

DECRETO EXENTO N°: 1255/2022
MARIA ELENA, 16-05-2022

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES:

- 1 Resolución Exento N° 1404 de fecha 12 de mayo del 2022.
- 2 Convenio "PROGRAMA EQUIDAD EN SALUD RURAL", de fecha 26 de enero del 2022, en el SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA y LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE MARIA ELENA.
- 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 **APRUEBASE**, Convenio "PROGRAMA EQUIDAD EN SALUD RURAL", de fecha 26 de enero del 2022, en el SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA y LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE MARIA ELENA

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.



MARCELA GARRIDO URIBE
SECRETARIO MUNICIPAL



OMAR NORAMBUENA RIVERA
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE MARIA ELENA

ONR/MGU/cba
DISTRIBUCION:

Arc. Convenio - Alcaldía - Consultorio - Archivo.

APRUEBA CONVENIO

RESOLUCION EXENTA N°

ANTOFAGASTA

VISTOS estos antecedentes: Resolución Exenta N°991 del 19 de diciembre del 2019 del Ministerio de Salud, Modificado por Resolución Exenta N°147 de 05 de febrero de 2021, que aprueba programa; Resolución Exenta N°33 de fecha 07 de enero de 2022, que Distribuye Recursos al Programa Equidad en Salud Rural, año 2022; Convenio "PROGRAMA EQUIDAD EN SALUD RURAL" de fecha 26 de enero del 2022 entre **EL SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA e ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE MARÍA 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°991 del 19 de diciembre del 2019, Modificado mediante Resolución Exenta N°147 de 05 de febrero de 2021, ambas del MINSAL, se aprobó programa Equidad de Salud Rural.

3.- Que, mediante Resolución Exenta N°33 del 07 de enero del 2022, se distribuye recursos al programa equidad en Salud Rural, año 2022.

4.- Que, se suscribió convenio de ejecución con fecha 26 de enero de 2022, entre **EL SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA e ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE MARÍA ELENA.**

RESUELVO

1.- **APRUEBASE** el Convenio "PROGRAMA EQUIDAD EN SALUD RURAL" de fecha 26 de enero del 2022 entre **EL SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA e ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE MARÍA ELENA**; cuyo texto es el siguiente;

En Antofagasta a 26 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".

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE MARÍA ELENA	
SECRETARIA MUNICIPAL	
N° DECRETO	1255
FECHA	10-5-22
FIRMA	O/M

MUNICIPALIDAD DE MARÍA ELENA	
DELEGACIÓN DE PARTES	
ALCALDE	
INGRESO	12/05/22
HORA	14:30
PAGINA	8
FOLIO	
FISALDA	12/05/22



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 Equidad de Salud Rural**.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N°991, de 19 de diciembre de 2019, Modificado por Resolución Exenta N°147 de 05 de febrero de 2021 y financiado por Resolución Exenta N° 33 del 07 de enero 2022, todas del Ministerio de Salud. 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 las siguientes metas, las que se detallan a continuación:

Cumplimiento del Objetivo Específico N°1: Asegurar la continuidad y calidad de la atención en las Postas de Salud Rural.

Reliquidación: No

INDICADOR N.º	NOMBRE DEL INDICADOR	
1	Incremento de atenciones de ronda (controles + consultas + EMP) realizadas en postas de la comuna	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
N.º de atenciones efectuadas en postas de la comuna por mes del año en curso / N.º de atenciones efectuadas en posta por mes del año anterior * 100		>=100
NUMERADOR		FUENTE DE INFORMACIÓN
N.º de atenciones efectuadas en postas de la comuna por mes año en curso.		
DENOMINADOR		REM Serie A-01, + REM Serie A-02, + REM Serie A-04, (sólo profesionales de ronda)
N.º de atenciones efectuadas en posta por mes del año anterior.		

Cobertura, continuidad y calidad de la atención en Postas Rurales

Reliquidación: Sí

INDICADOR N.º	NOMBRE DEL INDICADOR	
2	Cobertura de familias evaluadas en PSR del Programa	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Nº de Familias Evaluadas con cartola o encuesta familiar / Nº de Familias Inscritas * 100		30% de familias evaluadas con cartola o encuesta a junio (informado en agosto)
		60 % de familias evaluadas con cartola o encuesta a diciembre
		FUENTE DE INFORMACIÓN



NUMERADOR	En base a REM Serie P-7, más reporte del Servicio de Salud en base a auditorías en terreno u otros medios de constatación
N° de Familias Evaluadas con cartola o encuesta familiar	
DENOMINADOR	
N° de Familias Inscritas	

Reliquidación: Sí

INDICADOR N.º	NOMBRE DEL INDICADOR	
3	Cobertura de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención en PSR del Programa	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
N° de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención/ Total de familias evaluadas en riesgo (Alto, Medio y Bajo)		10% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a junio (informado en agosto)
		20% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a diciembre
		FUENTE DE INFORMACIÓN
NUMERADOR	En base a REM Serie P-7, más reporte del Servicio de Salud en base a auditorías en terreno u otros medios de constatación	
N° de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención		
DENOMINADOR		
Total, de familias evaluadas en riesgo (Alto, Medio y Bajo)		

Nota: se aplica cartola familiar o encuesta de salud familiar vigente validada por el Servicio de Salud respectivo con duración máxima de 2 años.

Cumplimiento del Objetivo Específico N°2: Contribuir a mejorar los sistemas de transporte y las comunicaciones de las Postas de Salud Rural con la red asistencial.

Vehículos, equipamiento, equipos de apoyo e Instrumental menor para PSR

Reliquidación: No

INDICADOR N.º	NOMBRE DEL INDICADOR	
4	Porcentaje de ejecución de recursos (vehículos, instrumental, equipos de apoyo y equipamiento)	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Monto en recursos vehículos, instrumental, equipos de apoyo y equipamiento, devengado / Monto recursos en vehículos, instrumental, equipamiento asignado * 100		Según línea de base y listado comprometido
		FUENTE DE INFORMACIÓN
NUMERADOR	Listado comprometido Orden de compra	
Monto en recursos vehículos, instrumental, equipos de apoyo y equipamiento devengado		
DENOMINADOR		
Monto recursos en vehículos, instrumental, equipos de apoyo y equipamiento asignado		

Cumplimiento del Objetivo Específico N° 3: Reforzar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las respectivas comunas.

Proyectos de Trabajo Comunitario

Reliquidación: No





INDICADOR N.º	NOMBRE DEL INDICADOR	
5	Porcentaje de Ejecución del Proyecto según cronograma	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Monto Ejecutado y Rendido Sin Observaciones / Monto Programado a la fecha de corte		A lo menos 60% a agosto
NUMERADOR		FUENTE DE INFORMACIÓN
Monto Ejecutado y Rendido Sin Observaciones		
DENOMINADOR		
Monto Programado a la fecha de corte		Según Informes de Ejecución de Proyecto parciales y final ajustados a las fechas de corte.

Reliquidación: No

INDICADOR N.º	NOMBRE DEL INDICADOR	
6	Realización Jornada de Salud Rural	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Jornada de Salud Rural realizada		100% a diciembre
FUENTE DE INFORMACIÓN		
Indicador dicotómico = SI – NO		Informe
		Lista de asistencia
		Fotografías
		Rendiciones

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 \$ 11.337.418.- (once millones trescientos treinta y siete mil cuatrocientos dieciocho 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:

Recurso Humano	CGR/PSR a cubrir	Meses financiados	\$ Asignado 2021
Médico, enfermero(a), matró(a) u otro profesional	CGR María Elena/ PSR Quillagua	12	\$11.337.418

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) y planillas normadas según corresponda e informadas por los referentes técnicos del SSA.

- El "Municipio" tiene la obligación de tener claridad respecto de los funcionarios contratados por el presente convenio y debe remitir la nómina de estos al referente del Programa del Servicio de Salud, vía correo electrónico, en los plazos establecidos y en los formatos correspondientes.

QUINTO: OBJETIVOS SANITARIOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar las condiciones de funcionamiento de los establecimientos rurales de atención, especialmente de las Postas de Salud Rural, avanzando en el cierre de brechas de recursos humanos, calidad en la implementación del modelo de atención, medios de comunicación y transporte de las Postas Rurales, y ampliando las estrategias de trabajo comunitario.

6. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. **O.E. N.º 1.** Mejorar las condiciones de cobertura, continuidad y calidad de atención en las Postas de Salud Rural y mejorar la frecuencia de rondas de salud rural.
2. **O.E. N.º 2.** Contribuir a mejorar los sistemas de equipamiento, transporte y las comunicaciones de las Postas de Salud Rural con su respectiva Red Asistencial.
3. **O.E. N.º 3.** Implementar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las respectivas comunas.

SEXTO: EVALUACIÓN Y MONITOREO

El cumplimiento de las metas del Programa y cumplimiento del presente convenio por parte del "Servicio" 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.

Desde la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, se realizarán evaluaciones del desarrollo del Programa en los meses de agosto y diciembre. En estas evaluaciones se solicitará información del desarrollo de los componentes a través de un informe, cuyo formato será enviado desde el Ministerio de Salud tres meses antes de la fecha de corte y reenviado a municipio para envío de información según fecha de corte a reportar.

1. Primer corte al 31 de agosto:

La Municipalidad deberá enviar la evaluación técnica correspondiente al corte del 31 de agosto del año en curso, la comuna deberá estar al día con 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 recursos.

Las comunas enviarán la información que requiera el Servicio de Salud correspondiente, para elaborar el informe que será enviado al Ministerio de Salud. Los Servicios de Salud consolidarán y enviarán toda la información a la División de Atención Primaria, del Ministerio de Salud, con fecha tope 10 de septiembre del año respectivo, bajo el formato remitido por esta última División.

Conforme a los resultados, en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota, si es que su cumplimiento es inferior al 30% de acuerdo al siguiente cuadro:





Resultado de la Evaluación: Porcentaje de Cumplimiento de Metas	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 40%
Cumplimiento mayor o igual a 30%	0%
Cumplimiento menor a 30%	Entrega de Recursos proporcional al cumplimiento

Con la evaluación técnica correspondiente al corte del 31 de agosto del año en curso, 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.

Excepcionalmente cuando existan razones fundadas del incumplimiento, la Municipalidad podrá apelar la decisión de reliquidar al "Servicio", 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 alcalde.

El "Servicio" analizará la apelación y verificará la existencia de razones fundadas para el 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:

En la evaluación técnica y final, con corte al 31 de diciembre del año en curso, 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.

Los Servicios de Salud consolidarán y enviarán toda la información a la División de Atención Primaria, del Ministerio de Salud, con fecha tope 14 de enero del año siguiente, bajo el formato remitido por esta última División.

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 2023 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. ° 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 proscribire 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 **\$ 11.337.418.- (once millones trescientos treinta y siete mil cuatrocientos dieciocho 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, los cuales provienen del programa Equidad en Salud Rural.

3.- IMPUTANSE los gastos que genera el presente convenio a los subtítulos 24 respectivamente del presupuesto vigente de los Servicios de Salud.

ANOTESE Y COMUNIQUESE



MARIO ROBERTO ROJAS CISTERNAS
DIRECTOR(S) SERVICIO DE SALUD
ANTOFAGASTA
SERVICIO SALUD ANTOFAGASTA
FECHA: 12/05/2022 HORA:05:32:38

MGLT

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: 1285746-7073d3 en:

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



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



**DISTRIBUYE RECURSOS AL PROGRAMA
EQUIDAD EN SALUD RURAL, AÑO 2022.**

EXENTA N° 33 /

SANTIAGO, 07 ENE 2022

VISTO: El Memorándum N°180 de 28 de diciembre de 2021, del Jefe de División de Presupuesto; la resolución exenta N°991 de 19 de diciembre de 2019, 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 Equidad en Salud Rural, aprobado por la resolución exenta N°991 de 19 de diciembre de 2019 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 contribuir a superar las inequidades en salud detectadas en las zonas rurales, a través de la mejoría de las condiciones críticas para la provisión de servicios a la población de mayor ruralidad del país especialmente la que se atiende en Postas de Salud Rural, generando condiciones para la aplicación del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario en el medio rural.

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 Equidad en Salud Rural, para el año 2022, a los Servicios de Salud del país, de la forma que a continuación se indica:

COD SS	SERVICIO DE SALUD	SUBTÍTULO 24 (\$)
001	Arica	209.313.000
002	Iquique	301.080.000
003	Antofagasta	155.944.000
004	Atacama	262.932.000
005	Coquimbo	791.117.000
006	Valparaíso San Antonio	207.402.000
007	Viña del Mar Quillota	164.782.000
008	Aconcagua	173.499.000
009	Libertador B. O'Higgins	654.937.000
010	Del Maule	974.438.000
011	Nuble	148.959.000
012	Concepción	56.949.000
013	Talcahuano	30.993.000
014	Bíobío	752.273.000
015	Arauco	398.084.000
016	Araucanía Norte	765.356.000
017	Araucanía Sur	1.335.180.000
018	Valdivia	651.912.000
019	Osorno	387.673.000
020	Del Reloncaví	689.852.000
022	Magallanes	120.898.000
025	Metropolitano Sur	14.344.000
026	Metropolitano Norte	7.513.000
027	Metropolitano Occidente	116.671.000
028	Metropolitano Sureste	24.127.000
042	Chiloé	1.302.881.000
TOTAL		10.699.109.000

2. El gasto total indicado en el resuelve 1 precedente, que asciende a la suma de \$10.699.109.000, deberá imputarse al subtítulo 24, del presupuesto vigente de los Servicios de Salud.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



ENRIQUE PARIS MANCILLA
MINISTRO DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:

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

Copia digital a:

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



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



**APRUEBA PROGRAMA EQUIDAD EN
SALUD RURAL**

EXENTA N° 991

SANTIAGO, 19 DIC 2019

VISTO: Memorándum C51 N° 378 de 15 de noviembre de 2019, 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, 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 en resoluciones N° 7 y 8 de 2019, todas 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° 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 **Equidad en Salud Rural**, tiene por propósito Contribuir a superar las inequidades en salud detectadas en las zonas rurales, a través de la mejoría de las condiciones críticas para la provisión de servicios a la población de mayor ruralidad del país especialmente la que se atiende en Postas de Salud Rural, generando condiciones para la aplicación del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario en el medio rural.
6. Los objetivos fijados para esta estrategia apuntan a obtener mejoras en las condiciones de cobertura, continuidad y calidad de

atención en las Postas de Salud Rural y en la frecuencia de rondas de salud rural y en los sistemas de equipamiento, transporte y las comunicaciones de las Postas de Salud Rural con su respectiva Red Asistencial, así como en implementar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las respectivas comunas.

7. Que, en base a las razones expuestas, dicto

la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. **APRUÉBASE** el **Programa Equidad en Salud Rural**, en adelante, el Programa de Salud, cuyo texto es el que se inserta a continuación:

PROGRAMA EQUIDAD EN SALUD RURAL

1. ANTECEDENTES

De acuerdo a los resultados del Censo de Población y Vivienda 2017, en Chile el 12,2% de la población vive en sectores rurales¹, lo que asciende a un total de 2.149.740 personas. A nivel país, se observa una progresiva disminución de la población que habita en zonas rurales, asociado al fenómeno de urbanización de la población que ocurre en todas las regiones del país. La población que permanece en sectores rurales presenta un envejecimiento mayor que el de las zonas urbanas. Por otra parte, los habitantes de las zonas urbanas tienen menores tasas de pobreza que los habitantes de las zonas rurales, tanto por ingresos como multidimensional, un 10,2% y un 18,8% versus 22,1% y 35,2%, respectivamente.

En el ámbito internacional, también existe consenso respecto a los cambios ocurridos en la ruralidad, fenómeno del cual nuestro país no ha permanecido lejano. La población rural ha ido disminuyendo sostenidamente, y a la vez ha diversificado sus expresiones. Asociados a estas transformaciones, está el fenómeno del cambio climático global, el calentamiento y las crisis de disponibilidad de agua.

En Chile se ha observado un crecimiento económico sostenido en las últimas décadas, la pobreza se ha reducido en forma importante y en salud, desde hace ya varios años, Chile ha mostrado indicadores que se ubican dentro de los mejores de la región de las Américas. Sin embargo, al analizar la situación de salud en el país por grupos extremos de niveles socioeconómicos o niveles educacionales, se evidencia una clara desigualdad. Persisten desafíos desde la pertinencia social y cultural de las acciones de salud en los sectores rurales, entendidos como diferentes en cuanto a sus necesidades, estilos de vida y cultura. El envejecimiento de la población rural, la existencia de diversas comunidades (indígenas, campesinas y otras), los cambios en las bases productivas de los territorios rurales, las migraciones, el cambio climático, entre otras variables, han incidido en el bienestar de las comunidades rurales.

Las desigualdades en salud son una realidad en todo el mundo. Las personas socialmente desfavorecidas enferman y mueren con mayor frecuencia que aquellas que pertenecen a grupos más privilegiados. Esto es más crítico en los grupos más vulnerables que tienen menor acceso a atención de salud.

Lo anterior plantea la necesidad de focalizar o refocalizar las políticas y estrategias definidas, o crear nuevas intervenciones en la población de mayor riesgo. Del mismo modo,

¹ "Entrega Final Censo 2017". Instituto Nacional de Estadísticas, INE, 2018. www.censo2017.cl

se hace necesario avanzar en el análisis de las desigualdades y evaluar la posibilidad de usar nuevos indicadores que reflejen la gradiente social de la situación de salud.

2. FUNDAMENTACIÓN

Existen severas brechas en cuanto a infraestructura, recursos humanos, equipamiento, cumplimiento de Normas Técnicas Básicas (NTB) para la autorización sanitaria en las Postas Rurales; persisten problemas de baja resolutivead y escaso trabajo en red entre los Hospitales Rurales y la red de atención de las comunas rurales; estos factores inciden en los peores indicadores de acceso y calidad de la atención que presentan los sectores rurales, siendo un elemento de inequidad que requiere ser abordado en el corto y mediano plazo.

Por otra parte, se ha verificado que la ampliación de la cartera de atenciones que se prestan en las rondas rurales, como parte de la implementación del Modelo de Atención Integral, si bien resulta positivo en términos del mejoramiento del acceso, resolutivead e integralidad de la atención, implica una tensión en la infraestructura física y sistema de atención de las Postas, ya que el número de box por establecimiento se torna insuficiente, aumentando los costos de operación de las rondas rurales, y no existen lugares de acogida para la comunidad que está expuesta a esperas a la intemperie en precarias condiciones.

3. PROPÓSITO

Contribuir a superar las inequidades en salud detectadas en las zonas rurales, a través de la mejoría de las condiciones críticas para la provisión de servicios a la población de mayor ruralidad del país especialmente la que se atiende en Postas de Salud Rural, generando condiciones para la aplicación del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario en el medio rural.

4. DESCRIPCIÓN

El Programa se orienta a cerrar las brechas en el funcionamiento de los establecimientos rurales de atención, especialmente de las Postas de Salud Rural, y así contribuir a disminuir las inequidades en salud, considerando para ello un enfoque amplio de Determinantes Sociales de la Salud, la Participación Comunitaria y el Trabajo Intersectorial.

Para tal efecto, el Programa ha priorizado el cumplimiento de seis indicadores orientados a: a) asegurar la continuidad y calidad de la atención en las Postas de Salud Rural, evaluando las atenciones realizadas por el equipo de ronda, la cobertura de familias evaluadas y los planes de intervención familiar; b) contribuir a mejorar los sistemas de transporte y comunicaciones, evaluando la adquisición de recursos en ésta área; y c) reforzar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las comunas.

5. OBJETIVO GENERAL

Mejorar las condiciones de funcionamiento de los establecimientos rurales de atención, especialmente de las Postas de Salud Rural, avanzando en el cierre de brechas de recursos humanos, calidad en la implementación del modelo de atención, medios de comunicación y transporte de las Postas Rurales, y ampliando las estrategias de trabajo comunitario.

6. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. **O.E. N° 1.** Mejorar las condiciones de cobertura, continuidad y calidad de atención en las Postas de Salud Rural y mejorar la frecuencia de rondas de salud rural.
2. **O.E. N° 2.** Contribuir a mejorar los sistemas de equipamiento, transporte y las comunicaciones de las Postas de Salud Rural con su respectiva Red Asistencial.
3. **O.E. N° 3.** Implementar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las respectivas comunas.

7. COMPONENTES

Componente 1: Cobertura y Calidad de atención en población rural.

1. Reforzamiento de los Equipos de Rondas en comunas con alto número de PSR y/o de alta vulnerabilidad socio-económica.
2. Refuerzo de recurso humano Técnico de Enfermería de Nivel Superior para Postas Rurales (permanente o volante).

Componente 2: Sistemas de equipamiento, transporte y comunicación de postas rurales.

1. Mantenimiento de sistemas de comunicación y/o equipamientos clínicos o de apoyo: telefonía de las postas de salud rural, equipamientos menores, otros.
2. Reposición y/o adquisición de vehículos para atención de rondas en PSR o traslado de pacientes, de equipamientos clínicos e instrumental menor o equipos de apoyo.

Componente 3: Innovaciones en el modelo integral de atención de las poblaciones rurales.

1. Proyectos de trabajo comunitario.
2. Jornadas de Salud Rural.

8. PRODUCTOS ESPERADOS

Productos asociados al Objetivo Específico Número 1:

1. Reforzamiento de los Equipos de Rondas Rurales:

Contratación de refuerzo de recursos humanos para atención de Rondas de Salud Rural, destinados a comunas con alto número de PSR y/o vulnerabilidad socio-económica y riesgo en salud, de forma de cubrir la necesidad de continuidad de la atención, tanto de la localidad de mayor concentración de habitantes (establecimiento de referencia), como también de las postas y estaciones médico-rurales dependientes, hasta ahora atendidos por un solo equipo, dejando frecuentemente desprovisto de atención al establecimiento base (CGU, CGR o PSR Principal).

Al momento de la planificación, el equipo deberá considerar que para aquellos establecimientos en que sus usuarios presentan bajas tasas de consulta, ello no necesariamente indica un bajo riesgo en salud. Debe evaluarse factores como: las dificultades de acceso de los usuarios al establecimiento, el grado de confianza de los usuarios en el sistema de salud y sus profesionales de cabecera, el sistema cultural y de creencias de una comunidad, la capacidad del usuario para tomar conciencia sobre su estado de salud y atreverse a consultar a tiempo, y la capacidad de movilidad física y redes de apoyo con que cuenta el paciente, en caso de estar discapacitado, para lograr acudir al establecimiento, entre otros aspectos.

Se recomienda que los diagnósticos de salud de la población incluyan visitas domiciliarias integrales a aquellas familias de usuarios no consultantes, así como el desarrollo constante de actividades de educación en salud, promoción y prevención.

Dado que el rol original de las Postas de Salud Rural radica en "mantener sana a la población rural", se recomienda que en poblaciones de bajo o mediano riesgo con bajas tasas de consulta, se incremente el número de controles y/o exámenes médicos preventivos, anticipando el daño en salud.

Se espera que con este refuerzo a las Rondas, las comunas priorizadas logren aumentar la cantidad de rondas y atenciones en las PSR y EMR, sin desmedrar la producción en el establecimiento base, distribuyendo el calendario de atenciones de la forma más equitativa posible entre los distintos establecimientos y en respuesta a las necesidades de salud de cada comunidad.

Para el refuerzo de los recursos se considera un profesional médico 44 hrs. semanales, un profesional no médico 44 hrs. semanales, y chofer 44 hrs., lo que deberá adecuarse a la realidad local previa negociación y autorización del Servicio de Salud.

2. Cobertura de acciones en el modelo de atención integral Postas de Salud Rural:

Mediante la contratación o mantención de un refuerzo de Recurso Humano Técnico de Enfermería de Nivel Superior (permanente o volante) en aquellas Postas Rurales priorizadas, se orientará a que el establecimiento fortalezca el trabajo en terreno y el contacto con la realidad social mediante la atención domiciliaria, el trabajo Familiar y Comunitario tanto en la posta, como en domicilio, escuelas o sedes vecinales, que puede ser abordado por cualquiera de los dos TENS.

En situaciones de postas aisladas y/o con población sobre 800 personas concentradas o más de 500 dispersas, se considerará la modalidad de un Técnico de Enfermería de Nivel Superior de refuerzo, con 44 horas semanales de contrato. Entre ambos Técnicos debe cubrirse un total de 64 horas de posta, conforme a lo dispuesto en la Norma Técnica N° 121 para Postas de Salud Rural, aprobada por la resolución exenta N° 595 de 9 de junio de 2011 del Ministerio de Salud, completando el resto de horas con trabajo en terreno (24 horas repartidas entre ambos), especialmente la aplicación de encuestas familiares en el área de la Posta.

Para el caso de comunas con varias postas, cada una con Técnico único y condiciones de acceso no extremas, se considerará la modalidad de Técnico de Enfermería de Nivel Superior de refuerzo volante, quien permitirá cubrir los vacíos de recurso humano TENS en un determinado conjunto de postas, sujeto a los tiempos y distancias entre establecimientos.

Productos asociados al Objetivo Específico Número 2:

1. Mantenimiento del servicio de telefonía celular o de red fija (según las condiciones locales) a las Postas Rurales de comunas vulnerables que no cuentan con esos medios de comunicación.

Se pretende facilitar el acceso a las comunicaciones en aquellas localidades más aisladas, sujeto a las posibilidades técnicas, de modo de agilizar la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia de pacientes, así como la capacidad de gestión coordinada de la Dirección Comunal de Salud, el Equipo de Rondas y el(los) Técnico(s) de Enfermería de Nivel Superior.

2. Renovación o Adquisición de Vehículos para Atención de Rondas:

Según disponibilidad de recursos, en comunas con mayor número de Postas Rurales, dificultades de acceso, dispersión de la población y/o vulnerabilidad social y económica se considerarán recursos para renovación o adquisición de vehículos para mejora de atención de usuarios rurales, ya sea vehículos para traslado de profesionales de rondas y/o para acercamiento de usuarios a la posta cuando lo amerita.

Sin perjuicio de los aportes directos que el Ministerio de Salud puede hacer a través del presente Programa, se pretende incentivar a las entidades administradoras de salud a hacer uso de las fuentes de financiamiento disponibles para optar a vehículos suficientes en número, calidad y capacidad, que permitan realizar las actividades de rondas a las Postas de Salud Rural conforme a las necesidades de la demanda de salud rural validada por su Servicio de Salud.

El destino de estos vehículos incluye el traslado del personal para efectuar las rondas en la Posta de Salud Rural, el traslado de los profesionales a las visitas domiciliarias en sector rural, e inclusive el traslado de pacientes vulnerables a la Posta. Incluye además el traslado de medicamentos, leche e insumos a la Posta, el traslado de muestras y material a esterilizar (cuando corresponda) desde la Posta, resultados de exámenes y material esterilizado (cuando corresponda) hacia la Posta, y en general toda gestión relacionada directamente con el trabajo de salud rural de la comuna.

Se excluye el uso de estos vehículos para otras actividades ajenas al área de la salud.

3. Equipamiento clínico e instrumental menor:

De acuerdo a la disponibilidad de recursos, se buscará apoyar el cierre de brechas para la renovación o actualización del equipamiento e instrumental menor de las Postas de Salud Rural en concordancia con lo definido en las Normas Técnicas de Postas de Salud Rural, así como a los requisitos para la Autorización Sanitaria de Normas Técnicas Básicas para establecimientos de atención abierta.

4. Equipos de apoyo:

Incluye recursos para la adquisición de estanques, bombas de agua, equipos electrógenos y otros que permitan reforzar el acceso a agua en condiciones seguras, suministro eléctrico o informático de las Postas de Salud Rural.

Productos asociados al Objetivo Específico Número 3:

1. Proyectos Comunitarios ejecutados:

Considera la ejecución de aquellos Proyectos Comunitarios seleccionados a través del proceso de concurso definido por cada Servicio de Salud. Los proyectos deben formularse a partir de las prioridades y los diagnósticos comunitarios que se realicen a nivel local con participación de la comunidad. Los temas priorizados son: a) Adulto mayor, b) Prácticas de salud complementaria, c) Alimentación saludable y autocuidado en salud (huertos comunitarios), d) Participación comunitaria, y e) Salud mental.

2. Jornada de Salud Rural:

La realización de esta jornada tendrá como propósito el intercambio de experiencias en el trabajo de salud rural, y la capacitación y actualización de los TENS y equipos rurales, en el marco del Modelo de Atención con Enfoque Familiar y Comunitario.

9. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Para el adecuado monitoreo y evaluación del Programa, se cumplirán los siguientes roles y funciones:

Servicios de Salud:

- 1) Asignar los recursos comunalmente de acuerdo a los criterios generales, a los diagnósticos y condiciones locales, y en base al marco presupuestario asignado a cada Servicio de Salud por Resolución Exenta del Ministerio de Salud.
- 2) Suscribir y tramitar los convenios para transferencia de recursos con los municipios.
- 3) Evaluar los resultados del Programa.
- 4) Monitorear en terreno la ejecución de las acciones comprometidas.
- 5) Auditoria del uso de los recursos del Programa por parte de los municipios y establecimientos, según corresponda.
- 6) Informar los resultados del Programa oportunamente al Ministerio de Salud, de acuerdo a los formatos de informes, plazos e indicadores definidos al efecto.
- 7) Asesoría y asistencia técnica a los municipios y departamentos de salud municipal, o establecimientos, según corresponda, para una adecuada ejecución del Programa.

Municipios y entidades administradoras de salud municipal:

- 1) Aportar información sobre la situación de la salud rural para la elaboración de línea base del Programa.
- 2) Suscribir convenios.
- 3) Ejecutar las actividades establecidas en el convenio para el logro de los objetivos acordados según corresponda: contratación de recursos humanos, adquisición de bienes o servicios, ejecución de proyectos de trabajo comunitario, según corresponda.
- 4) Realizar los registros de actividades en los REM correspondientes.
- 5) Informar oportunamente al Servicio de Salud respecto a las actividades comprometidas y los recursos traspasados.
- 6) Rendir cuentas de los recursos traspasados y gastados, de conformidad a lo establecido en la Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República, al respectivo Servicio de Salud.

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa con el propósito de mejorar su eficiencia.

Desde la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, se realizarán evaluaciones del desarrollo del Programa en los meses de agosto y diciembre del año

respectivo. En estas evaluaciones se solicitará información del desarrollo de los componentes a través de un informe, cuyo formato será enviado desde el Ministerio de Salud tres meses antes de la fecha de corte.

Primera Evaluación: mes de agosto del año respectivo

Se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. Las comunas enviarán la información que requiera el Servicio de Salud correspondiente, para elaborar el informe que será enviado al Ministerio de Salud. Los Servicios de Salud consolidarán y enviarán toda la información a la División de Atención Primaria, del Ministerio de Salud, con fecha tope 11 de septiembre del año respectivo, bajo el formato remitido por esta última División.

Segunda Evaluación: mes de diciembre del año respectivo

Se efectuará con corte al 31 de diciembre del año en curso, fecha en que los Servicios de Salud y las comunas deberán tener implementadas el 100% de las acciones comprometidas por componente. Los Servicios de Salud consolidarán y enviarán toda la información a la División de Atención Primaria, del Ministerio de Salud, con fecha tope 15 de enero del año siguiente, bajo el formato remitido por esta última División.

Esta evaluación determinará la devolución de recursos no ejecutados y la evaluación de la continuidad del programa en lugares con ejecución deficitaria. El resultado de la evaluación tendrá incidencia en los criterios de asignación de recursos del año siguiente, conforme las disponibilidades presupuestarias.

10. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Cumplimiento del Objetivo Específico N°1: Asegurar la continuidad y calidad de la atención en las Postas de Salud Rural.

Reliquidación: No

INDICADOR N°	NOMBRE DEL INDICADOR	
1	Incremento de atenciones de ronda (controles + consultas + EMP) realizadas en postas de la comuna	
FÓRMULA	VALOR ESPERADO	
N° de atenciones efectuadas en postas de la comuna mes XX año en curso / N° de atenciones efectuadas en posta mes XX año anterior * 100	≥100	
NUMERADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN	
N° de atenciones efectuadas en postas de la comuna mes XX año en curso.	REM Serie A-01, + REM Serie A-02, + REM Serie A-04, (sólo profesionales de ronda)	
DENOMINADOR		
N° de atenciones efectuadas en posta mes XX año anterior.		

Cobertura, continuidad y calidad de la atención en Postas Rurales

Reliquidación: Sí

INDICADOR N°	NOMBRE DEL INDICADOR	
2	Cobertura de familias evaluadas en PSR del Programa	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
N° de Familias Evaluadas con cartola o encuesta familiar / N° de Familias Inscritas * 100		30% de familias evaluadas con cartola o encuesta a junio (informado en agosto) 60 % de familias evaluadas con cartola o encuesta a diciembre
NUMERADOR		FUENTE DE INFORMACIÓN
N° de Familias Evaluadas con cartola o encuesta familiar		En base a REM Serie P-7, más reporte del Servicio de Salud en base a auditorías en terreno u otros medios de constatación
DENOMINADOR		
N° de Familias Inscritas		

Reliquidación: Sí

INDICADOR N°	NOMBRE DEL INDICADOR	
3	Cobertura de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención en PSR del Programa	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
N° de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención/ Total de familias evaluadas en riesgo (Alto, Medio y Bajo)		10% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a junio (informado en agosto) 20% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a diciembre
NUMERADOR		FUENTE DE INFORMACIÓN
N° de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención		En base a REM Serie P-7, más reporte del Servicio de Salud en base a auditorías en terreno u otros medios de constatación
DENOMINADOR		
Total de familias evaluadas en riesgo (Alto, Medio y Bajo)		

Nota: se aplica cartola familiar o encuesta de salud familiar vigente validada por el Servicio de Salud respectivo con duración máxima de 2 años.

Cumplimiento del Objetivo Específico N°2: Contribuir a mejorar los sistemas de transporte y las comunicaciones de las Postas de Salud Rural con la red asistencial.

Vehículos, equipamiento, equipos de apoyo e instrumental menor para PSR

Reliquidación: No

INDICADOR N°	NOMBRE DEL INDICADOR	
4	Porcentaje de ejecución de recursos (vehículos, instrumental, equipos de apoyo y equipamiento)	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Monto en recursos vehículos, instrumental, equipos de apoyo y equipamiento, devengado / Monto recursos en vehículos, instrumental, equipamiento asignado * 100		Según línea de base y listado comprometido
		FUENTE DE INFORMACIÓN
NUMERADOR		Listado comprometido Orden de compra
Monto en recursos vehículos, instrumental, equipos de apoyo y equipamiento devengado		
DENOMINADOR		Listado comprometido Orden de compra
Monto recursos en vehículos, instrumental, equipos de apoyo y equipamiento asignado		

Cumplimiento del Objetivo Específico N° 3: Reforzar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las respectivas comunas.

Proyectos de Trabajo Comunitario

Reliquidación: No

INDICADOR N°	NOMBRE DEL INDICADOR	
5	Porcentaje de Ejecución del Proyecto según cronograma	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Monto Ejecutado y Rendido Sin Observaciones / Monto Programado a la fecha de corte		A lo menos 60% a agosto
		FUENTE DE INFORMACIÓN
NUMERADOR		Según Informes de Ejecución de Proyecto parciales y final ajustados a las fechas de corte.
Monto Ejecutado y Rendido Sin Observaciones		
DENOMINADOR		Según Informes de Ejecución de Proyecto parciales y final ajustados a las fechas de corte.
Monto Programado a la fecha de corte		

Reliquidación: No

INDICADOR N°	NOMBRE DEL INDICADOR
6	Realización Jornada de Salud Rural
FÓRMULA	
Jornada de Salud Rural realizada	VALOR ESPERADO
	100% a diciembre
FUENTE DE INFORMACIÓN	
Indicador dicotómico = SI - NO	Informe
	Lista de asistencia
	Fotografías
	Rendiciones

11. 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 vinculadas con sus objetivos, metas e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud y establecimientos dependientes). El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa y de acuerdo a la normativa vigente.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los establecimientos dependientes del Servicio de Salud, los recursos para el financiamiento del Programa, los que serán transferidos por el Servicio de Salud respectivo, en dos cuotas, mediante un convenio.

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 22.

Las transferencias de recursos se efectuarán de acuerdo al siguiente esquema de cumplimiento:

- a) La primera cuota, correspondiente al **70%** del total de los recursos del convenio, se transferirán una vez totalmente tramitado los convenios celebrados entre el respectivo Servicio de Salud y los establecimientos dependientes de éste.
- b) La segunda cuota, podrá corresponder a un **máximo de un 30%** restante del total de recursos y estará **sujeta a la evaluación de cumplimiento de metas**. Asimismo, el grado de cumplimiento de los indicadores, deberá ser oportunamente informado en forma consolidada por los respectivos Servicios al Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

La tabla a aplicar para la definición de los porcentajes de cumplimiento es la siguiente:

Resultado de la Evaluación: Porcentaje de Cumplimiento de Metas	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 40%
Cumplimiento mayor o igual a 30%	0%
Cumplimiento menor a 30%	Entrega de Recursos proporcional al cumplimiento

Estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio respectivo.

Establecimientos de dependencia municipal

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes" Ley N° 19.378, 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 vinculadas con sus objetivos, metas e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos). El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa y de acuerdo a la normativa vigente.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios, los recursos para el financiamiento del Programa, los que serán transferidos por el Servicio de Salud respectivo, en dos cuotas, mediante un convenio.

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

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud de acuerdo al siguiente esquema de cumplimiento:

- a) La primera cuota, correspondiente al **70%** del total de los recursos del convenio, serán transferidos una vez totalmente tramitados de los convenios celebrados, entre el respectivo Servicio de Salud y los municipios.
- b) La segunda cuota, podrá corresponder a un **máximo de un 30%** restante del total de recursos y estará **sujeta a la evaluación de cumplimiento de metas**. Asimismo, el grado de cumplimiento de los indicadores, deberá ser oportunamente informado en forma consolidada por los respectivos Servicios de Salud, al Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

La tabla a aplicar para la definición de los porcentajes de cumplimiento es la siguiente:

Resultado de la Evaluación: Porcentaje de Cumplimiento de Metas	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 40%
Cumplimiento mayor o igual a 30%	0%
Cumplimiento menor a 30%	Entrega de Recursos proporcional al cumplimiento

Estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio respectivo.

ANEXO 1: PROGRAMA DE EQUIDAD EN SALUD RURAL: METAS E INDICADORES

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Componente 1: Continuidad y Calidad de atención en población rural.	Reforzamiento de los Equipos de Ronda en comunas con alto número de PSR y/o de alta vulnerabilidad socio-económica.	Segundos Equipos de Ronda contratados, funcionando y con impacto en el acceso a la salud de los usuarios rurales en comunas con alto número de PSR y/o de alta vulnerabilidad socio-económica.	<p><u>Indicador N° 1:</u> Incremento de atenciones de ronda (controles + consultas + EMP) realizadas en postas de la comuna.</p> <p>Fórmula Indicador N° 1: N° de atenciones efectuadas en postas de la comuna mes XX año en curso / N° de atenciones efectuadas en postas mes XX año anterior * 100</p> <p>Numerador: N° de atenciones efectuadas en postas mes XX año en curso</p> <p>Denominador: N° de atenciones efectuadas en posta mes XX año anterior.</p>	<p><u>Indicador N° 1:</u> Fuente: REM Serie A-01 + REM Serie A-02, + REM Serie A-04, (Solo profesionales de ronda).</p>
	Refuerzo de recurso humano Técnico de Enfermería de Nivel Superior (permanente o volante).	Se garantiza la continuidad de la atención en la PSR, el acceso a la atención de urgencia y se refuerza el trabajo Familiar y Comunitario, al contar con un refuerzo de recurso humano TENS (permanente o volante).	<p><u>Indicador N° 2:</u> Cobertura de familias evaluadas en PSR del Programa</p> <p>Fórmula Indicador N° 2: N° de Familias Evaluadas con cartola o encuesta familiar / N° de Familias Inscritas * 100</p> <p><u>Indicador N° 3:</u> Cobertura de familias evaluadas en riesgo con plan de</p>	<p>Indicador N° 2 y N° 3: En base a REM Serie P-7, sección A y B, más reporte del Servicio de Salud en base a auditorías en terreno u otros medios de constatación.</p>

			intervención en PSR del Programa Fórmula Indicador N° 3: N° de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención / Total de familias evaluadas en riesgo (Alto, Medio y Bajo).	
--	--	--	--	--

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Componente 2: Sistemas de equipamiento, transporte y comunicación de postas rurales.	- Mantención de sistemas de comunicación y/o equipamientos clínicos o de apoyo: telefonía de las postas de salud rural, equipamientos menores, otros. - Reposición y/o adquisición de vehículos para atención de rondas en PSR o traslado de pacientes, de equipamientos clínicos e instrumental menor o equipos de apoyo.	Mantención del servicio de telefonía celular o de red fija. Renovación o adquisición de vehículos para atención de rondas. Equipamiento clínico e instrumental menor. Equipos de apoyo.	Porcentaje de ejecución de recursos (vehículos, instrumental, equipamiento, equipos de apoyo). Fórmula Indicador N° 4: $\frac{\text{Monto en recursos vehículos, instrumental y equipamiento devengado}}{\text{Monto recursos en vehículos, instrumental, equipamiento asignado}} * 100$ Numerador: Monto en recursos vehículos, instrumental y equipamiento devengado. Denominador: Monto recursos en vehículos, instrumental, equipamiento asignado.	Listado comprometido. Orden de compra.
Componente 3: Innovaciones en el modelo integral de atención de las poblaciones rurales.	Proyectos de trabajo comunitario.	Proyectos comunitarios ² ejecutados.	Porcentaje de ejecución del Proyecto según cronograma del mismo. Fórmula Indicador N° 5: $\frac{\text{Monto ejecutado y rendido sin observaciones}}{\text{Monto programado a la fecha de corte}}$	Informes de ejecución de Proyecto parciales y final ajustados a las fechas de corte.

			Numerador: Monto ejecutado y rendido sin observaciones.	
			Denominador: Monto programado a la fecha de corte.	
	Jornada de Salud Rural.	Realización de Jornada de Salud Rural.	Jornada de Salud Rural realizada. Fórmula Indicador N° 6: Indicador dicotómico= SI - NO	Informe. Lista de asistencia. Fotografías.

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 entrará en vigencia el día 01 de enero de 2020.

4. **DÉJESE SIN EFECTO** la resolución exenta N° 1219 del 14 de diciembre 2018, del Ministerio de Salud.

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

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



Jaime Mañalich Muxi
JAIMÉ MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:

- Jefa de Gabinete Ministro de Salud.
- Jefa 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.



SERVICIO DE SALUD ANTOFAGASTA
DEPARTAMENTO DE ATENCION PRIMARIA

CONVENIO DE EJECUCIÓN
PROGRAMA EQUIDAD EN SALUD RURAL
ENTRE
EL SERVICIO DE SALUD DE ANTOFAGASTA
E
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE MARIA ELENA

En Antofagasta a 26 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 Equidad de Salud Rural**.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N°991, de 19 de diciembre de 2019, Modificado por Resolución Exenta N°147 de 05 de febrero de 2021 y financiado por Resolución Exenta N° 33 del 07 de enero 2022, todas del Ministerio de Salud. 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 las siguientes metas, las que se detallan a continuación:

Cumplimiento del Objetivo Específico N°1: Asegurar la continuidad y calidad de la atención en las Postas de Salud Rural.

Reliquidación: No

INDICADOR N.º	NOMBRE DEL INDICADOR
1	Incremento de atenciones de ronda (controles + consultas + EMP) realizadas en postas de la comuna
FÓRMULA	VALOR ESPERADO
N.º de atenciones efectuadas en postas de la comuna por mes del año en curso / N.º de atenciones efectuadas en posta por mes del año anterior * 100	>=100
NUMERADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
N.º de atenciones efectuadas en postas de la comuna por mes año en curso.	REM Serie A-01, + REM Serie A-02, + REM Serie A-04, (sólo profesionales de ronda)
DENOMINADOR	
N.º de atenciones efectuadas en posta por mes del año anterior.	

Cobertura, continuidad y calidad de la atención en Postas Rurales

Reliquidación: Sí

INDICADOR N.º	NOMBRE DEL INDICADOR	
2	Cobertura de familias evaluadas en PSR del Programa	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Nº de Familias Evaluadas con cartola o encuesta familiar / Nº de Familias Inscritas * 100		30% de familias evaluadas con cartola o encuesta a junio (informado en agosto) 60 % de familias evaluadas con cartola o encuesta a diciembre
		FUENTE DE INFORMACIÓN
NUMERADOR		En base a REM Serie P-7, más reporte del Servicio de Salud en base a auditorías en terreno u otros medios de constatación
Nº de Familias Evaluadas con cartola o encuesta familiar		
DENOMINADOR		
Nº de Familias Inscritas		

Reliquidación: Sí

INDICADOR N.º	NOMBRE DEL INDICADOR	
3	Cobertura de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención en PSR del Programa	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Nº de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención/ Total de familias evaluadas en riesgo (Alto, Medio y Bajo)		10% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a junio (informado en agosto) 20% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a diciembre
		FUENTE DE INFORMACIÓN
NUMERADOR		En base a REM Serie P-7, más reporte del Servicio de Salud en base a auditorías en terreno u otros medios de constatación
Nº de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención		
DENOMINADOR		
Total, de familias evaluadas en riesgo (Alto, Medio y Bajo)		

Nota: se aplica cartola familiar o encuesta de salud familiar vigente validada por el Servicio de Salud respectivo con duración máxima de 2 años.

Cumplimiento del Objetivo Específico N°2: Contribuir a mejorar los sistemas de transporte y las comunicaciones de las Postas de Salud Rural con la red asistencial.

Vehículos, equipamiento, equipos de apoyo e instrumental menor para PSR

Reliquidación: No

INDICADOR N.º	NOMBRE DEL INDICADOR	
4	Porcentaje de ejecución de recursos (vehículos, instrumental, equipos de apoyo y equipamiento)	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Monto en recursos vehículos, instrumental, equipos de apoyo y equipamiento, devengado / Monto recursos en vehículos, instrumental, equipamiento asignado * 100		Según línea de base y listado comprometido
NUMERADOR		FUENTE DE INFORMACIÓN
Monto en recursos vehículos, instrumental, equipos de apoyo y equipamiento devengado		Listado comprometido Orden de compra
DENOMINADOR		
Monto recursos en vehículos, instrumental, equipos de apoyo y equipamiento asignado		

Cumplimiento del Objetivo Específico N° 3: Reforzar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las respectivas comunas.

Proyectos de Trabajo Comunitario

Reliquidación: No

INDICADOR N.º	NOMBRE DEL INDICADOR	
5	Porcentaje de Ejecución del Proyecto según cronograma	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Monto Ejecutado y Rendido Sin Observaciones / Monto Programado a la fecha de corte		A lo menos 60% a agosto
NUMERADOR		FUENTE DE INFORMACIÓN
Monto Ejecutado y Rendido Sin Observaciones		Según Informes de Ejecución de Proyecto parciales y final ajustados a las fechas de corte.
DENOMINADOR		
Monto Programado a la fecha de corte		

Reliquidación: No

INDICADOR N.º	NOMBRE DEL INDICADOR	
6	Realización Jornada de Salud Rural	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Jornada de Salud Rural realizada		100% a diciembre
Indicador dicotómico = SI – NO		FUENTE DE INFORMACIÓN
		Informe
		Lista de asistencia
		Fotografías
		Rendiciones

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 \$ 11.337.418.- (**once millones trescientos treinta y siete mil cuatrocientos dieciocho 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:

Recurso Humano	CGR/PSR a cubrir	Meses financiados	\$ Asignado 2021
Médico, enfermero(a), matró(a) u otro profesional	CGR María Elena/ PSR Quillagua	12	\$11.337.418

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) y planillas normadas según corresponda e informadas por los referentes técnicos del SSA.
- El "Municipio" tiene la obligación de tener claridad respecto de los funcionarios contratados por el presente convenio y debe remitir la nómina de estos al referente del Programa del Servicio de Salud, vía correo electrónico, en los plazos establecidos y en los formatos correspondientes.

QUINTO: OBJETIVOS SANITARIOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar las condiciones de funcionamiento de los establecimientos rurales de atención, especialmente de las Postas de Salud Rural, avanzando en el cierre de brechas de recursos humanos, calidad en la implementación del modelo de atención, medios de comunicación y transporte de las Postas Rurales, y ampliando las estrategias de trabajo comunitario.

6. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. **O.E. N.º 1.** Mejorar las condiciones de cobertura, continuidad y calidad de atención en las Postas de Salud Rural y mejorar la frecuencia de rondas de salud rural.
2. **O.E. N.º 2.** Contribuir a mejorar los sistemas de equipamiento, transporte y las comunicaciones de las Postas de Salud Rural con su respectiva Red Asistencial.
3. **O.E. N.º 3.** Implementar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las respectivas comunas.

SEXTO: EVALUACIÓN Y MONITOREO

El cumplimiento de las metas del Programa y cumplimiento del presente convenio por parte del "Servicio" 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.

Desde la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, se realizarán evaluaciones del desarrollo del Programa en los meses de agosto y diciembre. En estas evaluaciones se solicitará información del desarrollo de los componentes a través de un informe, cuyo formato será enviado desde el Ministerio de Salud tres meses antes de la fecha de corte y reenviado a municipio para envío de información según fecha de corte a reportar.

1. Primer corte al 31 de agosto:

La Municipalidad deberá enviar la evaluación técnica correspondiente al corte del 31 de agosto del año en curso, la comuna deberá estar al día con 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 recursos.

Las comunas enviarán la información que requiera el Servicio de Salud correspondiente, para elaborar el informe que será enviado al Ministerio de Salud. Los Servicios de Salud consolidarán y enviarán toda la información a la División de Atención Primaria, del Ministerio de Salud, con fecha tope 10 de septiembre del año respectivo, bajo el formato remitido por esta última División.

Conforme a los resultados, en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota, si es que su cumplimiento es inferior **al 30%** de acuerdo al siguiente cuadro:

Resultado de la Evaluación: Porcentaje de Cumplimiento de Metas	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 40%
Cumplimiento mayor o igual a 30%	0%
Cumplimiento menor a 30%	Entrega de Recursos proporcional al cumplimiento

Con la evaluación técnica correspondiente al corte del 31 de agosto del año en curso, 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.

Excepcionalmente cuando existan razones fundadas del incumplimiento, la Municipalidad podrá apelar la decisión de reliquidar al "Servicio", 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 alcalde.

El "Servicio" analizará la apelación y verificará la existencia de razones fundadas para el 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:

En la evaluación técnica y final, con corte al 31 de diciembre del año en curso, 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.

Los Servicios de Salud consolidarán y enviarán toda la información a la División de Atención Primaria, del Ministerio de Salud, con fecha tope 14 de enero del año siguiente, bajo el formato remitido por esta última División.

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 2023 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. ° 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 atinentes 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 NORAMBUENA RIVERA
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE MARÍA ELENA**



**MARIO ROBERTO ROJAS CISTERNAS
DIRECTOR(S) SERVICIO DE SALUD
ANTOFAGASTA
SERVICIO SALUD ANTOFAGASTA
FECHA: 04/05/2022 HORA:23:35:09**

DCTÁ 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: 1277758-00c9cb en:

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