

DECRETO N° **205**

TEMUCO, **09 MAY 2025**

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° 5369 de fecha 16 de diciembre de 2024, que aprueba el "Programa Presupuestario de Salud y su desagregación de Ingresos y Gastos para el año 2025.
- 5.- Res. Exenta N° 7201 de fecha 20 de marzo de 2024, que Modifica Prórroga Continuidad Convenio para la ejecución del "Programa Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2024.
- 6.- Res. Exenta N° 32028 de fecha 30 de diciembre de 2024, que Aprueba Prórroga para dar Continuidad a Convenio para la ejecución del "Programa Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2025.
- 7.- Res. Exenta N° 10027 de fecha 28 de marzo de 2025, que Modifica Prórroga Continuidad Convenio para la ejecución "Programa Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS", suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2025.
- 8.- El Decreto Alcaldicio N° 1404 de fecha 04 de abril de 2025, que delega firmas del alcalde.
- 9.- Las facultades contenidas en la Ley N°18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

- 1.- Apruébese, Modificación Prórroga Continuidad Convenio para la ejecución "Programa Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento", suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco para el año 2025.
- 2.- El presente Convenio 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

JMH/DJI/MSR/ESS/NBP/bpf
DISTRIBUCION:

- Of. de Partes Municipal
- Departamento de Salud.



RICARDO TORO HERNÁNDEZ
ADMINISTRADOR MUNICIPAL





REF.: Modifica Prórroga Continuidad Convenio para la ejecución "Programa Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS, suscrito con Municipalidad de Temuco para el año 2025.

RESOLUCION EXENTA N° 10027 /
28 MAR. 2025
TEMUCO,

POP/VMC /CNG/JVV

VISTOS; estos antecedentes:

1. Ley de Presupuesto N° 21.722 que establece el presupuesto del sector público para el año 2025.
2. El Decreto Supremo N° 21 de diciembre de 2024 del Ministerio de Salud, que determina el aporte estatal a las Municipalidades.
3. Resolución Exenta N° 1054 de fecha 31 de diciembre de 2024 del Ministerio de Salud que aprueba Programa Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento.
4. Resolución Exenta N° 166 de fecha 18 de febrero de 2025 del Ministerio de Salud que distribuye recursos al Programa Continuidad de Cuidados Preventivos y de tratamiento en APS para el presente año 2025.
5. Resolución Exenta N° 17655 de fecha 27 de septiembre de 2023 de la Dirección del Servicio de Salud Araucanía Sur, que aprueba convenio Programa Cuidados Preventivos y de tratamiento en APS, con Municipalidad de Temuco y sus modificatorias.
6. Resol. Exenta N° 32028 de fecha 30 de diciembre de 2024 de la Dirección del Servicio de Salud Araucanía Sur, que prorroga la continuidad para el año 2025 de la ejecución del Convenio Programa Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS, suscrito con Municipalidad de Temuco, modificada en Resol. Exenta N° 615 de fecha 15 de enero de 2025.
7. Ordinario N° 119 de fecha 15 de enero de 2025 emitido por la Municipalidad de Temuco, y que certifica los saldos de los convenios PRAPS año 2024.
8. Correo electrónico de fecha 15 de enero de 2025 del Departamento Jurídico, en el cual valida propuesta de Resolución Prórroga para dar Continuidad a la ejecución de los diferentes convenios asociados a los Programas de Atención Primaria.

CONSIDERANDO:

1. La Ley de Presupuesto del Sector público para el año 2025.

MUNICIPALIDAD DE TEMUCO	
OFICINA DE PARTES	
PROVIDENCIA:	2527
FECHA ENTRADA:	31 MAR. 2025
F. DOC. N°	Salud
RESPONDERANTES DE	

2. El Decreto Supremo N° 21 de diciembre de 2024 del Ministerio de Salud, que determina el aporte estatal a las Municipalidades.
3. Que, por resolución del visto N° 3 se aprueba el Programa Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS para el año 2025, estableciéndose las orientaciones técnico-sanitarias.
4. Que por resolución del visto N° 4 se distribuyen los recursos para el año 2025 del Programa Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento.
5. Que por resolución del visto N° 5 anterior, se aprobó convenio suscrito con Municipalidad de Temuco para la ejecución del Programa Continuidad De Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS durante el año 2023.
6. Que por resolución del visto N° 6 anterior, se prorroga la continuidad para el año 2025 del Convenio para la ejecución del Programa Continuidad De Cuidados Preventivos y de tratamiento en APS, suscrito con Municipalidad de Temuco.
7. Que el resuelto décimo de la resolución individualizada en el visto N° 6 anterior, señala **"DEJASE EXPRESAMENTE ESTABLECIDO**, que el Servicio de Salud Araucanía Sur deberá dictar acto administrativo modificatorio que actualice los componentes, indicadores, metas y los recursos disponibles para el nuevo periodo, bajo la condición de la dictación de las resoluciones Técnicas y Financieras del referido Programa por el Ministerio de Salud, tanto de los Programas Sanitarios, como la asignación de recursos".
8. Que la Municipalidad, a través de Ordinario N° 119 de fecha 15 de enero de 2025, ha dado cumplimiento a la rendición del saldo no ejecutado al 31 de diciembre de 2024 de acuerdo a lo dispuesto en Resolución Exenta individualizada en el visto N° 5, que aprueba convenio Programa Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS, con Municipalidad de Temuco y sus modificatorias.

TENIENDO PRESENTE lo dispuesto en:

1. DFL N° 1/05 que fija texto refundido D.L. 2763/79 que crea los Servicios de Salud;
2. D.S. 140/05 del M. de Salud que reglamenta los Servicios de Salud;
3. Ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria.
4. Ley N° 19.862. que establece Registros de las Personas Jurídicas Receptoras de Fondos Públicos.
5. Dictamen N° 068601N14 de fecha 05 de septiembre de 2014, de la Contraloría General de la Republica.
6. Decreto N° 13/2023 del Ministerio de Salud, que nombra a D. Vladimir Yáñez Méndez como Director del Servicio de Salud Araucanía Sur.
7. Decreto N° 42/2024 del Ministerio de Salud, que establece la Subrogancia del Director del Servicio de Salud Araucanía Sur
8. Resolución N° 98/2020, que delega facultades a la Subdirección Médica.
9. Resol N° 36 de fecha 23.12.2024 de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente.

RESOLUCION

1. **MODIFIQUESE**, Resol. Exenta N°17655 de fecha 27 de septiembre de 2023, que aprueba convenio Programa Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS, con Municipalidad de Temuco y sus Prórrogas y modificatorias, conforme se indica en resueltos siguientes.

2. **DEJASE ESTABLECIDO**, que se han recepcionado desde el Nivel Central, el Programa Sanitario y la Resolución de Recursos, señalados en vistos N° 3 y N° 4 respectivamente.

3. **ASIGNESE**, al Municipio para el año 2025, la suma anual y única de \$ 53.939.180- para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias, señaladas en el Programa Sanitario, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria.

Se deja establecido que el monto señalado corresponde a la suma asignada mediante la Prórroga del convenio, aprobada por Resolución Exenta N°32028 de fecha 30 de diciembre 2024 y modificada por Resolución Exenta N° 615 de fecha 15 de enero de 2025, y el incremento de ella establecida por la resolución de distribución de los recursos año 2025.

4. **ESTABLÉZCASE**, para el año 2025, la implementación de los siguientes **componentes** del Programa Continuidad De Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS:

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

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

Componente 1: Detección precoz de cáncer cérvico uterino.

Subcomponente 1.1: Acceso y disponibilidad de controles ginecológicos preventivos en los establecimientos de APS en extensión horaria y otras estrategias acceso territorial

A. **Objetivo:** Aumentar el acceso y la disponibilidad de controles ginecológicos preventivos con tamizaje para cáncer cervicouterino en los establecimientos de atención primaria.

B. **Servicio provisto:** Controles ginecológicos con tamizaje para cáncer cervicouterino a mujeres, personas transmasculino de 25 a 64 años, complementarios a la oferta habitual.

C. **Estrategia de planificación y ejecución:** Para el logro del objetivo del componente se recomienda el siguiente flujo de intervención, el que puede ser modificado según realidad local:

i. **Coordinación general:** El Servicio de Salud asignará financiamiento a cada comuna designada para realizar controles ginecológicos preventivos en horario de 17:00 a 20:00 horas, lunes a viernes y/o sábados, considerando población objetivo y contexto del territorio determinado por el diagnóstico local

Es función de los servicios de salud, en coordinación con las comunas, determinar las horas a ofertar por centro de salud familiar, en donde se puede dar el siguiente escenario, con un mínimo de 1 a máximo 5 días a la semana de extensión horaria:

- 3 horas diarias de extensión horaria matrón/a, de 1 a 5 días a la semana (3 a 15 horas semanales), en relación con los recursos asignados.

De acuerdo con realidad territorial, se podrán considerar otras estrategias complementarias a la oferta habitual, distintas de extensión horaria autorizadas por el servicio de salud.

ii. **Coordinación y planificación local:**

a. **Identificación de la población beneficiaria:** Mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años con tamizaje para cáncer cervicouterino no vigente.

b. **Identificación de la dotación de recurso humano:** matrona/ón para realizar los controles ginecológicos preventivos con tamizaje para CaCu, según lineamientos disponibles, en continuidad de la atención (extensión horaria) y otras estrategias complementarias a la oferta habitual y/o de mejor acceso territorial.

El rendimiento es 3 por hora, optimizando los tamizajes para CaCu y pesquisa de cáncer de mama.

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

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

c. **Programación de espacios físicos e insumos:** según estrategia local.

Para extensión horaria, el uso de espacios será el box ginecológico del establecimiento y los insumos a utilizar serán del mismo origen para la toma de tamizaje en oferta habitual.

d. **Registros:**

En caso de cambio de los nombres de la ruta REM, se informará oportunamente.

Se deberá registrar en:

- Registro local (planilla formato enviado por MINSAL)

- REM A01 Sección G. Programa de cáncer de cuello uterino: PAP tomados e informados según resultados y grupos de edad (Exámenes tomados en establecimientos de atención primaria que realizan tamizaje, uso APS)
- REM A01 Sección H. Programa de cáncer de cuello uterino: VPH Tomados e informados según resultados y grupos de edad (Exámenes tomados en establecimientos de atención primaria que realizan tamizaje, uso APS). Esta fuente se utilizará sólo en los casos de tamizaje primario con VPH.
- **REM BM 18A sección B, Ginecología fila: “toma de muestra de PAP (PRAPS)”.**

Subcomponente 1.2: Contactabilidad y rescate de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino.

- A. **Objetivo:** Incrementar las acciones de contactabilidad y rescate para mujeres, y personas transmasculinos con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino.
- B. **Servicio provisto:** Rescate y citación de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino que den como resultado un **contacto efectivo**.

Se entenderá por contacto efectivo al rescate por medio de contactabilidad, en que se logra contactar a la persona y ésta queda agendada a control. Todos los contactos realizados que no terminan en el agendamiento, serán contactos no efectivos, así como los contactos realizados a un teléfono que no responda, esté apagado, fuera de servicio o equivocado.

- C. **Estrategia de planificación y ejecución:** Para el logro del objetivo del componente se recomienda el siguiente flujo de intervención, el que puede ser modificado según realidad local:
- i. **Coordinación general:** Para la ejecución se asignará financiamiento a cada comuna seleccionada para realizar rescate, citación y confirmación de pacientes con tamizaje para CaCu no vigente en horario de 17 a 20 horas, días hábiles y/o sábados (u otras estrategias de mejor acceso territorial).
 - ii. **Coordinación y planificación local:**
 - a. **Identificación de la población beneficiaria:** Cada centro de salud establece la nómina de mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años con tamizaje no vigente para cáncer cérvico uterino.
 - b. **Identificación de la dotación de recurso humano:** Administrativo o TENS para contabilidad de mujeres con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino. Esto considera 3 horas diarias de extensión horaria, 1-2 día a la semana (3-6 horas semanales) para rescate, citación y confirmación de pacientes con tamizaje para CaCu no vigentes en horario de 17 a 20 horas, días hábiles y/o sábados (u otras estrategias de mejor acceso territorial). Las funciones del/la administrativa o TENS, son exclusivas para la contactabilidad de mujeres y personas trans masculino de 25 a 64 asociada al programa, no se debe asignar otras funciones del establecimiento.

- c. **Programación de espacios físicos e insumos** según estrategia local (utilizar computador, teléfonos y recintos del propio establecimiento).
- d. **Ejecución de los procedimientos de rescate y citación** Cada centro de salud establece la nómina de personas de 25 a 64 años con tamizaje para cáncer cérvico uterino no vigente a contactar. Se espera que las personas contactadas, tengan un resultado en el agendamiento a tamizaje, para ello se recomienda entrenar al administrativo/TENS en la temática.

Se debe usar los siguientes criterios para dar prioridad de rescate:

- Nunca PAP: Mujeres de 25 a 64 años de base de inscritos que nunca se han realizado tamizaje. Para obtener la nómina de usuarias se cruzan bases de datos de mujeres de 25 a 64 años del grupo etario de la base de inscritos FONASA con nómina de mujeres extraída de plataformas de citología (Citoweb, Revican o Desarrollo Propio).
- PAP atrasado: Mujeres de 25 a 64 años con tamizaje atrasado (según nómina de mujeres de Citoweb, Revican o Desarrollo Propio)
- PAP atrasado por derivación: Mujeres y personas trans masculino de 25 a 64 años con tamizaje no vigente por Derivación interna (revisión de ficha y consulta en anamnesis en el contexto de otro control o consulta **no ginecológica**, revisión de alerta por tamizaje no vigente en registro clínico)
- PAP atrasado por derivación intersector: Derivación de mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años con tamizaje no vigente por derivación comunitaria (organizaciones territoriales, intersector)

Registros:

- Registro local
- Planilla de monitoreo
- REM

Componente 2: Salud Cardiovascular

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

- A. Objetivo:** Incorporar el tratamiento farmacológico de iSGLT2 para personas menores de 60 años con Diabetes Mellitus tipo 2 y criterios de priorización.
- B. Servicio provisto:** Provisión de fármacos de la familia de inhibidores del cotransportador sodio glucosa (Dapagliflozina 10 mg o Empagliflozina 10 mg) para las personas menores de 60 años con DM2 y con criterios de prioridad establecidos, según indicación de tratamiento a través de médicos de la célula de diabetes de HD.

C. Estrategia de planificación y ejecución: Para el logro del objetivo del componente 2 se recomienda el siguiente flujo de intervención:

- i. **Coordinación general:** El Servicio de Salud deberá comprar de manera centralizada iSGLT2, según la población bajo control de personas en salud cardiovascular y de criterios de inclusión, de acuerdo con el marco presupuestario asignado.
- ii. **Coordinación y planificación local:** Implementación de los siguientes aspectos,
 1. Estimación de la demanda de ingreso.
 2. Programar compra ajustada a marco presupuestario anual, de acuerdo con criterios de inclusión y priorización e informar a HD el número de personas a beneficiar.
 3. Licitación de la compra de iSGLT2, en donde se sugiere compra con convenio de suministro, acorde a marco presupuestario vigente.
 4. Implementación instancia de coordinación con HD y referentes programáticos del Servicio de Salud, para fases de planificación, programación y seguimiento.
 5. Derivación de las personas priorizadas a especialista Diabetología de HD.
 6. Prescripción por parte del especialista de HD de la célula de Diabetología, según criterios priorizados.
 7. Recepción de planilla de personas con indicación de tratamiento en los establecimientos de APS desde HD de manera semanal.
 8. Distribución del fármaco a centros de salud, según planilla enviada por HD, en máximo 14 días.
 9. Monitoreo del uso de los medicamentos por parte del servicio de salud, a través de referente farmacia.
 10. Monitoreo de resultados en indicadores de componente 2, SCV de las personas menores de 60 años con DM2 y ERC etapa 3b, según registros de REM P04, a través de referente SCV del servicio de salud.

D. Identificación de la población beneficiaria: personas menores de 60 años según los siguientes criterios de priorización, que tengan la prescripción de uso de iSGLT2 por especialista de diabetología de HD.

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

Para el logro del objetivo del componente se considera la siguiente estrategia de intervención:

- Tratamiento farmacológico de iSGLT2 a personas menores de 60 años, según criterios de priorización, en controles de SCV en establecimientos de APS, que incluye:
 - Derivación de las personas que cumplan criterios de derivación, a la célula de DM de HD
 - Indicación del fármaco por parte de especialista de HD, y contraderivación a APS para la atención y dispensación de éste en su establecimiento de origen (junto a otras indicaciones de tratamiento)
 - Asegurar tratamiento farmacológico de iSGLT2 de continuidad en establecimiento de APS, de acuerdo con la estrategia de planificación y ejecución descrita en numeral 5.2.2.

E. **Distribución territorial** del fármaco, indicado por especialista de la célula de diabetes de HD, según coordinación local y estrategias del Servicio de Salud.

F. Registros:

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

Complementariedades:

Complementariedad a nivel interno: El Programa viene a complementar las prestaciones habituales que se desarrollan en los establecimientos de atención primaria, a través de controles ginecológicos preventivos (incluye tamizaje de CaCu) y ampliar la canasta de tratamiento farmacológico a personas con controles de de salud cardiovascular por DM2 y ERC etapa 3b (grupos priorizados). El programa Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS, amplía la oferta total de servicios y la hace más pertinente en términos de espacios y horarios, junto con promover la equidad en el acceso a medicamentos que se integran a la oferta del sistema, garantizando que más personas puedan acceder a tratamientos costo-efectivos según la evidencia disponible.

Complementariedad a nivel externo: El Programa incluye la acción intersectorial, utilizando como una de las líneas de priorización el componente 1 cáncer cervicouterino, mejorar el acceso a tamizaje por Derivación Comunitaria a través de organizaciones territoriales e intersector, de igual manera para la operación de clínica ginecológica móvil se requiere articulación intersectorial, público-privada en los territorios, con el fin de que mujeres y personas que trabajan accedan al tamizaje.

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.

En la siguiente tabla se definen las metas para cada componente:

• **Componente 1:**

SUB COMPONENTE	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE*	META	PESO RELATIVO
1.1 Acceso y disponibilidad de controles ginecológicos preventivos en los establecimientos de APS en extensión horaria y otras estrategias acceso territorial	Propósito	1.1.1 Variación porcentual de tamizajes CaCu tomados a mujeres de 25 a 64 años año t en relación al año t-1	(Tamizaje CaCu tomados en mujeres de 25 a 64 años, año t- tamizaje CaCu tomados en mujeres de 25 a 64 años, año t-1 / Tamizaje CaCu tomados en mujeres de 25 a 64 años, año t-1) x 100	REM A01 Sección G Programad e cáncer de cuello uterino: PAP Sección H Programa de cáncer de cuello uterino: VPH (sólo en tamizaje primario)**	Julio: Aumento en 10% de PAP tomados al corte respecto a mismo periodo año anterior Diciembre: Aumento en 10% de PAP tomados respecto diciembre año anterior *Aquellas comunas que tengan 80 % de cobertura de tamizaje, la meta será mantener o incrementar los PAP tomados	20%
		1.1.2 Porcentaje de tamizajes CaCu tomados a mujeres de 25 a 64 años a diciembre del año t en la estrategia PRAPS	(Nº de tamizajes CaCu tomados a mujeres de 25 a 64 años en la estrategia PRAPS año t/ Nº de tamizajes CaCu programados a mujeres de 25 a 64 años en la estrategia PRAPS año t) x 100	-REM BM 18A sección B, Ginecología fila: "toma de muestra de PAP (PRAPS)" -Registro local	Julio: 35% cumplimiento de programación Diciembre: 90% cumplimiento de programación	50%

1.2 Contactabilidad y rescate de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino.	Complementarios	1.2.1 Porcentaje de mujeres no vigentes para tamizaje CaCu con contacto efectivo realizado (rescate)	(N° mujeres no vigentes para tamizaje CaCu con contacto efectivo realizado año t / N° mujeres no vigentes para tamizaje CaCu a contactar según cupos de agenda, año t) x 100	-Registro local -Planilla Monitoreo	Julio: 21% Diciembre 63%***	20%
1.2 Contactabilidad y rescate de mujeres con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino.		1.2.2 Porcentaje de mujeres contactadas y agendadas para tamizaje CaCu	(N° mujeres con contacto efectivo para tamizaje CaCu en el año t / N° mujeres contactadas para tamizaje de cáncer cervicouterino en el año t) x 100	-Registro local -Planilla Monitoreo	Julio: 70% Diciembre: 70%	10%

Estos indicadores también deben ser reportados por el servicio de salud y estar incluidos en la resolución exenta de asignación del subtítulo 21. En el caso del subtítulo 22, el reporte y la inclusión de los indicadores en la resolución exenta son aplicables a aquellos servicios de salud que correspondan.

- **Componente 2:**

SUB COMPONENTE	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE *	META	PESO RELATIVO
2.1 Disponibilidad de tratamiento con iSGLT2 a personas menores de 60 años, según criterios de priorización.	Propósito	2.2 Porcentaje de personas menores de 60 años con ERC etapa 3b con dispensación de	(N° personas menores de 60 años con ERC etapa 3b que retira el tratamiento de iSGLT2	-Registro local de Farmacia -Planilla Monitoreo HD	Julio: Al menos el 30% de las personas menores de 60 años con ERC etapa 3b retiran el tratamiento con iSGLT2 indicado por HD	70%

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

* En caso de cambiar la fuente del REM, se informará oportunamente por los referentes del PRAPS.

** Esta fuente se utilizará sólo en los casos de tamizaje primario con VPH, en donde se sumarán ambos exámenes (sección G + sección H)

***porcentaje calculado en relación con que el 70% de los cupos para control ginecológico provienen de un rescate activo por administrativo, el 30% de derivación interna. El denominador de la fórmula "Nº mujeres no vigentes para tamizaje CaCu **a contactar**" se calcula en relación la cantidad de cupos de agenda que el administrativo debe llenar (debería coincidir con el denominador del indicador 1.1.2 de tamizajes programados o ser mayor en caso de que localmente se haya decidido agendar cupos habituales más sobrecupos)

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

La evaluación del programa se efectuará en forma mensual por parte de los referentes de servicio de salud para los dos componentes del programa, de tal forma que permita generar acciones oportunas para el cumplimiento de metas.

El proceso de evaluación del programa se realizará de la siguiente forma:

N°	Fecha corte	Fecha envío MINSAL
1	31 de julio	20 de agosto
2	31 de diciembre	20 de enero del año siguiente

- **Primera evaluación:** Se efectuará con corte al 31 de julio de cada año y, de acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación, se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	DE	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%
60%		0%
Entre 50% y 59,9%		50%
Entre 40% y 49,9%		75%
Menos del 40%		100%

Para el indicador 1.1.1 y 1.1.2 del componente 1, se realizará evaluación a nivel central, utilizando como fuente REM A01.

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

Para la evaluación cada servicio de salud debe entregar el siguiente reporte por comuna y establecimiento dependiente:

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

- Planilla del número de personas menores de 60 años con DM2 atendidas en la estrategia en el año vigente por centro de salud (entregada por HD) y un consolidado de esta información.

El servicio de salud deberá enviar ambas planillas (componente 1 y 2) en formato MINSAL, con información comunal, para ello deberá verificar consistencia de la planilla consolidada, y enviar a nivel central sólo el monitoreo del indicador comunal. La fuente se construye a partir del consolidado que realiza la comuna y envía al Servicio (planilla provista por SS). La fuente primaria son los siguientes verificadores que deben ser llenadas por el establecimiento APS (son para respaldo de Servicio de Salud y no se deben enviar al nivel central):

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

En este corte se aplica evaluación de meta, la que estará sujeta a reliquidación por no cumplimiento. En caso de no cumplimiento de la meta al corte, la comuna deberá presentar un informe de justificación y plan de mejora al Servicio de Salud.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, la no reliquidación del Programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un plan de trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El servicio de salud, una vez analizada la solicitud, remitirá ésta y los antecedentes a la División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, que resolverá la petición.

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

Esta evaluación se debe realizar según el procedimiento descrito en la primera evaluación.

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

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

5. DEJESE ESTABLECIDO, que el Municipio utilizará los recursos entregados para financiar las actividades y metas descritas en la siguiente tabla:

PROGRAMA CONTINUIDAD DE CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTO EN APS						
ESTRATEGIA	PRODUCTO ESPERADO	META DE PRODUCTO	RRHH MATRON/A	RRHH TENS/ADM	OPERACIÓN E INSUMOS	TOTAL \$ CONVENIO
Detección precoz de cáncer cérvico uterino	Aumentar el acceso y la disponibilidad de controles ginecológicos preventivos con tamizaje para cáncer cérvico uterino en los establecimientos de APS	<p>Julio: Aumento de 10% de PAP tomados al corte respecto al mismo período del año anterior.</p> <p>Diciembre: Aumento en 10% de PAP tomados respecto a diciembre año anterior</p>	\$ 36.339.014	\$ 12.116.558	\$ 5.483.608	\$ 53.939.180
Salud Cardiovascular	Incorporar el tratamiento farmacológico de iSGLT2 para personas menores de 60 años con Diabetes Mellitus tipo 2 y criterios de priorización.	<p>Julio: Al menos el 30% de las personas menores de 60 años con ERC etapa 3b retiran el tratamiento con iSGLT2 indicado por HD</p> <p>Diciembre: Al menos el 90% de las personas menores de 60 años con ERC etapa 3b retiran el tratamiento con iSGLT2 indicado por HD</p>				\$0
TOTAL, PROGRAMA CONTINUIDAD DE CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTO EN APS						\$53.939.180

Para el componente 1, la distribución presupuestaria del ítem asociado a recursos humanos, calculando la ejecución del Programa entre los meses de **enero a diciembre**, es la siguiente:

ESTABLECIMIENTO	N° HORAS MATRON/A	SEMANALES	N° HORAS SEMANALES TENS/ADMINISTRATIVO
CESFAM Amanecer	15 horas		12 horas
CESFAM Villa Alegre	15 horas		12 horas
CESFAM Santa Rosa	12 horas		10 horas
CESFAM Labranza	12 horas		08 horas
CESFAM Pedro de Valdivia	12 horas		08 horas
CESFAM Pueblo Nuevo	08 horas		06 horas
CESFAM El Carmen	06 horas		04 horas
CESDA Monseñor Valech	04 horas		03 horas

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.

6. TRANSFERIRSE, por el Departamento de Finanzas, sólo una vez que se cuente con la disponibilidad presupuestaria, lo que deberá ser verificado previamente por el referido Departamento.

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en dos cuotas: 70% a la total tramitación del acto administrativo respectivo y el 30% restante en octubre, de acuerdo con los resultados de la evaluación señalada en el punto 7 de este Programa.

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 02 asociada al subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes" Ley N° 19.378, glosa 02, y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de enero a diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público antes citada, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 57° 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.

7. ESTABLÉZCASE, que 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 en soporte electrónico, a través del o los sistemas establecidos por el Servicio de Salud Araucanía Sur, en particular el 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, circular N° 0004 del 20 de enero de 2024, guía "Rendición de cuentas, sistema de rendición electrónica de cuentas, SISREC 2024" informado a través de Ord. 407 del 09 de febrero de 2024, dar cumplimiento al "Formato Certificado Pago Retención de Impuestos" informado mediante correo electrónico del 02 de julio de 2024, o en la que el Servicio implemente durante el presente año.

Se debe también dar cumplimiento a Ord. N° 239 de fecha 30 de enero de 2024 que establece la forma de rendición del RRHH Contratado.

El Servicio de Salud, podrá una vez cumplida la fecha máxima de rendición del convenio, y en el caso que exista atraso en la rendición del gasto por parte de la municipalidad, establecer una fecha máxima para regularizar las rendiciones pendientes, con el fin de efectuar el cierre del programa en SISREC. Esto deberá ser informado a la municipalidad mediante oficio.

Considerando que las actividades a desarrollar por la Municipalidad y estipuladas en este Convenio son de continuidad a las ejecutadas en el año anterior, se aceptarán 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.

8. DEJASE EXPRESAMENTE ESTABLECIDO, que la entrega de los recursos solo procederá previa constatación de la inscripción de las entidades receptoras en el Registro de las Personas Jurídicas Receptoras de Fondos Públicos de acuerdo a lo establecido en el artículo 6° de la Ley 19862.

9. DETERMINESE, que los fondos transferidos a la municipalidad solo podrán ser destinados a los objetivos del programa, establecidos en el presente instrumento, financiando exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente las 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 del Programa y de acuerdo a la normativa vigente.

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.

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.

10. ESTABLÉZCASE, que el Servicio podrá requerir a la Municipalidad los datos e informes relativos a la ejecución de este programa, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el servicio podrá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

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 desde la página www.ssasur.cl.

De acuerdo a lo anterior 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.

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.

11. **ESTABLEZCASE**, que la Municipalidad dio cumplimiento a presentar el saldo final de los recursos disponibles no ejecutado de cada Convenio en ordinario individualizado en el visto N° 7

12. **DEJASE EXPRESAMENTE ESTABLECIDO**, que en todo lo no modificado en esta resolución, se mantiene vigente lo estipulado en el convenio original, singularizado en Vistos N° 5 y N° 6, y el Programa Sanitario vigente, prevaleciendo este último para todos los efectos.

13. **ESTABLÉZCASE**, que la presente resolución tendrá vigencia desde el **01 de enero hasta el 31 de diciembre de 2025**. Sin perjuicio de lo anterior y siempre que el programa cuente disponibilidad presupuestaria para el año siguiente, existiendo la facultad de prorrogar automáticamente la vigencia 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, lo establecido en el convenio original.

14. **DISPONGASE**, que conforme a los dictámenes N° 16.037 y N° 11.189, bis de 2018 de Contraloría General de la República, por razones de buen servicio, las prestaciones contempladas en este convenio, comenzaron a ser otorgadas en la forma pactada el 01 de enero de 2025, no obstante, la transferencia estará condicionados a la total tramitación de la Resolución que lo aprueba.

15. **IMPÚTESE** el gasto que irroge el presente convenio al ítem 24-03-298 del Presupuesto del Servicio de Salud, según la naturaleza del mismo.

16. **NOTIFIQUESE**, la presente Resolución a la Municipalidad, remitiéndole copia íntegra de la misma.

ANOTESE Y COMUNIQUESE



**(PDF) DR. PABLO VALDÉS BALTERA
SUBDIRECTOR MÉDICO (S)
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR**

DISTRIBUCION:

- Municipalidad de Temuco
- División de Atención Primaria MINSAL (digital)
- Dpto. Finanzas. (digital)
- Dpto. APS (digital)
- Dpto. Jurídico. (digital)
- Of. Partes.