

DECRETO ALCALDICIO N° 1252 /

REGULARIZA APROBACIÓN DE CONVENIO

“PROGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS
UNIVERSALES EN LA APS”.

REQUÍNOA, 06 MAY 2025

Esta Alcaldía decretó hoy lo siguiente:

VISTOS :

Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 de 1988 Orgánica Constitucional de Municipalidades, Texto Refundido coordinado y sistematizado, fijado por el D.F.L. N° 1 del Ministerio del Interior, de 2006 y sus posteriores modificaciones.

Lo dispuesto en la Ley N° 19.880 sobre procedimientos administrativos.

CONSIDERANDO:

La Resolución Exenta N° 1081 del 31.03.2025, del Servicio de Salud de la Región del Libertador Bernardo O'Higgins, que aprueba Convenio denominado “**Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS**” suscrito con la I. Municipalidad de Requínoa con fecha 31.03.2025, por un monto de \$ 45.615.572 con vigencia desde el 01 de enero al 31 de diciembre de 2025.

DECRETO:

REGULARÍZASE aprobación de Convenio denominado “**PROGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES EN LA APS**”, suscrito entre el Servicio de Salud de la Región del Libertador Bernardo O'Higgins y la I. Municipalidad de Requínoa con fecha 31.03.2025, por un monto de \$ 45.615.572 , con vigencia desde el 01 de enero al 31 de diciembre de 2025.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.


LEYLA GONZALEZ ESPINOZA
SECRETARÍA MUNICIPAL


WALDO VALDIVIA MONTECINOS
ALCALDE

WWM / LGE / GVB / epc
DISTRIBUCION:
Secretaría Municipal
Salud



DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
JGB/CSS/CSP/CEG/NSP

RESOLUCIÓN EXENTA N°

1081

RANCAGUA, 31 MAR 2025

VISTOS:

Estos antecedentes; Convenios suscritos con fecha 7, 10 y 11 de Marzo de 2025, entre este Servicio de Salud O'Higgins y las I. Municipalidades que se indican, para la ejecución del denominado "**Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS**", aprobado mediante Resolución Exenta N°1034 de fecha 30 de diciembre de 2024, y su marco presupuestario a través de la Resolución Exenta N° 171 del 18 de febrero de 2025, ambas del Ministerio de Salud, Ley de Presupuesto del sector público, N° 21.722; Convenio "**Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS**", y teniendo presente lo dispuesto en la Resolución 36 de 2025, de la Contraloría General de la República, y en uso de las facultades legales y reglamentarias que me concede el D.L. N°2763 de 1979, texto refundido, coordinado y sistematizado por el D.F.L. N°1/05; modificaciones introducidas por la Ley N°19.937; artículo 9°, del D.S. N°140/04, en relación con el Decreto Afecto N°5, de fecha 02 de marzo de 2023, ambos del Ministerio de Salud, dicto lo siguiente:

RESOLUCIÓN:

1.-APRUÉBASE, Convenios "**Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS**" de fechas 7, 10 y 11 de Marzo de 2025, suscritos entre el Servicio de Salud O'Higgins y las Ilustres Municipalidades de la Región, a saber:

MUNICIPALIDAD	RUT	REPRESENTANTE
Ilustre Municipalidad de Chépica	69.090.700-3	Fabian Soto González
Ilustre Municipalidad de Chimbarongo	69.090.300-8	Marcó Contreras Jorquera
Ilustre Municipalidad de Las Cabras	69.080.800-5	Juan Pablo Flores Astorga
Ilustre Municipalidad de Litueche	69.091.100-0	Rodrigo Palominos Vidal
Ilustre Municipalidad de Malloa	69.081.500-1	Luis Barra Villanueva
Ilustre Municipalidad de Marchigüe	69.091.300-3	Sebastián Flores Labarca
Ilustre Municipalidad de Nancagua	69.090.400-4	Francisco Hidalgo Radrigán
Ilustre Municipalidad de Olivar	69.081.400-5	María Montero Carrasco
Ilustre Municipalidad de Palmilla	69.091.000-4	Carlos Carrero Pérez
Ilustre Municipalidad de Paredones	69.090.900-6	Moisés Carvacho Vargas
Ilustre Municipalidad de Peralillo	69.091.500-6	Claudio Cumsille Chomali
Ilustre Municipalidad de Pichidegua	69.081.100-6	Rubén Cerón González
Ilustre Municipalidad de Placilla	69.090.200-1	Marcelo González Farías
Ilustre Municipalidad de Pumanque	69.090.800-K	Víctor Baraona Bezanilla
Ilustre Municipalidad de Rengo	69.081.200-2	Enrique Del Barrio Hernández
Ilustre Municipalidad de Requinoa	69.081.300-9	Waldo Valdivia Montecinos
Ilustre Municipalidad de San Fernando	69.090.100-5	Rodrigo Soto Pavez
Ilustre Municipalidad de Santa Cruz	69.090.600-7	Yamil Ethit Romero

2.- DEJASE ESTABLECIDO que los convenios ya aprobados en el numeral anterior, pasan a formar parte integrante de esta Resolución para todos los fines que fueren pertinentes.

3.- **IMPUTESE** el gasto que representen los convenios referidos, al ítem Presupuestario N°24-03-298-002, del presupuesto asignado al Servicio de Salud O'Higgins, "**Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS**".

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE,



JAI ME-GUTIÉRREZ BOCAZ
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS

DISTRIBUCIÓN

- Mun. Indicadas.
- MINSAL APS.
- Subsecretaría Redes Asist. MINSAL
- Dirección APS.
- Depto. Auditoría.
- Depto. Jurídico.
- Partes y Archivo.



DIRECCION ATENCION PRIMARIA
JGB/GCS/CSP/NSP/CBG

CONVENIO "PROGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES EN LA APS"

SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE REQUINOA

En Rancagua, a 11 de Marzo de 2025, entre el **Servicio de Salud O'Higgins**, persona jurídica de derecho público, RUT N°61.606.800-8, representado por su Director don **Jaime Gutiérrez Bocaz**, ambos con domicilio en Alameda N°609 Rancagua, en adelante "**El Servicio**"; y la **Ilustre Municipalidad de Requinoa**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 69.081.300-9, representada por su Alcalde don **Waldo Valdivia Montecinos**, ambos domiciliados en Calle Comercio N° 121, Requinoa, quien en adelante se denominará "**La Municipalidad**", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERO: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N°19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "*En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49.*"

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 35, del 26 de diciembre de 2016, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictara la correspondiente resolución.

Por último, se indica, mediante la dictación de Resolución Exenta N° 1858, de fecha 15 de septiembre de 2023, de la Contraloría General de la República de Chile, se instaura el uso obligatorio del Sistema de Rendición electrónica de Cuentas (SISREC) por parte de los Servicios Públicos y Municipalidades que transfieren recursos públicos imputados a los subtítulos 24 y 33 del clasificador presupuestario.

SEGUNDO: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el denominado "**Programa Cuidados Paliativos Universales en la APS**".

Dicho Programa ha sido aprobado mediante Resolución Exenta N°1034, de fecha 30 de diciembre de 2024 y cuyos recursos han sido distribuidos, por medio de la Resolución Exenta N°171, del 18 de febrero del 2025, ambas resoluciones emanadas del Ministerio de Salud, y que en este acto se entienden conocidas por ambas partes, y que "**La Municipalidad**" se compromete a ejecutar.

TERCERO: De las orientaciones técnicas. El Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el cumplimiento del Programa según lo siguiente:

1. ANTECEDENTES GENERALES

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a los Cuidados Paliativos (CCPP) como un "enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias cuando

29

afrontan problemas de orden físico, psicológico, social o espiritual inherentes a una enfermedad potencialmente mortal, a través de la prevención y alivio del sufrimiento". Son reconocidos como parte del derecho humano a la salud.

Se estima que anualmente, 40 millones de personas necesitan CCPP a nivel mundial, pero tan solo un 14% de ellas los reciben. Esta es una necesidad creciente, dado el envejecimiento de las poblaciones y el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles. Junto a lo anterior, es necesario tener presente los CCPP para niños, niñas y adolescentes (NNA), ya que, a pesar de representar un bajo porcentaje del total de la necesidad, conllevan un alto impacto emocional y social.

Una amplia gama de condiciones de salud, serán susceptibles de requerir CCPP. La mayoría de los adultos que los necesitan, padecen enfermedades crónicas tales como insuficiencia cardíaca, renal o hepática, cáncer, enfermedades respiratorias, neurodegenerativas, enfermedades infecciosas crónicas, diabetes, entre otras. Respecto a los NNA, será para quienes presenten alguna condición de salud compleja, ya sea progresiva o no y que sea potencialmente mortal.

En Latinoamérica, los CCPP fueron impulsados desde la década de los ochenta y han evolucionado de manera particular en cada país. En Chile destaca el año 1994, el inicio del programa de alivio del dolor y cuidados paliativos; el decreto N°170 AUGE de 2004, del Ministerio de Salud, que garantiza el Problema de Salud N°4: "Alivio al dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos a la población oncológica", el cual desde el año 2016 incluye la cobertura de alivio del dolor por cáncer no progresivo.

En Chile ha existido un desarrollo sostenido de los CCPP oncológicos durante los últimos 30 años, pero era necesario hacerse cargo de la necesidad de CCPP de aquellas personas que padecen enfermedades de origen no oncológicos. La Ley N°21.375, promulgada el 14 de octubre de 2021, consagra los CCPP y los derechos de todas las personas que padecen enfermedades terminales o graves. Es un paso en equidad e igualdad de acceso a CCPP y se espera que otorgue una respuesta más integral al sufrimiento de las personas con enfermedades incurables y sus familias.

El Ministerio de Salud solicitó un estudio, encabezado por la investigadora Dra. Javiera Léniz, donde aplican la metodología de la Comisión Lancet para la estimación de personas con necesidad de cuidados paliativos por condiciones graves y terminales, diferenciadas en enfermedades de origen oncológico y no oncológico, a lo largo del ciclo vital. Dicho estudio proyecta para el año 2025, la necesidad de cuidados paliativos por enfermedades no oncológicas en condición de terminalidad o de enfermedad grave, en cerca de 43.000 personas. Esta cifra, supera más de tres veces la proyección realizada inicialmente en el estudio de Nicolas Armijo, en el cual se estimaba la necesidad de CCPP no oncológicos de personas adultas con enfermedad terminal, excluyendo la población de niños, niñas y adolescentes (NNA) y el criterio de enfermedad grave con sobrevida mayor a 1 año.

2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

2.1 Problema principal que el programa intenta resolver:

La alta carga de sufrimiento de las personas con enfermedades terminales o graves a lo largo del ciclo vital y de sus familias, que impacta en su calidad de vida.

2.2 Justificación de la necesidad del programa:

Se calcula que en el mundo se requieren CCPP en el 40% al 60% de las personas fallecidas. Los CCPP son un enfoque para mejorar la calidad de vida de las personas que afrontan una enfermedad potencialmente mortal y sus familias. Permite prevenir, identificar y aliviar el sufrimiento, tanto de la esfera física, emocional, social o espiritual de niños, niñas, adolescentes, personas adultas y personas mayores. Promueve la dignidad, la adaptación a las enfermedades progresivas y releva la importancia de la calidad de vida de las personas.

El año 2018, un grupo de expertos en CCPP de la Comisión Lancet, cuantificó el

sufrimiento grave relacionado con la salud a nivel mundial, destacando la inequidad en el acceso a CCPP y propusieron un paquete esencial de cuidados paliativos, el cual fue adoptado por la OMS.

El año 2019 se realizó en Chile un estudio que replicó la metodología Lancet. En dicho estudio se calculó el sufrimiento grave relacionado con la salud y la necesidad de acceso a CCPP. Se cuantificó que cerca 104.923 personas experimentaron sufrimiento grave relacionado con la salud y la necesidad de CCPP, de las cuales cerca de un 56% correspondían a personas con enfermedades no oncológicas.

La OMS recomienda que los CCPP sean provistos en la comunidad como parte de los cuidados de atención primaria de salud (APS). El programa de Cuidados Paliativos Universales (CPU) en la APS, es una estrategia orientada a contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con una enfermedad terminal o grave y de sus familias, a través del alivio del sufrimiento, bajo el modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario.

El programa considera principalmente la atención de personas con enfermedades terminales o graves de origen no oncológico, dado que las personas con necesidad de atención paliativa por cáncer cuentan con la garantía de atención y tratamiento del GES N°4 de Alivio del dolor por cáncer y Cuidados paliativos. De todas maneras, es posible brindar una atención paliativa complementaria a personas con enfermedad oncológica, en caso de que se requiera, siempre que mantenga su GES activo en el nivel correspondiente de seguimiento.

Se define como condición de salud terminal, aquella persona que haya sido diagnosticada de una patología de carácter progresivo e irreversible, sin tratamiento específico curativo o que permita modificar su supervivencia, o bien, cuando los recursos terapéuticos utilizados han dejado de ser eficaces, y con una expectativa de vida inferior a doce meses. Por otro lado, se define como enfermedad grave, aquellas condiciones de salud que generan sufrimientos físicos persistentes, intolerables e incurables en la persona. Un decreto elaborado por el Ministerio de Salud especifica las condiciones que deben ser incluidas.

La ley 21.375, que sostiene la implementación del programa, establece como derechos fundamentales de quienes sean sus beneficiarios/as:

- **Cuidados paliativos**, cuando corresponda, y en la forma señalada en los marcos normativos establecidos por el Ministerio de Salud.
- **Ser informada/o** en forma oportuna y comprensible de su estado de salud, pronóstico, manejo de síntomas, formas de autocuidado y los posibles tratamientos a realizarse.
- **Ser acompañado/a por sus familiares o por la persona que designe**. Igualmente, se le reconocen los derechos establecidos en la ley N° 20.584, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud; en particular, en lo relativo al reforzamiento de su autonomía.

3. OBJETIVO

Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con una enfermedad terminal o grave y de sus familias; a través del alivio del sufrimiento, bajo el modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario, en los establecimientos de la red de APS y Hospitales comunitarios.

3.1 Propósito:

Disminuir la carga de sufrimiento, a través del alivio de síntomas y del acompañamiento de personas con una enfermedad terminal o grave y de sus familias, en el contexto de la Ley N°21.375 en los establecimientos de salud de la Atención Primaria y Hospitales comunitarios.

4. POBLACIÓN

La población beneficiaria corresponde a las personas inscrita y adscrita en FONASA, con

enfermedades terminales o graves que requieren de CCPP brindados por los Establecimientos de la red de APS y los Hospitales comunitarios.

4.1 Cobertura del programa

El porcentaje de cobertura será estimada de acuerdo con lo señalado en estudio de Léniz considerando la incidencia calculada, con los datos que proporciona FONASA respecto a la población beneficiaria sumado a la población bajo control del año anterior, según los recursos asignados en el año correspondiente y a la distribución de población realizada por referentes técnicos de DIVAP al inicio del año en curso.

5. DESARROLLO DEL PROGRAMA

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.

5.1 Componentes

Con el fin de llevar a cabo este programa se espera que los equipos de APS puedan contar con el financiamiento de los siguientes componentes:

- **Recursos humanos:** médico/a, enfermero/a, químico farmacéutico, psicólogo/a, nutricionista, trabajador/a social, kinesiólogo/a, fonoaudiólogo/a, terapeuta ocupacional, técnico en enfermería nivel superior u otros, que deberán ser 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. No considera la compra de vehículos.
- **Insumos:** insumos para procedimientos clínicos en domicilio. Para revisión de canasta de insumos ver Orientación Técnica DIVAP.
- **Fármacos:** medicamentos necesarios para alivio de síntomas, según indicación médica. Para revisión de canasta de fármacos ver Orientación Técnica DIVAP. Cualquier compra de fármacos que no estén dentro de la canasta mencionada debe ser visada por la referencia técnica de la DIVAP.
- **Oxigenoterapia:** para las personas ingresadas con requerimientos de uso de oxígeno no cubiertas por otros programas.
- **Capacitación:** estrategias de capacitación a funcionarios que brinden atención clínica a personas ingresadas en el programa de CPU de APS, siendo considerada 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.

5.2. Acciones de intervención del Programa

La principal intervención del Programa es a través de la atención domiciliaria interdisciplinaria por parte de los equipos de CPU de APS. Las visitas domiciliarias pueden ser integrales de ingreso, seguimiento y visitas domiciliarias de Tratamiento/ Procedimiento/ Rehabilitación; que son informadas a través de la fuente REM A33.

Para aquellos casos que requieran atención ambulatoria se considera la consulta a paciente, consulta abreviada y la atención a familiares. Estas deben ser informadas a través de la fuente REM A33.

En caso de atención remota, se incluyen la teleconsulta y la consulta abreviada, las que también se deben informar en el REM A33.

Todas estas intervenciones se detallan en el documento de Planificación y programación en red del año vigente.



COMPLEMENTARIEDADES

6.1. Complementariedad a nivel interno

El Programa se complementa con el de Programa de dependencia severa en la evaluación y acompañamiento del/la cuidador/a. Se espera que las personas dependientes severas que cumplan criterios de ingreso a CPU puedan mantenerse en ambos programas, de forma de obtener las prestaciones orientadas al caso índice y un plan de manejo integral al cuidador/a. De igual forma, aquellos usuarios/as que reciben un estipendio, lo podrán mantener en el tiempo. Algunos/as de los usuarios/as podrían ser beneficiarios/as de la Ley Ricarte Soto, Programa de oxígeno domiciliario, entre otros, desde donde deben mantener sus prestaciones de forma complementaria a las que realiza este programa.

De la misma forma, las personas ingresadas podrán mantener las atenciones de sus programas preexistentes, con el objetivo de continuar un manejo en contexto del MAIS y continuar con la entrega de prestaciones específicas de cada programa.

6.2. Complementariedad a nivel externo

Se recomienda que las iniciativas de ayuda social que existen desde las municipalidades se complementen con este programa en: dificultades en la compra de alimentos o suplementos, adquisición de pañales, adquisición de catres clínicos o de órtesis en menores de 65 años, subsidio de electricidad, entre otros. También este programa se enmarca en la iniciativa reciente "Sistema Nacional de Cuidados", la que incluye distintos ministerios en pro de mejorar las condiciones de vida de las/os cuidadores/as.

Además, se complementa con la ley 21.309 de beneficios para los afiliados y pensionados declarados como enfermos terminales, del Ministerio del Trabajo y Previsión Social. Esta ley establece que aquellos afiliados, beneficiarios de pensión de sobrevivencia o pensionados que sean certificados como enfermos terminales, pueden utilizar sus fondos previsionales para percibir una Renta Temporal durante 12 meses.

INDICADORES

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° personas ingresadas por condición no oncológica el año t / n° de personas que requieren cuidados paliativos por enfermedad no oncológica en el año t ¹ * 100	Igual o mayor al 95%	35%	Numerador: fuente REM A33 Denominador: fuente MINSAL
Personas ingresadas por condiciones no oncológicas	Determinar el porcentaje de personas con enfermedad	Porcentaje de personas ingresadas por	n° personas ingresadas por condición	Igual o mayor a 70%	20%	Fuente REM A33

¹ La cobertura asignada para el año t, será informado por el Ministerio de Salud al inicio del año correspondiente, desglosada por Servicio de Salud y por comuna.



	no oncológica ingresadas el año t, respecto al total de personas ingresadas el año t.	condiciones no oncológicas respecto al total de personas ingresadas el año t ²	no oncológica el año t/ n° total de personas ingresadas el año t * 100			
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° de atenciones domiciliarias en el año t ³ / n° total de atenciones en el año t ⁴) *100	Igual o mayor al 60%	35%	Fuente REM A33

7.2. 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° de personas del equipo de CPU con capacitación vigente ⁵ / n° de personas del equipo de 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 con el 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%

² El Total de personas ingresadas corresponde a ingresos de personas con condiciones oncológicas y no oncológicas.

³ Las Atenciones domiciliarias corresponden a las visitas integrales de ingreso+ visitas integrales de seguimiento + visitas de tratamiento/ procedimiento/ rehabilitación).

⁴ El número total de atenciones corresponde a las atenciones domiciliarias+ atenciones ambulatorias+ atenciones remotas.

⁵ Se considera como capacitación en CPU, aquella que cuente con a lo menos 60 horas pedagógicas, certificada y con evaluación, la cual tendrá una vigencia de 4 años desde su certificación.

m

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 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.

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.

CUARTO: De los recursos financieros. "El Servicio", conviene en asignar a "La Municipalidad", una vez afinada la resolución aprobatoria de este convenio, y recibido los recursos desde el Ministerio de Salud, la suma de **\$45.615.572.- (cuarenta y cinco millones seiscientos quince mil quinientos setenta y dos)**, conforme consta en el tenor de la distribución de recursos presupuestarios efectuado por el Ministerio de Salud, en la Resolución Exenta N° N°171, del 18 de febrero del 2025.

Por su parte, "La Municipalidad" se obliga a cumplir todos y cada uno de los objetivos del Programa, procediendo a la ejecución de sus acciones para los beneficiarios de la Atención Primaria del sector público de salud, de acuerdo al desglose del monto aludido de traspaso, de la siguiente forma, a saber:

Detalle financiero:

I)- GASTO ANUAL RRHH:	GASTO TOTAL ANUAL APS MUNICIPAL
TENS	\$25.046.940
Kinesiólogo/a	
Psicólogo/a	
Fonoaudiólogo/a	
II)- COMPONENTES:	GASTO TOTAL ANUAL APS MUNICIPAL
Movilización	\$8.998.460
Insumos	\$2.056.580
Fármacos	\$7.983.832
Oxígeno	\$1.529.760
TOTAL COSTO ANUAL APS MUNICIPAL	\$45.615.572

QUINTO: Los recursos financieros aludidos en la cláusula que precede, serán transferidos por "El Servicio" a "La Municipalidad" en dos 2 (dos) cuotas, la primera, equivalente a un 70% del total de los recursos, una vez afinada la Resolución aprobatoria del presente convenio y se encuentren recepcionados los recursos desde el Ministerio de Salud. La segunda cuota, equivalente al 30% restante del total de los recursos y será transferida en

7

el mes de octubre del presente año 2025, contra los resultados de la primera evaluación, de acuerdo a los indicadores definidos en el Programa y al esquema que se indicará en cláusulas siguientes y se encuentren rendidos los recursos de la primera cuota por "La Municipalidad".

De no haberse realizado dicha rendición o sea recepcionada de manera insatisfactoria por "El Servicio", no será traspasada la segunda cuota aludida, ello conforme establece el artículo 18 de la Resolución N° 30, de 2015, de la Contraloría General de la República, que Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas, concordante con su Dictamen N°51.246, de 2016, **"En caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido cuenta de la transferencia anterior"**. En consecuencia, "El Servicio" no otorgará nuevos recursos mientras "La Municipalidad" no haya rendido cuenta de la transferencia anterior mediante la emisión de un certificado de rendición de cuentas.

SEXTO: "El Servicio" podrá requerir a "La Municipalidad", los datos e informes relativos a la ejecución del Programa, de sus componentes específicos y del presente convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, en atención a sus prerrogativas y a lo establecido en el artículo 8° de la Ley N°18.575, efectuando una evaluación del mismo con la debida diligencia, oportunidad, simplificación y rapidez, de manera de agilizar toda retroalimentación y corrección en caso de ser necesario.

Sin perjuicio de lo anterior, "la Municipalidad" deberá rendir cuenta de las actividades efectuadas, con los respectivos respaldos documentales que correspondan, de acuerdo a lo establecido en la Resolución N°30 del año 2015 de la Contraloría General de la República que "Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas". Al respecto dicha Resolución señala en su artículo N°20, que "Las referidas unidades deberán preparar mensualmente una rendición de cuentas de sus operaciones, dentro de los quince (15) días hábiles administrativos siguientes al mes que corresponda, o en las fechas que la ley contemple". Asimismo, el artículo 26 de la misma Resolución, señala en su inciso tercero que, el organismo receptor, en este caso "La Municipalidad", está obligado a enviar a "El Servicio" un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual y final de su inversión. El informe mensual deberá remitirse dentro de los quince días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, y deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión y el saldo disponible para el mes siguiente, de acuerdo con el inciso cuarto del artículo 26 de la Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República.

A Raíz de lo anterior, y considerando la Resolución Exenta N°1.858 del 23 de septiembre de 2023 de la Contraloría General de la República, "La Municipalidad", quedara obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

- a. Utilizar SISREC para la rendición de cuentas a que de lugar el presente convenio, ocupando las funcionalidades que otorga el perfil ejecutor, dando cumplimiento al marco normativo aplicable, incluyendo la preceptiva de la resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República. En relación a lo anterior, "El Servicio" solo revisara rendiciones a través de SISREC.
- b. Designar a los funcionarios que tengan las calidades de analista ejecutor, encargado ejecutor y su subrogante y ministro de fe en SISREC.
- c. Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través de SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quien corresponda, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.
- d. Custodiar adecuadamente los documentos originales de la rendición garantizando su autenticidad, integridad y disponibilidad para las revisiones de la Contraloría General de la República, en el marco de la normativa legal pertinente.
- e. Rendir gastos en forma proporcional a la ejecución técnica del Convenio según define el artículo tercero de este convenio.
- f. Ante un gasto observado por parte del Servicio, la Municipalidad podrá subsanarlo, solo a través de la plataforma SISREC, dentro de un plazo de 10 días hábiles administrativos contados desde la fecha de devolución de la rendición al organismo ejecutor. De no presentar nuevos antecedentes dentro del plazo indicado, o si este es presentado en otro medio o formato que no sea SISREC, la

Municipalidad deberá necesariamente eliminar el gasto.

A su vez, "El Servicio" quedara obligado en su calidad de otorgante, a lo siguiente:

- a. Designar a los funcionarios para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado y analista otorgante.
- b. Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas del proyecto con documentación electrónica y digital a través de SISREC durante el periodo de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto. Lo anterior incluye, por ejemplo, habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quien corresponda, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.
- c. Revisar los gastos ingresados por la comuna dentro de 20 días hábiles de su presentación y dentro de 10 días hábiles para gastos observados, en la medida que la comuna rinda gastos en forma mensual. "El Servicio" estará obligado a cerrar el proyecto al término del plazo máximo para rendir que en ningún caso podrá ser superior al ultimo día del mes de marzo del año siguiente.
La obligación de rendir cuenta, señalada en el inciso precedente, subsistirá aun cuando "La Municipalidad" ejecute las actividades, a través de la Corporación de Salud, en cuyo caso "La Municipalidad", deberá arbitrar las medidas administrativas que sean necesarias, para que dicha entidad también le rinda cuenta, tanto de los recursos, como de las actividades realizadas.

SÉPTIMO: "El Servicio" no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, si "La Municipalidad" se excede de los fondos destinados por "El Servicio" para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante. Asimismo, será responsabilidad de "La Municipalidad" velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en los dos establecimientos de salud. Lo anterior, independiente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de eventuales revisiones que pudiese efectuar.

OCTAVO: Para dar estricto cumplimiento a lo establecido en las cláusulas anteriores y en la totalidad del presente convenio, "El Servicio", designa para todos los fines que fueren pertinentes, como responsables técnicos y supervisores del Programa a la funcionaria Srta. Nicol Solís Parra del Departamento de Salud Transversal y Resolutividad, y como responsable de la transferencia de los recursos presupuestarios del mismo a don Gerardo Cisternas Soto, Jefe Departamento de Finanzas, o a quienes legalmente les subroguen, quiénes detentarán desde luego las facultades necesarias para lograr los objetivos antes descritos.

No obstante lo anterior, los funcionarios aludidos en su rol encomendado, deberán a lo menos disponer de un monitoreo sobre los gastos involucrados y la eficacia en la ejecución de los objetivos del programa, función que desempeñarán en concordancia con lo previsto en el artículo 26 de la Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República, para cuyo efecto "La Municipalidad" se obliga desde luego a registrar mensual y detalladamente la ejecución de los recursos en el Sistema de Rendición de cuentas de la Contraloría General de la República (SISREC), obligación que para estos efectos recaerá en el Director o Jefe de Salud Municipal según sea el caso, o quien este encomiende, considerando además, las estipulaciones de la cláusula sexta precedente.

NOVENO: Consecuente con lo expuesto precedentemente y para efectos de la rendición de cuentas de los recursos presupuestarios objeto de este convenio, y en todo lo eventualmente omitido en el mismo, "El Servicio" conjuntamente con "La Municipalidad", deberán velar y procurar por el estricto cumplimiento de lo establecido en la Resolución N°30, de fecha 11 de Marzo de 2015, que "Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas", dictada por la Contraloría General de la República, tomada de razón el 24 de Marzo de 2015, por el mismo Órgano Contralor, y demás normas que regulan la materia, instrumentos que en este acto, ambos comparecientes declaran expresa e íntegramente reconocidos y reproducidos para su aplicación y demás fines pertinentes. Al respecto y con la finalidad de abordar

integralmente las revisiones y/o rendiciones financieras objeto de la ejecución del programa materia de este convenio, "El Servicio" podrá efectuar los procesos inherentes con la misma.

Asimismo, las partes comparecientes del presente convenio, en consideración a que las actividades a desarrollar por la municipalidad estipuladas en el presente instrumento son de continuidad a las ejecutadas el año anterior, no se han interrumpido, revisten un alto grado de relevancia sanitaria y solo tienen efectos beneficiosos para la población a cargo, hacen presente que, los gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio, se podrán incluir en la rendición de cuentas, de acuerdo con lo estipulado en el inciso segundo del artículo 13 de la Resolución N°30 del año 2015 del mismo órgano Contralor.

DÉCIMO: El presente convenio de transferencia de recursos, incluidas las modificaciones que regulen las actividades, acciones y gastos del mismo, tendrá una vigencia, en cuanto a la ejecución de las actividades consideradas, sólo a partir del 1 de enero del presente año 2025, hasta el 31 de diciembre del mismo año, debiendo considerarse extendido dicho término de la vigencia, hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados por "La Municipalidad", y sólo para estos efectos, en concordancia con lo que establece el Dictamen N°92.578 de 2016 de la Contraloría General de la República, si ninguna de las partes manifiesta intención de terminarlo anticipadamente. Si alguna de las partes desea terminar anticipadamente el presente convenio, deberá comunicarlo mediante carta certificada a la otra parte, en un plazo no superior a 30 días, previos a su término.

Las partes dejan constancia que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 52 de la Ley sobre Procedimientos Administrativos N°19.880, y que el presente convenio solo tiene efectos beneficiosos respecto de la población beneficiaria; que estas prestaciones se encuentran otorgadas desde antes de la fecha de entrada en vigencia; que no se han interrumpido, es más, dichas acciones de salud se encuentran en ejecución y en desarrollo; y, constanding además, que tales acciones no vulneran derechos de terceros, **las prestaciones efectuadas por los Servicios de Atención Primaria referidas en este instrumento, desde la fecha de inicio de la vigencia del presente convenio hasta la completa tramitación de su resolución aprobatoria, se entenderán realizadas dentro de la vigencia del convenio.**

No obstante, lo anterior "El Servicio" podrá poner término anticipado al convenio de manera fundada previo informe que, para estos efectos deberá emanar de la Dirección de Atención Primaria, el que deberá dar cuenta del incumplimiento por parte de "La Municipalidad" de los objetivos propios del programa o del uso de recursos para fines diferentes a los transferidos y, de ocurrir tal situación se notificará a "La Municipalidad", otorgando a esta última, un plazo perentorio de 30 días para sus eventuales descargos. Sin perjuicio de lo anterior, "La Municipalidad" deberá velar por dar estricto y cabal cumplimiento al plazo ya otorgado para la ejecución de los recursos en las metas, componentes y/o estrategias del Programa según sea el caso, habida consideración de la obligatoriedad del cumplimiento de la "**anualidad presupuestaria**".

Por su parte, el presente convenio se entenderá prorrogado en forma automática y sucesiva siempre que el Programa de Salud objeto del mismo, cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término en la forma ya antes referida. La eventual prórroga del presente convenio, comenzará a regir desde el 01 de enero del año presupuestario siguiente, y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año inclusive, al tenor de lo señalado en el párrafo octavo del apartado 9.2 de la Resolución Exenta N°998 de fecha 27 de diciembre de 2023 del Ministerio de Salud que Aprueba el Programa Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución.

Prorrogado el presente convenio, "El Servicio", deberá dictar en su oportunidad una resolución que establezca para el nuevo periodo prorrogado, las metas, objetivos, componentes, estrategias u otras que fueren inherentes con el Programa, como asimismo disponer sobre los recursos presupuestarios eventualmente disponibles para el nuevo periodo prorrogado.



Los recursos disponibles y presentes para este año deben ser imputados al Ítem Presupuestario 24.03.298 del Presupuesto vigente 2025 del Servicio de Salud O'Higgins.

UNDÉCIMO: Finalizado el periodo de vigencia "La Municipalidad" deberá restituir los fondos no ejecutados, no rendidos u observados mes a mes, y los fondos remanentes al término de este año presupuestario correspondiente al año 2025, antes del 30 de abril del año siguiente, a rentas generales de la Nación. A su vez, "El Servicio" realizará informe evaluativo técnico financiero que dará a conocer a la comuna y donde podrá requerir una restitución de fondos mayor a lo no realizado por la comuna, si correspondiere, ello en concordancia de lo establecido en el Dictamen N°92.578, de 2016, de la Contraloría General de la República.

DUODÉCIMO: Conforme el inciso 5° del artículo 26 de la Ley de Presupuestos del sector público, N° 21.722, correspondiente al año 2025 y por tratarse de un programa que se ejecuta con transferencias a la I. Municipalidad ya individualizada anteriormente, se celebrarán los siguientes contratos para el cumplimiento de sus objetivos y componentes:

Profesión	Calidad contractual
TENS	PLAZO FIJO (Ley 19.378)*
Kinesiólogo/a	PLAZO FIJO (Ley 19.378)*
Psicólogo/a	PLAZO FIJO (Ley 19.378)*
Fonoaudiólogo/a	PLAZO FIJO (Ley 19.378)*

*Las partes de este convenio establecen que, en caso de ausentismo o de no contar con el recurso humano mínimo para asegurar la continuidad del programa, se podrá contratar funcionarios en calidad jurídica a Honorarios y cumplir de este modo, con los objetivos sanitarios establecidos en el presente convenio.

DÉCIMO TERCERO: Complementario a lo expuesto en las cláusulas novena, los comparecientes, desde luego, se obligan a cumplir estrictamente lo establecido en el Artículo N° 13 de la Resolución N° 30, de fecha 11 de Marzo de 2015, que "**Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas**", dictada por la Contraloría General de la República, tomada de razón el 24 de Marzo de 2015, por el mismo Órgano Contralor, que establece: "**Solo se aceptarán como parte de la rendición de cuentas los desembolsos efectuados con posterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia. En casos calificados, podrán incluirse en la rendición de cuentas gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación, siempre que existan razones de continuidad o buen servicio, las que deberán constar en el instrumento que dispone la entrega de los recursos**", ello fundado en la oportunidad y la forma mediante la cual el Ministerio de Salud transfiere efectivamente los recursos presupuestarios a "El Servicio" , y, a su vez, en la oportunidad con la que este transfiere a los diferentes Municipios, como en el caso de este convenio, situación que, sin duda, genera una serie de dificultades tanto administrativas como de ejecución de los diferentes componentes o estrategias del Programa, que de hecho deben ser permanentemente asumidas por los comparecientes, solo con la finalidad de no perjudicar, entorpecer o menoscabar las necesidades propias de salud que requieren los beneficiarios de "La Municipalidad", agregado a que los comparecientes, conforme su investidura pública, deben procurar y velar por la continuidad y servicialidad de los entes de salud, ello también conforme lo consigna la Ley N°18.575, en el sentido que se debe actuar por iniciativa propia, en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación de sus trámites.

Por todo lo anterior, las partes de este convenio consideran como un caso calificado de los señalados en el inciso segundo del artículo transcrito y que hace aplicable aquel precepto, las rendiciones de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del presente convenio y del acto administrativo que aprueba la transferencia de fondos, considerando principalmente que: La continuidad del programa permite a los equipos

multiprofesionales otorgar prestaciones específicas, que apunten a 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 de salud de la Atención Primaria.

DÉCIMO CUARTO: La Personería de don Jaime Gutiérrez Bocaz, para representar al Servicio de Salud O'Higgins, en su calidad de Director, consta en el Decreto Afecto N° 05, de fecha 2 de marzo de 2023, del Ministerio de Salud. La personería de don Waldo Valdivia Montecinos, para representar a la Ilustre Municipalidad de Requinoa, en su calidad de Alcalde, consta en Decreto Alcaldicio N° 4716, de fecha 06 de diciembre de 2024, de la I. Municipalidad de Requinoa.

DÉCIMO QUINTO: Para todos los efectos derivados del presente convenio, las partes fijan domicilio en Rancagua y se someten a la jurisdicción de sus Tribunales.

DÉCIMO SEXTO: El presente convenio se firma en dos ejemplares de idéntico tenor y fecha, quedando uno en poder de "La Municipalidad"; uno en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud y los restantes en poder de "El Servicio" en copias digitalizadas.



JAIME GUTIERREZ BOCAZ
DIRECTOR
SERVICIO SALUD O'HIGGINS



WALDO VALDIVIA MONTECINOS
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE REQUINOA

