



MUNICIPALIDAD DE ANTUCO  
DEPARTAMENTO DE SALUD

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

ANTUCO, 15 ABR 2025

**DECRETO ALCALDICIO N° 002606 /**  
**VISTOS:**

- a) Ley N° 19.378, que fija el Estatuto de Salud Primaria.
- b) Resolución Exenta N° RESS1267 de fecha 18.03.2025, del Servicio de Salud Bio Bio que aprueba Convenio del Programa Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS.
- 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:**

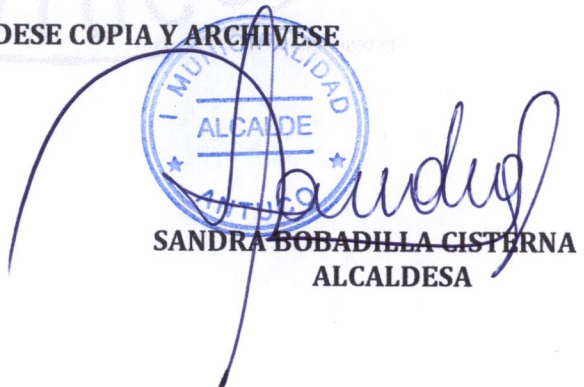
- Las necesidades del servicio consistentes en la celebración de convenios con otros organismos del Estado, para atender los requerimientos de la comunidad local.
- Convenio de fecha 07.03.2025 suscrito entre la Municipalidad de Antuco y el Servicio de Salud de Bio Bio, sobre Programa Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS.

**DECRETO**

1. **APRUEBESE**, en todas sus partes el Convenio celebrado entre la Municipalidad de Antuco y el Servicio de Salud de Bio Bio el 07.03.2025, sobre, "**Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS**".
2. Para el año 2025 se asignan \$ 3.692.538 (Tres Millones seiscientos noventa y dos mil quinientos treinta y ocho 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 el convenio, el cual pasa a formar parte integrante del presente Decreto.

**ANOTESE, COMUNIQUESE, DESE COPIA Y ARCHIVASE**

  
CLAUDIO PANES GARRIDO  
SECRETARIO MUNICIPAL

  
SANDRA BOBADILLA CISTERNA  
ALCALDESA

SBC/CPG/VHM/RM/CCH/cch.  
**DISTRIBUCION:**

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



**REF.:** APRUEBA CONVENIO PROGRAMA CONTINUIDAD DE CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTO EN APS, CON MUNICIPALIDAD DE ANTUCO.

**RESOLUCION EXENTA N° RESS1267**

**LOS ANGELES, 18 de Marzo 2025**

**VISTOS;** Estos antecedentes; el Convenio de fecha 07 Marzo de 2025 sobre Programa **CONTINUIDAD DE CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTO EN APS**, suscrito entre este Servicio de Salud y la Municipalidad de ANTUCO; La Ley 19.886 sobre Bases de Contratos Administrativos de Suministro y Prestación de Servicios; Decreto Supremo N°661 de fecha 13.12.2024 del Ministerio de Hacienda, que aprueba el Reglamento de la Ley 19.886; la Resolución Exenta N°01392 de fecha 1.08.2003, del Director del Servicio de Salud Biobío que dispone la Incorporación al Sistema de Información de Compras y Contrataciones Públicas a través del portal [www.chilecompra.cl](http://www.chilecompra.cl); Ley N°21.722, sobre presupuesto el sector público año 2025 del Ministerio de Hacienda; lo dispuesto en la Resolución N°36 del 2024 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 art. 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; 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, dicto la siguiente:

**RESUELVO:**

**1.- APRUÉBASE** el Convenio sobre Programa **CONTINUIDAD DE CUIDADOS PREVENTIVOS Y DE TRATAMIENTO EN APS**, de fecha 07 de Marzo de 2025, suscrito entre este Servicio de Salud y la Municipalidad de ANTUCO, y que paso a transcribir:

**Convenio con Municipalidad de Antuco  
Programa Programa Continuidad de Cuidados Preventivos y de  
Tratamiento  
en APS**

En Los Ángeles, a **Viernes, 07 de Marzo de 2025**, 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 **Municipalidad de Antuco**, corporación autónoma de derecho público, Rut N° **69.250.900-5**, con domicilio en **Calixto Padilla sin número - Antuco**, representada por su **SANDRA BOBADILLA CISTERNA**, cédula de identidad N° **11.154.081-0**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", han convenido lo siguiente:

**Clausula Primera: Historia del programa:**

En el contexto actual, la 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. 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 1 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. 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. 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.

Para el caso de las municipalidades, 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 6° del Decreto Supremo N°174 de fecha 15 de Octubre de 2014, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

#### **Clausula Segunda: Resoluciones Aprobatorias:**

El referido Programa ha sido aprobado por el Ministerio de Salud a través de Resolución Exenta N° 1054 del 31 de Diciembre del 2024, que se anexa al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la Municipalidad de Antuco se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

El Ministerio de Salud de acuerdo a Resolución Exenta N° 166 del 18 de Febrero del 2025, distribuye recursos al Programa para el 2025 .

#### **Clausula Tercera: Recursos del Programa:**

**Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud a través del Servicio de Salud, conviene en asignar la suma anual y única de:**

\$ 3.692.538 (Tres millones seiscientos noventa y dos mil, quinientos treinta y ocho pesos.)

#### **Que serán distribuidos de la siguiente manera:**

Subtitulo 24: \$3.692.538 (Tres millones seiscientos noventa y dos mil, quinientos treinta y ocho pesos.)

#### **Para el financiamiento, desarrollo y cumplimiento de las siguientes actividades:**

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.

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.

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.

#### Clausula Cuarta: Componentes Técnicos:

<b>Detección precoz de cáncer cervicouterino</b>	<p>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:</p> <p><b>1. Acceso y disponibilidad de controles ginecológicos preventivos en los establecimientos de APS en extensión horaria</b> y otras estrategias acceso territorial (clínicas ginecológicas móviles).</p> <p>a. Extensión horaria matrón (a) b. Clínicas ginecológicas móviles y/o carros ginecológicos de arrastre</p> <p><b>2. Contactabilidad y rescate de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino.</b></p>
<b>Salud cardiovascular</b>	Disponibilizar tratamiento con iSGLT2 a personas con DM2 menores de 60 años según grupos priorizados.

#### Descripción de Componentes y Subcomponentes

##### Componente 1: Detección precoz de cáncer cérvico uterino.

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

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

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

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

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

Es función de los Servicios de Salud, en coordinación con las comunas, determinar las horas a ofertar por centro de salud familiar, en donde se puede dar el siguiente escenario, con un mínimo de 1 a máximo 5 días a la semana de extensión horaria: 3 horas diarias de extensión horaria matrón/a, de 1 a 5 días a la semana (3 a 15 horas semanales), en relación con los recursos asignados.

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

- ii. **Coordinación y planificación local:**

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

**b. Identificación de la dotación de recurso humano:** matrona/ón para realizar los controles ginecológicos preventivos con tamizaje para CaCu, según lineamientos disponibles, en continuidad de la atención (extensión horaria) y otras estrategias complementarias a la oferta habitual y/o de mejor acceso territorial. El rendimiento es 3 por hora, optimizando los tamizajes para CaCu y pesquisa de cáncer de mama. También se recomienda asignar 2 horas mensuales por establecimiento para la elaboración de reporte mensual del indicador para envío al Servicio de Salud. Las horas financiadas por el PRAPS, deben ser utilizadas sólo para realización de los controles ginecológicos con tamizaje CaCu.

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

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

**d. Registros:**

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

- Registro local (planilla formato enviado por MINSAL)
  - REM Á01 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).

**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 transmasculino 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 transmasculino 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

#### **Componente 2: Salud Cardiovascular**

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

**A. Objetivo:** Incorporar el tratamiento farmacológico de iSGLT2 para personas menores de 60 años con Diabetes Mellitus tipo 2 y criterios de priorización.

**B. Servicio provisto:** Provisión de fármacos de la familia de inhibidores del cotransportador sodio glucosa (Dapagliflozina 10 mg o Empagliflozina 10 mg) para las personas menores de 60 años con DM2 y con criterios de prioridad establecidos, según indicación de tratamiento a través de médicos de la célula de diabetes de HD.

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

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.

**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 etapa3b

(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 HO, 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.

#### **Estrategia de intervención del Programa**

Componente No 1: Detección precoz de cáncer cérvico uterino.

Considerar 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.
- **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 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:

1. Derivación de las personas que cumplan criterios de derivación, a la célula de DM de HD

2. 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)

3. Asegurar tratamiento farmacológico de iSGLT2 de continuidad en establecimientos de APS.

## INDICADORES

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

SUB COMPONENTE	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE*	META	PESO RELATIVO
1.1 Acceso y disponibilidad de controles	Propósito	1.1.1 Variación porcentual de tamizajes	(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) x 100	REM A01 Sección G Programad e cáncer de	<b>Julio:</b> Aumento en 10% de PAP tomados al corte respecto	20%
ginecológicos preventivos en los establecimientos de APS en extensión horaria y otras estrategias acceso territorial		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-1 / Tamizaje CaCu tomados en mujeres de 25 a 64 años, año t-1) x 100	cuello uterino: PAP Sección H Programa de cáncer de cuello uterino: VPH (sólo en tamizaje primario)**	a mismo periodo año anterior <b>Diciembre:</b> Aumento en 10% de PAP tomados respecto diciembre año anterior *Aquellas comunas que tengan 80 % de cobertura de tamizaje, la meta será mantener o incrementar los PAP tomados	
		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 a fila: "toma de muestra de PAP (PRAPS)" -Registro local	<b>Julio:</b> 35% cumplimiento de programación <b>Diciembre:</b> 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	<b>Julio:</b> 21% <b>Diciembre:</b> 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	<b>Julio:</b> 70% <b>Diciembre:</b> 70%	10%

## 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	$(N^{\circ} \text{ de personas menores de 60 años con ERC etapa 3b que retira el tratamiento de iSGLT2 indicados en la estrategia, en el centro de APS año } t / \text{total de personas menores de 60 años con ERC etapa 3b con indicación de tratamiento de iSGLT2 en la estrategia en el año } t) \times 100$	-Registro local de Farmacia -Planilla Monitoreo HD	<b>Julio:</b> Al menos el 30% de las personas menores de 60 años con ERC etapa 3b retiran el tratamiento con iSGLT2 indicado por HD  <b>Diciembre:</b> 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.	$(N^{\circ} \text{ total de personas menores de 60 años con ERC etapa 3b derivadas a HD en la estrategia en el año } t / N^{\circ} \text{ total de personas menores de 60 años con ERC etapa 3b en control en SCV de APS en el año } t) \times 100$	-REM P04, sección C, Variables de seguimiento, Enfermedad Renal Crónica -Planilla de registro HD	<b>Julio:</b> Al menos el 30% de las personas menores de 60 años con ERC etapa 3b son derivadas a HD en la estrategia  <b>Diciembre:</b> 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 activó 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 a 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).

### Clausula Quinta: Evaluación:

El proceso de monitoreo del programa se realizará en forma mensual por parte de los referentes del 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:

No	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 segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo a:

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.

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.
- Planillas Monitoreo SCV:
  - o 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.
  - o 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:

- 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 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.

## FINANCIAMIENTO Y RELIQUIDACION

### Establecimientos de Dependencia Municipal:

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

La glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley No 19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme la normativa establecida, esa misma ley o bien a honorarios, acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa y de acuerdo con la normativa vigente. Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimiento).

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en dos cuotas: 70% a la total tramitación del acto administrativo respectivo y el 30% restante en octubre.

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

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

La tabla de descuento es la siguiente:

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%

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

En los convenios a suscribir se podrá incorporar una cláusula que permita su prórroga automática, en la medida que el programa a ejecutar cuente con recursos disponibles según la Ley de Presupuesto del sector público del año respectivo.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 01 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del año mismo.

#### **Clausula Sexta: Seguimiento y Monitoreo:**

El Servicio de Salud realizará un seguimiento y monitoreo técnico-financiero, lo que no excluye a la Municipalidad de la rendición de cuenta mensual, verificando el cumplimiento de metas y de los gastos involucrados en las actividades comprometidas en este convenio, en acuerdo a las orientaciones técnicas y administrativas entregadas.

Las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del periodo. 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.

Adicionalmente, para el seguimiento del Programa se podrá requerir el envío al Servicio de Salud Biobío, conforme instrucciones ministeriales, los datos e informes relativos al avance y ejecución del programa y sus componentes especificados en este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, debiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio, a través de su referente respectivo, deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.”

#### **Clausula Séptima: Rendición de Cuentas:**

El Servicio podrá auditar aleatoriamente los programas y la correcta utilización de los fondos transferidos a través de su Departamento de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de fecha 28 de marzo de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio respectivo.

Que, considerando lo establecido en el artículo 13 de la resolución antes indicada, podrán incluirse en la rendición de cuentas gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación, por razones de continuidad o buen servicio.

Las respectivas rendiciones de cuenta mensual, desde la recepción de los recursos, deben registrarse en los plazos establecidos, en el sistema habilitado por el Servicio y autorizado por la Contraloría General de la República, generando mensualmente el informe firmado electrónicamente.

Por otra parte, los saldos no ejecutados deben ser reintegrados una vez terminado el periodo de vigencia del convenio.

#### **Clausula Octava: Eximente de Responsabilidad:**

El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante

#### **Clausula Novena: Vigencia:**

“El presente convenio tendrá vigencia a partir de la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba y hasta el 31 de diciembre del 2025, por lo tanto, deberá quedar cerrado desde el punto de vista técnico y financiero durante el año presupuestario, entendiéndose que esto se producirá una vez aprobada la respectiva rendición de cuentas o restituidos los saldos no ejecutados, no rendidos u observados. No obstante, por razones de buen servicio, se entiende que éste se ha iniciado a partir del 1º de enero de 2025, fecha anterior a la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, considerando el artículo 52 de la Ley N° 19.880 que autoriza la retroactividad del acto administrativo en la

medida en que produce efectos favorables para las partes y no lesiona derechos de terceros.

Sin perjuicio de lo anterior, el presente convenio se prorrogará en forma automática y sucesiva, siempre que el Programa a ejecutar cuente con la disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, salvo que el convenio termine por las causales señaladas en la cláusula décima o que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo.

Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a un nuevo convenio de transferencia de recursos para ser ejecutados en el año respectivo y cuyo monto a transferir se establecerá mediante Resolución Exenta del Servicio de Salud, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del Sector Público respectiva.

Con todo, los saldos de recursos transferidos no utilizados por la Municipalidad deberán ser ingresados a rentas generales de la Nación, antes del 31 de enero del año siguiente; salvo caso fortuito o fuerza mayor, situación que deberá ser ponderada en su mérito, y autorizada por el director del Servicio."

#### **Clausula Decima: Termino Anticipado:**

Se podrá poner término anticipadamente al Convenio por alguna de las siguientes causales:

- Resciliación o mutuo acuerdo de las partes.
- Por incumplimiento grave de las obligaciones impuestas al municipio. Se considerará incumplimiento grave el no cumplir con las metas establecidas en el convenio y/o programa; o que su ejecución se desvíe de los fines que se tuvieron a la vista para celebrar dicho convenio.
- Por instrucción del Ministerio de Salud y/o por alguna de sus Subsecretarías.

Dicho término anticipado se llevará a efecto mediante la dictación de la respectiva Resolución fundada.

#### **Clausula Decima Primera: Personería:**

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 subroge 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.

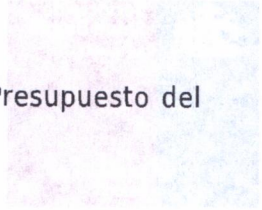
La representación de don SANDRA BOBADILLA CISTERNA para actuar en nombre Municipalidad de Antuco consta en Decreto Alcaldicio N°8571 del 6 de diciembre de 2024 .

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

#### **Clausula Decima Segunda:**

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

**2.- IMPÚTESE**, el gasto al ítem 24.03.298.002 "Reforzamiento Municipal" del Presupuesto del Servicio de Salud Bío Bío.



**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE**



Firmado digitalmente por  
**SR. WALTER ALVIAL SALGADO**  
Fecha 2025.03.18 14:54:45

**DIRECTOR SERVICIO DE SALUD  
BIOBÍO**

**Visadores:**

- CAROLINA GALLARDO ÁLVAREZ
- 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 con Municipalidad de Antuco Programa Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS

En Los Ángeles, a **VIERNES, 07 de Marzo de 2025**, 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 **Municipalidad de Antuco**, corporación autónoma de derecho público, Rut N° **69.250.900-5**, con domicilio en **Calixto Padilla sin número - Antuco**, representada por su Alcalde **SANDRA BOBADILLA CISTERNA**, cédula de identidad N° **11.154.081-0**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", han convenido lo siguiente:

### Clausula Primera: Historia del programa:

En el contexto actual, la 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. 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 1º 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. 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. 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.

Para el caso de las municipalidades, 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 6º del Decreto Supremo N°174 de fecha 15 de Octubre de 2014, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

### Clausula Segunda: Resoluciones Aprobatorias:

El referido Programa ha sido aprobado por el Ministerio de Salud a través de Resolución Exenta N° 1054 del 31 de Diciembre del 2024, que se anexa al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la Municipalidad de Antuco se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

El Ministerio de Salud de acuerdo a Resolución Exenta N° 166 del 18 de Febrero del 2025, distribuye recursos al Programa para el 2025 .

### **Clausula Tercera: Recursos del Programa:**

**Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud a través del Servicio de Salud, conviene en asignar la suma anual y única de:**

\$ 3.692.538 (Tres millones seiscientos noventa y dos mil, quinientos treinta y ocho pesos.)

### **Que serán distribuidos de la siguiente manera:**

● Subtitulo 24: \$3.692.538 (Tres millones seiscientos noventa y dos mil, quinientos treinta y ocho pesos.)

### **Para el financiamiento, desarrollo y cumplimiento de las siguientes actividades:**

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.

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.

● 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.

### **Clausula Cuarta: Componentes Técnicos:**

<b>Detección precoz de cáncer cervicouterino</b>	<p>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:</p> <p><b>1. Acceso y disponibilidad de controles ginecológicos preventivos en los establecimientos de APS en extensión horaria</b> y otras estrategias acceso territorial (clínicas ginecológicas móviles).</p> <p>a. Extensión horaria matrón (a)  b. Clínicas ginecológicas móviles y/o carros ginecológicos de arrastre</p> <p><b>2. Contactabilidad y rescate de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino.</b></p>
<b>Salud cardiovascular</b>	Disponibilizar tratamiento con iSGLT2 a personas con DM2 menores de 60 años según grupos priorizados.

### Descripción de Componentes y Subcomponentes

#### Componente 1: Detección precoz de cáncer cérvico uterino.

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

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

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

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

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

Es función de los Servicios de Salud, en coordinación con las comunas, determinar las horas a ofertar por centro de salud familiar, en donde se puede dar el siguiente escenario, con un mínimo de 1 a máximo 5 días a la semana de extensión horaria: 3 horas diarias de extensión horaria matrón/a, de 1 a 5 días a la semana (3 a 15 horas semanales), en relación con los recursos asignados.

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

- ii. **Coordinación y planificación local:**

- a. **Identificación de la población beneficiaria:** Mujeres y personas transmasculino de

25 a 64 años con tamizaje para cáncer cervicouterino no vigente.

**b. Identificación de la dotación de recurso humano:** matrona/ón para realizar los controles ginecológicos preventivos con tamizaje para CaCu, según lineamientos disponibles, en continuidad de la atención (extensión horaria) y otras estrategias complementarias a la oferta habitual y/o de mejor acceso territorial. El rendimiento es 3 por hora, optimizando los tamizajes para CaCu y pesquisa de cáncer de mama. También se recomienda asignar 2 horas mensuales por establecimiento para la elaboración de reporte mensual del indicador para envío al Servicio de Salud. Las horas financiadas por el PRAPS, deben ser utilizadas sólo para realización de los controles ginecológicos con tamizaje CaCu.

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

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

**d. Registros:**

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

- Registro local (planilla formato enviado por MINSAL)
- REM Á01 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).

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 transmasculino 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 transmasculino 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

#### **Componente 2: Salud Cardiovascular**

##### **Subcomponente .2.1: Disponibilidad de tratamiento con iSGLT2 a personas menores de**

60 años, según criterios de priorización.

**A. Objetivo:** Incorporar el tratamiento farmacológico de iSGLT2 para personas menores de 60 años con Diabetes Mellitus tipo 2 y criterios de priorización.

**B. Servicio provisto:** Provisión de fármacos de la familia de inhibidores del cotransportador sodio glucosa (Dapagliflozina 10 mg o Empagliflozina 10 mg) para las personas menores de 60 años con DM2 y con criterios de prioridad establecidos, según indicación de tratamiento a través de médicos de la célula de diabetes de HD.

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

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.

**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 etapa3b

(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 HO, 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.

**Estrategia de intervención del Programa**

Componente No 1: Detección precoz de cáncer cérvico uterino.

Considerar 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.

- **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 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:

1. Derivación de las personas que cumplan criterios de derivación, a la célula de DM de HD

2. 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)

3. Asegurar tratamiento farmacológico de iSGLT2 de continuidad en establecimientos de APS.

## INDICADORES

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

SUB COMPONENTE	TIPO DE INDICADOR	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE*	META	PESO RELATIVO
1.1 Acceso y disponibilidad de controles	Propósito	1.1.1 Variación porcentual de tamizajes	(Tamizaje CaCu tomados en mujeres de 25 a 64 años, año t-1)	REM A01 Sección G Programad e cáncer de	<b>Julio:</b> Aumento en 10% de PAP tomados al corte respecto	20%

ginecológicos preventivos en los establecimientos de APS en extensión horaria y otras estrategias acceso territorial		1.1.1	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-1 / Tamizaje CaCu tomados en mujeres de 25 a 64 años, año t-1) x 100	cuello uterino: PAP Sección H Programa de cáncer de cuello uterino: VPH (sólo en tamizaje primario)**	a mismo periodo año anterior <b>Diciembre:</b> Aumento en 10% de PAP tomados respecto diciembre año anterior *Aquellas comunas que tengan 80 % de cobertura de tamizaje, la meta será mantener o incrementar los PAP tomados	
		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 a fila: "toma de muestra de PAP (PRAPS)" -Registro local	<b>Julio:</b> 35% cumplimiento de programación <b>Diciembre:</b> 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	<b>Julio:</b> 21% <b>Diciembre</b> 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	<b>Julio:</b> 70% <b>Diciembre:</b> 70%	10%

### 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	$(N^{\circ} \text{ de personas menores de 60 años con ERC etapa 3b que retira el tratamiento de iSGLT2 indicados en la estrategia, en el centro de APS año } t / \text{total de personas menores de 60 años con ERC etapa 3b con indicación de tratamiento de iSGLT2 en la estrategia en el año } t) \times 100$	-Registro local de Farmacia -Planilla Monitoreo HD	<b>Julio:</b> Al menos el 30% de las personas menores de 60 años con ERC etapa 3b retiran el tratamiento con iSGLT2 indicado por HD  <b>Diciembre:</b> 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.	$(N^{\circ} \text{ total de personas menores de 60 años con ERC etapa 3b derivadas a HD en la estrategia en el año } t / N^{\circ} \text{ total de personas menores de 60 años con ERC etapa 3b en control en SCV de APS en el año } t) \times 100$	-REM P04, sección C, Variables de seguimiento, Enfermedad Renal Crónica  -Planilla de registro HD	<b>Julio:</b> Al menos el 30% de las personas menores de 60 años con ERC etapa 3b son derivadas a HD en la estrategia  <b>Diciembre:</b> 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 activó 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 a 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).

### Clausula Quinta: Evaluación:

El proceso de monitoreo del programa se realizará en forma mensual por parte de los referentes del 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:

No	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 segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo a:

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.

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.
- Planillas Monitoreo SCV:
  - o 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.
  - o 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:

- 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 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.

## **FINANCIAMIENTO Y RELIQUIDACION**

### **Establecimientos de Dependencia Municipal:**

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

La glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley No 19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme la normativa establecida, esa misma ley o bien a honorarios, acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa y de acuerdo con la normativa vigente. Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimiento).

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en dos cuotas: 70% a la total tramitación del acto administrativo respectivo y el 30% restante en octubre.

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

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

La tabla de descuento es la siguiente:

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

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

En los convenios a suscribir se podrá incorporar una cláusula que permita su prórroga automática, en la medida que el programa a ejecutar cuente con recursos disponibles según la Ley de Presupuesto del sector público del año respectivo.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 01 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del año mismo.

#### **Clausula Sexta: Seguimiento y Monitoreo:**

El Servicio de Salud realizará un seguimiento y monitoreo técnico-financiero, lo que no excluye a la Municipalidad de la rendición de cuenta mensual, verificando el cumplimiento de metas y de los gastos involucrados en las actividades comprometidas en este convenio, en acuerdo a las orientaciones técnicas y administrativas entregadas.

Las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del periodo. 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.

Adicionalmente, para el seguimiento del Programa se podrá requerir el envío al Servicio de Salud Biobío, conforme instrucciones ministeriales, los datos e informes relativos al avance y ejecución del programa y sus componentes especificados en este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, debiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio, a través de su referente respectivo, deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio."

#### **Clausula Séptima: Rendición de Cuentas:**

El Servicio podrá auditar aleatoriamente los programas y la correcta utilización de los fondos transferidos a través de su Departamento de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de fecha 28 de marzo de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta

mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio respectivo.

Que, considerando lo establecido en el artículo 13 de la resolución antes indicada, podrán incluirse en la rendición de cuentas gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación, por razones de continuidad o buen servicio.

Las respectivas rendiciones de cuenta mensual, desde la recepción de los recursos, deben registrarse en los plazos establecidos, en el sistema habilitado por el Servicio y autorizado por la Contraloría General de la República, generando mensualmente el informe firmado electrónicamente.

Por otra parte, los saldos no ejecutados deben ser reintegrados una vez terminado el periodo de vigencia del convenio.

#### **Clausula Octava: Eximente de Responsabilidad:**

El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante

#### **Clausula Novena: Vigencia:**

"El presente convenio tendrá vigencia a partir de la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba y hasta el 31 de diciembre del 2025, por lo tanto, deberá quedar cerrado desde el punto de vista técnico y financiero durante el año presupuestario, entendiéndose que esto se producirá una vez aprobada la respectiva rendición de cuentas o restituidos los saldos no ejecutados, no rendidos u observados. No obstante, por razones de buen servicio, se entiende que éste se ha iniciado a partir del 1º de enero de 2025, fecha anterior a la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, considerando el artículo 52 de la Ley Nº 19.880 que autoriza la retroactividad del acto administrativo en la medida en que produce efectos favorables para las partes y no lesiona derechos de terceros.

Sin perjuicio de lo anterior, el presente convenio se prorrogará en forma automática y sucesiva, siempre que el Programa a ejecutar cuente con la disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, salvo que el convenio termine por las causales señaladas en la cláusula décima o que las partes decidan ponerle termino por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo.

Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a un nuevo convenio de transferencia de recursos para ser ejecutados en el año respectivo y cuyo monto a transferir se establecerá mediante Resolución Exenta del Servicio de Salud, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del Sector Público respectiva.

Con todo, los saldos de recursos transferidos no utilizados por la Municipalidad deberán ser ingresados a rentas generales de la Nación, antes del 31 de enero del año siguiente; salvo caso fortuito o fuerza mayor, situación que deberá ser ponderada en su mérito, y autorizada por el director del Servicio."

#### **Clausula Decima: Termino Anticipado:**

Se podrá poner término anticipadamente al Convenio por alguna de las siguientes causales:

- Resciliación o mutuo acuerdo de las partes.
- Por incumplimiento grave de las obligaciones impuestas al municipio. Se considerará incumplimiento grave el no cumplir con las metas establecidas en el convenio y/o programa; o que su ejecución se desvíe de los fines que se tuvieron a la vista para celebrar dicho convenio.
- Por instrucción del Ministerio de Salud y/o por alguna de sus Subsecretarías.

Dicho término anticipado se llevará a efecto mediante la dictación de la respectiva Resolución fundada.

**Clausula Decima Primera: Personería:**

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 subroga 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 SANDRA BOBADILLA CISTERNA para actuar en nombre Municipalidad de Antuco consta en Decreto Alcaldicio N°8571 del 6 de diciembre de 2024 .

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

**Clausula Decima Segunda:**

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

**Visadores:**

- GONZALO GAETE VELASQUEZ (DIRECCION SS BIOBIO)
- CLAUDIA ANDREA CIFUENTES HERRERA (MUNICIPALIDAD DE ANTUCO)
- PEDRO LAGOS FUENTES (MUNICIPALIDAD DE ANTUCO)

Firmado digitalmente por  
SANDRA BOBADILLA CISTERNA  
Fecha 2025.03.12 12:35:52

**ALCALDE  
MUNICIPALIDAD DE ANTUCO**

Firmado digitalmente por  
SR. WALTER ALVIAL SALGADO  
Fecha 2025.03.13 08:19:33

**DIRECTOR SERVICIO DE SALUD  
BIOBÍO**

**LOS ANGELES, 07 de Marzo 2025**

