



MUNICIPALIDAD DE ANTUCO
DEPARTAMENTO DE SALUD

Ref.: Aprueba Convenio Modificatorio suscrito con Servicio de Salud Bio Bio.

ANTUCO, 24 ABR 2024

DECRETO ALCALDICIO N° 002544
VISTOS:

- a) Ley N° 19.378, que fija el Estatuto de Salud Primaria.
- b) Resolución Exenta N° RESS1423 de fecha 08.03.2024, que aprueba Convenio Modificatorio sobre Programa Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales.
- c) Decretos Alcaldicios N° 128 y 190/88; N° 001/91, todos de la Municipalidad de Antuco; El D.L. (H) N° 3.063 y D.F.L. (I) N° 1-3063, ambos de 1980 y,
- d) En uso de las facultades que me confiere la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones posteriores,

CONSIDERANDO:

- Las necesidades del servicio consistentes en la celebración de convenios con otros organismos del Estado, para atender los requerimientos de la comunidad local.
- Convenio Modificatorio de fecha 28.02.2024, suscrito entre la Municipalidad de Antuco y el Servicio de Salud de Bio Bio, sobre Programa Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales

DECRETO

1. **APRUEBESE**, en todas sus partes el Convenio Modificatorio celebrado entre la Municipalidad de Antuco y el Servicio de Salud de Bio Bio el 28.02.2024 sobre, "**Programa Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales**."
2. Para el año 2024 se asignan \$ 14.290.328 (Catorce millones doscientos noventa mil trescientos veintiocho pesos).
3. Los recursos a que se refiere el punto anterior serán transferidos por el Servicio de Salud Bio Bio, en representación del Ministerio de Salud, de acuerdo a lo estipulado en la cláusula cuarta del convenio, el cual pasa a formar parte integrante del presente Decreto.

ANOTESE, COMUNIQUESE, DESE COPIA Y ARCHIVASE


CLAUDIO PANES GARRIDO
SECRETARIO MUNICIPAL


MIGUEL ABUTER LEON
ALCALDE

MJAL/CPG/DPG/RTM/ACH/cch.
DISTRIBUCION:

- Departamento de Salud
- Oficina de Contabilidad y Finanzas
- ARCHIVO



REF.: APRUEBA MODIFICACIÓN CONVENIO CON MUNICIPALIDAD DE ANTUCO PROGRAMA APOYO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES Y SERVICIO DE SALUD BIO BIO.

RESOLUCION EXENTA N° RESS1426

LOS ÁNGELES, 08 de Marzo 2024

VISTOS: estos antecedentes, la modificación del Convenio con Municipalidad de Antuco Programa Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales, suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Antuco y el Servicio de Salud Biobío de fecha 28 de febrero de 2024; lo dispuesto en la Resolución N°6 y N°7 de 2019, y N° 14 de 2023, de la Contraloría General de la República; los arts. 20, 21, 22 y 23 del D.L. N°2763 de 1979 cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N°01/2005 del Ministerio de Salud; el arts. 8 del D.S. N°140 del 2004 del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; la Ley N°18.834, que aprueba el Estatuto Administrativo, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N° 29 del 16 de Junio del 2004, del Ministerio de Hacienda; la Ley 21.640 que Establece Ley de Presupuesto de Ingresos y Gastos del Sector Público para el año 2024; el Decreto Afecto N°27 del 17 de octubre de 2023, del Ministerio de Salud, que me designó en el cargo de Director de este Servicio de Salud,

RESUELVO:

1.- APRUÉBASE la modificación del Convenio con Municipalidad de Antuco Programa Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales, de fecha 28 de febrero de 2024, suscrito entre este Servicio de Salud y la Municipalidad de Antuco, y que paso a transcribir:

**CONVENIO MODIFICATORIO CON MUNICIPALIDAD DE ANTUCO
PROGRAMA APOYO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES**

En Los Ángeles, a 28 de Febrero de 2024, el **SERVICIO DE SALUD BIOBÍO**, RUT N°61.607.300-1, persona jurídica de derecho público, con domicilio en Avenida Ricardo Vicuña N° 147 interior, Edificio 7, Piso 4º, Los Ángeles, representado por su Director Titular Don **WALTER RAÚL ALVIAL SALGADO**, o quien lo subrogue en el cargo, cédula de identidad N° 15.183.752-2, del mismo domicilio, en adelante "**el Servicio**", y la Ilustre Municipalidad de ANTUCO, corporación autónoma de derecho público, Rut N°69.250.900-5, con domicilio en calle Calixto Padilla sin número, Antuco, representada por su alcalde don **MIGUEL ABUTER LEÓN**, cédula de identidad N°8.996.760-0, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", han convenido lo siguiente:

PRIMERO: Que, el Servicio de Salud Biobío y la Municipalidad de Antuco con fecha 31 de marzo de 2023, suscribieron el Convenio sobre Programa Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS, aprobado por Resolución Exenta N° 2611 del 17 de abril de 2023.

SEGUNDO: Que mediante Memorándum N° 56 del jefe de Departamento de Atención Primaria del Servicio de Salud Biobío de fecha 14 de febrero de 2024 dirigido al jefe de Departamento Jurídico del Servicio de Salud Biobío se solicita modificar el convenio antes singularizado.

TERCERO: En virtud de lo anterior, las partes vienen en modificar las cláusulas SEGUNDA, TERCERA, CUARTA y QUINTA, del precitado convenio, quedando este en el siguiente tenor:

"SEGUNDA:

El referido Programa ha sido aprobado por el Ministerio de Salud a través de la Resolución Exenta N° 91 del 30 de enero del 2024 que se anexa al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

Por otra parte, el Ministerio de Salud a través de Resolución Exenta N°129 del 13 de Febrero del 2024, distribuye recursos al Programa ya señalado.

TERCERA:

*Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria y una vez recibidos desde el MINSAL, la suma anual y única de **\$14.290.328 (catorce millones doscientos noventa mil trescientos veintiocho pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias y objetivos del programa.*

La programación del gasto debe ser informada por a través de documento plan de gasto, el cual debe ser remitido a la dirección de servicio, para su visación, por el referente técnico del programa, una vez tramitada la resolución del convenio por ambas partes.

Dicho plan de gasto debe estar enmarcado en los componentes del programa especificados en clausula cuarta, debiendo considerar las observaciones señaladas en esa misma clausula.

Los recursos serán transferidos por el Servicio, en 2 cuotas (70% - 30%), la 1ª cuota contra total tramitación del último acto administrativo y una vez recibidos los recursos desde el Minsal y la 2ª cuota contra el grado de cumplimiento del Programa.

Todo lo anterior queda supeditado a eventuales modificaciones señaladas por el Ministerio de Salud, quién podrá aumentar o disminuir los recursos de acuerdo a su disponibilidad presupuestaria siendo ésta obligatoria para las partes del convenio, para lo cual se dictarán los actos administrativos que correspondan.

Habiéndose cumplido las metas establecidas en el convenio y existiendo recursos disponibles producto de una eficiente gestión, estos podrán utilizarse en las estrategias y/o componentes definidos en el programa, según las necesidades de la comuna.

Cabe señalar, que con fecha 11 de enero de 2024 se dictó resolución exenta N° 616 que fija marco presupuestario, dicha resolución tuvo por finalidad adelantar a la comuna la transferencia de recursos correspondientes al año 2024, lo que permite una ejecución oportuna de los mismos. En ella se dejó establecido que, con posterioridad, el Servicio deberá dictar un acto administrativo que establezca las metas y actualice el monto de los recursos disponibles para el nuevo periodo, en conformidad a la dictación de las Resoluciones Técnicas y Financieras del referido programa por parte del Ministerio de Salud; para efectos de dar cumplimiento a lo indicado, se suscribe este instrumento para su posterior aprobación por parte del Servicio; siempre teniendo presente, el Principio de Servicialidad del Estado.”

CUARTA: OBJETIVO DEL CONVENIO Y PROGRAMA. El municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar el logro de los siguientes objetivos y componentes

OBJETIVO

Abordar las necesidades de salud de las personas con enfermedades terminales o graves no oncológicas, a través de los CCPP, en los establecimientos de APS.

Propósito:

Dar alivio de síntomas y acompañamiento a personas con enfermedades terminales o graves no oncológicas y a sus familias, en el contexto de la Ley N°21.375 en los establecimientos de salud de la Atención Primaria.

POBLACIÓN

La población objetivo corresponde a las personas con enfermedades terminales o graves de origen no oncológico que requieren de GCPP. Este año 2024 se asignan recursos para el 45% de la población estimada.

a. Cobertura del programa

	2021	2022	2023
Población Objetivo	-	Personas con enfermedades graves o terminales de origen oncológico	Personas con enfermedades graves o terminales de origen oncológico
Beneficiarios efectivos	0*	2.956 personas (112%)	Aún sin datos
Cobertura	0*	2.641 personas	5.123

*Programa aún no implementado año 2021

Fuentes de información:

- Cobertura: Estudio ETESA UC
- Beneficiarios efectivos: reporte local

ESTRATEGIA

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

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

- **Recursos Humanos:** médico/a, enfermero/a, químico farmacéutico, psicólogo/a, nutricionista, trabajador/a social, kinesiólogo/a, técnico en enfermería nivel superior u otros visados por referencia técnica de la División de Atención Primaria (DIVAP), a partir de la presentación de un plan de incorporación, con formato que se entregará desde la referencia.
- **Movilización:** para el transporte del personal de salud a las visitas domiciliarias del programa.
- **Insumos:** elementos para procedimientos en domicilio. Para revisión de canasta de insumos revisar Orientación Técnica DIVAP.
- **Fármacos:** medicamentos necesarios para alivio de síntomas, para disponer por distintas vías de administración según indicación médica. Para revisión de canasta de fármacos revisar Orientación Técnica DIVAP. Cualquier compra de fármacos que no estén dentro de la canasta mencionada debe ser visada por MINSAL.
- **Capacitación:** estrategias de capacitación a personal de salud y referentes técnicos del programa.

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

COMPONENTES

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

Nombre Componente	Descripción
Visita Domiciliaria integral multidisciplinaria (elaboración o evaluación plan) (Atención)	Relación establecida entre el usuario y/o cuidadora o cuidador y uno o más miembros del equipo de salud, en el lugar de residencia de la misma, motivada por la evaluación del caso índice derivado a cuidado paliativo con la finalidad de generar un plan de tratamiento integral. Esta visita corresponde a la primera atención de la persona evaluada y en caso de requerir un nuevo plan ante cambio de la situación clínica, se deberá registrar como un nuevo evento (nueva visita domiciliaria integral multidisciplinaria).
Visita domiciliaria tratamiento/rehabilitación/seguimiento (Atención)	Atención entregada por profesionales del equipo de salud a una persona en su propio hogar o institucionalizados, con el fin de brindar apoyo, tratamiento, rehabilitación y seguimiento; centrado en el proceso de enfermedad e incluye la atención de cuidados paliativos. Esta corresponde a la o las visitas de continuidad, que dan respuesta a la visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso.
Procedimientos de enfermería (Actividad)	Corresponde al número de intervenciones realizadas en domicilio con el fin de realización de procedimientos (vía subcutánea, curaciones, etc.) por profesional de enfermería o técnico en enfermería en aquellas personas que lo requieran, de acuerdo a los criterios definidos en Orientaciones Técnicas. Junto con el registro del procedimiento, se debe registrar si éste se realiza en el contexto de una visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso o una visita domiciliaria de tratamiento/rehabilitación/ seguimiento.

Control ambulatorio (Atención)	Es la atención proporcionada por el equipo de salud al usuario que comprende evaluación, diagnóstico, determinación o modificación del plan de acción, ejecución de acciones de acuerdo con el plan, registro y citación a nuevas consultas en caso de necesidad. Esta corresponde a otra modalidad de atención, que pudiese realizarse si es la preferencia del paciente y existen las condiciones en el establecimiento para realizarla. En caso de que se realice una atención por vía telemática, esta se registrara como control ambulatorio.
Consulta telefónica (Actividad)	Corresponde al número de contactos telefónicos efectivos realizados por el equipo de salud a las personas que lo requieran, esto es, usuario o cuidadora o cuidador, de acuerdo con los criterios definidos en Orientaciones Técnicas. Esta modalidad corresponde a un control abreviado para resolver un requerimiento específico del paciente o su familia y cuidadores.
Atención ambulatoria a Familiares (Atención)	Es la intervención ambulatoria realizada por el profesional y/o técnico de enfermería. Esta intervención es realizada tanto a familiares y/o cuidadores. Incluye consejería, elaboración de plan de cuidados integrales, control y seguimiento para evolución, evaluación y psicoeducación, entre otras actividades definidas en la Orientaciones Técnicas.
Servicios farmacéuticos (Atención)	Corresponde a las actividades que realiza el químico farmacéutico en relación con la atención farmacéutica y la farmacovigilancia. Dentro de ellas se encuentran: atención, conciliación, educación y seguimiento farmacéutico, farmacovigilancia y registro de efectos adversos entre otros señalados en Orientaciones Técnicas. Esta actividad debe ser registrada sólo si se realiza de manera ambulatoria. En caso de atención domiciliaria, debe registrarse dentro de la visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso o una visita domiciliaria de tratamiento/rehabilitación/ seguimiento.
Apoyo psicológico al usuario (Atención)	Es la intervención terapéutica especializada, otorgada por psicólogo clínico a la persona. Esta actividad debe ser registrada sólo si se realiza de manera ambulatoria. En caso de atención domiciliaria, debe registrarse dentro de la visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso o una visita domiciliaria de tratamiento/rehabilitación/ seguimiento
Apoyo social al usuario (Atención/ actividad)	Corresponde a las intervenciones que apuntan a la construcción de redes sociales, así como intervenciones colectivas que potencien un entorno que fomente la justicia social y la existencia de apoyo social del usuario, familia y/o cuidador. Si es realizado por un/a Trabajador/a Social debe ser registrado como una atención. Si es realizado por otro profesional en el contexto de la atención domiciliaria o presencial, debe ser registrado como una actividad. Esta actividad debe ser registrada sólo si se realiza de manera ambulatoria. En caso de atención domiciliaria, debe registrarse dentro de la visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso o una visita domiciliaria de tratamiento/rehabilitación/ seguimiento

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

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA

La principal forma de atención de las personas ingresadas es la atención en su domicilio. La atención domiciliaria deberá ser idealmente en dupla médico- profesional o profesional/ técnico, de forma de poder abarcar de forma integral a la persona y su cuidador/a. Por tanto, la visita domiciliaria integral es el tipo de atención de elección, sobre todo en el caso de seguimiento en personas compensadas con bajos requerimientos de visitas. En caso de personas con mayor necesidad de visitas domiciliarias (por necesidad de procedimientos de enfermería para curaciones, educación, otros) pudieran realizarse visitas domiciliarias integrales y visitas domiciliarias de tratamiento/ rehabilitación según necesidad. En caso de que la persona ingresada o su familia necesite dar aviso de síntomas descompensados o necesidad de una receta, se debe disponer de algún medio de comunicación para dar respuesta al requerimiento, se sugiere que sea mediante una consulta telefónica o mediante una atención ambulatoria a familiares.

En toda instancia de supervisión de la persona ingresada se debe fomentar realizar apoyo psicológico at usuario/a, apoyo psicológico a familiares o cuidadores, educación y apoyo en la gestión de manifestación de voluntades anticipadas.

En caso que la persona pudiera trasladarse a su centro de salud, será atendida de forma ambulatoria. Si está en domicilio y se realiza un control telefónico, éste deberá consignarse como un control ambulatorio en modalidad telefónica.

COMPLEMENTARIEDADES

Complementariedad a nivel interno

El Programa se complementa con el de Dependencia severa, ya que un grupo importante de personas ingresadas tienen este nivel de funcionalidad. Se espera que las personas dependientes severas que cumplan criterios de ingreso a CPU puedan mantenerse en ambos, de forma de obtener las prestaciones orientadas al caso índice y un plan y manejo más integral at cuidador/a. De igual forma, aquellos usuarios/as que reciben un estipendio, lo podrán mantener en el tiempo. Algunos de los usuarios podrían ser beneficiarios 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 deberán mantenerse con las atenciones de sus programas preexistentes, esto con el objetivo de mantener un manejo en contexto del MAIS y para continuar con la entrega de prestaciones específicas, por ejemplo, la entrega de medicamentos.

Complementariedad a nivel externo

El programa se complementa con otras iniciativas de ayuda social que pudieran existir desde las municipalidades, dado que un porcentaje de la población ingresada pudiera tener dificultades en la compra de alimentos o suplementos, adquisición de pañales, adquisición de catres clínicos o de órtesis en menores de 65 años, 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 y los cuidadores/as. Aún no se tiene claridad respecto a las prestaciones específicas que pudieran obtenerse de esta estrategia, por lo que se debe actualizar este documento en cuanto se materialice.

Además, se complementa con la ley N°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

Indicadores de Propósito

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECIFICO	INDICADOR	FÓRMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACION
Personas ingresadas	Determinar el numero de personas con acceso a cuidados paliativos no oncológicos	Porcentaje de personas ingresadas	$(n^{\circ} \text{ personas ingresadas} / \text{población objetivo potencia}^{*}) \times 100$	Igual o mayor al 95%	25%	Numerador: fuente REM Denominador: fuente MINSAL

Atención Domiciliaria	Priorizar las atenciones de personas ingresadas en su domicilio	Porcentaje de atenciones en domicilio	(n° de atenciones en domicilio/ n° de personas ingresadas) x 100	Igual o mayor al 60%	25%	Fuente local
-----------------------	---	---------------------------------------	--	----------------------	-----	--------------

* La población objetivo potencial es el número que el Ministerio de Salud entrega por comuna y Servicio de Salud, calculada a partir de la población estimada por estudio ETESA UC y el número de pemonas validadas inscritas mayores de 15 años.

Indicadores Complementarios:

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECIFICO INDICADOR	INDICADOR	FORMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACIÓN
Seguimiento	Asegurar el seguimiento periódico de las personas ingresadas	Porcentaje de efectividad de seguimiento	(n° personas en seguimiento*/ n° personas ingresadas) x100	Igual o mayor al 90%	25%	Fuente local
Capacitación	Promover la capacitación del equipo de salud en CCPP	Porcentaje de personas que conforman el equipo de salud capacitadas en CCPP	(n° personas de equipo de CPU capacitadas en CCPP**/ n° personas en equipo CPU) x100	Igual o mayor al 70%	25%	Fuente local

*Se considera como personas en seguimiento a aquellas personas ingresadas con alguna instancia de supervisión del plan de cuidados indicado, ya sea presencial, por vía telefónica o par videollamada.

** Se considera como capacitación al personal de salud la realización del curso dispuesto por MINSAL en Cuidados Paliativos a través de plataforma de OPS u otro curso, diplomado y formación de post grado o post título realizada durante su carrera funcionaria y que cuente con certificación y número de horas.

La coordinación nacional del programa generará los procesos de capacitación del personal, el que se hará de forma paulatina en consideración a los tiempos de atención clínica directa que tendrán que realizarse de forma paralela en contexto a la vigencia de la Ley N°21.375. Además, se insta a los servicios de salud del país a realizar jornadas y capacitaciones a nivel local, pudiendo solicitar la colaboración y asesoría de los referentes MINSAL.

QUINTA: EVALUACIÓN

La evaluación del programa se efectuará en tres etapas:

Primera evaluación: Se efectuará con corte al 30 de abril de cada año, se deberá informar en planilla que será enviada vía correo electrónico a referentes del Programa, sobre el estado de avance de la ejecución del convenio.

Segunda 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 al siguiente cuadro:

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

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

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

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

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

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

CUARTO: En todo lo demás queda vigente el convenio original, aludido en la cláusula primera de este instrumento.

QUINTO La personería de don Walter Alvial Salgado para representar al Servicio de Salud Biobío consta en Decreto Afecto N° 27 del 17 de octubre de 2023, del Ministerio de Salud. La personería de quien lo subrogue en el cargo de Director para representar al Servicio de Salud Biobío, consta en Decreto Exento N° 62 del 15 de septiembre de 2021, del Ministerio de Salud, que determinó el nuevo orden de subrogancia en el cargo de Director del Servicio de Salud Biobío.

La representación de don Miguel Abuter León para actuar en nombre de la I. Municipalidad de ANTUCO consta en Decreto Alcaldicio N°3603 del 29 de Junio de 2021.

Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes.

SEXTO: El presente Convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio, uno en poder de la Municipalidad y los dos restantes en el del Ministerio de Salud, Subsecretaria de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.

2.- En todo lo demás, permanece inalterable el contenido del convenio original.

ANÓTESE Y COMUNIQUESE



Firmado digitalmente por
SR. WALTER ALVIAL SALGADO
Fecha 2024.03.08 17:13:00

**DIRECTOR SERVICIO DE SALUD
BIOBÍO**

Visadores:

☒ CLAUDIO SALVO MORA

Distribución:

• • Div. Atención Primaria-Minsal • Depto. At. Primaria Ss Bb • Depto. Finanzas Ss Bb • Depto. Auditoría Ss Bb • Of. Contabilidad Ss Bb • Depto. Asesoría Jurídica Ss Bb • Encargada De Proyectos Ss Bb • Municipalidad De Antuco • Oficina De Partes Ssbb.

CONVENIO MODIFICATORIO CON MUNICIPALIDAD DE ANTUCO PROGRAMA APOYO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS UNIVERSALES

En Los Ángeles, a 28 de Febrero de 2024, el **SERVICIO DE SALUD BIOBÍO**, RUT N°61.607.300-1, persona jurídica de derecho público, con domicilio en Avenida Ricardo Vicuña N° 147 interior, Edificio 7, Piso 4º, Los Ángeles, representado por su Director Titular Don **WALTER RAÚL ALVIAL SALGADO**, o quien lo subrogue en el cargo, cédula de identidad N° 15.183.752-2, del mismo domicilio, en adelante "**el Servicio**", y la Ilustre Municipalidad de ANTUCO, corporación autónoma de derecho público, Rut N°69.250.900-5, con domicilio en calle Calixto Padilla sin número, Antuco, representada por su alcalde don **MIGUEL ABUTER LEÓN**, cédula de identidad N°8.996.760-0, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", han convenido lo siguiente:

PRIMERO: Que, el Servicio de Salud Biobío y la Municipalidad de Antuco con fecha 31 de marzo de 2023, suscribieron el Convenio sobre Programa Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS, aprobado por Resolución Exenta N° 2611 del 17 de abril de 2023.

SEGUNDO: Que mediante Memorándum N° 56 del jefe de Departamento de Atención Primaria del Servicio de Salud Biobío de fecha 14 de febrero de 2024 dirigido al jefe de Departamento Jurídico del Servicio de Salud Biobío se solicita modificar el convenio antes singularizado.

TERCERO: En virtud de lo anterior, las partes vienen en modificar las cláusulas SEGUNDA, TERCERA, CUARTA y QUINTA, del precitado convenio, quedando este en el siguiente tenor:

SEGUNDA:

El referido Programa ha sido aprobado por el Ministerio de Salud a través de la Resolución Exenta N° 91 del 30 de enero del 2024 que se anexa al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

Por otra parte, el Ministerio de Salud a través de Resolución Exenta N°129 del 13 de Febrero del 2024, distribuye recursos al Programa ya señalado.

TERCERA:

Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria y una vez recibidos desde el MINSAL, la suma anual y única de **\$14.290.328 (catorce millones doscientos noventa mil trescientos veintiocho pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias y objetivos del programa.

La programación del gasto debe ser informada por a través de documento plan de gasto, el cual debe ser remitido a la dirección de servicio, para su visación, por el referente técnico del programa, una vez tramitada la resolución del convenio por ambas partes.

Dicho plan de gasto debe estar enmarcado en los componentes del programa especificados en clausula cuarta, debiendo considerar las observaciones señaladas en esa misma clausula.

Los recursos serán transferidos por el Servicio, en 2 cuotas (70% - 30%), la 1ª cuota contra total tramitación del último acto administrativo y una vez recibidos los recursos desde el Minsal y la 2ª cuota contra el grado de cumplimiento del Programa.

Todo lo anterior queda supeditado a eventuales modificaciones señaladas por el Ministerio de Salud, quién podrá aumentar o disminuir los recursos de acuerdo a su disponibilidad presupuestaria siendo ésta obligatoria para las partes del convenio, para lo cual se dictarán los actos administrativos que correspondan.



Habiéndose cumplido las metas establecidas en el convenio y existiendo recursos disponibles producto de una eficiente gestión, estos podrán utilizarse en las estrategias y/o componentes definidos en el programa, según las necesidades de la comuna.

Cabe señalar, que con fecha 11 de enero de 2024 se dictó resolución exenta N° 616 que fija marco presupuestario, dicha resolución tuvo por finalidad adelantar a la comuna la transferencia de recursos correspondientes al año 2024, lo que permite una ejecución oportuna de los mismos. En ella se dejó establecido que, con posterioridad, el Servicio deberá dictar un acto administrativo que establezca las metas y actualice el monto de los recursos disponibles para el nuevo periodo, en conformidad a la dictación de las Resoluciones Técnicas y Financieras del referido programa por parte del Ministerio de Salud; para efectos de dar cumplimiento a lo indicado, se suscribe este instrumento para su posterior aprobación por parte del Servicio; siempre teniendo presente, el Principio de Servicialidad del Estado.”

CUARTA: OBJETIVO DEL CONVENIO Y PROGRAMA. El municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar el logro de los siguientes objetivos y componentes

OBJETIVO

Abordar las necesidades de salud de las personas con enfermedades terminales o graves no oncológicas, a través de los CCPP, en los establecimientos de APS.

Propósito:

Dar alivio de síntomas y acompañamiento a personas con enfermedades terminales o graves no oncológicas y a sus familias, en el contexto de la Ley N°21.375 en los establecimientos de salud de la Atención Primaria.

POBLACIÓN

La población objetivo corresponde a las personas con enfermedades terminales o graves de origen no oncológico que requieren de GCPP. Este año 2024 se asignan recursos para el 45% de la población estimada.

a. Cobertura del programa

	2021	2022	2023
Población Objetivo	-	Personas con enfermedades graves o terminales de origen oncológico	Personas con enfermedades graves o terminales de origen oncológico
Beneficiarios efectivos	0*	2.956 personas (112%)	Aún sin datos
Cobertura	0*	2.641 personas	5.123

*Programa aún no implementado año 2021

Fuentes de información:

- Cobertura: Estudio ETESA UC
- Beneficiarios efectivos: reporte local

ESTRATEGIA

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



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

- **Recursos Humanos:** médico/a, enfermero/a, químico farmacéutico, psicólogo/a, nutricionista, trabajador/a social, kinesiólogo/a, técnico en enfermería nivel superior u otros visados por referencia técnica de la División de Atención Primaria (DIVAP), a partir de la presentación de un plan de incorporación, con formato que se entregará desde la referencia.
- **Movilización:** para el transporte del personal de salud a las visitas domiciliarias del programa.
- **Insumos:** elementos para procedimientos en domicilio. Para revisión de canasta de insumos revisar Orientación Técnica DIVAP.
- **Fármacos:** medicamentos necesarios para alivio de síntomas, para disponer por distintas vías de administración según indicación médica. Para revisión de canasta de fármacos revisar Orientación Técnica DIVAP. Cualquier compra de fármacos que no estén dentro de la canasta mencionada debe ser visada por MINSAL.
- **Capacitación:** estrategias de capacitación a personal de salud y referentes técnicos del programa.

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

COMPONENTES

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

Nombre Componente	Descripción
Visita Domiciliaria integral multidisciplinaria (elaboración o evaluación plan) (Atención)	Relación establecida entre el usuario y/o cuidadora o cuidador y uno o más miembros del equipo de salud, en el lugar de residencia de la misma, motivada por la evaluación del caso índice derivado a cuidado paliativo con la finalidad de generar un plan de tratamiento integral. Esta visita corresponde a la primera atención de la persona evaluada y en caso de requerir un nuevo plan ante cambio de la situación clínica, se deberá registrar como un nuevo evento (nueva visita domiciliaria integral multidisciplinaria).
Visita domiciliaria tratamiento/rehabilitación/seguimiento (Atención)	Atención entregada por profesionales del equipo de salud a una persona en su propio hogar o institucionalizados, con el fin de brindar apoyo, tratamiento, rehabilitación y seguimiento; centrado en el proceso de enfermedad e incluye la atención de cuidados paliativos. Esta corresponde a la o las visitas de continuidad, que dan respuesta a la visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso.
Procedimientos de enfermería (Actividad)	Corresponde al número de intervenciones realizadas en domicilio con el fin de realización de procedimientos (vía subcutánea, curaciones, etc.) por profesional de enfermería o técnico en enfermería en aquellas personas que lo requieran, de acuerdo a los criterios definidos en Orientaciones Técnicas. Junto con el registro del procedimiento, se debe registrar si éste se realiza en el contexto de una visita domiciliaria integral multidisciplinaria de ingreso o una visita domiciliaria de tratamiento/rehabilitación/ seguimiento.

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

ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN DEL PROGRAMA

La principal forma de atención de las personas ingresadas es la atención en su domicilio. La atención domiciliaria deberá ser idealmente en dupla médico- profesional o profesional/ técnico, de forma de poder abarcar de forma integral a la persona y su cuidador/a. Por tanto, la visita domiciliaria integral es el tipo de atención de elección, sobre todo en el caso de seguimiento en personas compensadas con bajos requerimientos de visitas. En caso de personas con mayor necesidad de visitas domiciliarias (por necesidad de procedimientos de enfermería para curaciones, educación, otros) pudieran realizarse visitas domiciliarias integrales y visitas domiciliarias de tratamiento/ rehabilitación según necesidad. En caso de que la persona ingresada o su familia necesite dar aviso de síntomas descompensados o necesidad de una receta, se debe disponer de algún medio de comunicación para dar respuesta al requerimiento, se sugiere que sea mediante una consulta telefónica o mediante una atención ambulatoria a familiares.

En toda instancia de supervisión de la persona ingresada se debe fomentar realizar apoyo psicológico at usuario/a, apoyo psicológico a familiares o cuidadores, educación y apoyo en la gestión de manifestación de voluntades anticipadas.

En caso que la persona pudiera trasladarse a su centro de salud, será atendida de forma ambulatoria. Si está en domicilio y se realiza un control telefónico, éste deberá consignarse como un control ambulatorio en modalidad telefónica.

COMPLEMENTARIEDADES

Complementariedad a nivel interno

El Programa se complementa con el de Dependencia severa, ya que un grupo importante de personas ingresadas tienen este nivel de funcionalidad. Se espera que las personas dependientes severas que cumplan criterios de ingreso a CPU puedan mantenerse en ambos, de forma de obtener las prestaciones orientadas al caso índice y un plan y manejo más integral at cuidador/a.



De igual forma, aquellos usuarios/as que reciben un estipendio, lo podrán mantener en el tiempo. Algunos de los usuarios podrían ser beneficiarios 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 deberán mantenerse con las atenciones de sus programas preexistentes, esto con el objetivo de mantener un manejo en contexto del MAIS y para continuar con la entrega de prestaciones específicas, por ejemplo, la entrega de medicamentos.

Complementariedad a nivel externo

El programa se complementa con otras iniciativas de ayuda social que pudieran existir desde las municipalidades, dado que un porcentaje de la población ingresada pudiera tener dificultades en la compra de alimentos o suplementos, adquisición de pañales, adquisición de catres clínicos o de órtesis en menores de 65 años, 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 y los cuidadores/as. Aún no se tiene claridad respecto a las prestaciones específicas que pudieran obtenerse de esta estrategia, por lo que se debe actualizar este documento en cuanto se materialice.

Además, se complementa con la ley N°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

Indicadores de Propósito

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECIFICO	INDICADOR	FÓRMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACION
Personas ingresadas	Determinar el numero de personas con acceso a cuidados paliativos no oncológicos	Porcentaje de personas ingresadas	$(\text{n}^\circ \text{ personas ingresadas} / \text{población objetivo potencial}^*) \times 100$	Igual o mayor al 95%	25%	Numerador: fuente REM Denominador: fuente MINSAL
Atención Domiciliaria	Priorizar las atenciones de personas ingresadas en su domicilio	Porcentaje de atenciones en domicilio	$(\text{n}^\circ \text{ de atenciones en domicilio} / \text{n}^\circ \text{ de personas ingresadas}) \times 100$	Igual o mayor al 60%	25%	Fuente local

* La población objetivo potencial es el número que el Ministerio de Salud entrega por comuna y Servicio de Salud, calculada a partir de la población estimada por estudio ETESA UC y el número de pemonas validadas inscritas mayores de 15 años.



Indicadores Complementarios:

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECIFICO INDICADOR	INDICADOR	FORMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACIÓN
Seguimiento	Asegurar el seguimiento periódico de las personas ingresadas	Porcentaje de efectividad de seguimiento	$(n^{\circ} \text{ personas en seguimiento}^* / n^{\circ} \text{ personas ingresadas}) \times 100$	Igual o mayor al 90%	25%	Fuente local
Capacitación	Promover la capacitación del equipo de salud en CCPP	Porcentaje de personas que conforman el equipo de salud capacitadas en CCPP	$(n^{\circ} \text{ personas de equipo de CPU capacitadas en CCPP}^{**} / n^{\circ} \text{ personas en equipo CPU}) \times 100$	Igual o mayor al 70%	25%	Fuente local

*Se considera como personas en seguimiento a aquellas personas ingresadas con alguna instancia de supervisión del plan de cuidados indicado, ya sea presencial, por vía telefónica o por videollamada.

** Se considera como capacitación al personal de salud la realización del curso dispuesto por MINSAL en Cuidados Paliativos a través de plataforma de OPS u otro curso, diplomado y formación de post grado o post título realizada durante su carrera funcionaria y que cuente con certificación y número de horas.

La coordinación nacional del programa generará los procesos de capacitación del personal, el que se hará de forma paulatina en consideración a los tiempos de atención clínica directa que tendrán que realizarse de forma paralela en contexto a la vigencia de la Ley N°21.375. Además, se insta a los servicios de salud del país a realizar jornadas y capacitaciones a nivel local, pudiendo solicitar la colaboración y asesoría de los referentes MINSAL.

QUINTA: EVALUACIÓN

La evaluación del programa se efectuará en tres etapas:

Primera evaluación: Se efectuará con corte al 30 de abril de cada año, se deberá informar en planilla que será enviada vía correo electrónico a referentes del Programa, sobre el estado de avance de la ejecución del convenio.

Segunda 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 al siguiente cuadro:

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

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

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

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

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

CUARTO: En todo lo demás queda vigente el convenio original, aludido en la cláusula primera de este instrumento.

QUINTO La personería de don Walter Alvial Salgado para representar al Servicio de Salud Biobío consta en Decreto Afecto N° 27 del 17 de octubre de 2023, del Ministerio de Salud. La personería de quien lo subrogue en el cargo de Director para representar al Servicio de Salud Biobío, consta en Decreto Exento N° 62 del 15 de septiembre de 2021, del Ministerio de Salud, que determinó el nuevo orden de subrogancia en el cargo de Director del Servicio de Salud Biobío.

La representación de don Miguel Abuter León para actuar en nombre de la I. Municipalidad de ANTUCO consta en Decreto Alcaldicio N°3603 del 29 de Junio de 2021.

Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes.

SEXTO: El presente Convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio, uno en poder de la Municipalidad y los dos restantes en el del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.



ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE ANTUCO



DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD BIOBÍO