manera oportuna al Servicio de Salud. En el caso de las Corporaciones Municipales, al menos el Ministro de Fe deberá tener responsabilidad administrativa.

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.

OCTAVA: 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.

NOVENA: 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; para ello, será responsabilidad de la Municipalidad rendir en los plazos establecidos, debiendo



presentar la documentación que respalde su ejecución con un desfase no superior a los dos meses de realizada su consumo. Lo anterior solo se justificará cuando hayan agotado los recursos transferidos al programa. En el caso que la comuna rinda "sin movimiento", pero el referente técnico del Servicio de Salud esté en conocimiento de la ejecución de acciones propias del programa, dicha rendición será "observada" para que sea rectificadas, en especial aquellos programas con recurso humano asociado.

DÉCIMA: 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.

DÉCIMA PRIMERA: 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 montos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

En caso que el número de actividades realizadas por el Municipio sea menor a las que se obligó en el convenio (independiente de la cuantía y pertinencia otorgada al gasto asociado al programa), el Municipio deberá reintegrar los recursos asociados a las actividades no ejecutadas. Para determinar el monto que el Municipio debe reintegrar, éste se calculará proporcionalmente a la actividad asistencial no ejecutada.

DÉCIMA SEGUNDA: El Servicio de Salud pondrá término anticipado al presente convenio por medio de resolución fundada, 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 notificársele 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.

Evacuados los informes por la Municipalidad o transcurridos los plazos indicados en el párrafo precedente sin que esto se verifique, el Servicio de Salud, conforme el mérito de los antecedentes dictará una resolución fundada, ya sea poniendo término anticipado al presente convenio, o acogiendo los descargos de la Municipalidad. La resolución que dicte el Servicio podrá ser impugnada conforme los recursos establecidos en la ley N°19.880.

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 TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2025 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 2025 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 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.

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



D. HÉCTOR VEGA CAMPUSANO
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE OVALLE



D. ERNESTO JORQUERA FLORES
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

SAC/MOC/PGG/RAM/END/SZF



Profesión	Calidad Contractual	Horas/Semana
MEDICO	HONORARIOS	44 HORAS
ENFERMERA	HONORARIOS	44 HORAS
KINESIOLOGO(A)	HONORARIOS	44 HORAS
ASISTENTE SOCIAL	HONORARIOS	44 HORAS
NUTRICIONISTA	HONORARIOS	44 HORAS
FONOAUDIOLOGO(A)	PLAZO FIJO	22 HORAS

