

DECRETO EXENTO N°: 0769/2022
MARIA ELENA, 29-03-2022

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES:

- 1 El Convenio de Ejecución "PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE RECURSO HUMANO EN ATENCION PRIMARIA DE LA RED ASISTENCIAL Entre el Servicio de Salud Antofagasta y la Ilustre Municipalidad de María Elena, de fecha 27 de enero del 2022.
- 2 El Decreto N° 6872/2021 de la I. Municipalidad de María Elena, que aprueba el Presupuesto Municipal Vigente 2022.
- 3 Las atribuciones que me confiere el D.F.L. N° 1/19.704 del Ministerio del Interior. Fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades. (Diario Oficial 26.07.06).

DECRETO:

- 1 **APRUEBESE**, El Convenio de Ejecución "PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE RECURSO HUMANO EN ATENCION PRIMARIA DE LA RED ASISTENCIAL.
- 2 Impútese el Gasto al Presupuesto Municipal Vigente 2022.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.



MARCELA GARRIDO URIBE
SECRETARIA MUNICIPAL



EDUARDO AHUMADA MANDIOLA
ALCALDE (S)
MUNICIPALIDAD DE MARIA ELENA

EAM/MGU/lpc

DISTRIBUCION: **Interesado-Alcaldía -Archivo.** Arch *Convenio*



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE MARIA ELENA	
SECRETARIA MUNICIPAL	
N° DECRETO	769
FECHA	21/03/22
FIRMA	

**APRUEBA CONVENIO DE EJECUCIÓN
RESOLUCION EXENTA N°
ANTOFAGASTA**

VISTOS estos antecedentes: Resolución Exenta N°132 del 26 de enero del 2022 del Ministerio de Salud, que aprueba Programa Fortalecimiento de recurso humano en atención primaria; Resolución Exenta N°119 de fecha 21 de enero de 2022, que Distribuye Recursos al Programa Fortalecimiento de recurso humano en atención primaria, para el año 2022; Convenio de Ejecución **“PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE RECURSO HUMANO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA RED ASISTENCIAL”** de fecha 27 de enero del 2022 entre **EL SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA e ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE MARIA ELENA**; y

TENIENDO PRESENTE, lo dispuesto en el D.L. N°2.763, de 1979; D.S. N°140, de 2004; D.E. N°07, de 2022 todos del Ministerio de Salud; Ley N° 18.575, sobre Bases Generales de la Administración del Estado; D.S. N°35 de Diciembre 2016 del Ministerio de Salud, Ley N° 19.378 Sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; Resolución N°7 de 2019 de la Contraloría General de la República, Ley N°21.395, de Presupuestos del Sector Público, para el año 2022 y que considera el incremento de la ley 21.405 y en uso de las facultades que me encuentro investido;

CONSIDERANDO

1.- Que, al Servicio de Salud le corresponde tener a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas.

2.- Que, mediante Resolución Exenta N°132 del 26 de enero del 2022 del Ministerio de Salud, se aprobó Programa Fortalecimiento de Recurso Humano en Atención Primaria, cuyo propósito es mejorar el acceso, oportunidad, tratamiento y calidad en las prestaciones de salud que no se encuentran financiadas en otros programas del Ministerio de Salud, de acuerdo a los criterios y términos definidos por la División de Atención Primaria y considerando la disponibilidad presupuestaria, con el fin de contribuir a la disminución de la Morbimortalidad y a una mejora en la sobrevivencia y calidad de vida de las personas, con una mayor resolutivez en condiciones de salud de alta prevalencia, considerando los aspectos promocionales, preventivos, curativos y paliativos de la atención en salud desarrollados dentro del Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario; a su vez ocasionalmente se podrá disponer de equipamiento e insumo menor, para la correcta ejecución de las acciones del Recurso Humano dispuesto en el Programa.

3.- Que, mediante la Resolución Exenta N°119 del 21 de enero de 2022, se aprobó la distribución de los recursos al Programa Fortalecimiento de Recurso Humano en Atención Primaria, para el año 2022.

4.- Que, los montos asignados a este servicio de salud se encuentran contemplados en la ley N°21.395 de Presupuestos del Sector Público, para el año 2022, partida 16, capítulo 02, programa 02, glosas 01 y 02 y considera el incremento de la Ley N°21.405.

5.- Que, habiéndose firmado convenio de ejecución con fecha 27 de enero del 2022, respecto Programa Fortalecimiento de Recurso Humano en Atención Primaria, entre el Servicio de Salud de Antofagasta y la I. Municipalidad de María Elena.

RESUELVO

1.- **APRUEBASE** el Convenio **“PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE RECURSO HUMANO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA RED ASISTENCIAL”** de fecha 27 de enero del 2022 entre **EL SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA e ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE MARÍA ELENA**; cuyo texto es el siguiente;

I. MUNICIPALIDAD DE MARIA ELENA	
DE: OFICINA DE PARTES	
A:	Alcalde
INGRESO:	23/03/22 HORA: 09:30
PAGINA:	8 FOLIO:
F/SALIDA:	23/03/22 HORA:



En Antofagasta a 27 de enero del 2022 entre el Servicio de Salud de Antofagasta, persona jurídica de derecho público, con domicilio en calle Bolívar N° 523 Antofagasta, representado por su Director (S) Sr. Mario Rojas Cisternas del mismo domicilio, en adelante el “**Servicio**” y la Ilustre Municipalidad de María Elena, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Ignacio Carrera Pinto 1926, María Elena, representada por su Alcalde Sr. Omar Francisco Norambuena Rivera ambos con el mismo domicilio, en adelante la “**Municipalidad**”, se ha acordado celebrar un convenio complementario que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERO: MARCO NORMATIVO

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

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

SEGUNDO: PROGRAMA MINISTERIAL:

En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria, buscando, asimismo, incorporar a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa **Fortalecimiento de Recurso Humano en Atención Primaria de la Red Asistencial**.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 132 del 26 enero de 2022 del Ministerio de Salud y financiado por la Res. N° 119 de fecha 21 de enero de 2022. Anexas al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, así mismo esta última indica el monto total de recursos que se asignan se encuentra contemplado, para cada Servicio de Salud, en la ley N°21.395, de Presupuestos del Sector Público, para el año 2022 y que considera el incremento de la ley 21.405. Todas estas anexas al presente convenio y que se entienden forman parte integrante del mismo, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERO: ACCIONES SANITARIAS

El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes y metas del programa, las que se detallan a continuación:

COMPONENTE		PRODUCTO ESPERADO	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Componente N°1	1.1 Refuerzo de RRHH e insumos para atención de pacientes con patologías respiratorias agudas y crónicas en salas IRA, ERA, Mixtas y atención en SAPU.	Aumentar la población crónica respiratoria bajo control en un 5% respecto del año anterior, en todo el ciclo vital. (2019 base).	N° de pacientes crónicos en control menores de 20 años (año vigente) – N° de pacientes crónicos respiratorios en control menores de 20 años (2019 base). <hr/> Población crónica respiratoria en control menor de 20 años (2019 base).	REM



			<p>N° de pacientes crónicos en control mayores de 20 años ASMA y EPOC (año vigente) – N° de pacientes crónicos respiratorios en control mayores de 20 ASMA y EPOC (año 2019)</p> <hr/> <p>Población crónica respiratoria en control mayor de 20 años ASMA y EPOC (año 2019) *100.</p>	REM
		<p>Aumentar la población crónica respiratoria (asma y EPOC) con nivel de control "controlado" en un 25% respecto al año anterior, en todo el ciclo vital. (2019 base).</p>	<p>N° de pacientes asmáticos menores de 20 años con evaluación del nivel de control "controlado" año vigente – n° de pacientes asmáticos menores de 20 años con evaluación de control "controlado" (año 2019)</p> <hr/> <p>N° de pacientes asmáticos menores de 20 años con evaluación de control "controlado" (año 2019) *100.</p>	REM
			<p>N° de pacientes asmáticos y EPOC mayores de 20 años con evaluación del nivel de control "controlado" año vigente – n° de pacientes EPOC y asmáticos mayores de 20 años con evaluación del nivel de control "controlado" (año 2019)</p> <hr/> <p>N° de pacientes EPOC y asmáticos mayores de 20 años con evaluación de control "controlado" (año 2019) *100.</p>	REM
			<p>Aumentar los pacientes EPOC etapa A sintomáticos hayan cumplido con un programa de rehabilitación</p>	<p>N° de pacientes EPOC etapa A que finalizan programa de rehabilitación pulmonar (año vigente) - N° de</p>

		pulmonar en un 25% respecto al año anterior.	pacientes EPOC etapa A que finalizan programa de rehabilitación pulmonar (año 2019). N° de pacientes EPOC etapa A que finalizan programa de rehabilitación pulmonar (Año 2019). X 100	
	1.2 Refuerzo RRHH e insumos para campaña de vacunación contra la influenza y otras según contingencia sanitaria	Lograr cobertura de vacunación igual o superior al 85 % de la población objetivo.	Porcentaje de población objetivo con vacuna influenza y otras según requerimiento.	RNI
Componente N°4 Contratación de RRHH para reforzar registro SIGGES	Refuerzo con RRHH para asegurar calidad, confiabilidad y oportunidad del registro en SIGGES	Contratación de RRHH Digitadores.	Digitación del 100% de los casos GES en la fecha correspondiente para dar cumplimiento a la garantía de oportunidad, cuando corresponda.	Programa de trabajo aprobado por Servicio de Salud, informes de ejecución técnica y financiera, SIGGES.

CUARTO: RECURSOS ASIGNADOS:

Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud, a través del "Servicio", conviene en asignar a la "Municipalidad" recursos destinados a financiar desde la fecha de total tramitación de la Resolución que apruebe el presente instrumento y recibidos los recursos desde el Ministerio de Salud, la suma anual y única de **\$30.045.857.- (treinta millones, cuarenta y cinco mil ochocientos cincuenta y siete pesos)**, subtítulo 24, y serán transferidos en dos cuotas, la primera el 70 % y la segunda el 30 %, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las metas señaladas en la cláusula anterior. Este monto se distribuye de acuerdo al siguiente detalle:

COMPONENTE	MONTO
Componente N°1 1.1.- Refuerzo de RRHH e insumos para atención de pacientes con patologías respiratorias agudas y crónicas en salas IRA, ERA, Mixtas y atención en SAPU.	\$ 16.320.931.-
Componente N°1 1.2.- Refuerzo RRHH e insumos para campaña de vacunación contra la influenza y otras según contingencia sanitaria (COVID-19).	\$ 8.842.695.-
Componente N° 4 Refuerzo con RRHH para asegurar calidad, confiabilidad y oportunidad del registro en SIGGES.	\$ 4.882.231.-
TOTAL	\$ 30.045.857.-



Consideraciones:

- “El “SERVICIO” determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes por parte de la “MUNICIPALIDAD”, asegurando que sean acordes a las necesidades del “PROGRAMA” y de acuerdo a la normativa vigente, en el caso que el gasto no este determinado en la resolución base del programa o en el clausula cuarta, para estos efectos deberá contar con la validación previa de la Encargada de Unidad de Planificación y Control de Gestión del Departamento de Atención Primaria o su subrogante.
- Los bienes e infraestructura adquiridos con los fondos del presente convenio deberán mantener su destino conforme a los objetivos del presente programa no pudiendo destinarse a otros fines, asimismo los equipos y bienes adquiridos deberán contar con un logo del Servicio de Salud Antofagasta.
- El envío de información solicitada por el SSA a través de sus referentes, deberá realizarse con la información y en los medios formales establecidos por el SSA o la administración interna (Sistemas de Rendiciones, e informes Técnicos emitidos formalmente). Para efectos de registro de prestaciones, rendiciones u otra información solicitada por el SSA, deberán realizarse en sistema de registro REM, RAYEN (único medio de verificación de atención de pacientes FONASA), SISREC y planillas normadas según corresponda e informadas por los referentes técnicos del SSA.

QUINTO: OBJETIVOS SANITARIOS

En relación a los Objetivos Sanitarios, la “MUNICIPALIDAD” está obligada a cumplir las coberturas definidas en este convenio, como, asimismo, a implementar y otorgar las prestaciones que correspondan al nivel primario de salud de acuerdo a los objetivos señalados en el “PROGRAMA”, siendo su objetivo general el siguiente:

Objetivo General:

Otorgar herramientas que permitan apoyar la gestión en salud para el desarrollo de estrategias de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en patologías de alta prevalencia en el marco del modelo de salud familiar, que contribuyan a mejorar la calidad, oportunidad de acceso y resolutivez de la atención en el primer nivel de atención en salud.

SEXTO: EVALUACIÓN Y MONITOREO

La evaluación y monitoreo se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del “Programa”, con el propósito de mejorar la eficiencia y efectividad de sus objetivos, el cual se evaluará en relación a sus componentes técnicos y administrativos-financieros.

El proceso de monitoreo del programa se realizará 2 veces en el año, emitiendo 2 informes, con corte al 30 de junio de 2022 y al 31 de diciembre de 2022.

La Municipalidad deberá enviar al Servicio de Salud los informes respectivos solicitados por el referente técnico encargado/a del Programa del Servicio de Salud Antofagasta, en la fecha que se informará oportunamente.

1. Primer corte al 30 de junio:

Se realizará evaluación de proceso del programa con fecha de corte al 30 de junio del año en curso, en base a los indicadores descritos y cuya fuente de información oficial será:

Componente N° 1.1: Registros en REM.

Componente N° 1.2: Registros en RNI.

Componente N° 4: Se realizará en base a informe de ejecución y rendición de la Municipalidad e informada al Servicio de Salud.

Con la evaluación técnica correspondiente al corte del 30 de junio del año 2021, la comuna deberá estar al día en el envío de las rendiciones financieras mensuales y los comprobantes de ingreso correspondientes; en caso contrario no se procederá a hacer efectiva la transferencia de la segunda cuota de los recursos.

Conforme a los resultados, en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota, si es que su cumplimiento es inferior al **60%** de acuerdo a lo indicado en el programa.



Excepcionalmente cuando existan razones fundadas del incumplimiento, la Municipalidad podrá apelar al "Servicio", la decisión de reliquidar, acompañando un **Plan de Mejora** que compromete un cronograma para el cumplimiento de metas, dentro del periodo vigente del convenio y la **Carta de Compromiso** del cumplimiento del 100% de las metas al 31 de diciembre, firmada por el (la) alcalde(sa).

El "Servicio" analizará la apelación y verificará la existencia de razones fundadas del incumplimiento. En caso de comprobar la existencia de dichas razones, el "Servicio" podrá pedir al Ministerio de Salud la no reliquidación del Programa adjuntando el Plan de Mejora y Carta de Compromiso, que respalden dicha solicitud.

En relación a los recursos producto de la reliquidación que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, dichos recursos podrán ser reasignados por el Servicio de Salud a comunas y/o establecimientos que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha de corte del año en curso, en el mismo programa.

2. Segundo corte al 31 de diciembre:

Se realizará evaluación de proceso del programa con fecha de corte al 31 de diciembre del año en curso, en base a los indicadores descritos y cuya fuente de información oficial será:

Componente N° 1.1: Registros en REM.

Componente N° 1.2: Registros en RNI.

Componente N° 4: Se realizará en base a informe de ejecución y rendición de la Municipalidad e informada al Servicio de Salud.

En la evaluación técnica y final, con corte al 31 de diciembre de 2021, el "Programa" deberá tener ejecutado el 100% de las acciones comprometidas en el convenio y la "Municipalidad" deberá haber enviado el informe técnico final de ejecución y las rendiciones mensuales hasta el mes de diciembre. En caso contrario el "Servicio" procederá a solicitar a la "Municipalidad" el reintegro de los recursos que no hayan sido ejecutados.

El resultado de los indicadores al mes de diciembre podrá tener incidencia en los criterios de asignación de recursos del año siguiente, en el caso que el convenio tenga cláusula de continuidad.

Los antecedentes considerados en las evaluaciones del "Programa" serán recopilados por el Departamento de Atención Primaria del "Servicio", mediante solicitud de informes y visitas de supervisión por parte de los referentes técnicos del Departamento de Atención Primaria del "Servicio", quienes evaluarán técnicamente el cumplimiento de las actividades y realizarán recomendaciones para su correcta ejecución.

Adicionalmente el Departamento de Atención Primaria, efectuará supervisiones aleatorias del uso correcto y adecuado de los recursos, mediante visitas de supervisión, solicitud de informes de avance y otros que se establezcan, a través de su Unidad de Planificación y Control de Gestión.

SÉPTIMO: TRANSFERENCIAS

Los recursos mencionados en la cláusula cuarta del presente convenio financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al "Programa", y serán transferidos por el Servicio de Salud en 2 cuotas:

- La primera cuota, correspondiente al 70 % del total de los recursos del convenio será traspasado a la total tramitación del acto aprobatorio, y en la medida que el Ministerio de Salud haya transferido los recursos al "Servicio".
- La segunda cuota, corresponderá al 30 % restante del total de recursos y se transferirá en el mes de octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación del Programa, la recepción de dichos fondos desde Minsal y la existencia de la rendición financiera, según lo establece la ley por parte de la "Municipalidad".



OCTAVO: RENDICIÓN DE GASTOS

La Municipalidad deberá rendir los gastos del Programa, únicamente utilizando el Sistema de Rendición Electrónica de cuentas de la Contraloría General de la República en adelante SISREC y de acuerdo a lo establecido en la resolución N° 30, de 2015, de la Contraloría General de la República, que Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas, o de las resoluciones que la modifiquen, complementen o reemplacen.

Se permitirá realizar la rendición mensual, con documentos auténticos digitalizados en el sistema y documentos electrónicos, de acuerdo al flujo establecido internamente por la comuna para su tramitación, que justifiquen cada uno de los gastos realizados en el mes correspondiente, los que deberán ser autorizados por el ministro de fe del municipio.

La "MUNICIPALIDAD" quedará obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

- Utilizar el SISREC para la rendición de cuentas a que dé lugar el presente convenio, ocupando las funcionalidades que otorga el perfil ejecutor, dando cumplimiento al marco normativo aplicable, incluyendo la preceptiva de la resolución N° 30, de 2015, de la Contraloría General de la República.
- Designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y atribuciones necesarias para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado, analista y ministro de fe en el SISREC.
- Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través del SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, la adquisición de token para la firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, scanner para digitalización de documentos en papel y contar con casilla de correo electrónico e internet.
- Custodiar adecuadamente los documentos originales de la rendición garantizando su autenticidad, integridad y disponibilidad para las revisiones de la Contraloría General de la República, en el marco de la normativa legal pertinente.
- Establecer los actos administrativos y respaldos necesarios de acuerdo a la normativa vigente acerca del control de documento interno para realizar este proceso.

El "SERVICIO" quedará obligado en su calidad de otorgante, a lo siguiente:

- Designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado, analista, y ministro de fe del SISREC.
- Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas del proyecto con documentación electrónica y digital a través del SISREC durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto. Lo anterior incluye, por ejemplo, la adquisición de token para la firma electrónica avanzada del encargado otorgante, scanner para digitalización de documentos en papel y contar con casilla de correo electrónico e internet.

La "MUNICIPALIDAD" deberá rendir los gastos mensuales del Programa una vez realizada la primera remesa, utilizando la plataforma SISREC y sujetándose a lo establecido en la resolución N°30, de 2015, de la Contraloría General de la República, que Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas, o de las resoluciones que la modifiquen o la reemplacen.

El período a rendir del mes de enero de 2022 corresponde únicamente a los impuestos por boletas de honorarios recibidas por el municipio hasta el mes de diciembre y que por proceso tributario son enterados al fisco al mes siguiente. Esto no implica bajo ningún aspecto que la ejecución del programa sea hasta el este mes, por lo que no se aceptará la rendición de otros gastos efectuados durante el mes de enero de 2023. Excepto se convenga alguna extensión de su ejecución por medio de Addendum y resolución correspondiente.

Dichos informes mensuales, deberán contar con documentación de respaldo, la que deberá encontrarse en estado devengado y pagado. Los antecedentes de respaldo deben ser copia legible de los originales y deben incluir lo que señala a continuación, según corresponda:



- Copia de comprobantes de ingreso y egreso.
- Copia de los contratos a honorarios, plazo indefinido y fijo de los funcionarios que realizan funciones para el programa, indicando lugar de destinación del funcionario y el origen de su financiamiento.
- Copia pago Boletas de honorarios sumaalzada de los funcionarios que cumplen funciones para el programa.
- Copia de registro de asistencia de los funcionarios que realizan funciones para el programa, firmado por jefatura directa.
- En el caso de los contratos de prestación de servicios, se deberá presentar bitácora de actividades u otro documento similar que acredite el cumplimiento del servicio solicitado.
- Copia de facturas y/o boletas pago contratación de servicio externos destinados al programa.
- Copia de facturas y/o boletas de compras de insumos, equipos o equipamientos destinados al programa.

Asimismo, toda la documentación original de respaldo deberá estar disponible en la "MUNICIPALIDAD" para cuando el "SERVICIO", u otra entidad fiscalizadora así lo requiera para su fiscalización en caso de ser necesario.

El "Servicio" podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría, por lo que toda documentación original de respaldo deberá estar a resguardo y disponible por la "Municipalidad", en sus dependencias o en las de la entidad ejecutora según corresponda, en el caso que el "Servicio" lo requiera para una fiscalización.

Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N.º 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos.

NOVENO: RESPONSABILIDAD FINANCIERA

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.

DÉCIMO: RESPONSABILIDAD DE LA MUNICIPALIDAD

Será responsabilidad de la "Municipalidad", velar por la correcta administración de los recursos recibidos, gastados e invertidos en los diferentes establecimientos de salud, ejecutar el presente convenio de acuerdo a las acciones y objetivos sanitarios establecidas en el presente. Lo anterior, independiente de las atribuciones que le competen al "Servicio", en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar, en términos aleatorios, el Departamento de Auditoría del "Servicio".

Por su parte la "Municipalidad" se compromete a facilitar al "Servicio" todos los informes y datos que sean requeridos para la evaluación del cumplimiento de las actividades y ejecución de los recursos en su formato original.

DÉCIMO PRIMERA: RESTITUCIÓN DE FONDOS

Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada, no rendida o con incumplimiento de metas incluidas en el "PROGRAMA", objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la "MUNICIPALIDAD" al "SERVICIO" en el mes siguiente de término del presente convenio.

Los fondos transferidos a la "MUNICIPALIDAD", solo podrán ser destinados a los objetivos y actividades que determine el programa en la cláusula cuarta del presente convenio.

DÉCIMO SEGUNDA: VIGENCIA

El presente convenio tendrá vigencia desde el **1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022** sin embargo, se renovará automática y sucesivamente por períodos iguales en la medida en que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo. Las metas y recursos asociados a dichas renovaciones serán fijadas por el Servicio, mediante acto administrativo.



No obstante, la renovación automática consignada en el párrafo anterior, cualquiera de las partes del presente convenio puede manifestar su voluntad de no perseverar en él, dando aviso a la otra, por escrito, a más tardar dentro del plazo de 15 días hábiles posteriores a la notificación de la Resolución que apruebe la referida renovación.

DÉCIMO TERCERA: RETROACTIVIDAD

Sin perjuicio de lo señalado en la cláusula anterior, las partes dejan constancia de que, por tratarse de un programa ministerial de continuidad, y atendidas las razones de buen servicio, las prestaciones asistenciales descritas en este convenio se comenzarán a otorgar desde el 1 de enero del presente año, pudiendo financiarse gastos operacionales de estrategias ejecutadas a partir de dicha fecha, con la finalidad de mantener la operatividad del programa. Por esta razón dichas atenciones se imputarán a los recursos que serán transferidos en conformidad a lo señalado en el presente convenio.

Lo anterior, de acuerdo a lo establecido en el artículo 52, de la Ley N° 19.880, de Bases de Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, que proscribe la retroactividad de los actos administrativos, salvo cuando ellos produzcan consecuencias favorables para los interesados y no lesionen derechos de terceros.

DÉCIMO CUARTA: PRORROGA

Sin perjuicio de lo señalado en la cláusula décimo segunda, si al vencimiento del plazo de vigencia del convenio la "MUNICIPALIDAD" por razones debidamente fundadas, no cumpla con las acciones y ejecuciones presupuestarias establecidas en el convenio, y siempre que se encuentre a lo menos, el 80% de las prestaciones ejecutadas, y la correspondiente rendición de cuenta al día, puede solicitar una prórroga de vigencia a través de ordinario dirigido al director del "SERVICIO" para su aprobación, exponiendo los fundamentos pertinentes y respaldos hasta el 30 de octubre del año en curso. El Director(a) del Departamento de Atención Primaria del "SERVICIO" es el encargado de ponderar esta solicitud, considerando que la destinación de estos recursos es solo para acciones atingentes al programa.

En caso que el Servicio considere que no concurren los supuestos señalados en el párrafo precedente, la Municipalidad deberá, sin más trámite, restituir los saldos no ejecutados, previa rendición de cuentas conforme a la Resolución N° 30 de 2015, de Contraloría General de la República y de acuerdo a lo establecido en la cláusula octava.

DÉCIMO QUINTA: MODIFICACIONES

Las partes dejan establecido que, mediante acuerdos complementarios podrán introducirse modificaciones al presente convenio, siempre que se ajusten a los lineamientos técnicos y objetivos del programa.

DÉCIMO SEXTA: PERSONERIAS

La representación del Sr. Mario Rojas Cisternas, para representar al Servicio de Salud Antofagasta consta en Decreto Exento N.º 7 del 21 de enero de 2022 del Ministerio de Salud. La representación de Sr. Omar Francisco Norambuena Rivera para actuar en nombre de la I. Municipalidad de María Elena consta en Decreto Alcaldicio Exento N.º 2435 de fecha 28 de junio de 2021. Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes.

DÉCIMO SEPTIMA: DOMICILIO

Las partes fijan su domicilio en la comuna de Antofagasta, sometiéndose a la competencia de sus tribunales de Justicia.



DÉCIMO OCTAVA: EJEMPLARES

El presente convenio se firma de manera digital y distribuido a los siguientes Servicio de Salud, (Departamento de Atención Primaria, Finanzas, Auditoría y Oficina de Partes), Municipalidad y la División de Atención Primaria, del Ministerio de Salud.

2.- DEJESE ESTABLECIDO que la asignación de recursos para el presente convenio es la suma anual y única de **\$30.045.857.- (treinta millones, cuarenta y cinco mil ochocientos cincuenta y siete pesos)**, subtítulo 24, y serán transferidos en dos cuotas, la primera el 70 % y la segunda el 30 %, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las metas, de acuerdo al detalle indicado en cláusula séptima del convenio, los cuales provienen del programa Fortalecimiento de Recurso Humano en Atención Primaria.

3.- IMPUTANSE los gastos que genera el presente convenio al subtítulo 24, Ítem 03, Asignación 298, Atención Primaria Ley N°19.378, correspondiente a los recursos que los Servicios de Salud transfieren a las Municipalidades para financiar atenciones de salud propias del ámbito municipal, de acuerdo a las directrices surgidas desde el referente institucional de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y en conformidad a lo establecido en la ley de presupuestos.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



MARIO ROBERTO ROJAS CISTERNAS
DIRECTOR (S) SERVICIO DE SALUD
ANTOFAGASTA
SERVICIO SALUD ANTOFAGASTA
FECHA: 21/03/2022 HORA:18:22:07

MGLT

ERAC

MJMC

RNDLDC

YMCB

JIOH



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese el código de verificación: 1136506-6c0cbd en:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/>



MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
DIVISIÓN JURÍDICA

ADL/URB/NDG/NTC/SIZ/JHG/CBP



APRUEBA PROGRAMA
FORTALECIMIENTO DE RECURSO
HUMANO EN ATENCIÓN PRIMARIA

EXENTA N°

132

SANTIAGO, 26 ENE 2022

VISTO: Memorandum C51 N°233 de 09 de diciembre de 2021, de la Jefa de División de Atención Primaria; lo dispuesto en el decreto con fuerza de ley N°1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en el decreto supremo N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; en la ley N° 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; en el decreto supremo N° 2.296, de 1995, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento General de la ley N° 19.378; en la resolución N° 30 de 2015, y resolución N° 7 de 2019, ambas de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

1. Que, al Ministerio de Salud le corresponde formular y fijar las políticas de salud que se desarrollan dentro del territorio nacional.
2. Que, esta función es expresión de la atribución que le compete a esta cartera de Estado de ejercer la rectoría del sector salud, en conformidad lo previene el artículo 4 N°1 letra a) del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005 del Ministerio de Salud.
3. Por su parte, los programas de salud tienen por finalidad la realización de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, y de rehabilitación del individuo, organizadas con la finalidad de mejorar las condiciones de salud de la población, en una determinada región o país en forma integral y sostenible.
4. Que, asimismo, la Atención Primaria de Salud (APS) representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público, siendo su objetivo otorgar una atención de salud equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, centrado en las personas, familia y comunidad.
5. Que, en este contexto, el presente programa denominado Programa Fortalecimiento de Recurso Humano en Atención Primaria tiene por propósito mejorar el acceso, oportunidad, tratamiento y calidad en las prestaciones de salud que no se encuentran financiadas en otros programas del Ministerio de Salud, de acuerdo

a los criterios y términos definidos por la DIVAP y considerando la disponibilidad presupuestaria.

6. Los objetivos fijados para esta estrategia apuntan a otorgar herramientas que permitan apoyar la gestión en salud para el desarrollo de estrategias de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en patologías de alta prevalencia en el marco del modelo de salud familiar, que contribuyan a mejorar la calidad, oportunidad de acceso y resolutivez en establecimientos de atención primaria y/o en domicilios u otros espacios de acuerdo a lo estipulado expresamente para cada componente.

7. Que, en base a las razones expuestas, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. APRUÉBASE el PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE RECURSO HUMANO EN ATENCIÓN PRIMARIA, en adelante, el Programa de Salud, cuyo texto es el que se inserta a continuación:

PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE RECURSO HUMANO EN ATENCIÓN PRIMARIA

I. ANTECEDENTES:

La mejora en las condiciones de vida, el control de la desnutrición y de algunas enfermedades crónicas, sumado a la creación de un sistema de salud con una fuerte orientación en la prevención, ha hecho posible que Chile ocupe un lugar de privilegio en Latinoamérica desde la segunda mitad del siglo XX, por sus indicadores de salud.

Sin embargo, según análisis de la Organización Mundial de la Salud, Chile registra dentro de las diez primeras causas de mortalidad el cáncer y las enfermedades respiratorias. En el caso del cáncer, el cáncer cérvico uterino ocupa el 4° lugar de incidencia de los distintos tipos de cáncer. En cuanto a las enfermedades respiratorias las tasas de mortalidad están por sobre la mayoría de los países de la OCDE. Uno de cada 10 pacientes que fallecen en Chile, lo hacen por causa respiratoria, manteniéndose estable en el último decenio, y situándose en el 3er lugar entre las causas generales de muerte (en el año 2019, 13.864 fallecidos, 12.6% del total).

Como ya se mencionó, desde los años noventa las enfermedades respiratorias han ocupado el tercer lugar entre las causas de muerte en Chile; de ellas, entre el año 1997 y 2003, el 41% correspondió a las muertes por neumonía, especialmente en personas de 65 años o más, a las que correspondió el 90% de esas muertes.

Para enfrentar esta problemática, en la década de los noventa se instaura el Programa de Infecciones Respiratorias Infantiles (IRA) y en el 2001 se estableció a través de la Norma General Técnica aprobada por Resolución Exenta N°809 de 2001 el programa Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA). En ellos se estandarizaron las pautas para el manejo clínico en los ámbitos de anamnesis, diagnóstico, categorización, criterios de hospitalización, tratamiento, exámenes complementarios, seguimiento y derivación en caso necesario, además de tener un fuerte énfasis en el componente educativo a la comunidad.

El objetivo general de los programas IRA y ERA ha sido y es reducir la mortalidad y la letalidad de las enfermedades respiratorias de niños y adultos en el país. En el marco de estos programas se habilitaron salas de apoyo respiratorio para facilitar el control y la atención de estos pacientes —de acuerdo con las normas establecidas para cada enfermedad— y, de esta manera, mejorar la capacidad resolutivez del nivel primario de atención.

En el año 2004 —y como parte de la reforma de salud en Chile— se promulgó la Ley N°19.966 que establece el programa denominado Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas en Salud (AUGE), luego renombrado Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES). Este programa se diseñó para facilitar el acceso a la salud de la población mediante un plan que garantizara a todos los beneficiarios el derecho a prestaciones mínimas. En esta canasta de prestaciones se incluyen productos y servicios, se especifican plazos de espera y se detallan protocolos de atención específicos para un grupo de enfermedades consideradas prioritarias, entre ellas la NAC, el EPOC y el ASMA.

En este contexto, y tras el inicio de los programas IRA y ERA, se observaron cambios estadísticamente significativos en la mortalidad por enfermedad respiratoria aguda, especialmente en la mortalidad por NAC en los mayores de 65 años, demostrando contribuir significativamente a la disminución de la mortalidad por enfermedad respiratoria.

Tras dos décadas desde sus inicios, según análisis de la Organización Mundial de la Salud, Chile aún conserva tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias por sobre la mayoría de los países de la OCDE

Sin embargo, si al inicio el 41% de las muertes eran causados por neumonía, la relación entre fallecimientos por enfermedades respiratorias infecciosas y las enfermedades respiratorias crónicas se fue estrechando paulatinamente pasando de tener casi el doble de defunciones por Neumonía e Influenza que defunciones por Asma y EPOC el año 2000 (razón 1,92), a tener el año 2015 más decesos de estas últimas patologías crónicas que las respiratorias infecciosas.

A su vez, el envejecimiento de la población, las altas tasas de tabaquismo y la contaminación ambiental, han contribuido a una mayor cantidad de adultos portadores de afecciones respiratorias crónicas que consultan en el sistema de salud, las que constituyen para el país un desafío de salud pública creciente, puesto que provocan impacto en la calidad de vida, deterioro en el acceso de fuentes laborales, alto consumo de fármacos y utilización de recursos sanitarios en los distintos niveles de complejidad de la red asistencial.

Por otra parte, la atención Domiciliaria a Personas con Dependencia Severa, constituye una estrategia sanitaria que comenzó a ser ejecutada a nivel país desde el año 2006, tanto en los establecimientos de Atención Primaria dependiente de los Municipios como en aquellos que dependen directamente de los Servicios de Salud y ONG. Esta estrategia, surge de la necesidad de generar una red de cobertura estatal hacia las personas con dependencia severa y sus familiares y/o cuidadoras/es.

Se entenderá como Dependencia, lo citado en la Ley N°20.422, donde se establece que dependencia es el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de una o más deficiencias de causa física, mental o sensorial, ligadas a la falta o pérdida de autonomía, requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades esenciales de la vida.

En relación a la caracterización de la población total con dependencia bajo control en los establecimientos de Atención Primaria se establece que existen 116.873 personas inscritas, con algún grado de dependencia, desde leve a total. De ellos, 57.026 (DEIS diciembre 2019) se encuentran con dependencia severa y son atendidos por el programa.

A nivel de APS, la atención de salud debe considerar un abordaje situacional, que contemple un acompañamiento de la personas con dependencia, su cuidador y familia mediante un enfoque biopsicosocial, integral y familiar, de acuerdo al Modelo de Atención Integral en Salud familiar y comunitario, considerando las medidas para prevenir discapacidad y dependencia, para acompañar a las familias en este proceso, apoyarlos con rehabilitación en aquellas situaciones que lo ameriten y para otorgar los cuidados sanitarios correspondientes a la persona dependiente y su cuidador, considerando el impacto multidimensional que acarrea la situación de dependencia en un miembro de la familia, con las consiguientes crisis normativas/no normativas, la repercusión en el ejercicio de los roles, el impacto a nivel biológico, funcional, emocional, social y económico y la probable sobrecarga del cuidador. Asimismo, resulta necesario incorporar el cuidado de la salud y

acompañamiento de quienes sobreviven a la persona con dependencia severa fallecida o en caso de fallecimiento del cuidador.

También dentro de las patologías de alta prevalencia en las que ha sido necesario implementar acciones para disminuir la tasa de mortalidad y tasa de incidencia, se encuentra el Cáncer Cérvico Uterino (CCU). En Chile, el año 1987 surge el Programa de Pesquisa y Control de Cáncer Cervicouterino, cuyo objetivo fundamental es disminuir la tasa de mortalidad y tasa de incidencia por cáncer invasor a través de detectar la enfermedad en etapas pre invasoras y tratarlas oportunamente.

De acuerdo a la Evaluación Programa Cáncer Cervicouterino, año 2015, al analizar la vigencia del examen PAP en mujeres diagnósticas con estadios I a IV de CACU, el 34% mantenía PAP atrasado y el 28% nunca se había realizado un PAP, esto ratifica la necesidad de reforzar estrategias orientadas a un diagnóstico precoz.

Este Programa se orienta a apoyar en materia de funcionamiento de los establecimientos de atención primaria, en aquellos aspectos que apunten al fortalecimiento de la calidad, eficiencia y continuidad de la atención en el marco del Modelo de Salud Integral.

II. FUNDAMENTACIÓN:

A partir de la implementación de los programas IRA y ERA, la mortalidad por infecciones respiratorias agudas ha ido en progresivo descenso producto de las intervenciones sanitarias diseñadas, las cuales deben mantenerse para lograr el control de ellas en forma ambulatoria de modo de evitar complicaciones que deriven en hospitalización.

Esto fundamenta la implementación de las Salas IRA y ERA en la Atención Primaria, que no solo desarrollan una labor asistencial, sino que consideran un fuerte componente educacional al personal de salud y a la comunidad.

La focalización del control de pacientes crónicos respiratorios a nivel de establecimientos de Atención Primaria, con participación de profesionales no médicos, ha demostrado desde su inicio ser una estrategia eficaz.

Estas estrategias desarrolladas a lo largo del país permiten realizar pesquisa precoz, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de niños, adolescentes, adultos y personas mayores de 65 años, con enfermedades respiratorias agudas y crónicas bajo el modelo de salud familiar incorporando los determinantes psicosociales, con un trabajo interdisciplinario, involucrando a las familias en el autocuidado y automanejo del problema de salud, asegurando el acceso a fármacos.

La dependencia de un integrante de la familia, trae consigo un impacto en la salud familiar, al modificar las relaciones familiares, las tareas habitualmente desarrolladas para el cuidado personal y de otros y el cambio en los roles normalmente ejercidos según la etapa del ciclo vital en que se encuentre tanto la persona dependiente como su cuidador. En forma simultánea a los cambios de la dinámica familiar, muchas veces se producen cambios en la situación socioeconómica de la familia, debido a que el principal proveedor(a) de la familia se encuentra en situación de dependencia y/o porque la situación de dependencia acarrea mayores costos principalmente en lo concerniente a gastos en salud y elementos de apoyo.

Las diferentes etapas que atravesará la familia para adaptarse a la dependencia de uno de sus integrantes pueden tener mejor resolución si se cuenta con redes de apoyo accesibles, estables y con capacidad de acompañar a la familia en su proceso de adaptación, superación y/o atención de la dependencia. En este escenario el rol de la Atención Primaria de Salud resulta fundamental como el sector de primer y más continuo y cercano contacto con la familia, para atender la situación de salud de la persona en forma integral, considerando las medidas iniciales de prevención de la discapacidad y dependencia, y aquellas relacionadas con aspectos curativos y de acompañamiento, facilitar el cuidado de acuerdo a las necesidades de la persona y su familia mediante la educación en cuidados y asistencia para la persona dependiente y en autocuidado del cuidador y promover el

ejercicio de derechos de las personas y al acceso a beneficios, mediante una adecuada comunicación y coordinación con las familias, la comunidad y el intersector de la red local.

En cuanto al cáncer cervicouterino, la 73ª asamblea mundial de la salud aprobó la Estrategia para la eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública. La Estrategia Global describe el siguiente umbral: se habrá eliminado el cáncer cérvico como problema de salud pública cuando todos los países alcanzan una tasa de incidencia de menos de 4 casos por 100.000 mujeres.

El principal impacto se ha logrado en países con programas de pesquisa precoz bien implementados y que han obtenido coberturas de mujeres de 25 a 64 años con examen de Papanicolaou (PAP) vigente sobre 80%, permitiendo evidenciar la disminución en la incidencia y mortalidad por esta causa. En Chile, a pesar de estar implementado el programa de detección precoz por cáncer cervicouterino, la cobertura de Mujeres con examen de PAP beneficiarias para el grupo de 25 a 64 años, no supera el 45% en el año 2020, proyectándose un 37.43% a diciembre 2021, y la mortalidad por cáncer en la mujer, ubica el cáncer cervicouterino en el cuarto lugar con una tasa de 9.6 por 100.000 mujeres fallecidas.

Estos programas con presencia a nivel nacional, constituyen un eje fundamental para el logro de los objetivos sanitarios, contribuyendo con su quehacer en la una disminución en la mortalidad por causa respiratoria aguda y crónica y por Cáncer Cérvico Uterino.

Por otra parte, aquellos municipios que teniendo una capacidad de innovación y adecuadas competencias en la gestión no cuentan con recursos para llevar a cabo iniciativas valorables relacionadas al refuerzo del Recurso Humano, para mejorar calidad o cobertura de las acciones, también requieren de un apoyo, lo que les brinda oportunidades de mejorar sus procesos de gestión local en salud, el recurso humano asociado a la estrategia de IRA, ERA, Digitadores, CACU. El reforzamiento del Recurso Humano en general viene a mejorar la capacidad de gestión en el ámbito de la salud de Atención Primaria.

III. PROPÓSITO:

El propósito general del Programa es mejorar el acceso, oportunidad, tratamiento y calidad en las prestaciones de salud que no se encuentran financiadas en otros programas del Ministerio de Salud, de acuerdo a los criterios y términos definidos por la División de Atención Primaria y considerando la disponibilidad presupuestaria, con el fin de contribuir a la disminución de la Morbimortalidad y a una mejora en la sobrevida y calidad de vida de las personas, con una mayor resolutiveidad en condiciones de salud de alta prevalencia, considerando los aspectos promocionales, preventivos, curativos y paliativos de la atención en salud desarrollados dentro del Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario; A su vez ocasionalmente se podrá disponer de equipamiento e insumo menor, para la correcta ejecución de las acciones del Recursos Humano dispuesto en el Programa.

IV. DESCRIPCIÓN:

El Programa de Fortalecimiento de Recurso Humano en Atención Primaria, aporta recursos orientados a mejorar las condiciones de gestión del RRHH en salud, de los establecimientos de atención primaria municipal y dependientes de Servicios, en los ámbitos de salud respiratoria, atención domiciliaria para personas con dependencia severa y sus cuidadores, pesquisa, rescate de pacientes con sospecha de cáncer cérvico uterino, y otras estrategias que favorezcan la gestión en salud así como la confiabilidad y oportunidad en los registros.

V. OBJETIVO GENERAL:

Otorgar herramientas que permitan apoyar la gestión en salud para el desarrollo de estrategias de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en patologías de alta prevalencia en el marco del modelo de salud familiar, que contribuyan a mejorar la calidad, oportunidad de acceso, resolutivez de la atención en el primer nivel de atención en salud.

VI. Objetivos Específicos:

1. Salud respiratoria:
 - 1.1. Apoyar con recurso humano e insumos necesarios para otorgar atención de salud oportuna, humanizada y de calidad a las personas para la prevención y tratamiento y rehabilitación de enfermedades respiratorias agudas y crónicas, conforme a las Guías y Normas Ministeriales vigentes.
 - 1.2. Apoyar con recurso humano e insumos necesarios para el proceso de vacunación anti influenza y otras según condiciones epidemiológicas, en establecimientos con dependencia del Servicio de Salud y dependencia municipal.
2. Apoyar con recurso humano o insumos destinados a la ejecución de estrategias que favorezcan la detección temprana y el rescate oportuno de mujeres para la toma del examen de Papanicolaou que permitirá la detección oportuna y prevención de Cáncer Cervicouterino.
3. Dependencia severa:
 - 3.1. Apoyar con recurso humano e insumos destinados para atención de salud integral a la persona con dependencia severa, cuidador y familia, en su domicilio, potenciando su recuperación, rehabilitación y el acompañamiento a la persona dependiente.
 - 3.2. Apoyar a su cuidador(a) y familia, en coordinación con la red de salud y la red intersectorial de servicios.
4. Apoyar con el recurso humano necesario para asegurar calidad, confiabilidad y oportunidad del registro en SIGGES como herramienta para el monitoreo del cumplimiento de las garantías de oportunidad establecidas por los Decretos GES, y que sirve de apoyo a la gestión local de los procesos del ciclo de la atención de las personas y de generación de información, para la gestión.
5. Apoyar con el recurso humano necesario para asegurar calidad, confiabilidad, orientación y oportunidad, mediante estrategias en gestión de salud, los cuales apoyarán la orientación a usuarios de atención primaria, con el objetivo de disminuir tiempos de espera, y el nivel de desinformación de los usuarios y aumentar la calidad de la atención y la adquisición de insumos o equipamientos menores necesarios para la implementación de estas estrategias.

VII. COMPONENTES

Componente 1:

1.1 Refuerzo de RRHH e insumos para atención de pacientes con patologías respiratorias agudas y crónicas.

Refuerzo de RRHH e insumos para atención de pacientes con patologías respiratorias agudas y crónicas en Salas IRA y ERA, Salas Mixtas y atención en SAPU.

Actividades:

- a) Entregar atención de salud a población infanto juvenil y adultos con infecciones respiratorias agudas y enfermedades respiratorias crónicas, priorizando los menores de 5 años en las salas IRA y los mayores de 65 años en las salas ERA de los establecimientos de salud, velando por el cumplimiento de Normas, Garantías Explícitas en Salud (GES).
- b) Implementar y desarrollar estrategias de pesquisa precoz de enfermedad respiratoria crónica.
- c) Mantener trabajo coordinado con programas instalados en el establecimiento de atención primaria con el fin de incentivar a la población objetivo a ser inmunizados con vacunación antiinfluenza, antineumocócica y otra vacunación o inmunización pertinente a la contingencia según necesidad epidemiológica.
- d) Evaluar severidad y nivel de control de la patología respiratoria crónica, asegurando el acceso regular de la terapia definida según norma vigente.
- e) Realizar espirometrías para confirmación diagnóstica y categorización por severidad funcional y nivel de control de la población bajo control del Programa.
- f) Evaluar el impacto de las intervenciones terapéuticas individuales con la evaluación de la calidad de vida de los pacientes crónicos respiratorios bajo control.
- g) Desarrollar un programa de rehabilitación pulmonar en personas con EPOC sintomáticos con limitaciones de las actividades de la vida diaria y fomentar la realización de actividad física guiada en ellos.
- h) Referir al nivel secundario pacientes que cumplan criterios de severidad o inestabilidad.
- i) Desarrollar estrategias educativas individuales y/o grupales para la promoción y prevención en salud respiratoria a la comunidad y en pesquisa y manejo de patologías respiratorias al equipo de salud.
- j) Realizar educación integral al ingreso y en los controles de crónico, enfocada en el automanejo de la enfermedad respiratoria crónica.

1.2 Refuerzo RRHH e insumos para campaña de vacunación contra la influenza y otras según contingencia sanitaria.

Considera el apoyo con RRHH (enfermero, TENS, administrativo, conductor) e insumos y servicios que permitan la administración y registro oportuno de vacunas antiinfluenza (u otra según necesidad epidemiológica), de manera de lograr metas de cobertura en la población objetivo.

En caso de situación extraordinaria este componente permitirá, según lineamientos ministeriales, sumar otro tipo de estrategias de vacunación en contingencia sanitaria según las características y necesidades de cada territorio.

Dentro de los insumos y servicios pueden ser requeridos: servicios de movilización, de telecomunicaciones y de escritorio, entre otros. Excepcionalmente se podrá si se cuenta con saldos remanentes, adquirir equipamiento cuyo propósito sea la mantención de las

condiciones óptimas de las vacunas, previa autorización técnica por parte de referente de la División de Atención Primaria.

Componente 2: Calidad, oportunidad y continuidad de la atención en pacientes con Cáncer Cervicouterino (CACU)

Refuerzo con RRHH u otras actividades relacionadas a la detección temprana, rescate de pacientes sin examen de PAP vigente, toma de examen de PAP y rescate de mujeres con Cáncer Cervicouterino en establecimiento de APS.

Componente 3:

Componente 3.1 Atención domiciliaria integral para personas con dependencia severa y sus cuidadores

Se relaciona directamente con la atención de salud en el domicilio de la persona con dependencia, para realizar prestaciones de salud relacionados con los ámbitos promocional, preventivo, de tratamiento o de seguimiento de la persona con dependencia severa y su cuidadora o cuidador, basada en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, mediante la visita domiciliaria Integral.

La atención domiciliaria se orienta a la evaluación y atención de la diada persona con dependencia – cuidador, considerando que la situación de dependencia severa y la entrega permanente de apoyos y cuidados por parte de un tercero, influye en el desarrollo de las etapas del ciclo vital individual de ambos integrantes de la diada y de sus familias, afectando la dinámica familiar y provocando eventuales situaciones de salud que en forma sostenida conlleven a un deterioro de la salud de ambos y de sus familias. Por lo cual en ambas situaciones se debe considerar las dimensiones biomédica, mental, social y funcional y las necesidades de asistencia.

Componente 3.2 Participación en la red intersectorial de servicios para personas en situación de dependientes severa, sus cuidadoras(es) y familias.

Este componente tiene directa relación con la participación del equipo de salud en la red intersectorial de beneficios y servicios destinados a las personas dependientes, sus cuidadores(as) y familias. Dentro de este componente es el equipo de salud quien evalúa y valida las situaciones de dependencia, apoyos y cuidados que presenta la población beneficiaria del sistema público de salud, que se encuentre inscrita en los servicios de salud de la red pública de salud y que pertenezcan al Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa.

Para la ejecución de este componente se requiere de la coordinación con el intersector local, principalmente con aquellos servicios involucrados en el área de desarrollo social, con quienes el sector salud debe articularse para dar cuenta y fortalecer la oferta integrada local para personas dependientes, cuidadores (as) y familias.

Componente 4: Contratación de RRHH para reforzar registros SIGGES

Refuerzo con RRHH para asegurar calidad, confiabilidad y oportunidad del registro en SIGGES.

Componente 5: Contratación de RRHH facilitadores y otras actividades relacionadas a reforzar calidad de la atención.

Refuerzo con RRHH y otras actividades para asegurar accesibilidad cultural, calidad, confiabilidad, orientación y oportunidad de la atención en establecimientos de atención primaria de salud.

VIII. PRODUCTOS ESPERADOS

Productos asociados al Objetivo Específico Número 1.1:

- Aumentar la población crónica respiratoria bajo control en un 5% respecto del año anterior, en todo el ciclo vital.
- Aumentar la población crónica respiratoria (asma y EPOC) con nivel de control "controlado" en un 25% respecto al año anterior, en todo el ciclo vital.
- Aumentar los pacientes EPOC Etapa A sintomáticos hayan cumplido con un programa de rehabilitación pulmonar en un 25% respecto al año anterior.

Productos asociados al Objetivo Específico Número 1.2:

- Lograr cobertura de vacunación igual o superior al 85% de la población objetivo.

Productos asociados al Objetivo Específico Número 2:

- Contratación de recurso humano o insumos orientados al rescate de mujeres de 25 a 64 años sin examen de Papanicolaou vigente, toma de este examen, y rescate de mujeres con Cáncer Cervicouterino.

Productos asociados al Objetivo Específico Número 3.1:

- Primera visita domiciliaria integral (VDI) de la diada persona con dependencia severa y su cuidadora o cuidador. De esta VDI, se debe formular el Plan de Atención Integral Consensuado de la persona con dependencia severa y formular el Plan de Cuidado de la cuidadora o del cuidador.
- Inducción a cuidadoras y cuidadores que orienta a la cuidadora o cuidador de la persona con dependencia severa en su rol como tal y en sus derechos y deberes.
- Visitas domiciliarias de tratamiento y seguimiento planificadas en el Plan de Atención Integral Consensuado de la persona con dependencia severa y formular el Plan de Cuidado de la Cuidadora o cuidador.
- Segunda Visita Domiciliaria Integral, evaluación que busca monitorear el estado de avance de los planes y además realizar adaptaciones en los objetivos si es que la situación lo amerita.
- Actividades de coordinación y seguimiento, las que tienen como finalidad la continuidad del cuidado de la persona con dependencia severa y/o su cuidador.

- Mantener un registro actualizado de las personas que presenten Dependencia Severa y sus cuidadoras o cuidadores.
- Elaborar y ejecutar plan de capacitación a las cuidadoras y cuidadores.

Productos asociados al Objetivo Especifico Número 3.2:

- Realizar un mapa de los actores de la red local y nacional y Plan de trabajo en conjunto con la red intersectorial.
- Apoyar la Postulación al pago de estipendio a cuidadoras y o cuidadores, de acuerdo a los criterios establecidos para la obtención del beneficio.

Productos asociados al Objetivo Especifico Número 4:

- Contratación de recurso humano para registro en plataforma SIGGES, Registro del 100% de los datos relevantes del ciclo de atención de un paciente para la gestión, control y seguimiento de las garantías explícitas de salud, otorgadas en la red de APS.

Productos asociados al Objetivo Especifico Número 5:

- Contratación de recurso humano para estrategias de gestión en salud, refuerzo de RRHH, insumos y equipamiento menor, necesarios para garantizar oportunidad y continuidad de la atención.

IX. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El Monitoreo y Evaluación se orientan a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad.

Monitoreo y evaluación asociados al Objetivo Especifico Número 1.1 y 1.2:

Se realizará evaluación de proceso del programa durante el año, con fecha de corte al 30 de junio y 31 de diciembre con base a los indicadores descritos y cuya fuente de información oficial es el Registro Estadístico Mensual (REM) y Registro Nacional de Inmunizaciones (RNI).

Monitoreo y evaluación asociados al Objetivo Especifico Número 2:

Se realizará evaluación de proceso del programa durante el año, con fecha de corte al 30 de junio y 31 de diciembre con base a informe de ejecución y rendición del Servicio de Salud Respectivo.

Monitoreo y evaluación asociados al Objetivo Especifico Número 3.1 y 3.2:

Se realizará evaluación de proceso del programa durante el año, con fecha de corte al 30 de junio y 31 de diciembre con base a informe con énfasis en la cobertura del programa, los componentes técnicos asociados a la atención de salud de la persona con dependencia severa y su cuidadora/o y la articulación con la red asistencial e intersectorial.

Monitoreo y evaluación asociados al Objetivo Específico Número 4:

Se realizará evaluación de proceso del programa durante el año, con fecha de corte al 30 de junio y 31 de diciembre con base a informe SIGGES o informe respectivo de cumplimiento por el Servicio de Salud respectivo.

Monitoreo y evaluación asociados al Objetivo Específico Número 5:

Se realizará evaluación de proceso del programa durante el año, con fecha de corte al 30 de junio y 31 de diciembre con base a informe de cumplimiento por el Servicio de Salud respectivo.

X. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La evaluación se realizará de forma independiente para cada Objetivo Específico del Programa y cada indicador tendrá un peso relativo definido.

Cumplimiento del Objetivo Específico N°1.1:

Nombre de Indicador	Medio de verificación	Peso Relativo %
Porcentaje de pacientes crónicos respiratorios en control.	REM	30%
Porcentaje de población crónica respiratoria que se encuentra con nivel de control "controlado" (Asma y Epoc)	REM	30%
Porcentaje de pacientes EPOC A bajo control que finalicen un programa de rehabilitación pulmonar	REM	10%

Cumplimiento del Objetivo Específico N°1.2:

Nombre de Indicador	Medio de verificación	Peso Relativo %
Porcentaje de población objetivo con vacuna antiinfluenza.	RNI	30%
En caso de reforzamiento para otras campañas de vacunación según contingencia sanitaria, se solicita informe ejecución técnico y presupuestario.	Informe Servicio de Salud.	N/A

Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:

Formula	Valor esperado
Número de actividades ejecutadas/ Número de actividades comprometidas *100	A lo menos 90% al 31 de diciembre, 60% al 30 de junio Fuente de información programa de trabajo aprobado por servicio de salud e informe de ejecución técnico financiero.

Cumplimiento del Objetivo Específico N°3.1:

Nombre indicador	Medio de verificación
Porcentaje de personas del Programa que cuenten con una visita domiciliaria integral	REM
Porcentaje de personas que cuenten con dos visitas domiciliarias integrales (*) Subtitulo 22 asociado a reliquidación en establecimientos dependientes de servicios de salud, peso relativo un 50 %.	REM
Promedio de Visitas de Tratamiento y Seguimiento	REM
Porcentaje de personas con dependencia severa sin lesiones por presión (*) Subtitulo 22 Asociado a reliquidación en establecimientos dependientes de servicios de salud, peso relativo un 50 %.	REM
Porcentaje de Cuidadoras que cuentan con Examen Preventivo Vigente, acorde a OOTT Ministerial.	REM
Porcentaje de personas con indicación de NED reciben atención Nutricional en Domicilio	REM
Porcentaje de Cuidadoras/es de personas con dependencia severa del Programa evaluados con Escala de Zarit	REM
Porcentaje de Cuidadoras capacitados	REM

Cumplimiento del Objetivo Específico N°3.2

Nombre indicador	Medio de verificación
Mapa de los actores de la red local y nacional y Plan de trabajo en conjunto con la red intersectorial.	Informe semestral asociado al corte de diciembre realizado por los referentes de los servicios de salud.

Cumplimiento del Objetivo Específico N°4 y 5:

Formula	Valor esperado
Número de actividades ejecutadas/ Número de actividades comprometidas *100	A lo menos 90% al 31 de diciembre, 60% al 30 de junio Fuente de información programa de trabajo aprobado por servicio de salud e informe de ejecución técnico financiero.

XI. FINANCIAMIENTO

Establecimientos de dependencia del Servicio de Salud

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, glosa 01 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de enero a diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos, metas y prestaciones en los establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

Los recursos serán asignados por la Dirección del Servicio de Salud respectivo de acuerdo al marco presupuestario definido por la Ley de Presupuesto del año vigente.

La ejecución del subtítulo 22 Bienes y Servicios de Consumo correspondiente al 70% de los gastos para la debida implementación de las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos, componentes, metas e indicadores señalados en el Programa se realizará desde el momento que se dicte la resolución que asigne los mismos a los establecimientos dependientes, a través del cumplimiento de las instrucciones emanadas por la dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda informada en los oficios Circulares N°8 y 9 de fecha 01 y 28 de Abril de 2020, respectivamente, donde señala que las compras serán realizadas con disponibilidad presupuestaria de acuerdo con la información Financiera de Estado mediante la interoperación con el Sistema de Compras Públicas y el pago se realizará centralizadamente desde la Tesorería General de la República (TGR) vía transferencia a las cuentas corrientes de los proveedores del Estado.

La ejecución del gasto del 30% restante del total de recursos, se realizará a contar del mes de octubre del año, del cual se rebajará los recursos correspondientes a la aplicación de la reliquidación que se realice respecto a los resultados de la evaluación, de acuerdo a los indicadores definidos en el programa.

En el caso de que los servicios prestados por el subtítulo 22 se encuentren exceptuados del pago centralizado de la Tesorería General de la República, y sean los Servicios de Salud los que deban realizar dicho pago, deberán emitir un informe adjuntando los respaldos necesarios para la transferencia de los recursos.

En la situación del subtítulo 21 los recursos serán transferidos en forma mensual para la debida implementación de las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos, componentes, metas e indicadores señalados en el Programa al momento que se dicte la resolución que asigne los mismos a los establecimientos dependientes”.

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, glosa 02 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de enero a diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

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).

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios 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.

Se deja establecido, que estas transferencias se rigen por las normas establecidas en la Resolución N°30 de 2015, de la Contraloría General de la República


2. Este Programa de Salud se financiará con recursos contemplados en la ley de presupuestos del sector público del año respectivo.

3. La presente resolución comenzará a regir el día 01 de enero de 2022.

4. **PÓNGASE TÉRMINO** a la resolución exenta N°83 de 02 de febrero de 2021, del Ministerio de Salud.

5. **REMÍTASE** una copia de la presente resolución a todos los Servicios de Salud del país.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE


MARÍA TERESA VALENZUELA BRAVO
MINISTRA DE SALUD (S)



DISTRIBUCIÓN

- Jefe de Gabinete Ministro de Salud.
- Jefe de Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Servicios de Salud del país.
- División de Atención Primaria.
- División de Presupuesto de Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- División Jurídica.
- Oficina de partes.

ANEXO 1.: Programa Reforzamiento de Recurso Humano en Atención Primaria

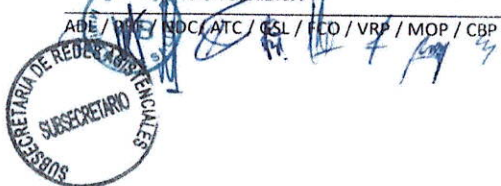
COMPONENTE	PRODUCTO ESPERADO	INDICADORES	MEDIO VERIFICACIÓN
N°1.1 refuerzo de RRHH e insumos para atención de pacientes con patologías respiratorias agudas y crónicas	Aumentar la población crónica respiratoria bajo control en un 5% respecto al año anterior (2019 base).	N° Pacientes crónicos en control menores de 20 años (año vigente) – n° de pacientes crónicos respiratorios en control menores de 20 años (año 2019)	REM
		Población crónica respiratoria en control menor de 20 años (año 2019) *100	
N°1.2 campaña de vacunación influenza	Aumentar la población crónica respiratoria (asma y EPOC con nivel de control "controlado" en un 25% respecto al año anterior (2019 base).	N° Pacientes crónicos en control mayores de 20 años ASMA y EPOC (año vigente) – n° de pacientes crónicos respiratorios en control mayores de 20 años ASMA y EPOC (año 2019)	REM
		Población crónica respiratoria en control mayor de 20 años ASMA y EPOC (año 2019) *100	
N°1.2 campaña de vacunación influenza	Aumentar la población crónica respiratoria (asma y EPOC con nivel de control "controlado" en un 25% respecto al año anterior (2019 base).	N° de pacientes asmáticos menores de 20 años con evaluación del nivel de control "controlado" año vigente - n° de pacientes asmáticos menores de 20 años con evaluación de control "controlado" (año 2019) x100	REM
		N° de pacientes asmáticos menores de 20 años con evaluación de control "controlado" (año 2019)	
		N° de pacientes asmáticos y EPOC mayores de 20 años con evaluación del nivel de control "controlado" año vigente - n° de	REM

		<p>pacientes EPOC y asmáticos mayores de 20 años con evaluación del nivel de control "controlado" (año 2019)</p> <p style="text-align: center;">"</p> <p style="text-align: right;">_____x100</p> <p>n° de pacientes EPOC y asmáticos mayores de 20 años con evaluación de control "controlado" (año 2019)</p>	
	<p>Aumentar los pacientes EPOC etapa A sintomáticos que hayan cumplido con un programa de rehabilitación pulmonar en un 25% respecto al año anterior (2019 base).</p>	<p>N° de pacientes EPOC etapa A que finalizan programa de rehabilitación pulmonar (año Vigente – N° de pacientes EPOC etapa A que finalizan programa de rehabilitación pulmonar (año 2019)</p> <p style="text-align: right;">-----x100</p> <p>N° de pacientes EPOC etapa A que finalizan programa de rehabilitación pulmonar (año 2019)</p>	REM
	<p>Lograr cobertura de vacunación igual o superior al 85% de la población objetivo</p>	<p>Porcentaje de población objetivo con vacuna antiinfluenza</p>	RNI
	<p>En caso de reforzamiento para otras campañas de vacunación según contingencia sanitaria, se solicita informe ejecución técnico y presupuestario.</p>	<p>Informe Servicio de Salud</p>	N/A
<p>N° 2 Calidad, oportunidad y continuidad de la atención en pacientes con Cáncer Cervicouterino (CACU)</p>	<p>RRHH y otras actividades relacionadas a la detección temprana de Cáncer Cervicouterino</p>	<p>Cumplimiento del 100% de las actividades comprometidas a la fecha de evaluación</p>	<p>Programa de trabajo aprobado por Servicio de Salud, informes de ejecución técnica y financiera</p>
<p>N° 3.1 Contratación de RRHH y compra de insumos para atención domiciliaria para personas con</p>	<p>80% de personas bajo control cuentan con 2 visitas domiciliarias integrales (peso relativo 50%) 92% de</p>	<p>(N° de personas en programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa</p>	REM

dependencia severa y sus cuidadores	personas con dependencia severa se encuentran sin lesiones por presión (peso relativo 50%)	que cuentan con 2 VDI / N° de personas ingresadas al PADDIS) *100 (N° de personas en programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa sin lesiones por presión / N° de personas ingresadas al PADDIS) *100	
N°3.2 Participación en la red intersectorial de servicios para personas en situación de dependencia severa, sus cuidadoras (es) y familias	Fortalecer la participación en red intersectorial para favorecer la respuesta a las necesidades generales de personas con dependencia severa y sus cuidadores	Mapa de los actores de la red local y nacional y Plan de trabajo en conjunto con la red intersectorial confeccionados	Informe semestral asociado al corte de diciembre realizado por los referentes de los servicios de salud.
N°4 contratación de RRHH para reforzar registros SIGGES	Contratación de RRHH Digitadores	Digitación del 100% de los casos GES en la fecha correspondiente para dar cumplimiento a la garantía de oportunidad, cuando corresponda.	Programa de trabajo aprobado por Servicio de Salud, informes de ejecución técnica y financiera, SIGGES
N°5 Contratación de RRHH facilitadores y otras actividades relacionadas a reforzar calidad de la atención.	Contratación de RRHH y otras actividades relacionadas a reforzar calidad de la atención.	Cumplimiento del 100% de las actividades comprometidas a la fecha de evaluación	Programa de trabajo aprobado por Servicio de Salud, informes de ejecución técnica y financiera



MINISTERIO DE SALUD
GABINETE DEL MINISTRO
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
DIVISIÓN JURÍDICA



DISTRIBUYE RECURSOS AL PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE RECURSO HUMANO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA, PARA EL AÑO 2022.

EXENTA N° 119 /

SANTIAGO, 21 ENE 2022

VISTO: El Memorandum N°05 de 04 de enero de 2022, del Jefe de División de Presupuesto; la resolución exenta N° 83 del 02 de febrero de 2021, del Ministerio de Salud, aprobatoria del Programa; la ley N° 21.395 que establece presupuesto del sector público para el año 2022; la ley N° 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; el decreto con fuerza de ley N°1 de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; el decreto supremo N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud; el decreto supremo N° 2.296, de 1995, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento General de la ley N° 19.378; el decreto supremo N° 37 de 2021, del Ministerio de Salud, que determina el aporte estatal a municipalidades que indica para sus entidades administradoras de salud municipal por el período que señala; la resolución N° 30, de 2015 y las resoluciones N°7 de 2019 y N°16 de 2020, todas de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

1. Que, el Programa Fortalecimiento de Recurso Humano en la Atención Primaria, aprobado por la resolución exenta N°83 de 02 de febrero de 2021, del Ministerio de Salud, sus modificaciones o aquella que se encuentre vigente a la fecha de la dictación del presente acto administrativo, tiene por propósito mejorar el acceso, oportunidad, tratamiento y calidad en las prestaciones de salud que no se encuentran financiadas en otros programas del Ministerio de Salud, de acuerdo a los criterios y términos definidos por la DIVAP y considerando la disponibilidad presupuestaria.
2. Que, el artículo 29 de la ley N° 21.395, de Presupuestos del Sector Público para el año 2022, establece que a contar de la fecha de su publicación pueden dictarse los decretos a que se refiere el artículo 3 del mismo texto legal, y los decretos y resoluciones que en virtud de esta ley sean necesarios para posibilitar la ejecución presupuestaria.
3. Que, en este contexto, resulta necesario distribuir a los Servicios de Salud los recursos asignados para el presente año, al referido Programa, para su entrega a los municipios y establecimientos de atención primaria dependientes de los Servicios de Salud.

4. Que, el monto total de recursos que se asignan se encuentra contemplados, para cada Servicio de Salud, en la ley N° 21.395, de Presupuestos del Sector Público, para el año 2022, partida 16, Capítulo 02, Programa 02, Glosas 01 y 02, y considera el incremento de la ley N° 21.405.

5. Esta distribución no constituye en ningún caso, un aumento del presupuesto aprobado en la citada ley N° 21.395, para cada Servicio de Salud, ni aumento en la Glosa 02 de N° de cargos y N° de personas.

6. Que, en mérito de lo expuesto, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. **DISTRIBÚYASE** los recursos al Programa Fortalecimiento de Recurso Humano en la Atención Primaria, para el año 2022, a los Servicios de Salud del país, de la forma que a continuación se indica:

COD SS	SERVICIOS DE SALUD	Subtítulo 21 (\$)	Subtítulo 22 (\$)	Subtítulo 24 (\$)	Total Subtítulo 21, 22 y 24 (\$)
001	Arica	21.262.241	2.316.823	446.233.149	469.812.213
002	Iquique	111.925.729	13.580.757	651.137.614	776.644.100
003	Antofagasta	185.124.407	41.884.731	829.810.969	1.056.820.107
004	Atacama	109.094.658	14.383.492	612.151.815	735.629.965
005	Coquimbo	173.759.007	55.174.230	1.338.592.952	1.567.526.189
006	Valparaíso San Antonio	224.310.827	61.812.112	873.212.774	1.159.335.713
007	Viña del Mar Quillota	200.129.060	56.284.715	1.864.265.215	2.120.678.990
008	Aconcagua	179.272.655	54.745.233	390.876.467	624.894.355
009	Libertador B. O'Higgins	168.256.016	46.609.979	1.972.847.760	2.187.713.755
010	Del Maule	219.670.428	63.820.617	2.011.981.331	2.295.472.376
011	Ñuble	254.487.509	93.205.110	972.681.122	1.320.373.741
012	Concepción	289.005.822	49.704.503	1.044.306.217	1.383.016.542
013	Talcahuano	149.626.671	25.235.890	542.406.847	717.269.408
014	Biobío	199.620.699	50.902.426	790.646.242	1.041.169.367
015	Arauco	184.188.022	57.590.671	349.199.904	590.978.597
016	Araucanía Norte	172.899.235	58.100.589	529.669.367	760.669.191
017	Araucanía Sur	375.762.030	69.594.763	1.404.417.174	1.849.773.967
018	Valdivia	168.146.066	46.754.833	721.843.823	936.744.722
019	Osorno	157.619.110	20.686.306	495.688.118	673.993.534
020	Del Reloncavi	186.859.122	29.425.910	721.211.195	937.496.227
021	Aysén	553.755.447	87.445.379	-	641.200.826
022	Magallanes	155.220.181	9.819.835	323.824.483	488.864.499
023	Metropolitano Oriente	25.865.099	19.226.687	2.017.640.980	2.062.732.766
024	Metropolitano Central	1.327.332.845	181.561.260	365.618.993	1.874.513.098
025	Metropolitano Sur	9.027.345	6.080.408	2.071.796.499	2.086.904.252
026	Metropolitano Norte	71.184.832	25.700.746	1.682.537.136	1.779.422.714
027	Metropolitano Occidente	209.326.119	70.640.302	1.848.788.813	2.128.755.234
028	Metropolitano Suroriente	156.327.495	204.821.541	2.045.398.739	2.406.547.775
042	Chiloé	752.229	8.333.060	373.302.310	382.387.599
TOTAL		6.239.810.906	1.525.442.908	29.292.088.008	37.057.341.822

2. El gasto total indicado en el resuelvo 1 precedente, que asciende a la suma de \$37.057.341.822, que se desglosa en \$6.239.810.906, \$1.525.442.908 y \$29.292.088.008; deberá imputarse a los subtitulos 21; 22 y 24 respectivamente, del presupuesto vigente de los Servicios de Salud.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE


MARÍA TERESA VALENZUELA BRAVO
MINISTRA DE SALUD (S)



DISTRIBUCIÓN:

- Jefe de Gabinete del Ministro de Salud.
- Jefe de Gabinete de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Servicios de Salud del país.
- División Jurídica.
- Oficina de Partes.

Copia digital a:

- División de Atención Primaria.
- División de Presupuesto de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.



SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA

CONVENIO DE EJECUCIÓN

PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE RECURSO HUMANO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA RED ASISTENCIAL ENTRE EL SERVICIO DE SALUD DE ANTOFAGASTA E ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE MARIA ELENA

En Antofagasta a 27 de enero del 2022 entre el Servicio de Salud de Antofagasta, persona jurídica de derecho público, con domicilio en calle Bolívar N° 523 Antofagasta, representado por su Director (S) Sr. Mario Rojas Cisternas del mismo domicilio, en adelante el "**Servicio**" y la Ilustre Municipalidad de María Elena, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Ignacio Carrera Pinto 1926, María Elena, representada por su Alcalde Sr. Omar Francisco Norambuena Rivera ambos con el mismo domicilio, en adelante la "**Municipalidad**", se ha acordado celebrar un convenio complementario que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERO: MARCO NORMATIVO

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

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

SEGUNDO: PROGRAMA MINISTERIAL:

En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria, buscando, asimismo, incorporar a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa *Fortalecimiento de Recurso Humano en Atención Primaria de la Red Asistencial*.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 132 del 26 enero de 2022 del Ministerio de Salud y financiado por la Res. N° 119 de fecha 21 de enero de 2022. Anexas al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, así mismo esta última indica el monto total de recursos que se asignan se encuentra contemplado, para cada Servicio de Salud, en la ley N°21.395, de Presupuestos del Sector Público, para el año 2022 y que considera el incremento de la ley 21.405. Todas estas anexas al presente convenio y que se entienden forman parte integrante del mismo, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.



TERCERO: ACCIONES SANITARIAS

El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes y metas del programa, las que se detallan a continuación:

COMPONENTE		PRODUCTO ESPERADO	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Componente N°1 Refuerzo de RRHH e insumos para atención de pacientes con patologías respiratorias agudas y crónicas en salas IRA, ERA, Mixtas y atención en SAPU.	1.1 Refuerzo de RRHH e insumos para atención de pacientes con patologías respiratorias agudas y crónicas en salas IRA, ERA, Mixtas y atención en SAPU.	Aumentar la población crónica respiratoria bajo control en un 5% respecto del año anterior, en todo el ciclo vital. (2019 base).	N° de pacientes crónicos en control menores de 20 años (año vigente) – N° de pacientes crónicos respiratorios en control menores de 20 años (2019 base).	REM
			Población crónica respiratoria en control menor de 20 años (2019 base).	
		Aumentar la población crónica respiratoria (asma y EPOC) con nivel de control "controlado" en un 25% respecto al año anterior, en todo el ciclo vital. (2019 base).	N° de pacientes crónicos en control mayores de 20 años ASMA y EPOC (año vigente) – N° de pacientes crónicos respiratorios en control mayores de 20 ASMA y EPOC (año 2019)	REM
			Población crónica respiratoria en control mayor de 20 años ASMA y EPOC (año 2019) *100.	
Aumentar la población crónica respiratoria (asma y EPOC) con nivel de control "controlado" en un 25% respecto al año anterior, en todo el ciclo vital. (2019 base).	N° de pacientes asmáticos menores de 20 años con evaluación del nivel de control "controlado" año vigente – n° de pacientes asmáticos menores de 20 años con evaluación de control "controlado" (año 2019)	REM		
	N° de pacientes asmáticos menores de 20 años con evaluación de control "controlado" (año 2019) *100.			
Aumentar la población crónica respiratoria (asma y EPOC) con nivel de control "controlado" en un 25% respecto al año anterior, en todo el ciclo vital. (2019 base).	N° de pacientes asmáticos y EPOC mayores de 20 años con evaluación del nivel de control "controlado" año vigente – n° de pacientes EPOC y asmáticos mayores de 20 años con evaluación del nivel de	REM		
	evaluación del nivel de			



			control "controlado" (año 2019)	
			N° de pacientes EPOC y asmáticos mayores de 20 años con evaluación de control "controlado" (año 2019) *100.	
		Aumentar los pacientes EPOC etapa A sintomáticos hayan cumplido con un programa de rehabilitación pulmonar en un 25% respecto al año anterior.	N° de pacientes EPOC etapa A que finalizan programa de rehabilitación pulmonar (año vigente) - N° de pacientes EPOC etapa A que finalizan programa de rehabilitación pulmonar (año 2019). N° de pacientes EPOC etapa A que finalizan programa de rehabilitación pulmonar (Año 2019). X 100	REM
	1.2 Refuerzo RRHH e insumos para campaña de vacunación contra la influenza y otras según contingencia sanitaria	Lograr cobertura de vacunación igual o superior al 85 % de la población objetivo.	Porcentaje de población objetivo con vacuna influenza y otras según requerimiento.	RNI
Componente N°4 Contratación de RRHH para reforzar registro SIGGES	Refuerzo con RRHH para asegurar calidad, confiabilidad y oportunidad del registro en SIGGES	Contratación de RRHH Digitadores.	Digitación del 100% de los casos GES en la fecha correspondiente para dar cumplimiento a la garantía de oportunidad, cuando corresponda.	Programa de trabajo aprobado por Servicio de Salud, informes de ejecución técnica y financiera, SIGGES.

CUARTO: RECURSOS ASIGNADOS:

Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud, a través del "Servicio", conviene en asignar a la "Municipalidad" recursos destinados a financiar desde la fecha de total tramitación de la Resolución que apruebe el presente instrumento y recibidos los recursos desde el Ministerio de Salud, la suma anual y única de **\$30.045.857.- (treinta millones, cuarenta y cinco mil ochocientos cincuenta y siete pesos)**, subtítulo 24, y serán transferidos en dos cuotas, la primera el 70 % y la segunda el 30 %, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las metas señaladas en la cláusula anterior. Este monto se distribuye de acuerdo al siguiente detalle:

COMPONENTE	MONTO
Componente N°1 1.1.- Refuerzo de RRHH e insumos para atención de pacientes con patologías respiratorias agudas y crónicas en salas IRA, ERA, Mixtas y atención en SAPU.	\$ 16.320.931.-



Componente N°1 1.2.- Refuerzo RRHH e insumos para campaña de vacunación contra la influenza y otras según contingencia sanitaria (COVID-19).	\$ 8.842.695.-
Componente N° 4 Refuerzo con RRHH para asegurar calidad, confiabilidad y oportunidad del registro en SIGGES.	\$ 4.882.231.-
TOTAL	\$ 30.045.857.-

Consideraciones:

- "El "SERVICIO" determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes por parte de la "MUNICIPALIDAD", asegurando que sean acordes a las necesidades del "PROGRAMA" y de acuerdo a la normativa vigente, en el caso que el gasto no este determinado en la resolución base del programa o en el clausula cuarta, para estos efectos deberá contar con la validación previa de la Encargada de Unidad de Planificación y Control de Gestión del Departamento de Atención Primaria o su subrogante.
- Los bienes e infraestructura adquiridos con los fondos del presente convenio deberán mantener su destino conforme a los objetivos del presente programa no pudiendo destinarse a otros fines, asimismo los equipos y bienes adquiridos deberán contar con un logo del Servicio de Salud Antofagasta.
- El envío de información solicitada por el SSA a través de sus referentes, deberá realizarse con la información y en los medios formales establecidos por el SSA o la administración interna (Sistemas de Rendiciones, e informes Técnicos emitidos formalmente). Para efectos de registro de prestaciones, rendiciones u otra información solicitada por el SSA, deberán realizarse en sistema de registro REM, RAYEN (único medio de verificación de atención de pacientes FONASA), SISREC y planillas normadas según corresponda e informadas por los referentes técnicos del SSA.

QUINTO: OBJETIVOS SANITARIOS

En relación a los Objetivos Sanitarios, la "MUNICIPALIDAD" está obligada a cumplir las coberturas definidas en este convenio, como, asimismo, a implementar y otorgar las prestaciones que correspondan al nivel primario de salud de acuerdo a los objetivos señalados en el "PROGRAMA", siendo su objetivo general el siguiente:

Objetivo General:

Otorgar herramientas que permitan apoyar la gestión en salud para el desarrollo de estrategias de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en patologías de alta prevalencia en el marco del modelo de salud familiar, que contribuyan a mejorar la calidad, oportunidad de acceso y resolutivez de la atención en el primer nivel de atención en salud.

SEXTO: EVALUACIÓN Y MONITOREO

La evaluación y monitoreo se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del "Programa", con el propósito de mejorar la eficiencia y efectividad de sus objetivos, el cual se evaluará en relación a sus componentes técnicos y administrativos-financieros.

El proceso de monitoreo del programa se realizará 2 veces en el año, emitiendo 2 informes, con corte al 30 de junio de 2022 y al 31 de diciembre de 2022.

La Municipalidad deberá enviar al Servicio de Salud los informes respectivos solicitados por el referente técnico encargado/a del Programa del Servicio de Salud Antofagasta, en la fecha que se informará oportunamente.

1. Primer corte al 30 de junio:

Se realizará evaluación de proceso del programa con fecha de corte al 30 de junio del año en curso, en base a los indicadores descritos y cuya fuente de información oficial será:

Componente N° 1.1: Registros en REM.

Componente N° 1.2: Registros en RNI.



Componente N° 4: Se realizará en base a informe de ejecución y rendición de la Municipalidad e informada al Servicio de Salud.

Con la evaluación técnica correspondiente al corte del 30 de junio del año 2021, la comuna deberá estar al día en el envío de las rendiciones financieras mensuales y los comprobantes de ingreso correspondientes; en caso contrario no se procederá a hacer efectiva la transferencia de la segunda cuota de los recursos.

Conforme a los resultados, en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota, si es que su cumplimiento es inferior al 60% de acuerdo a lo indicado en el programa.

Excepcionalmente cuando existan razones fundadas del incumplimiento, la Municipalidad podrá apelar al "Servicio", la decisión de reliquidar, acompañando un **Plan de Mejora** que compromete un cronograma para el cumplimiento de metas, dentro del periodo vigente del convenio y la **Carta de Compromiso** del cumplimiento del 100% de las metas al 31 de diciembre, firmada por el (la) alcalde(sa).

El "Servicio" analizará la apelación y verificará la existencia de razones fundadas del incumplimiento. En caso de comprobar la existencia de dichas razones, el "Servicio" podrá pedir al Ministerio de Salud la no reliquidación del Programa adjuntando el Plan de Mejora y Carta de Compromiso, que respalden dicha solicitud.

En relación a los recursos producto de la reliquidación que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, dichos recursos podrán ser reasignados por el Servicio de Salud a comunas y/o establecimientos que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha de corte del año en curso, en el mismo programa.

2. Segundo corte al 31 de diciembre:

Se realizará evaluación de proceso del programa con fecha de corte al 31 de diciembre del año en curso, en base a los indicadores descritos y cuya fuente de información oficial será:

Componente N° 1.1: Registros en REM.

Componente N° 1.2: Registros en RNI.

Componente N° 4: Se realizará en base a informe de ejecución y rendición de la Municipalidad e informada al Servicio de Salud.

En la evaluación técnica y final, con corte al 31 de diciembre de 2021, el "Programa" deberá tener ejecutado el 100% de las acciones comprometidas en el convenio y la "Municipalidad" deberá haber enviado el informe técnico final de ejecución y las rendiciones mensuales hasta el mes de diciembre. En caso contrario el "Servicio" procederá a solicitar a la "Municipalidad" el reintegro de los recursos que no hayan sido ejecutados.

El resultado de los indicadores al mes de diciembre podrá tener incidencia en los criterios de asignación de recursos del año siguiente, en el caso que el convenio tenga cláusula de continuidad.

Los antecedentes considerados en las evaluaciones del "Programa" serán recopilados por el Departamento de Atención Primaria del "Servicio", mediante solicitud de informes y visitas de supervisión por parte de los referentes técnicos del Departamento de Atención Primaria del "Servicio", quienes evaluarán técnicamente el cumplimiento de las actividades y realizarán recomendaciones para su correcta ejecución.

Adicionalmente el Departamento de Atención Primaria, efectuará supervisiones aleatorias del uso correcto y adecuado de los recursos, mediante visitas de supervisión, solicitud de informes de avance y otros que se establezcan, a través de su Unidad de Planificación y Control de Gestión.

SÉPTIMO: TRANSFERENCIAS

Los recursos mencionados en la cláusula cuarta del presente convenio financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al "Programa", y serán transferidos por el Servicio de Salud en 2 cuotas:

- La primera cuota, correspondiente al 70 % del total de los recursos del convenio será traspasado a la total tramitación del acto aprobatorio, y en la medida que el Ministerio de Salud haya transferido los recursos al "Servicio".



- La segunda cuota, corresponderá al 30 % restante del total de recursos y se transferirá en el mes de octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación del Programa, la recepción de dichos fondos desde Minsal y la existencia de la rendición financiera, según lo establece la ley por parte de la "Municipalidad".

OCTAVO: RENDICIÓN DE GASTOS

La Municipalidad deberá rendir los gastos del Programa, únicamente utilizando el Sistema de Rendición Electrónica de cuentas de la Contraloría General de la República en adelante SISREC y de acuerdo a lo establecido en la resolución N° 30, de 2015, de la Contraloría General de la República, que Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas, o de las resoluciones que la modifiquen, complementen o reemplacen.

Se permitirá realizar la rendición mensual, con documentos auténticos digitalizados en el sistema y documentos electrónicos, de acuerdo al flujo establecido internamente por la comuna para su tramitación, que justifiquen cada uno de los gastos realizados en el mes correspondiente, los que deberán ser autorizados por el ministro de fe del municipio.

La "MUNICIPALIDAD" quedará obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

- Utilizar el SISREC para la rendición de cuentas a que dé lugar el presente convenio, ocupando las funcionalidades que otorga el perfil ejecutor, dando cumplimiento al marco normativo aplicable, incluyendo la preceptiva de la resolución N° 30, de 2015, de la Contraloría General de la República.
- Designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y atribuciones necesarias para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado, analista y ministro de fe en el SISREC.
- Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través del SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, la adquisición de token para la firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, scanner para digitalización de documentos en papel y contar con casilla de correo electrónico e internet.
- Custodiar adecuadamente los documentos originales de la rendición garantizando su autenticidad, integridad y disponibilidad para las revisiones de la Contraloría General de la República, en el marco de la normativa legal pertinente.
- Establecer los actos administrativos y respaldos necesarios de acuerdo a la normativa vigente acerca del control de documento interno para realizar este proceso.

El "SERVICIO" quedará obligado en su calidad de otorgante, a lo siguiente:

- Designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado, analista, y ministro de fe del SISREC.
- Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas del proyecto con documentación electrónica y digital a través del SISREC durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto. Lo anterior incluye, por ejemplo, la adquisición de token para la firma electrónica avanzada del encargado otorgante, scanner para digitalización de documentos en papel y contar con casilla de correo electrónico e internet.

La "MUNICIPALIDAD" deberá rendir los gastos mensuales del Programa una vez realizada la primera remesa, utilizando la plataforma SISREC y sujetándose a lo establecido en la resolución N°30, de 2015, de la Contraloría General de la República, que Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas, o de las resoluciones que la modifiquen o la reemplacen.

El período a rendir del mes de enero de 2022 corresponde únicamente a los impuestos por boletas de honorarios recibidas por el municipio hasta el mes de diciembre y que por proceso tributario son enterados al fisco al mes siguiente. Esto no implica bajo ningún aspecto que la ejecución del programa sea hasta el este mes, por lo que



no se aceptará la rendición de otros gastos efectuados durante el mes de enero de 2023. Excepto se convenga alguna extensión de su ejecución por medio de Addendum y resolución correspondiente.

Dichos informes mensuales, deberán contar con documentación de respaldo, la que deberá encontrarse en estado devengado y pagado. Los antecedentes de respaldo deben ser copia legible de los originales y deben incluir lo que señala a continuación, según corresponda:

- Copia de comprobantes de ingreso y egreso.
- Copia de los contratos a honorarios, plazo indefinido y fijo de los funcionarios que realizan funciones para el programa, indicando lugar de destinación del funcionario y el origen de su financiamiento.
- Copia pago Boletas de honorarios suma alzada de los funcionarios que cumplen funciones para el programa.
- Copia de registro de asistencia de los funcionarios que realizan funciones para el programa, firmado por jefatura directa.
- En el caso de los contratos de prestación de servicios, se deberá presentar bitácora de actividades u otro documento similar que acredite el cumplimiento del servicio solicitado.
- Copia de facturas y/o boletas pago contratación de servicio externos destinados al programa.
- Copia de facturas y/o boletas de compras de insumos, equipos o equipamientos destinados al programa.

Asimismo, toda la documentación original de respaldo deberá estar disponible en la "MUNICIPALIDAD" para cuando el "SERVICIO", u otra entidad fiscalizadora así lo requiera para su fiscalización en caso de ser necesario.

El "Servicio" podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría, por lo que toda documentación original de respaldo deberá estar a resguardo y disponible por la "Municipalidad", en sus dependencias o en las de la entidad ejecutora según corresponda, en el caso que el "Servicio" lo requiera para una fiscalización.

Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N.º 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos.

NOVENO: RESPONSABILIDAD FINANCIERA

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.

DÉCIMO: RESPONSABILIDAD DE LA MUNICIPALIDAD

Será responsabilidad de la "Municipalidad", velar por la correcta administración de los recursos recibidos, gastados e invertidos en los diferentes establecimientos de salud, ejecutar el presente convenio de acuerdo a las acciones y objetivos sanitarios establecidas en el presente. Lo anterior, independiente de las atribuciones que le competen al "Servicio", en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar, en términos aleatorios, el Departamento de Auditoría del "Servicio".

Por su parte la "Municipalidad" se compromete a facilitar al "Servicio" todos los informes y datos que sean requeridos para la evaluación del cumplimiento de las actividades y ejecución de los recursos en su formato original.

DÉCIMO PRIMERA: RESTITUCIÓN DE FONDOS

Finalizado el periodo de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada, no rendida o con incumplimiento de metas incluidas en el "PROGRAMA", objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la "MUNICIPALIDAD" al "SERVICIO" en el mes siguiente de término del presente convenio.



Los fondos transferidos a la "MUNICIPALIDAD", solo podrán ser destinados a los objetivos y actividades que determine el programa en la cláusula cuarta del presente convenio.

DÉCIMO SEGUNDA: VIGENCIA

El presente convenio tendrá vigencia desde el **1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2022** sin embargo, se renovará automática y sucesivamente por períodos iguales en la medida en que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo. Las metas y recursos asociados a dichas renovaciones serán fijadas por el Servicio, mediante acto administrativo.

No obstante, la renovación automática consignada en el párrafo anterior, cualquiera de las partes del presente convenio puede manifestar su voluntad de no perseverar en él, dando aviso a la otra, por escrito, a más tardar dentro del plazo de 15 días hábiles posteriores a la notificación de la Resolución que apruebe la referida renovación.

DÉCIMO TERCERA: RETROACTIVIDAD

Sin perjuicio de lo señalado en la cláusula anterior, las partes dejan constancia de que, por tratarse de un programa ministerial de continuidad, y atendidas las razones de buen servicio, las prestaciones asistenciales descritas en este convenio se comenzarán a otorgar desde el 1 de enero del presente año, pudiendo financiarse gastos operacionales de estrategias ejecutadas a partir de dicha fecha, con la finalidad de mantener la operatividad del programa. Por esta razón dichas atenciones se imputarán a los recursos que serán transferidos en conformidad a lo señalado en el presente convenio.

Lo anterior, de acuerdo a lo establecido en el artículo 52, de la Ley N° 19.880, de Bases de Procedimientos Administrativos que rigen los actos de los Órganos de la Administración del Estado, que proscribe la retroactividad de los actos administrativos, salvo cuando ellos produzcan consecuencias favorables para los interesados y no lesionen derechos de terceros.

DÉCIMO CUARTA: PRORROGA

Sin perjuicio de lo señalado en la cláusula décimo segunda, si al vencimiento del plazo de vigencia del convenio la "MUNICIPALIDAD" por razones debidamente fundadas, no cumpla con las acciones y ejecuciones presupuestarias establecidas en el convenio, y siempre que se encuentre a lo menos, el 80% de las prestaciones ejecutadas, y la correspondiente rendición de cuenta al día, puede solicitar una prórroga de vigencia a través de ordinario dirigido al director del "SERVICIO" para su aprobación, exponiendo los fundamentos pertinentes y respaldos hasta el 30 de octubre del año en curso. El Director(a) del Departamento de Atención Primaria del "SERVICIO" es el encargado de ponderar esta solicitud, considerando que la destinación de estos recursos es solo para acciones atingentes al programa.

En caso que el Servicio considere que no concurren los supuestos señalados en el párrafo precedente, la Municipalidad deberá, sin más trámite, restituir los saldos no ejecutados, previa rendición de cuentas conforme a la Resolución N° 30 de 2015, de Contraloría General de la República y de acuerdo a lo establecido en la cláusula octava.

DÉCIMO QUINTA: MODIFICACIONES

Las partes dejan establecido que, mediante acuerdos complementarios podrán introducirse modificaciones al presente convenio, siempre que se ajusten a los lineamientos técnicos y objetivos del programa.

DÉCIMO SEXTA: PERSONERIAS

La representación del Sr. Mario Rojas Cisternas, para representar al Servicio de Salud Antofagasta consta en Decreto Exento N.º 7 del 21 de enero de 2022 del Ministerio de Salud. La representación de Sr. Omar Francisco Norambuena Rivera para actuar en nombre de la I. Municipalidad de María Elena consta en Decreto Alcaldicio Exento N.º 2435 de fecha 28 de junio de 2021. Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes.



DÉCIMO SEPTIMA: DOMICILIO

Las partes fijan su domicilio en la comuna de Antofagasta, sometiéndose a la competencia de sus tribunales de Justicia.

DÉCIMO OCTAVA: EJEMPLARES

El presente convenio se firma de manera digital y distribuido a los siguientes Servicio de Salud, (Departamento de Atención Primaria, Finanzas, Auditoría y Oficina de Partes), Municipalidad y la División de Atención Primaria, del Ministerio de Salud.

AUTORIDAD COMUNAL



SR. OMAR NORMABUENA RIVERA
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE MARIA ELENA



MARIO ROBERTO ROJAS CISTERNAS
DIRECTOR (S) SERVICIO DE SALUD
ANTOFAGASTA
SERVICIO SALUD ANTOFAGASTA
FECHA: 03/03/2022 HORA:15:43:34

GARA

MGVL

RNDLDC

SGBR

YMCB



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese el código de verificación: 1105304-358eda en:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/>

