



SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS.  
DIRECCION ATENCION PRIMARIA.  
JGB/CRC/NMIR/NMV/CCRA/COPAM

RESOLUCION EXENTA N° 2035

RANCAGUA,

31 MAR 2023

**VISTOS:** Ord. C73 N° 2.509, de fecha 19 de agosto de 2021, del Ministerio de Salud, solicita la incorporación de cláusula de prórroga automática en los convenios para la ejecución de los programas de reforzamiento en atención primaria; Ord. N° 4.530, de fecha 20 de diciembre de 2022, del Ministerio de Salud, mediante el cual informa la continuidad de los programas de reforzamiento en Atención Primaria de Salud para la anualidad 2023; Ord. N° 4.751, de fecha 30 de diciembre de 2022, del Ministerio de Salud, mediante el cual informa los programas de reforzamiento de Atención Primaria de Salud, que incorporan y no incorporan modificaciones para el año 2023; Ley 21.516 que establece el presupuesto de la nación para el año 2023; D.F.L. N°1 de 2006, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2673/79 y otros cuerpos legales, Decreto Supremo N°140/2005, Decreto Exento N°15/2020, ambos del Ministerio de Salud; Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; y lo previsto en la Resolución N°7 del 26 de marzo de 2019 de Contraloría General de la Republica; Artículo 9° del D.S. N°140/2004 y Afecto N°5 de fecha 02 de marzo de 2023 ambos del Ministerio de Salud;

**CONSIDERANDOS:**

1.- Que, la ley de Presupuestos N°21.516, de fecha 20 de diciembre de 2022, que establece el presupuesto para el Sector Público para el año 2023, permite la prórroga automática de los convenios, en la medida que los Programas a ejecutar cuenten con los recursos disponibles.

2.- A través de Resolución Exenta N°3800 del 14 de octubre de 2022 se aprobó el convenio suscrito del "Programa de apoyo de los Cuidados Paliativos Universales en APS", entre este Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O'Higgins y la I. Municipalidad



de Litueche, cuya continuidad para el año 2023 se declaró mediante la Resolución Excenta N° 0817 del 09 de Febrero de 2023 de este Servicio.

3-. A su vez el Ministerio de Salud a través de la Resolución Excenta N° 226, de fecha 07 de Marzo del 2023, procedió a dar aprobación al "**Programa de apoyo de los Cuidados Paliativos Universales en APS**", para el año 2023, de la misma forma a través de la Resolución Excenta N° 249, de fecha 16 de Marzo del 2023, del citado Ministerio, aprobó el marco presupuestario del programa para el presente año.

4-. Qué, es procedente actualizar para el convenio referido en el numeral No.2 anterior, el marco presupuestario, dado que la continuidad del mismo ya ha sido declarada mediante el acto administrativo pertinente, así como también las modificaciones técnicas que el aludido programa incorpora para la anualidad 2023, siendo estas las siguientes:

#### .Antecedentes

La OMS define a los Cuidados Paliativos (CCPP) como un "enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y de sus familias cuando afrontan problemas de orden físico, psicológico, social o espiritual inherentes a una enfermedad potencialmente mortal, a través de la prevención y alivio del sufrimiento. La calidad de vida de los cuidadores también mejora".

La definición se completa con los siguientes principios sobre los CCPP: proporcionar alivio del dolor y otros síntomas; afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso normal; no intentar ni acelerar ni retrasar la muerte; integrar los aspectos espirituales y psicológicos del cuidado de los pacientes.

Otras definiciones remarcan que debe tratarse de una asistencia activa, holística, para todas las edades, con enfoque preventivo y tratar lo más precoz posible los problemas que lo requieran- el otorgar una atención paliativa temprana, oportuna y de calidad reduce las hospitalizaciones innecesarias, la angustia de la persona y sus familias, y el uso de los servicios de salud.

Por lo tanto, los CCPP constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Están reconocidos expresamente en el contexto del derecho humano a la salud, y deben proporcionarse a través de servicios de salud



integrados y centrados en la persona que presten especial atención a las necesidades y preferencias del individuo<sup>1</sup>.

Una amplia gama de condiciones de salud, en la medida que se complejizan y avanzan en morbilidad, serán susceptibles de requerir CCPP hacia el fin de la vida. La mayoría de los adultos que los necesitan padecen enfermedades crónicas tales como insuficiencia cardiaca, renal o hepática, cáncer en etapas avanzadas, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedades neurodegenerativas, demencias, enfermedades infecciosas crónicas, diabetes, entre otras; respecto a los niños, son quienes presenten alguna condición de salud compleja, ya sea progresiva o no, o con riesgo de vida.

La Ley N°21.375, que consagra los CCPP y los derechos de las personas que padecen enfermedades terminales o graves, promulgada el 14 de octubre de 2021, es un gran paso en equidad e igualdad de acceso a CCPP, más allá de las patologías oncológicas. Se espera que con esta ley se otorgue una respuesta más integral al sufrimiento de pacientes con enfermedades incurables y sus familias.

## **II. Fundamentación**

Se estima que, anualmente, 40 millones de personas necesitan CCPP a nivel mundial, pero tan solo un 14% de ellas los reciben. Esta necesidad crecerá, dado el envejecimiento de las poblaciones y el aumento de las enfermedades no transmisibles y otras enfermedades crónicas en el mundo entero; además, es necesario incorporar y tener presente la importancia de los CCPP para los niños.

Respecto al envejecimiento, por primera vez en la historia la mayor parte de la población tiene una esperanza de vida igual o superior a los 60 años. Para 2050, se espera que la población mundial en esa franja de edad llegue a los 2000 millones, un aumento de 900 millones con respecto a 2015.

Si las personas mayores pueden vivir esos años adicionales de vida en buena salud y en un entorno propicio, esta situación es muy favorable; sin embargo, a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo, dando lugar a estados de salud complejos, denominados síndromes geriátricos, los que suelen ser predictores de muerte o mala calidad de vida antes de morir.

Por otro lado, las enfermedades no transmisibles matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo, e incluyen también un número importante de muertes prematuras; las más frecuentes son por



enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias y diabetes; todos los afectados por estas condiciones, en la medida que ésta avanza y se complejiza, son susceptibles de llegar a requerir CCPP<sup>1</sup>.

*The Hospice Association of America y National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO)* declara, ya el año 2004, que en las Unidades de Cuidados Paliativos el 80% de los pacientes tienen 65 años o más, con un aumento de los pacientes de 75 años y más. En la actualidad, menos de la mitad de los usuarios de CCPP son pacientes con cáncer; las cinco enfermedades principales son: enfermedades cardíacas terminales, demencia, fragilidad, enfermedades pulmonares y enfermedades renales terminales.

En Latinoamérica, los CCPP se iniciaron en la década de los ochenta y han evolucionado de manera diferente en cada país. Actualmente, todos cuentan con algún grado de desarrollo, pero con alta heterogeneidad, ya que se desarrollan dentro del contexto socioeconómico de sus situaciones nacionales específicas. Chile ha avanzado en el desarrollo de los CCPP desde la década del '80, destacando el decreto N°170 AUGE de 2004, del Ministerio de Salud, a través del cual se garantiza el Problema de Salud N°4: "Alivio al dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos a la población oncológica"; la demanda actualizada de este problema de salud asciende a 20.183 casos nuevos, según registros SIGGES 2022.

Los CCPP han sido llevados a cabo a través de redes de atención en centros de diversa complejidad; no obstante, el núcleo de desarrollo esencial se ha ubicado en la atención ambulatoria de alta y mediana complejidad, entregando cuatro modalidades de prestación: tratamiento ambulatorio, visita domiciliaria, interconsulta a pacientes hospitalizados y seguimiento clínico telefónico. La atención clínica y cuidados integrales a las personas y sus cuidadores y/o familiares se lleva a cabo a través de equipos multi e interdisciplinarios, que permiten una mirada integral del grupo familiar.

Si bien, existe un desarrollo nacional de los CCPP oncológicos y su población beneficiaria, para incorporar la demanda de CCPP no oncológicos se realizó una estimación de la población adulta que requeriría de estos. El promedio de sobrevida en etapa final de vida estimado fue de 169 días, y el resultado de esta metodología fue una estimación de población susceptible de recibir CCPP no oncológicos anual de 25.650 personas. Respecto a población infantil, el grupo de niños con condiciones crónicas complejas progresivas y/o con riesgo de vida, se estima menor a 1% de la población infantil; por lo tanto, no están incluidos en el cálculo, pero aun así corresponden a una población que debe abordarse.



### **Propósito**

El Programa tiene por finalidad dar alivio de síntomas y acompañamiento a personas con enfermedades terminales o graves, y a sus familias, en el contexto de la Ley N°21.375 en los establecimientos de salud de la Atención Primaria.

### **Descripción**

El Programa es una estrategia orientada a resolver de manera integral las necesidades de salud de la población requirente de CCPP no oncológicos, con enfoque multidisciplinario, centrado en la persona y su familia o cuidador. Considera que la persona tenga una condición de salud terminal o grave para ser incorporado a las prestaciones definidas en este programa.

### **Objetivos**

#### **Objetivo General**

Abordar las necesidades de salud de las personas con enfermedades terminales o graves, a través de los CCPP, en los establecimientos de APS.

#### **Objetivos Específicos**

- Pesquisar y diagnosticar a las personas que requieren de CCPP no oncológicos en la APS.
- Realizar una evaluación y plan integral consensuado de las personas que ingresan a CCPP desde la APS o los derivados desde nivel hospitalario con participación de cuidador/a y familia.
- Coordinar el tránsito y seguimiento de estos pacientes a lo largo de la red asistencial, en conjunto con los otros niveles de atención.

### **Componente**

- **Componente: Plan integral consensuado (PIC)**



Posterior al diagnóstico e ingreso de la persona por médico cirujano en condición terminal o grave, el/la profesional gestor/a agendará el primer contacto con ella. En esta sesión, el médico/a y otro/a profesional de salud realizan una primera evaluación y planificación integral de los cuidados y tratamientos, considerando las intervenciones futuras de otros profesionales o TENS de acuerdo con la necesidad de la persona atendida y su familia. El tiempo estimado de la intervención se describe en Orientación Técnica del Programa.

En la intervención médica se debe dar indicaciones farmacológicas y no farmacológicas. De ser necesario para el alivio de síntomas, se puede indicar también el uso de insumos para procedimientos por enfermería o la indicación de oxigenoterapia. Para estos fines el/la gestor/a realizará el nexo con el funcionario que sea pertinente. De esta forma, este componente ofrece una canasta integral de prestaciones, donde se incluye el recurso humano, insumos, fármacos, movilización y oxigenoterapia para quienes lo requieran.

La persona ingresada deberá recibir la atención por el clínico más pertinente según su necesidad; podría verse favorecida de ser atendida por cualquiera de las personas que conforman el equipo de APS: enfermera/o, kinesiólogo/a, psicóloga/o, nutricionista, trabajador/a social, técnico nivel superior, químico farmacéutico, médico, entre otros, dentro de los lineamientos definidos en el Plan de Salud Familiar o de otro/s programa/s de reforzamiento de la APS (PRAPS).

### **Productos Esperados**

#### **Componente: Plan integral consensuado (PIC)**

**a. Diagnóstico de personas beneficiarias (identificación).** Este es el primer paso para que la persona con criterios de ingreso al Programa tenga acceso a las prestaciones del mismo. Para que esta estrategia se efectúe se deben cumplir los siguientes pasos:



- i. Pesquisa de persona con necesidad de CPU por cualquier profesional de APS.
- ii. Identificación y confirmación de persona con criterios del ingreso al Programa por médico/a cirujano/a.

Los criterios de ingreso y coordinación en la red quedaran definidos en la Orientación Técnica del programa

**b. Plan Integral Consensuado (evaluación).** Una vez que la persona ha sido diagnosticada e ingresada al Programa debe ser evaluada en forma integral para la elaboración de un PIC. Esta es la estrategia central del programa, ya que es el sustento para el alivio de síntomas de la persona ingresada. Se debe considerar que este PIC es dinámico, se debe revalorar control a control si se ajusta a las necesidades de la persona ingresada. Para los pacientes con dependencia severa que cumplan criterios de ingreso al Programa, se debe propiciar el uso de un único plan, pudiéndose analogar el mismo plan de la visita domiciliaria de dependencia severa.

Los pasos para esta estrategia son:

- i. Evaluación en dupla para realización del PIC
- ii. Registro de plan en ficha clínica

**c. Seguimiento:** revaloración de síntomas en cada control y adecuación del PIC a los cambios clínicos de la persona ingresada. Para el caso de este programa, se define como en seguimiento a las personas ingresadas que tienen al menos una instancia de supervisión del PIC mensual.

Se espera que en cada una de las instancias de evaluación de la persona ingresada se realice además una categorización de su nivel de complejidad. Las directrices generales de esta actividad quedarán contenidas en la Orientación Técnica de este Programa.

La canasta integral incluye:

- **Recurso humano:** médico/a, enfermero/a, químico farmacéutico, psicólogo/a, nutricionista, trabajador/a social, kinesiólogo/a, técnico en enfermería nivel superior.



- **Movilización:** para el transporte del personal de salud a las visitas domiciliarias de las personas ingresadas.
- **Insumos:** elementos para procedimientos en domicilio.
- **Fármacos:** medicamentos necesarios para alivio de síntomas, disponibles en formatos para disponer por distintos medios de administración según indicación médica.
- **Oxigenoterapia,** para las personas ingresadas con requerimientos de uso de oxígeno no cubiertas por otros programas.

#### **Monitoreo y evaluación**

Se realizarán dos evaluaciones anuales para este programa.

**La primera evaluación se efectuará con corte al 31 de julio cada año y envío de informe al encargado del Programa del nivel central al 31 de agosto del año correspondiente.**

En esta evaluación se requerirá el envío de un informe detallando las comunas en convenio, el registro estadístico mensual (REM) correspondiente al programa y los indicadores que se detallan en esta resolución. Este informe deberá ser generado desde el Servicio de Salud hacia el nivel central, agregando al detalle un consolidado de los resultados de dicho servicio. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de septiembre de cada año si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo al cuadro del apartado de "Financiamiento".

**La segunda evaluación se efectuará con corte al 31 de diciembre de cada año y envío del informe al Encargado del Programa del nivel central al 31 de enero del siguiente año.** Se debe incluir la misma información de la primera evaluación.



Las metas a considerar son:

1. Primera evaluación del 31 de agosto:

ESTRATEGIA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Diagnóstico de personas beneficiarias	Igual o mayor al 30% de población objetivo potencial
Plan Integral consensuado	100% de personas ingresadas
Seguimiento <sup>14</sup>	100% personas con PIC
Capacitación a personal de salud	Igual o mayor al 30% del personal clínico del centro

2. Segunda evaluación del 31 de diciembre:

ESTRATEGIA	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO
Diagnóstico de personas beneficiarias	Igual o mayor al 40% de población objetivo potencial <sup>16</sup>
Plan Integral consensuado	100% de personas ingresadas
Seguimiento <sup>14</sup>	100% personas con PIC
Capacitación a personal de salud	Igual o mayor a 50% del personal clínico del centro

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.

**Indicadores y medios de verificación**

Las estrategias a medir en forma anual, sus indicadores, metas y ponderación se observan a continuación:



<b>N°</b>	<b>ESTRATEGIA</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>FÓRMULA</b>	<b>FUENTES</b>	<b>Ponderación</b>
1	Diagnóstico de personas beneficiarias	Porcentaje de personas pesquisadas respecto a la demanda potencial	$(n^{\circ} \text{ personas pesquisadas en el centro de salud/ total de demanda potencial del centro}) * 100$	REM	30%
2	Plan Integral consensuado	Porcentaje de personas con plan integral de cuidados	$(n^{\circ} \text{ personas ingresadas con PIC/ población objetivo del programa}) * 100$	REM	30%
3	Seguimiento <sup>14</sup>	Porcentaje de personas que cumplen criterio de seguimiento	$(n^{\circ} \text{ personas que cumple criterios de seguimiento/ población objetivo del programa}) * 100$	REM	30%
4	Capacitación del personal de salud	Porcentaje de personal clínico que atiende personas ingresadas al Programa con capacitación	$(n^{\circ} \text{ de personas que desempeñan funciones en CCPP del centro con capacitación/ total de personas que desempeñan funciones en CCPP}) * 100$	REM/ Registro local	10%



5.- Los fondos transferidos a la I. Municipalidad, solo podrán ser destinados a los objetivos del programa, financiando exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente las metas a lograr, e indicadores, estrategias y beneficiarios legales. El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en esta Resolución se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por este Servicio de Salud O'Higgins para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

6.- El Servicio de Salud O'Higgins efectuará el monitoreo y evaluación del grado de cumplimiento del programa, conforme a las metas definidas por el Ministerio de Salud.

7.- Es deber del Municipio cautelar y resguardar prolijamente que todas las actividades y prestaciones que se realizan en el marco del programa, se registren correctamente y en forma mensual de acuerdo a lo indicado en los medios de verificación del programa, en los sistemas informáticos actuales o futuros habilitados por el Servicio de Salud y en los registros estadísticos mensuales (REM) establecidos por el Ministerio de Salud.

8.- Las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N°30, de la Contraloría General de la República. Las rendiciones de cuentas se deberán realizar mensualmente en la plataforma SISREC del mencionado Órgano de control, dentro de los quince (15) primeros días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, incluso respecto de aquellos meses en que no exista inversión de los fondos traspasados, y deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión y el saldo disponible para el mes siguiente. Considerando que las actividades a desarrollar por la Municipalidad y estipuladas en esta resolución, son de continuidad a las ejecutadas en el año anterior, se aceptaran rendiciones de cuentas de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio, de acuerdo a lo estipulado en el artículo N°13 de la aludida Resolución N° 30. Los servicios no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a cualquier título a terceros,



cuando la rendición se haya hecho exigible y la persona o entidad receptora no haya rendido cuenta de la inversión de cualquier fondo ya concedido, salvo en casos debidamente calificados y expresamente fundados por la unidad otorgante. En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido cuenta de la transferencia anterior.

9.- Finalizado el período de vigencia de la presente Resolución, esto es el 31 de diciembre de 2023, el Municipio deberá restituir los recursos no rendidos, observados y/o no ejecutados.

**RESOLUCION:**

1.- **APRUEBASE**, las modificaciones establecidas en el numeral 4, del “Programa de apoyo de los Cuidados Paliativos Universales en APS”,

2.- **ASIGNASE**, a la I. Municipalidad de Litueche desde la fecha de la total tramitación de la presente Resolución, la suma anual y única de \$ 8.918.780 (ocho millones novecientos dieciocho mil setecientos ochenta) para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas para el año 2023. Según la siguiente distribución:

Componente 1: Plan Integral Consensuado (PIC)	
Abordar las necesidades de salud de las personas con enfermedades terminales o graves, a través de los CCPP, en los establecimientos de APS.	
Ítem	Monto
RRHH	\$ 4.713.135.-
Movilización	\$ 1.825.369.-
Insumos Domiciliarios	\$ 466.041.-
Fármacos Domiciliarios	\$ 1.698.571.-
Oxígeno Domiciliario	\$ 215.664.-
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 8.918.780.-</b>



**3.- TRANSFERANSE**, los recursos presupuestarios en dos (02) cuotas, la primera equivalente a un 70% del total de los recursos, una vez afinada la presente resolución y se encuentren recepcionados los recursos desde el Ministerio de Salud; y una segunda cuota equivalente al 30% restante del total de los recursos en el mes de octubre del presente año 2023, contra los resultados de la primera evaluación, de acuerdo a los indicadores definidos en el Programa.

**4.- TENGASE PRESENTE**, que en todo lo no modificado en esta Resolución, se mantiene vigente lo estipulado en el convenio original, singularizado en el considerando 2.

**5.- IMPUTESE**, el gasto que irrogue la presente Resolución al ítem 24-03-298 del presupuesto del Servicio de Salud.

**NOTIFIQUESE, ANÓTESE Y COMUNÍQUESE**



**JAIME GUTIERREZ BOCAZ  
DIRECTOR SERVICIO DE SALUD DEL LIBERTADOR  
GENERAL BERNARDO O' HIGGINS**

**DISTRIBUCION:**

- Ministerio de Salud- DIVAP
- I. Municipalidad de Litueche
- Dirección Atención Primaria SSO
- Sub-Director de Recursos Físicos y Administrativos
- Sub-Dirección de Gestión Asistencial.
- Sub-Dirección Gestión y desarrollo de las personas
- Jefe Dpto. Jurídico
- Jefe Dpto. Auditoría



