MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA

N°: 1884

MARTES 14 JULIO DE 2026

APRUEBA CIERRE CONVENIO DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS QUE INDICA.

Esta Alcaldía decretó hoy lo siguiente:

V I S T O S:

Las facultades que me confiere la Ley Nº 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades, Texto Refundido coordinado y sistematizado, fijado por el D.F.L. Nº 1 del Ministerio del Interior año 2006.

Lo dispuesto en la Ley N° 19.880 sobre Procedimientos Administrativos.

CONSIDERANDO:

La resolución Exenta N° 1352 de fecha 15.04.2025 del Servicio de Salud de la Región O´Higgins, que aprueba convenio denominado "**PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTOS EN APS**", de fecha 10.03.2025 suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Requínoa y el Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O´Higgins.

D E C R E T O:

APRUÉBASE, cierre de Convenio denominado "**PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTOS EN APS**", por un monto de $6.101.809.- debido a su término en la ejecución administrativa, técnica y financiera del año 2025.

REINTÉGRESE, a la Tesorería General de la República, la suma de **$0.-** (cero pesos), por concepto de saldos no utilizados en el convenio "**PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTOS EN APS**", código de proyecto en plataforma SISREC **11315-2025.**

PUBLIQUESE, el presente decreto en el portal de la Ilustre Municipalidad de Requínoa www.requinoa.cl, en cumplimiento de lo establecido en la Ley N° 20.285 sobre "Transparencia y Acceso a la información Pública".

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.

WVM/LGE/MMN/MSB/cvtm

DISTRIBUCION:

Secretaria Municipal (1)
Dpto. Finanzas Salud (1)
Archivo (1)

MMMN

GVB

Firmado electrónicamente
WALDO VALDIVIA MONTECINOS
Alcalde

Firmado electrónicamente
LEYLA GONZÁLEZ ESPINOZA
Secretaria Municipal

URL Verificación: https://intranet.requinoa.cl/verificarDocumento/blE5Aotu3B6BtNJ
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la Ley Nº 19.799.

DEPARTAMENTO DE SALUD REQUINOA

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
JGB/CSG/ CSP / ELV

RESOLUCIÓN EXENTA N° 1352

RANCAGUA, 15 ABR 2025

VISTOS:

Estos antecedentes; Convenios suscritos con fecha 10 de marzo de 2025, entre este Servicio de Salud O" Higgins y las I. Municipalidades que se indican, para la ejecución del denominado ***"Programa de Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS",*** aprobado mediante Resolución Exenta N°1054, de fecha 31 de diciembre de 2024, y su marco presupuestario a través de la Resolución Exenta N° 166, del 18 de febrero del 2025, ambas del Ministerio de Salud, Ley de Presupuesto del sector público, N° 21.722; Convenio ***"Programa de Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en 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:

RESOLUCION:

1.-APRUÉBASE, Convenios **"Programa de Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS",** de fechas 10 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	Fabián Soto González
Ilustre Municipalidad de Chimbarongo	69.090.300-8	Marco Contreras Jorquera
Ilustre Municipalidad de Codegua	69.080.400-K	José Flores Osorio
Ilustre Municipalidad de Coltauco	69.080.700-9	Félix Sánchez Vergara
Ilustre Municipalidad de Doñihue	69.080.600-2	Boris Acuña González
Ilustre Municipalidad de Las Cabras	69.080.800-5	Juan Pablo Flores Astorga
Ilustre Municipalidad de Machalí	69.080.200-7	Juan Carlos Abud Parra
Ilustre Municipalidad de Malloa	69.081.500-1	Luis Manuel Barra Villanueva
Ilustre Municipalidad de Mostazal	69.080.500-6	Verónica Arroyo Arancibia
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 Peralillo	69.091.500-6	Claudio Cumsille Chomalí
Ilustre Municipalidad de Peumo	69.080.900-1	Fermín Carreño Carreño
Ilustre Municipalidad de Pichidegua	69.081.100-6	Rubén Cerón González
Ilustre Municipalidad de Quinta de Tilcoco	69.081.700-4	Sebastián Rodríguez Fuenzalida
Ilustre Municipalidad de Rancagua	69.080.100-0	Raimundo Agliati Marchant
Ilustre Municipalidad de Rengo	69.081.200-2	Enrique Del Barrio Hernández
Ilustre Municipalidad de Requínoa	69.081.300-9	Waldo Valdivia Montecinos
Ilustre Municipalidad de San Fernando	69.090.100-5	Pablo Silva Pérez
Ilustre Municipalidad de San Vicente	69.081.000-K	Guido Carreño Reyes
Ilustre Municipalidad de Sta. Cruz	69.090.600-7	Yamil Ethit Romero

2.- DÉJASE 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.- IMPÚTESE 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 Continuidad de Cuidados Preventivos y de tratamiento en APS"**

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE,

SERVICIO DE SALUD
DIRECTOR
O'HIGGINS

JAIME GUTIÉRREZ BOCAZ
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD O´HIGGINS

DISTRIBUCIÓN

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

DIRECCION ATENCION PRIMARIA
JGB/CSG/CSP/ELV/elv.

CONVENIO "PROGRAMA CONTINUIDAD DE CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTO EN APS"

SERVICIO DE SALUD O´HIGGINS

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA

En Rancagua, a 10 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 Requínoa**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 69.081.300-9, representada por su Alcalde don **Waldo Antonio Valdivia Montecinos**, ambos domiciliados en Comercio N° 121, Requínoa, 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 articulo 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 Republica 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 de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS ".***

Dicho Programa ha sido aprobado mediante Resolución Exenta N°1054, de fecha 31 de diciembre de 2024 y cuyos recursos han sido distribuidos, por medio de la Resolución Exenta N° 166, 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. DIAGNÓSTICO

En el contexto actual, la Atención Primaria de Salud (APS) en Chile se consolida como un pilar esencial para enfrentar los desafíos relacionados con las enfermedades no transmisibles, las cuales representan una prioridad de salud pública a nivel internacional y se han establecido compromisos y

metas políticas específicas para su abordaje (Ministerio de Salud, 2022). Entre estas enfermedades, las cardiovasculares y el cáncer han sido las principales causas de mortalidad en nuestro país, lo que ha motivado esfuerzos adicionales para su tratamiento y prevención.

En relación con la pesquisa precoz para Cáncer Cervicouterino (CaCu), nuestro país posee una larga trayectoria en esta materia. Este examen se encuentra incorporado en Chile desde el año 1987 dentro del Programa Nacional de Pesquisa y Control de Cáncer Cervicouterino. La Guía de Práctica Clínica de CaCu del año 2005 recomienda realizar el PAP cada 3 años en mujeres entre los 25 a 64 años. Adicionalmente, desde 2019, se ha implementado progresivamente test de determinación molecular de VPH, en 13 Servicios de Salud, los cuales son: Arica, Antofagasta, Coquimbo, Metropolitanos (5 SS), Maule, Talcahuano, Araucanía Sur, Valdivia y Osorno, que permite espaciar la toma del examen a cinco años.

Actualmente, los controles ginecológicos en los establecimientos de APS se financian vía per cápita y se ofrecen en horario hábil de 8 a 17 horas. Diversos estudios han identificado obstáculos como largos tiempos de espera, dificultades para obtener citas y la imposibilidad de acudir en horario laboral. Para abordar estas limitaciones, el programa implementa estrategias específicas para mejorar el acceso, en especial para mujeres trabajadoras y cuidadoras, quienes pueden recibir atención en horarios que se ajusten a sus necesidades.

Las recomendaciones internacionales y el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino indican que lograr y mantener coberturas de PAP vigente, iguales o superiores al 80% en mujeres de 25 a 64 años, impacta en la reducción de la mortalidad por cáncer al cuello uterino. En los últimos años se ha producido una reducción o estancamiento de los porcentajes de cobertura de este examen en la población de riesgo, lo que se presume incremente la detección tardía. Las cifras históricas de cobertura de tamizaje para cáncer cervicouterino han mostrado variabilidad (y susceptible a contexto sociosanitario como pandemia), en donde al año 2013 se alcanzaba 63%, mientras que disminuye a 45% el 2022 y recupera a un 54% al año 2023 (fuente REM, población inscrita validada FONASA).

Por otro lado, las condiciones socioeconómicas de la población limitan el acceso a las prestaciones del sistema sanitario debido a largas jornadas laborales, tiempos de traslado, trabajo informal y barreras culturales en torno a las enfermedades crónicas no transmisibles. Al ser en su mayoría asintomáticas, de acuerdo a la literatura las personas no acuden regularmente a realizar sus controles, especialmente quienes tienen menos de 65 años y están laboralmente activos.

En el ámbito de la salud cardiovascular en APS, se proporciona control y tratamiento a personas con hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM) y enfermedad renal crónica (ERC), entre otras condiciones. La DM2, la insuficiencia cardíaca (IC), que en la mayoría de los casos es por HTA no controlada, y la ERC representan un creciente problema de salud pública en Chile y a nivel global. Se estima que la prevalencia de DM2 en Chile es del 12,3% en personas mayores de 15 años, mientras que la ERC afecta entre el 6% y el 7% de los adultos, y la insuficiencia cardíaca tiene una prevalencia aproximada del 3% en la población adulta. Estas condiciones están asociadas con un aumento en la morbimortalidad cardiovascular.

La DM2 se caracteriza por hiperglicemia crónica debido a la resistencia a la insulina y un déficit compensatorio en su secreción por parte del páncreas. Su manejo requiere un enfoque integral que abarque aspectos nutricionales, psicológicos, farmacológicos y de actividad física, además de un fuerte componente de prevención y seguimiento.

En este sentido los inhibidores del co-transportador de sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2) fueron inicialmente desarrollados para el control glicémico en personas con DM2, pero diversos estudios han demostrado beneficios adicionales para la salud cardiovascular y renal, ampliando su uso más allá del control glicémico. Sin embargo, el alto costo de estos fármacos ha impedido su inclusión en la canasta de tratamientos disponibles en APS.

Aunque los iSGLT2 fueron diseñados para tratar DM2, también han mostrado efectos beneficiosos adicionales como reducción del peso (entre 1,8 y 2,7 kg) y disminución de la presión arterial (presión arterial sistólica entre 1,0 y 2,6 mmHg; presión arterial diastólica entre 0,7 y 2,2 mmHg). El estudio EMPA-REG demostró que estos medicamentos reducen significativamente el riesgo de eventos cardiovasculares en poblaciones de alto riesgo, independientemente del control glicémico. Los iSGLT2 tienen como objetivos: reducir el riesgo cardiovascular en personas con enfermedad

cardiovascular establecida o alto riesgo cardiovascular e insuficiencia cardíaca con fracción de eyección <45%, así como disminuir la progresión de la enfermedad renal en pacientes con filtración glomerular >30 mL/min y presencia de albuminuria[1].

La prevención y detección temprana de factores de riesgo cardiovascular son esenciales para mitigar el impacto de estas enfermedades. Introducir y reforzar el tratamiento con iSGLT2 para grupos priorizados en APS, no solo reduciría la incidencia de complicaciones futuras, sino que también optimizaría los recursos del sistema de salud, promoviendo un enfoque anticipado y centrado en las personas.

1.- The EMPA-KIDNEY Collaborative Group. Empagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. N Engl J Med November 4, 2022. DOI: 10.1056/NEJMoa2204233, https://bit.ly/3NFALAx

2. 2. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

2.1. Problema principal que el programa intenta resolver:

Brecha de acceso de personas inscritas en centros de atención primaria de salud a detección de cáncer cervicouterino y tratamiento oportuno para enfermedades crónicas no transmisibles.

2.2. Justificación de la necesidad del programa:

Las barreras de acceso a la oferta sanitaria causan que las personas inscritas en centros de atención primaria de salud no cuentan con detección y tratamiento oportuno para enfermedades crónicas no transmisibles. Las dificultades de acceso han sido descritas por la literatura relacionadas con la disposición de la oferta de controles de salud, personas que trabajan, tienen mayores dificultades que otros grupos para asistir a sus controles de salud (Baker 2017). Por otra parte, estudios señalan que las personas no asisten a sus controles de salud para evitar repercusiones en su salario o en su trabajo (Gleason 2004).

Un estudio de creencias sobre Papanicolaou y cáncer cérvico uterino en mujeres chilenas identificó que los horarios de centro de salud, el largo tiempo de espera y la dificultad en obtener una hora de atención limitan el acceso a tamizaje, hallazgos que han sido descritos también por otros autores (Boyer;2001, Watkins; 2002). Esta información es importante para la implementación del programa en APS, y así dar mayor flexibilidad en el acceso de las mujeres y personas con útero al tamizaje. Esta percepción es coherente con la disposición de la oferta actual de detección precoz en los centros de APS, en cuanto a horarios y mecanismos de obtención de hora que requieren mayor pertinencia.

La oferta habitual de controles de salud es predominantemente en horarios de 8 a 17 horas generando limitaciones de acceso a personas trabajadoras y cuidadoras.

Desde la mirada de salud pública, la cobertura de tamizaje para CaCu viene descendiendo sostenidamente desde el año 2012 (63%). La cobertura nacional baja a 53% el año 2019 y a 45% en 2022 (fuente REM, población inscrita validada FONASA). Actualmente, la oferta habitual de controles ginecológicos en los establecimientos de APS ocurre en horario hábil de 8 a 17 horas, lo que es insuficiente para otorgar el acceso adecuado a mujeres y personas trabajadoras o que realizan labores de cuidado y avanzar en el cierre de brecha de cobertura en el sistema de salud público. Desde el punto de vista de la evidencia, se necesitaría un 80% de cobertura para prevenir el cáncer cervicouterino en la población.

Respecto al diagnóstico, el siguiente cuadro (cuadro 1) muestra la casuística de confirmación de cánceres pre-invasores en la red pública, la cantidad de personas que han activado las garantías GES asociado al problema de salud, justifica avanzar en tamizaje para llegar a coberturas más cercanas al gold estándar y permita impactar en la morbimortalidad por CaCu.

Cuadro 1. Garantías GES Cáncer cervicouterino

Categoría	2019	2020	2021	2022	2023
Tratamiento Cáncer Pre-Invasor	10.060	7.348	10.914	14.078	12.280
Tratamiento Primario o Adyuvante	1.858	1.642	2.034	2.099	2281

Fuente: SIGGES

En relación con la salud cardiovascular, aumentar el acceso a tratamientos con iSGLT2 para grupos priorizados, se constituye en una medida fundamental para prevenir complicaciones graves. La interrelación entre la DM2 y la ERC puede llevar a situaciones críticas, como la necesidad de diálisis y amputaciones. El acceso a iSGLT2 no solo puede prevenir la progresión de la ERC, sino que también contribuye a reducir la necesidad de tratamientos más invasivos y costosos.

La evidencia científica respalda firmemente el uso de iSGLT2, ya que estos medicamentos no solo ayudan en el control glicémico, sino que también ofrecen beneficios cardio-renales significativos, como la reducción del riesgo de insuficiencia cardíaca y disminución de la mortalidad. Este respaldo se ve reflejado en las recomendaciones de sociedades médicas chilenas, a través del "Consenso multidisciplinario sobre el uso de inhibidores de SGLT-2 (iSGLT-2) en la práctica clínica chilena mediante metodología GRADE" [2], que sugieren su uso en personas con DM2 y ERC, entre otros.
Desde una perspectiva económica, la introducción de iSGLT2 en el tratamiento de grupos priorizados ha demostrado ser costo-efectiva [3]. Al disminuir la progresión de estas enfermedades y reducir hospitalizaciones, se optimizan los recursos del sistema de salud, evitando gastos mayores asociados a complicaciones avanzadas.

Además, los iSGLT2 han mostrado efectos adicionales que mejoran el manejo integral de la DM2, como la reducción del peso y la presión arterial. Estos beneficios son cruciales para el control de múltiples factores de riesgo en personas con DM. Asimismo, al prevenir complicaciones y mejorar el manejo general, se espera que las personas experimenten una mejor calidad de vida. Es importante destacar que las barreras actuales en el acceso a tratamientos eficaces limitan las oportunidades para que las personas reciban atención adecuada. Aumentar el acceso a iSGLT2 es una medida necesaria para garantizar que las personas con DM2 tengan acceso a las mejores opciones terapéuticas disponibles.

La disminución en las tasas de compensación para personas con DM durante este período subraya la urgencia de implementar estrategias que mejoren el manejo de esta enfermedad crónica. La incorporación de iSGLT2 debe complementarse con un enfoque multidisciplinario que incluya educación sobre su uso, seguimiento continuo y ajustes del tratamiento según las necesidades individuales de la persona.

En resumen, aumentar el acceso a tratamientos con iSGLT2 es una estrategia integral que no solo aborda las necesidades clínicas de las personas, sino que también optimiza los recursos del sistema de salud y mejora la calidad de vida de quienes padecen enfermedades crónicas.

2 "Consenso multidisciplinario sobre el uso de inhibidores de SGLT-2 (iSGLT-2) en la práctica clínica chilena mediante metodología GRADE", ARTÍCULO ESPECIAL, Rev. Med Chile 2024; 152(2): 244-252, S. Cabrera, et al.

3 Impacto Poblacional del uso de iSGLT2 en pacientes con Diabetes Mellitus 2, Enfermedad Renal Crónica y antecedentes de Enfermedad Cardiovascular en Chile, Fractal EDM, Nov 2021, Solicitado por MINSAL.

3. OBJETIVO

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.

3.1. Propósito:

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

4. POBLACIÓN

4.1. Población objetivo:

- Población inscrita en establecimientos de atención primaria de salud~~,~~ de 25 a 64 años con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino y para personas menores de 60 años con diagnóstico de diabetes mellitus y ERC etapa 3b.

Los componentes (ver numeral 5) del programa beneficiarán a:

- Componente 1: Mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años, que no tienen su tamizaje para cáncer cervicouterino, que forman parte de la brecha para lograr una cobertura de 80% de tamizaje en la población.
- Componente 2: Personas menores de 60 años con diagnóstico de DM2 y criterios de priorización.

4.2. Criterios de priorización de la población objetivo:

Se priorizan las siguientes personas en el programa:

Componente 1:
- (1) Mujeres de 25 a 64 años de base de inscritos que nunca se han realizado tamizaje. Se debe cruzar mujeres del grupo etario de la base inscritos con nómina de mujeres entregada por Citoweb, Revican o Desarrollo Propio.
- (2) Mujeres de 25 a 64 años con tamizaje atrasado (según nómina de mujeres de Citoweb, Revican o Desarrollo Propio).
- (3) Mujeres y personas trans masculino de 25 a 64 años con tamizaje no vigente por derivación interna (revisión de ficha y consultar en anamnesis en el contexto de otro control o consulta, revisión de alerta por tamizaje no vigente en registro clínico).
- (4) Mujeres y personas trans masculino de 25 a 64 años con tamizaje no vigente por derivación comunitaria (organizaciones territoriales, intersector).

Componente 2:
- (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, según disponibilidad de fármacos en el Servicio de Salud.

4.3. Fuente de información:

- Registro local
- Planilla de Monitoreo local, formato MINSAL
- Planilla monitoreo Hospital Digital (HD)
- REM; Serie A, Serie P, Serie BM
- Población inscrita validada FONASA.

5. 5. ESTRATEGIA

El programa considera estrategias que permiten mejorar el acceso a dos grupos, el primero es para mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años, cuyo tamizaje para cáncer cérvico uterino no esté vigente en atención primaria de salud y el segundo es para población en control de salud cardiovascular en la APS y con diagnóstico de DM2 y otras condiciones de salud, según criterios de priorización (numeral 4.2).

5.1. Componentes

Nombre Componente	Descripción
Detección precoz de cáncer cérvico uterino	Aumentar el acceso y la disponibilidad de controles ginecológicos preventivos con tamizaje para cáncer cervicouterino en los establecimientos de atención primaria. **. Este componente tiene 2 acciones:** 1. **Acceso y disponibilidad de controles ginecológicos preventivos en los establecimientos de APS en extensión horaria** y otras estrategias acceso territorial (clínicas ginecológicas móviles). a. Extensión horaria matrón (a) b. Clínicas ginecológicas móviles y/o carros ginecológicos de arrastre 2. **Contactabilidad y rescate de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino**
Salud cardiovascular	a. Disponibilizar tratamiento con iSGLT2 a personas con DM2 menores de 60 años según grupos priorizados.

5.2. Descripción de Componentes y Subcomponentes

5.2.1 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.

En servicios o comunas con clínicas ginecológicas móviles, el equipamiento está considerado para el dispositivo móvil y los insumos a utilizar serán del mismo origen que la toma de tamizaje en oferta habitual, junto con un refuerzo de financiamiento por el programa. La operación de la clínica móvil debe ser dedicada exclusivamente a la realización de controles ginecológicos.

d. **Registros:**

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

- 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, 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

5.2.2. Componente 2: Salud Cardiovascular

<u>Subcomponente 2.1:</u> 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. Licitar 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.

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.

5.3. Estrategia de intervención del Programa

<u>Componente N° 1:</u> Detección precoz de cáncer cérvico uterino.

Considera la implementación de 3 estrategias que permite el logro del objetivo:

- **Realización de controles ginecológicos preventivos en extensión horaria** (17 a 20 hrs. lunes a viernes y/o sábados) en los establecimientos de APS en todo el territorio nacional, esto permite disponer de una oferta de prestaciones en un horario coherente a las necesidades individuales y de cuidado familiar de las usuarias/os. Además, existe oferta de tamizaje CaCu con reforzamiento por subtítulo 21 en establecimientos dependientes de servicio de salud.

- **Rescate y citación de mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 con tamizaje CaCu no vigente;** con estas acciones se logra alcanzar a personas con mayor riesgo de cursar una lesión asociada CaCu por falta de detección oportuna.

- **Acercamiento territorial a través de la adquisición/operación de atención extramuro en clínicas ginecológicas móviles** (o carros ginecológicos de arrastre) en territorios cuya cobertura y realidad territorial o geográfica lo requieran. De este modo, se garantiza, el acceso y oportunidad a mujeres que presentan barreras para el uso de servicios, entre otras cosas, por razones laborales y de cuidados. Los tamizajes CaCu realizados en esta modalidad deben considerarse en la programación y ejecución.

Componente N° 2: Salud Cardiovascular

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.

6. 6. COMPLEMENTARIEDADES

6.1. 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.

6.2. 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.

7. 7. INDICADORES

7.1 Indicadores de Componente 1 Detección precoz de cáncer cérvico uterino:

SUB COMPONENTE	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE *	META	PESO RELA-TIVO
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 Programade 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	20%

					PAP tomados	
		1.1.2 Porcentaje de tamizajes CaCu tomados a mujeres de 25 a 64 años a diciembre del año t en la estrategia PRAPS	(N° de tamizajes CaCu tomados a mujeres de 25 a 64 años en la estrategia PRAPS año t/ N° 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.

7.2 Indicadores Salud Cardiovascular:

Los indicadores de este componente deben ser reportados por el servicio de salud y contenidos en la resolución exenta de asignación de subtítulo 22 del servicio de salud.

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 tratamiento iSGLT2	(N° de personas menores de 60 años con ERC etapa 3b que retira el tratamiento de iSGLT2 indicados en la estrategia, en el centro de 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	-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 **Diciembre:** Al menos un 90%: de las personas menores de 60 años con ERC etapa 3b retiran el tratamiento con iSGLT2 indicado por HD	70%
2. Salud Cardiovascular	Complementario	2.1 Porcentaje de personas menores de 60 años con ERC etapa 3b, derivadas a especialista de HD según estrategia.	(N° total de personas menores de 60 años con ERC etapa 3b derivadas a HD en la estrategia en el año t / N° 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 "N° 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)

8. 8. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El proceso de monitoreo del programa se realizará 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 40%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2° 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.

CUARTO: De los recursos financieros. El Ministerio de Salud, a través de **"El Servicio"**, conviene en asignar a **"La Municipalidad"**, la suma de **$ 6.101.809.-** (seis millones ciento un mil ochocientos nueve pesos).

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 y específicamente para financiar los componentes y sus respectivas estrategias, a saber:

Componente	Estrategias	Total Recursos año 2025
Componente N°1	Realización de Controles ginecológicos preventivos en extensión horaria (Matrón/a), con toma de Papanicolau.	**$ 4.869.302**
	Rescate y citación (contactabilidad) mujeres y transmasculinos de 25 a 64 años con tamizaje Cácu no vigente (Administrativo o TENS).	**$ 867.678**

	Adicional de recursos para impresión de material educativo promocional e insumos, asociado a Cáncer Cérvico uterino en APS.	**$ 364.829**
Total		**$ 6.101.809**

QUINTO: Los recursos presupuestarios 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 el mes de octubre del presente año 2024, 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".**

Cabe hacer presente que, de acuerdo con lo señalado precedentemente, los comparecientes dejan expresamente establecido que, conforme a lo regulado en el inciso segundo del artículo 18 de la Resolución 30 de 2015 y en el Dictamen N°51.246 de 2016, ambos instrumentos de la Contraloría General de la República, ***"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 Republica 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 Republica. 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 responsable técnico y supervisora del Programa a la funcionaria doña Eugenia Lehue Velásquez, de la Dirección de Atención Primaria; 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, constando además, que tales acciones no vulneran derechos de terceros.

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 cumplimento 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.

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.

7

UNDÉCIMO: Finalizado el período 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 final del artículo 25 de la Ley de Presupuestos del sector público correspondiente al año 2024 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**
MATRONA/ÓN	Plazo indefinido
TENS	Plazo indefinido
ADMINISTRATIVO	Plazo fijo

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 Nº 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.

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 Requínoa, en su calidad de Alcalde, consta en Decreto Alcaldicio Nº 4716, de fecha 06 de diciembre de 2024.

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 GUTIÉRREZ BOCAZ
DIRECTOR
SERVICIO SALUD O'HIGGINS

WALDO VALDIVIA MONTECINOS
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA