

DECRETO N° 455

TEMUCO, 14 NOV 2022

VISTOS:


- 1.- Lo dispuesto en el D.F.L. N° 1-3063 de 1980, del Ministerio del Interior.
- 2.- Los D.S. N° 164 de 1981, N° 39 y N° 711 de 1987, del Ministerio de Salud.
- 3.- La Ley N° 19.378 de 1995, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
- 4.- El Decreto Alcaldicio N°3485 del 16 de diciembre de 2021, que aprueba el Presupuesto del Departamento de Salud para el año 2022.
- 5.- Res. Exta. N°17334 de fecha 21-10-2022 que aprueba el Convenio Programa de Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco para el año 2022.
- 6.- Las facultades contenidas en la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

- 1.- Apruébese, el convenio Programa de Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco para el año 2022.
- 2.- El presente Convenio (C.Costos 32.94.01) no generará mayor gasto en su ejecución para el Municipio.
- 3.- Los componentes de la referida Resolución se entienden formando parte integrante e inherente al presente Decreto.

ANÓTESE COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.


 JUAN ARANEDA NAVARRO
 SECRETARIO MUNICIPAL


 ROBERTO NEIRA ABURTO
 ALCALDE

JMH/CVF/MSR/FMR
 DISTRIBUCION:

- Of. de Partes Municipal
- Departamento


 DIRECCION DE CONTROL


 Municipalidad Temuco
 D. Asesoría Jurídica

MUNICIPALIDAD DE TEMUCO
OFICINA DE PARTES
006671
PROVIDENCIA:
FECHA ENTRADA: 24 OCT. 2022
Gobierno
SERVIDORES DE Salud

REF.: Aprueba Convenio "Programa de Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS", suscrito con Municipalidad de Temuco.

RESOLUCION EXENTA N° 17334

TEMUCO, 21 OCT 2022

FBN/CMC/POP/VMC/GMH/RGH

VISTOS; estos antecedentes:

1. Ley de Presupuesto N° 21.395 que establece el presupuesto del sector público para el año 2022.
2. Resolución Exenta N° 627 de fecha 05 de septiembre de 2022, del Ministerio de Salud, que aprueba el "Programa de Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS".
3. Resolución Exenta N° 651 de fecha 12 de septiembre de 2022, del Ministerio de Salud, que asigna recursos destinados a financiar el "Programa de Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS".
4. Decreto Supremo N° 37 de fecha 23 de diciembre de 2021, publicado el 19 de abril de 2022, que determina el aporte estatal a las Municipalidades, para sus entidades administradoras de Salud.
5. Convenio "Programa de Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS", suscrito con fecha 12 de octubre de 2022, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.

CONSIDERANDO:

1. Que por Resolución N° 627 del Visto N° 2 se aprueba "Programa de Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS".
2. Que por Resolución N° 651 del Visto N° 3 se asignan recursos del "Programa de Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS" en Atención primaria de Salud.
3. Que con fecha 12 de octubre de 2022, se suscribió Convenio "Programa de Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS", entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.

El referido Programa fue aprobado por **Resolución Exenta N° 627** del 05 de septiembre de 2022, del Ministerio de Salud, que se entiende forman parte integrante del mismo, y que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento, asignándoles recursos a través de la **Resolución Exenta N° 651** de fecha 12 de septiembre de 2022.

TERCERA: El propósito y objetivos del Programa se detallan a continuación:

Propósito: El Programa tiene por finalidad dar alivio de síntomas y acompañamiento a personas con enfermedades terminales y/o graves, y a sus familias, en el contexto de la Ley N°21.375 en los establecimientos de salud de la Atención Primaria.

Objetivo general: Abordar las necesidades de salud de las personas con enfermedades terminales o graves, a través de los CCPP, en los establecimientos de APS.

Objetivos específicos:

- Pesquisar y diagnosticar a las personas que requieren de CCPP no oncológicos en la APS.
- Realizar una evaluación y plan integral consensuado de las personas que ingresan a CCPP desde la APS o los derivados desde nivel hospitalario con participación de cuidador/a y familia.
- Coordinar el tránsito y seguimiento de estos pacientes a lo largo de la red asistencial, en conjunto con los otros niveles de atención.

CUARTA: EL Ministerio a través del Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el siguiente componente y productos esperados del Programa de Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS.

Componente 1: Plan integral consensuado (PIC)

Posterior al diagnóstico de la persona beneficiaria 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. El tiempo estimado de la intervención es de 1 hora considerando transporte, evaluación y registro en ficha clínica.

En la evaluación 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 personal que sea pertinente. De esta forma, este componente ofrece una canasta integral de prestaciones, donde se incluye el recurso humano, insumos, fármacos, movilización y oxigenoterapia para quienes lo requieran.

QUINTA: 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 **\$37.237.440.-**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas anteriores durante el presente año, según la siguiente distribución, considerando una población de **32 usuarios**, equivalentes al 18% de la población de Cuidados Paliativos No Oncológicos (CPNO) estimada ¹.

Ítem	Detalle	Total
RRHH	Médico, Enfermera/o, TENS y/o Químico Farmacéutico de acuerdo a requerimiento local	\$15.416.480
MOVILIZACIÓN	160 visitas mensuales	\$9.604.800
INSUMOS	Insumos por paciente	\$2.476.160
FÁRMACOS	Fármacos por paciente	\$9.740.000
		\$37.237.440

SEXTA: El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

SÉPTIMA: MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del programa con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad.

Se realizarán dos evaluaciones anuales, en los meses de agosto y diciembre.

Las metas a considerar son:

- 1) Primera evaluación del 31 de agosto:

Estrategia	Porcentaje de Cumplimiento
Diagnóstico de personas beneficiarias	Línea base
Plan Integral Consensuado	100% de personas identificadas como beneficiarias
Seguimiento	100% de personas con PIC
Capacitación a personal de salud	Línea base

¹ Fuente: ETESA UC. INFORME METODOLÓGICO - Estimación de la población que requiere CPNO. Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Medicina. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Departamento de Salud Pública; 2021.

- Cumplimiento la Estrategia N°4:
 - Indicador: $(n^{\circ} \text{ personas que desempeñan funciones en CCPP del centro con capacitación} / \text{total de personas que desempeñan funciones en CCPP}) * 100$
 - Medio de verificación: REM/ Registro local

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

N°	Estrategia	Indicador	Fórmula	Meta	Ponderación	Medio de Verificación
1	Diagnóstico de personas beneficiarias	Porcentaje de personas pesquisadas respecto a la demanda potencial	$(n^{\circ} \text{ personas pesquisadas en el centro de salud} / \text{total de la demanda potencial del centro}) * 100$	Línea base	30%	A confirmar por el nivel central
2	Plan Integral Consensuado	Porcentaje de personas con plan integral de cuidados	$(n^{\circ} \text{ personas identificadas como beneficiarias con plan integral de cuidados} / n^{\circ} \text{ personas identificadas como beneficiarias}) * 100$	100%	30%	
3	Seguimiento	Porcentaje de personas en control	$(n^{\circ} \text{ personas beneficiarias en control} / n^{\circ} \text{ personas identificadas como beneficiarias}) * 100$	100%	30%	
4	Capacitación del personal de salud	Porcentaje de personal CCPP de los centros con capacitación	$(n^{\circ} \text{ personas que desempeñan funciones en CCPP del centro con capacitación} / \text{total de personas que desempeñan funciones en CCPP}) * 100$	Más del 25%	10%	
TOTAL					100%	

NOVENA: FINANCIAMIENTO

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

Así también será obligatorio efectuar dicha rendición de cuentas, en los términos y condiciones establecidas por el Servicio de Salud Araucanía Sur, entre otros, en la circular N°48 del 14 de junio de 2011 y circular N° 0004 de fecha 20 de enero de 2022, o en la que el Servicio implemente durante el presente año.

Considerando que las actividades a desarrollar por la Municipalidad y estipuladas en este Convenio son de relevancia para el bienestar de la población a cargo, se aceptaran las rendiciones de cuentas de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio, de acuerdo a lo estipulado en el artículo N° 13 de la Resolución N° 30 de la Contraloría General de la Republica que fija el procedimiento sobre rendiciones financieras.

Sin perjuicio de lo anterior, el Servicio de Salud, podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoria y la supervisión técnica permanente de los Departamentos de Atención Primaria y/o Integración de la Red.

DÉCIMA PRIMERA: El Servicio, podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoria y la supervisión técnica permanente de los Departamentos de Atención Primaria y/o Integración de la Red.

DÉCIMA SEGUNDA: El Servicio ejecutará el monitoreo y evaluación del grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria; con datos extraídos por Unidad de Estadística del SSAS.

DÉCIMA TERCERA: La Municipalidad deberá velar que todas las actividades y prestaciones que se realizan en el marco del Programa, se registren en forma mensual de acuerdo a lo indicado en los medios de verificación de la ejecución de las actividades asociadas al programa en los sistemas informáticos actuales o futuros habilitados por el Servicio de Salud, desde la página www.ssasur.cl.

DÉCIMA CUARTA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el servicio solicitará el reintegro de los recursos del valor correspondiente a la parte no ejecutada de las actividades descritas, objeto de este instrumento. El plazo definido para realizar el reintegro de los recursos no utilizados, será conforme a lo dispuesto en la Ley de Presupuesto del Sector Público, vigente para el presente año.

DÉCIMA QUINTA: 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 SEXTA: El presente convenio tendrá vigencia desde el **1° de septiembre** hasta el **31 de diciembre de 2022**, sin perjuicio de lo anterior y siempre que el programa cuente disponibilidad presupuestaria para el año siguiente, su vigencia se prorrogará automáticamente hasta el 31 de

2575744



CONVENIO PROGRAMA DE APOYO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES APS SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR COMUNA DE TEMUCO

FBN/CMC/POP/VMC/GMH/RGH

En Temuco, a 12 de octubre 2022, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Arturo Prat N° 969, Temuco, representada por su Subdirector Médico (S), **DR. FRANCISCO BELMAR NAVARRETE**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Arturo Prat N° 650, de la comuna de Temuco, representada por su Alcalde **Sr. ROBERTO NEIRA ABURTO**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N.º 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 6º del Decreto Supremo N° 37 del 23 de diciembre de 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 e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS.

El referido Programa fue aprobado por **Resolución Exenta N° 627** del 05 de septiembre de 2022, del Ministerio de Salud, que se entiende forman parte integrante del mismo, y que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento, asignándoles recursos a través de la **Resolución Exenta N° 651** de fecha 12 de septiembre de 2022.

TERCERA: El propósito y objetivos del Programa se detallan a continuación:

Propósito: El Programa tiene por finalidad dar alivio de síntomas y acompañamiento a personas con enfermedades terminales y/o graves, y a sus familias, en el contexto de la Ley N°21.375 en los establecimientos de salud de la Atención Primaria.

Objetivo general: Abordar las necesidades de salud de las personas con enfermedades terminales o graves, a través de los CCPP, en los establecimientos de APS.



Objetivos específicos:

- Pesquisar y diagnosticar a las personas que requieren de CCPP no oncológicos en la APS.
- Realizar una evaluación y plan integral consensuado de las personas que ingresan a CCPP desde la APS o los derivados desde nivel hospitalario con participación de cuidador/a y familia.
- Coordinar el tránsito y seguimiento de estos pacientes a lo largo de la red asistencial, en conjunto con los otros niveles de atención.

CUARTA: EL Ministerio a través del Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el siguiente componente y productos esperados del Programa de Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS.

Componente 1: Plan integral consensuado (PIC)

Posterior al diagnóstico de la persona beneficiaria 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. El tiempo estimado de la intervención es de 1 hora considerando transporte, evaluación y registro en ficha clínica.

En la evaluación 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 personal que sea pertinente. De esta forma, este componente ofrece una canasta integral de prestaciones, donde se incluye el recurso humano, insumos, fármacos, movilización y oxigenoterapia para quienes lo requieran.

La persona beneficiaria 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, trabajador/a social, TENS o químico farmacéutico, entre otros, dentro de los lineamientos definidos en el Plan de Salud Familiar o de otro/s programa/s de reforzamiento de la APS (PRAPS).

En cuanto a la ejecución de las visitas, se debe considerar la realización de al menos 1 visita domiciliaria integral al ingreso, y posteriormente, al menos 1 visita mensual con fines de tratamientos y/o procedimientos en domicilio, para el periodo de ejecución de dicho convenio.

PRODUCTOS ESPERADOS:

Componente 1: Plan integral consensuado (PIC)

- Diagnóstico de personas beneficiarias (identificación):** Este es el primer paso para que la persona beneficiada tenga acceso a las prestaciones del programa. Para que esta estrategia se cumpla se deben cumplir los siguientes pasos:
 - Pesquisa de persona con necesidad de CPU por cualquier profesional de APS.**
 - Identificación y confirmación de persona beneficiaria por médico/a cirujano/a.**
- Plan Integral Consensuado (evaluación):** Una vez que la persona beneficiada ha sido identificada como tal 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 del beneficiario. Se debe considerar que este PIC es dinámico, se debe revalorar control a control si se ajusta a las necesidades del beneficiario. Los pasos para esta estrategia son:

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

Para más detalles revisar la Orientación técnica del programa, en ítem Atención domiciliaria en CPU.

- c) **Seguimiento:** revaloración de síntomas en cada control y adecuación del PIC a los cambios clínicos del beneficiario. Para el caso de este programa, se define como en seguimiento a las personas beneficiarias identificadas que tienen al menos una instancia de supervisión del PIC mensual.

La canasta integral incluye:

- Recurso humano: médico/a, enfermero/a, químico farmacéutico.
- Movilización: para el transporte del personal de salud a las visitas domiciliarias de los beneficiarios.
- 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.

QUINTA: 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 **\$37.237.440.-**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas anteriores durante el presente año, según la siguiente distribución, considerando una población de **32 usuarios**, equivalentes al 18% de la población de Cuidados Paliativos No Oncológicos (CPNO) estimada ¹.

Ítem	Detalle	Total
RRHH	Médico, Enfermera/o, TENS y/o Químico Farmacéutico de acuerdo a requerimiento local	\$15.416.480
MOVILIZACIÓN	160 visitas mensuales	\$9.604.800
INSUMOS	Insumos por paciente	\$2.476.160
FÁRMACOS	Fármacos por paciente	\$9.740.000
		\$37.237.440

SEXTA: El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

¹ Fuente: ETESA UC. INFORME METODOLÓGICO - Estimación de la población que requiere CPNO. Pontificia Universidad Católica de Chile. Facultad de Medicina. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Departamento de Salud Pública; 2021.



SÉPTIMA: MONITOREO Y EVALUACIÓN

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del programa con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad.

Se realizarán dos evaluaciones anuales, en los meses de agosto y diciembre.

Las metas a considerar son:

- 1) Primera evaluación del 31 de agosto:

Estrategia	Porcentaje de Cumplimiento
Diagnóstico de personas beneficiarias	Línea base
Plan Integral Consensuado	100% de personas identificadas como beneficiarias
Seguimiento	100% de personas con PIC
Capacitación a personal de salud	Línea base

- 2) Segunda evaluación del 31 de diciembre:

Estrategia	Porcentaje de Cumplimiento
Diagnóstico de personas beneficiarias	Línea base
Plan Integral Consensuado	100% de personas identificadas como beneficiarias
Seguimiento	100% de personas con PIC
Capacitación a personal de salud	Más del 25% del personal del equipo de CCPP de los centros

La coordinación nacional del programa generará los procesos de capacitación del personal, el que se hará de forma paulatina en consideración a los tiempos de atención clínica directa que tendrán que realizarse de forma paralela en contexto a la vigencia de la Ley N°21.375 desde marzo 2022.

Considerando el periodo en el cual fueron asignados los recursos, sólo será aplicable la segunda evaluación al 31 de diciembre.

Los establecimientos y comunas deberán informar con corte al 31 de diciembre del cierre anual del Programa y del desarrollo final obtenido a través de un informe final.

OCTAVA: INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN.

Se evaluará mediante el cumplimiento individual de cada componente del Programa mediante los siguientes indicadores y metas:

- Cumplimiento la Estrategia N°1:
 - Indicador: Porcentaje de personas pesquisadas respecto a la demanda potencial
 - Fórmula de cálculo: $(n^{\circ} \text{ personas pesquisadas en el centro de salud} / \text{total de la demanda potencial del centro}) * 100$
 - Medio de verificación: REM
- Cumplimiento la Estrategia N°2:
 - Indicador: Porcentaje de personas con plan integral de cuidados



- Fórmula de cálculo: $(n^{\circ} \text{ personas identificadas como beneficiarias con plan integral de cuidados} / n^{\circ} \text{ personas identificadas como beneficiarias}) * 100$
- Medio de verificación: REM

- Cumplimiento la Estrategia N°3:
- Indicador: Porcentaje de personas en control
- Fórmula de cálculo: $(n^{\circ} \text{ personas beneficiarias en control} / n^{\circ} \text{ personas identificadas como beneficiarias}) * 100$
- Medio de verificación: REM

- Cumplimiento la Estrategia N°4:
- Indicador: $(n^{\circ} \text{ personas que desempeñan funciones en CCPP del centro con capacitación} / \text{total de personas que desempeñan funciones en CCPP}) * 100$
- Medio de verificación: REM/ Registro local

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

N°	Estrategia	Indicador	Fórmula	Meta	Ponderación	Medio de Verificación
1	Diagnóstico de personas beneficiarias	Porcentaje de personas pesquisadas respecto a la demanda potencial	$(n^{\circ} \text{ personas pesquisadas en el centro de salud} / \text{total de la demanda potencial del centro}) * 100$	Línea base	30%	A confirmar por el nivel central
2	Plan Integral Consensuado	Porcentaje de personas con plan integral de cuidados	$(n^{\circ} \text{ personas identificadas como beneficiarias con plan integral de cuidados} / n^{\circ} \text{ personas identificadas como beneficiarias}) * 100$	100%	30%	
3	Seguimiento	Porcentaje de personas en control	$(n^{\circ} \text{ personas beneficiarias en control} / n^{\circ} \text{ personas identificadas como beneficiarias}) * 100$	100%	30%	
4	Capacitación del personal de salud	Porcentaje de personal CCPP de los centros con capacitación	$(n^{\circ} \text{ personas que desempeñan funciones en CCPP del centro con capacitación} / \text{total de personas que desempeñan funciones en CCPP}) * 100$	Más del 25%	10%	
TOTAL					100%	



NOVENA: FINANCIAMIENTO

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

La glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N° 19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa misma ley o bien a honorarios, acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa y de acuerdo 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).

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en dos cuotas: 70% a la total tramitación del acto administrativo respectivo y el 30% restante en octubre, de acuerdo a los de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en la cláusula Monitoreo y Evaluación de este convenio, conforme al siguiente cuadro:

Porcentaje de cumplimiento de metas del Programa	Porcentaje de descuentos 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%

Para el año de inicio del Programa se solicita línea base para transferir la segunda cuota, tal como se señala en la cláusula Monitoreo y Evaluación de este convenio. Para los años siguientes se evaluará según los indicadores definidos en el Programa.

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

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

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

La rendición de cuentas, deberá ser realizada por la Municipalidad en soporte electrónico, a través del sistema de rendición de Contraloría General de la República "SISREC", disponible en la página web www.rendicioncuentas.cl.



Así también será obligatorio efectuar dicha rendición de cuentas, en los términos y condiciones establecidas por el Servicio de Salud Araucanía Sur, entre otros, en la circular N°48 del 14 de junio de 2011 y circular N° 0004 de fecha 20 de enero de 2022, o en la que el Servicio implemente durante el presente año.

Considerando que las actividades a desarrollar por la Municipalidad y estipuladas en este Convenio son de relevancia para el bienestar de la población a cargo, se aceptaran las rendiciones de cuentas de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio, de acuerdo a lo estipulado en el artículo N° 13 de la Resolución N° 30 de la Contraloría General de la República que fija el procedimiento sobre rendiciones financieras.

Sin perjuicio de lo anterior, el Servicio de Salud, podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría y la supervisión técnica permanente de los Departamentos de Atención Primaria y/o Integración de la Red.

DÉCIMA PRIMERA: El Servicio, podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría y la supervisión técnica permanente de los Departamentos de Atención Primaria y/o Integración de la Red.

DÉCIMA SEGUNDA: El Servicio ejecutará el monitoreo y evaluación del grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria; con datos extraídos por Unidad de Estadística del SSAS.

DÉCIMA TERCERA: La Municipalidad deberá velar que todas las actividades y prestaciones que se realizan en el marco del Programa, se registren en forma mensual de acuerdo a lo indicado en los medios de verificación de la ejecución de las actividades asociadas al programa en los sistemas informáticos actuales o futuros habilitados por el Servicio de Salud, desde la página www.ssasur.cl.

DÉCIMA CUARTA: Finalizado el periodo de vigencia del presente convenio, el servicio solicitará el reintegro de los recursos del valor correspondiente a la parte no ejecutada de las actividades descritas, objeto de este instrumento. El plazo definido para realizar el reintegro de los recursos no utilizados, será conforme a lo dispuesto en la Ley de Presupuesto del Sector Público, vigente para el presente año.

DÉCIMA QUINTA: 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 SEXTA: El presente convenio tendrá vigencia desde el **1° de septiembre** hasta el **31 de diciembre de 2022**, sin perjuicio de lo anterior y siempre que el programa cuente disponibilidad presupuestaria para el año siguiente, su vigencia se prorrogará automáticamente hasta el 31 de diciembre del año siguiente. Dicha prórroga se formalizará mediante resolución exenta del Servicio de Salud, fijando las metas comprometidas y los recursos asociados a dicha prórroga. Será requisito para cursar la resolución referida, la previa rendición del saldo no ejecutado.



Sin perjuicio de ello, por razones de buen servicio y del cumplimiento de las obligaciones legales y constitucionales que tiene el SERVICIO, para con los beneficiarios legales, las prestaciones se iniciarán desde el 1° de septiembre de 2022 con anterioridad a la fecha de vigencia del convenio, quedando su pago condicionado a la total tramitación de la resolución aprobatoria, todo ello en conformidad a lo establecido en el Dictamen N° 11.189 de 2008 del Organismo Contralor ya referido.

DÉCIMA SÉPTIMA: La personería del Dr. FRANCISCO BELMAR NAVARRETE para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur consta en Decreto N° 98 de enero de 2020. Por su parte, la personería del Sr. ROBERTO NEIRA ABURTO para actuar en representación de la Municipalidad de Temuco, consta en Decreto N° 6441 de fecha 29 de junio de 2021.

DÉCIMA OCTAVA: El presente convenio se firma en tres ejemplares, quedando uno en poder de la Municipalidad, uno en poder del MINSAL y uno en poder del Servicio de Salud.



The image shows the official signatures and stamps of the signatories. On the left, there are several circular stamps from the Municipality of Temuco, including one for the 'JEFE UNIDAD PROGRAMAS DEPARTAMENTO DE SALUD' and another for the 'DIRECTOR' of 'SERVICIOS INCORPORADOS'. In the center, the signature of Sr. Roberto Neira Aburto is written over a large circular stamp that reads 'MUNICIPALIDAD DE TEMUCO ALCALDE'. Below this, the text reads 'SR. ROBERTO NEIRA ABURTO ALCALDE MUNICIPALIDAD DE TEMUCO'. On the right, the signature of Dr. Francisco Belmar Navarrete is written over a circular stamp that reads 'SERVICIO SALUD ARAUCANIA SUR SUB-DIRECCION MEDICA - IX REGION'. Below this, the text reads '(PDF) DR. FRANCISCO BELMAR NAVARRETE SUBDIRECTOR MÉDICO (S) SERVICIO SALUD ARAUCANÍA'. There is also a small circular stamp at the bottom center that reads 'Municipalidad Temuco D. Asesoría Jurídica'.