

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

SECRETARÍA MUNICIPAL

APRUEBA CONVENIO "EQUIDAD EN SALUD RURAL"

SUSCRITO c/SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

DECRETO ALCALDICIO N° 2223

DALCAHUE, 06 de septiembre de 2024

VISTOS: La Resolución Exenta N° 5914 del 12 de junio de 2024 del Servicio de Salud Chiloé; el Decreto Alcaldicio N° 548 del 07 de marzo de 2022, que nombra titular en el cargo de Alcalde de la Comuna a don ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR basado en la sentencia firme y ejecutoriada Causa Rol 1459-2021; los Artículos 2°, 56 y siguientes de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, texto refundido.

DECRETO:

APRUEBASE: En todos sus puntos el "**Convenio Programa Equidad en Salud Rural**" suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, y el Servicio de Salud Chiloé representada por el Directora doña Marcela Cárcamo Hemmelmann y mediante el cual el Servicio de Salud se compromete a transferir a la Municipalidad de Dalcahue durante el año 2024 la suma total de \$159.115.721.- (ciento cincuenta y nueve millones ciento quince mil setecientos veintinueve pesos), en dos cuotas, siendo la primera cuota correspondiente al 70% del total y asciende a \$111.381.005.- (ciento once millones trescientos ochenta y un mil cinco pesos).

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



CLARA INÉS VERA GONZÁLEZ
SECRETARIA MUNICIPAL



ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR
ALCALDE DE LA COMUNA

DISTRIBUCIÓN:

- Dirección Administración y Finanzas
- Corporación Municipal
- Secretaría Municipal
- Concejo Municipal
- Control Interno
- Oficina Transparencia
- Of. Partes

06-09-2024

N° 2223

RESOLUCION EXENTA N° 59 14
CASTRO, 12 JUN. 2024

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El **Convenio Equidad en Salud Rural**, suscrito con fecha 6 de mayo de 2024 entre el **Servicio de Salud Chiloé y la Ilustre Municipalidad de Dalcahue**; Resolución Exenta N° 147 del 05 de febrero de 2021, que aprueba el Programa **Equidad en Salud Rural**, Resolución Exenta N° 242 del 27 de marzo de 2024 que modifica Resolución Exenta N° 85 de 2024, que aprueba los recursos 2024 para el Programa, ambas del Ministerio de Salud; lo dispuesto en el D.F.L. N° 29 de 2005 del Ministerio de Hacienda, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo; DFL N° 1 de 2006 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2.763 de 1979; Ley 19.378; Ley 20.229 de 2007 que otorga facultades para la creación del Servicio de Salud Chiloé; Ley 18.575 de Bases Generales de la Administración del Estado; Decreto Supremo N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento de los Servicios de Salud; D.F.L. N° 1 del 13 de febrero de 2008 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial el 28 de junio de 2008, que crea el Servicio de Salud Chiloé; lo previsto en la Resolución N° 7 del 2019 y Resolución N° 14 del 2022, ambas de la Contraloría General de la República y D.A. N° 49 de fecha 13 de diciembre de 2022, del Ministerio de Salud. **CONSIDERANDO:** 1.- Resolución Exenta N° 242 del 27 de marzo de 2024 que modifica Resolución Exenta N° 85 de 2024, que aprueba los recursos 2024 para el Programa. 2.- Que es necesario aprobar y transferir recursos en base al presupuesto 2024, para financiar el Programa de Reforzamiento Equidad en Salud Rural 2024, cuyo propósito es 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. 3.- Que, El Servicio ha modificado cláusulas del convenio para ajustarse a la legislación vigente, acoger alcances de la Contraloría Regional de los Lagos y perfeccionar el cumplimiento del mismo. 4.- Dado lo anteriormente expuesto, es que a este Servicio de Salud le asiste la necesidad de aprobar el Convenio "Equidad en Salud Rural" suscrito con fecha 6 de mayo de 2024 entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, ajustándose a la distribución de recursos establecidos en Resolución Exenta N° 242 del 27 de marzo de 2024 que modifica Resolución Exenta N° 85 de 2024 del Ministerio de Salud. 5.- Que, en base a lo razonado anteriormente se debe necesariamente dejar sin efecto la Resolución Exenta N° 1191 del 07 de marzo de 2022 y Resolución Exenta N° 5086 del 15 de junio de 2023, ambas del **Servicio de Salud Chiloé**. 6.- En mérito de los argumentos antes indicados, acogiendo razones de buen servicio, y a fin de que produzca todos sus efectos como en derecho corresponde, dicto lo siguiente:

CONVENIO
PROGRAMA EQUIDAD EN SALUD RURAL
ENTRE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE
Y
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

En Castro a 6 de mayo de 2024 entre el **Servicio de Salud Chiloé**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.979.210-6, domiciliado en calle O'Higgins N° 504, en la ciudad de Castro, representado por su Directora **D. Marcela Cárcamo Hemmelmann**, del mismo domicilio, en adelante el "**Servicio**" y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**, corporación autónoma de derecho público RUT N° 69.230.300-8, domiciliada en Calle Pedro Montt N°105, de la comuna de Dalcahue, representada por su Alcalde **D. Alex Waldemar Gómez Aguilar**, de ese mismo domicilio, en adelante la "**Municipalidad**", se ha acordado celebrar un Convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

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

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 35 del 26 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".

Por último, se indica que, mediante la dictación de Resolución Exenta N°01858 de fecha 15 de septiembre de 2023, de la Contraloría General de la República de Chile, se instaura el uso obligatorio del Sistema de Rendición electrónica de Cuentas (SISREC) por parte de los Servicios Públicos y Municipalidades que transfieren recursos públicos imputados a los subtítulos 24 y 33 del clasificador presupuestario.

SEGUNDA: 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 e incorporando 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:

Programa Equidad en Salud Rural aprobado por Resolución Exenta N° 147 del 05 de febrero de 2021, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 242 del 27 de marzo de 2024 que modifica Resolución Exenta N° 85 de 2024, ambas del Ministerio de Salud.

Además, si se disponen, se complementa con las Orientaciones Técnicas del Programa. El Programa y sus Orientaciones Técnicas, de estar disponibles, se entienden forma parte integrante del convenio, el que la "Municipalidad" se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento, el que se encuentra disponible en la página WEB institucional del "Servicio" (<https://sschi.redsalud.gob.cl/>).

TERCERA: De las orientaciones técnicas. El Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el cumplimiento Programa según lo siguiente:

I. 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.

II. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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. Contribuir a mejorar los sistemas de equipamiento y comunicación de las Postas de Salud Rural con su respectivas Redes Asistenciales.
3. Implementar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las respectivas comunas.

III. COMPONENTES Y PRODUCTOS

COMPONENTE 1:

Fortalecer cobertura y calidad de atención en población rural, a través de las siguientes estrategias:

1. Reforzamiento de los Equipos de Rondas en comunas con alto número de Postas de Salud Rural y/o alta vulnerabilidad socio-económica:

La contratación de refuerzo de recursos humanos funcionando y con impacto en el acceso a la salud de los usuarios rurales en comunas con alto número de Postas de Salud Rural y/o vulnerabilidad socio-económica y riesgo en salud, de forma de cubrir la necesidad de continuidad de la atención. Lo que contribuirá a la realización de las Rondas de Salud en las Postas de Salud Rural (PSR).

El refuerzo de los equipos de rondas rurales contribuirá en el incremento de controles, consultas y exámenes médicos preventivos (EMP) efectuados por los profesionales a la población inscrita en PSR. Debiendo los profesionales realizar los registros de sus prestaciones en los respectivos REM de las PSR donde se desempeñen.

2. Refuerzo de recurso humano Técnico de Enfermería de Nivel Superior para Postas de Salud Rurales (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. Este componente está orientado a entregar mayor cobertura de acciones en el modelo de atención integral en las PSR, fortaleciendo 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, el cual es abordado por los TENS de las PSR.

COMPONENTE 2:

Mejorar los sistemas de equipamiento y comunicación de las postas rurales. De acuerdo al diagnóstico de necesidades de las Postas de Salud Rural de la red asistencial. Se considerarán recursos para:

1. Renovación o mantención de sistemas de Radiocomunicación de las PSR.

Mediante este subcomponente se busca fortalecer el acceso a las comunicaciones a modo de aglizar la capacidad de respuesta ante situaciones de desastres y/o emergencia de pacientes. Destacando el importante rol que la PSR asume al ser un actor esencial del sector salud para enfrentamiento de emergencia, catástrofe y otras contingencias en las localidades rurales.

2. Equipamientos clínicos e instrumental menor para las PSR.

Este subcomponente busca apoyar el cierre de brechas para la renovación o actualización del equipamiento e instrumental menor de las PSR.

3. Equipamiento de apoyo para las PSR.

El Programa va contribuir en superar las inequidades detectadas en el funcionamiento de las PSR, por lo que se incluyen recursos para la adquisición o renovación de equipos de apoyo que permitan reforzar la labor de las PSR, según establece Resolución exenta N° 991, que aprueba el Programa Equidad en Salud Rural.

COMPONENTE 3

Reforzar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las comunas:

1. Proyecto de trabajo comunitario

Considera la postulación a Proyectos Comunitarios en Salud Rural, los que serán seleccionados a través del proceso de concurso establecido por el Servicio de Salud Chiloé.

2. Jornada Salud Rural

La organización de esta jornada provincial 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.

PRODUCTOS ESPERADOS

COMPONENTE 1:

1. Efectuar la contratación de Reforzamiento de los equipos de rondas y Segundos TENS de acuerdo a lo establecido en el presente documento. De no efectuar lo dispuesto se entenderá como incumplimiento del convenio, y el Servicio de Salud podrá solicitar el reintegro de los recursos, el cual será asimilado a carrera referencial lineal de acuerdo a cada funcionario no contratado.
2. En situaciones de PSR aisladas y/o con población sobre 800 personas concentradas o más de 500 dispersas, se considerará la modalidad de 1 TENS de refuerzo, con 44 horas semanales de contrato, el horario de funcionamiento debe ser conforme a lo dispuesto en la Norma técnica vigente N°211 para postas de salud rural, aprobada con DTO exento N°28 del 05 de mayo de 2021 del Ministerio de Salud,
3. Planificación de ronda en cada una de las Postas de Salud Rural a su cargo. Por ende, se espera que cada comuna presente calendario de rondas efectuados en cada uno de sus establecimientos de salud rural dependientes.
4. Se espera que, con el refuerzo de rondas las comunas logren aumentar la cantidad de rondas y atenciones en las PSR y EMR, 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.
5. Elaborar plan de trabajo comunitario en función del diagnóstico participativo, donde el TENS de PSR se incorpora en a lo menos 2 actividades desarrolladas durante el año en cada uno de los establecimientos rurales, donde cada Posta debe contar con una planificación anual, que dé cuenta de su realidad particular, las necesidades expresadas por la comunidad, este plan deberá contener indicadores y sus logros expresados en metas a lograr durante el año.

COMPONENTE 2:

1. Implementación de Planes de Mejora de las acciones y actividades de la salud realizadas en favor de la comunidad, los que deberán incluir dimensiones asociadas a la calidad, oportunidad y acceso en la atención de la población. La adquisición debe estar enmarcada de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Exenta N° 991, que aprueba el Programa Equidad en Salud Rural y deberá verse reflejada en el plan de gastos descrito en la cláusula novena.
2. La comuna debe presentar un plan de mejora para las PSR, que vaya enfocado en mejorar las brechas encontradas en este componente.
3. De acuerdo a la disponibilidad de recursos, se buscará apoyar el cierre de brechas para el funcionamiento de los establecimientos de Salud Rural.
4. Evaluación de avances de plan implementado.

COMPONENTE 3:

1. Posta de Salud Rural implementa estrategias Innovadoras en salud rural.
2. Ejecución de aquellos Proyectos Comunitarios seleccionados conforme a evaluación del concurso establecido.
3. Ejecutar Jornada de Salud Rural para toda la red asistencial de la Provincia de Chiloé.
4. Fomentar la participación en capacitaciones de los y las TENS y equipo rural en la Jornada de Salud Rural.

IV. Monitoreo y Evaluación

El monitoreo se orienta a conocer el desarrollo de los diferentes componentes del Programa Equidad en Salud Rural con el propósito de mejorar su eficiencia.

Componente	Indicadores	Medios de Verificación	Meta esperada
Componente 1: Continuidad y calidad de atención en población rural	a. Reforzamiento de los Equipos de Ronda y TENS identificado en PSR.	-Se constatará en el Sistema de Rendición de Cuenta Electrónico.	-100% del equipo de ronda contratado.
	b. Calendario de rondas efectuado e informado al Servicio de Salud	-La comuna debe informar mediante correo electrónico al referente del Programa.	-Calendario de rondas mensual ejecutado e informado, corte de evaluación Mayo, Septiembre y Diciembre del año en curso.
	c. Incremento de atenciones de ronda (Controles+ Consulta+ EMP) SOLO PROFESIONALES DE RONDA	Fuente: REM serie A01 + REM serie A02+ REM serie A04 de las PSR de la comuna. Fórmula: Nº de atenciones efectuadas en postas de la comuna mes XX año en curso / Nº de atenciones efectuadas en posta mes XX año anterior * 100	-Cobertura lograda mayor o igual al 100% con respecto al año anterior.
	d. Existencia de Plan de trabajo comunitario en cada una de las PSR de la comuna.	La comuna debe enviar al Servicio de Salud Plan de trabajo comunitario.	-100% de las PSR con Plan de trabajo comunitario, formulado participativamente y en ejecución acorde a su cronograma (Corte 31 de julio). - El Plan contiene actividades que realice el TENS de PSR, en áreas de común acuerdo: educación comunitaria. (Corte: 31 de diciembre).
Componente 2: Sistemas de equipamiento y	e. Sistemas de Radiocomunicación,	Se constatará: - Informe de plan de mejora, de acuerdo a los dispuesto en la Resolución Exenta Nº 991,	- Elaboración plan de mejora que contribuya a mejorar los

comunicación de postas rurales.	equipamiento clínico y de apoyo para las PSR	que aprueba el Programa Equidad en Salud Rural. - Sistema de Rendición de Cuenta Electrónico.	Sistemas de Radiocomunicación, equipamiento clínico y/o de apoyo para las PSR. -100% de los recursos ejecutados al 31 de diciembre de 2024.
Componente 3: Innovaciones en el modelo Integral de atención de las poblaciones rurales	f. Propuesta de Proyecto comunitario en Salud Rural.	De acuerdo a las bases de concurso establecidas por el Servicio de Salud Chiloé.	La Comuna refuerza estrategias innovadoras en salud rural.
	g. Ejecución del Proyecto Comunitario Comunal adjudicado según cronograma.	- Sistema de Rendición de Cuenta Electrónico.	Corte al 31 de agosto de 2024: - A lo menos el 60% de ejecución en el Sistema de Rendición de Cuenta Electrónico. - 100% de ejecución al 31 de diciembre de 2024.
	h. Organizar Jornada de Salud Rural 2024.	- Lista de asistencia y fotografía de las actividades ejecutadas.	100% de ejecución al 31 de diciembre de 2024.

V. Indicadores de Reliquidación

Los indicadores reliquidadores del programa son los siguientes:

Indicador	Fórmula	Fuente de Información	Corte 31 de agosto de 2024	Corte 31 de diciembre de 2024
1. Cobertura de familias evaluadas en cada una de las PSR de las comunas.	Nº de Familias Evaluadas con cartola o encuesta familiar/Nº de Familias Inscritas * 100 Numerador: Nº de Familias Evaluadas con cartola o encuesta familiar. Denominador: Nº de Familias Inscritas en PSR.	Se constatará de acuerdo a las siguientes fuentes: -En base a REM serie P7, sección A y B obtenido de los registros de cada una de las PSR. -Auditoría de encuestas familiares de acuerdo a instructivo del Servicio de Salud, la que se efectuará de forma aleatoria en al menos una PSR de la comuna dentro del año.	-30% de familias evaluadas con cartola o encuesta a junio 2024 (informado en agosto).	-60% de familias evaluadas con cartola o encuesta a diciembre 2024
2. Cobertura de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención en las PSR del	Nº de Familias Evaluadas en riesgo con plan de intervención/Total de Familias evaluadas en riesgo (alto, medio y	Se constatará de acuerdo a las siguientes fuentes: -En base a REM serie P7, obtenido de los registros de cada una	-10% de familias en riesgo (alto, medio y bajo) con plan de intervención a junio 2024	-20% de familias en riesgo (alto, medio y bajo) con plan de

Programa	bajo) * 100 Numerador: N° de Familias Evaluadas en riesgo con plan de intervención. Denominador: Total de Familias evaluadas en riesgo (alto, medio y bajo).	de las PSR. -Auditorías de plan de intervención de acuerdo a instructivo del Servicio de Salud, la que se efectuará de forma aleatoria en al menos una PSR de la comuna dentro del año.	(informado en agosto).	Intervención a diciembre 2024
----------	--	--	------------------------	-------------------------------

- De acuerdo a la fuente de información señalada, la comuna debe considerar lo siguiente:
 - N° de Familias Evaluadas con cartola / encuesta familiar:** Corresponde al número total de familias que mantienen evaluaciones vigentes a la fecha del corte (junio 2024).
 - La evaluación efectuada con cartola/encuesta familiar tendrá una vigencia de validación de máximo 2 años.**
 - Total de Familias evaluadas en riesgo (alto, medio y bajo):** Toda vez que se realiza evaluación de encuesta familiar, estas deben ser clasificadas de acuerdo a la pauta de desarrollo local como familias: sin riesgo, con riesgo bajo, con riesgo medio o con riesgo alto. Por lo tanto, la sumatoria de familias sin riesgo y en riesgo bajo, medio y alto debe coincidir con el número de familias evaluadas con encuesta familiar vigentes a la fecha del corte.
- 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.

VI. Evaluación de cumplimiento de los Indicadores Reliquidadores

La reliquidación es realizada por el Ministerio de Salud con información provista por Servicio de Salud Chiloé.

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 2° cuota del 40%
Cumplimiento mayor o igual a 30%	0%
Cumplimiento menor a 30%	Entrega de Recursos proporcional al cumplimiento

Orientación Técnica de Programa: Se entienden parte integrante del presente convenio.

Plan de mejoras: El referente técnico podrá solicitar plan de mejora cuando estime conveniente, principalmente cuando detecte casos en que se observe incumplimiento de los indicadores del programa que afecten la correcta ejecución de este.

Evaluación: El servicio podrá realizar auditorías y solicitar informes complementarios si se requiere y utilizar otras fuentes de verificación de la información presentada por la comuna en el caso que fuera necesario para evaluar pertinencia técnica y proporcionalidad del gasto, lo anterior sustentado en el uso eficiente de los recursos del estado.

Registro REM para evaluar proporcionalidad: Se realizará en base a la programación de N° de actividades a acordar entre referente técnico del Servicio de Salud y encargados técnicos de las respectivas comunas. La programación de la cartera de prestaciones asociada al programa se elaborará en base a las orientaciones técnicas del programa, u otros instrumentos normativos de MINSAL según corresponda.

El acuerdo de las prestaciones a realizar deberá quedar escrito en acta de reunión entre los referentes técnicos del Servicio de Salud y los referentes técnicos de las comunas u a través de otro mecanismo formal de acuerdo. Sin embargo, al ser el proceso de programación operativa un proceso dinámico, éste podrá ser modificado si se requiere a solicitud de la comuna, para tal efecto se podrá solicitar por correo electrónico con la debida fundamentación, la que será revisada y sujeta a aprobación del Servicio de Salud y MINSAL.

Si los acuerdos de prestaciones mínimas a registrar en REM u otro medio de verificación de parte de la comuna no se cumplen se deberá rendir proporcionalmente de acuerdo a las horas o prestaciones efectivamente ejecutadas.

Modificaciones: se podrán solicitar Modificaciones de cláusulas técnicas, financieras y administrativas hasta el 30 de septiembre del año en curso, esto implica que la comuna deberá prever anticipadamente aquellas situaciones que pueden poner en riesgo el cumplimiento de uno o más componentes del convenio.

La solicitud de la Municipalidad será vía oficio al Servicio, indicando el programa y argumentos técnicos que respaldan la solicitud. De no contar con la argumentación técnica se rechazará de plano la solicitud informando a la comuna mediante el medio de comunicación por escrito más expedito, considerándose como no presentada. La aprobación de una solicitud será mediante addendum al Convenio y la dictación de la respectiva Resolución Aprobatoria.

No se aceptarán solicitudes de extensión de vigencia del convenio en materias financieras, ya que se entiende que prever situaciones problemáticas para el término de éste es una actividad acordada por las partes y se podrá establecer alternativas de solución en forma oportuna.

CUARTA: De los recursos financieros. Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Servicio de Salud viene en asignar a la "Municipalidad" los siguientes recursos para el logro de lo señalado en los indicadores de gestión e impacto, los que serán transferidos de la siguiente manera

	Monto total	Cuotas	Monto cuota	Porcentaje cuota %	Requisito transferencia
Convenio	\$159.115.721.- (Ciento cincuenta y nueve millones ciento quince mil setecientos veintiún pesos)	Primera cuota	\$111.381.005.-	70	Contra la aprobación del convenio mediante resolución.
		Segunda cuota	\$47.734.716.-	30	Sujeta a los resultados de la evaluación señalada en el presente convenio.
Fecha inicio Convenio / Addendum e Ingreso a SISREC	Tendrá vigencia a partir de la total tramitación del último acto administrativo que lo apruebe, no obstante, por razones de buen servicio, se entiende que éste se ha iniciado a partir del 1º de enero de 2024, fecha anterior a la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, considerando el artículo 52 de la Ley N° 19.880 que autoriza la retroactividad del acto administrativo en la medida en que produce efectos favorables para las partes y no lesiona derechos de terceros. Este Convenio se ingresará a SISREC como Proyecto Nuevo por cada componente				

Detalle Financiero

Item	Detalle	Destinación	Horas semanales	Nº Meses	Monto Anual
Refuerzo de recurso humano TENS	TENS	PSR Tenaún	44 horas	12	\$144.159.721
	TENS	PSR Calen	44 horas	12	
	TENS	PSR Butalcura	44 horas	12	
	TENS	PSR Puchauran	44 horas	12	
	TENS	PSR Quetalco	44 horas	12	
	TENS	PSR Mocopulli	44 horas	12	
Reforzamiento de los Equipos de Rondas	Funcionario categoría A		44 horas	12	
	Funcionario categoría B		176 horas	12	
	Chofer		44 horas	12	
Implementar plan de mejora para funcionamiento PSR (Componente 2)					\$4.956.000
Jornada de Salud Rural Provincial					\$10.000.000
Totál					\$159.115.721

Considerando lo mencionado por Resolución N°991 del 19 de diciembre del 2019 que aprueba el programa de equidad en salud rural, cada comuna de acuerdo a su realidad local y previa autorización del Servicio de Salud deberá velar por el propósito del programa que es contribuir a superar las inequidades en salud detectadas en zonas rurales bajo su jurisdicción.

Toda transferencia de recursos está sujeta a la disponibilidad presupuestaria del Servicio y se hace presente que de conformidad al inciso 2 del artículo N°18 de la Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, "En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido cuenta de la transferencia anterior.". En consecuencia, este Servicio de Salud, no transferirá nuevos recursos del programa, mientras la Municipalidad no haya resuelto el reintegro de los saldos no utilizados en el ejercicio anterior y que deben ser ingresados a Rentas Generales de la Nación, Instrucción impartida en el Artículo Nro.7 de la actual Ley de Presupuesto de la Nación Nro.21.640 del año 2024.

QUINTA: El Servicio podrá requerir a la "Municipalidad" los datos e Informes relativos a la ejecución del Programa y lo señalado en el presente convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso efectuando evaluación del mismo. Sin perjuicio de lo anterior, la Municipalidad deberá rendir cuenta de las actividades efectuadas, con los respectivos respaldos documentales que correspondan, de acuerdo a lo establecido en la Resolución N° 30 del año 2015 de la Contraloría General de la República que "Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas". Al respecto dicha Resolución señala en su artículo N° 20 "Las referidas unidades deberán preparar mensualmente una rendición de cuentas de sus operaciones, dentro de los quince (15) días hábiles administrativos siguientes al mes que corresponda, o en las fechas que la ley contemple."

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

- a) 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. En relación a lo anterior, el "Servicio" sólo revisará rendiciones a través de SISREC.
- b) Designar a los funcionarios que tengan las calidades de analista ejecutor, encargado ejecutor y su subrogante y ministro de fe en el SISREC.

c) 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 habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quién corresponda, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.

d) 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.

e) Rendir gastos en forma proporcional a la ejecución técnica del Convenio según define el artículo tercero de este convenio.

f) Ante un gasto observado por parte del Servicio, la Municipalidad podrá subsanarlo, sólo a través de la plataforma SISREC, dentro de un plazo de 10 días hábiles administrativos contados desde la fecha de devolución de la rendición al organismo ejecutor. De no presentar nuevos antecedentes dentro del plazo indicado, o si éste es presentado en otro medio o formato que no sea SISREC, la Municipalidad deberá necesariamente eliminar el gasto.

Presentados estos nuevos antecedentes, el Servicio de Salud procederá a su revisión y si aún existen gastos que resulten observados, se llevarán los antecedentes a una comisión integrada por el Jefe del departamento Salud o Desam de la Comuna respectiva, encargado del respectivo programa de la Comuna, la Directora (or) de APS, Jefe del Subdepartamento respectivo, el referente del programa y el Asesor jurídico del Servicio de Salud Chiloé, quienes resolverán su aprobación o eliminación.

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

a) Designar a los funcionarios para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado y analista otorgante.

b) 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 habilitación de firma electrónica avanzada del encargado otorgante y su subrogante, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.

c) Revisar los gastos ingresados por la comuna dentro de 20 días hábiles de su presentación y dentro de 10 días hábiles para gastos observados, en la medida que la comuna rinda gastos en forma mensual. El "Servicio" estará obligado a cerrar el proyecto

al término del plazo máximo para rendir que en ningún caso podrá ser superior al último día del mes de marzo del año siguiente.

La obligación de rendir cuenta, señalada en el inciso precedente, subsistirá aun cuando la Municipalidad ejecute las actividades, a través de su Corporación de Salud, en cuyo caso la "Municipalidad", deberá arbitrar las medidas administrativas que sean necesarias, para que dicha entidad también le rinda cuenta, tanto de los recursos como de las actividades realizadas.

SEXTA: Será de responsabilidad de la "Municipalidad" velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en los diferentes establecimientos de salud. 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 eventuales revisiones que pudiese efectuar.

SÉPTIMA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada o no rendida del programa objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la "Municipalidad" a la Renta general de la Nacional dentro del mes de enero de 2025 o al cierre del proyecto en SISREC.

Los recursos transferidos a la "Municipalidad" sólo podrán ser destinados para el cumplimiento de las prestaciones mínimas establecidas en el convenio, sin embargo en el caso de que la "Municipalidad" cumpla con lo acordado y optimice el gasto de dichos recursos, los excedentes se podrán utilizar en la realización de las mismas prestaciones dentro de los parámetros establecidos en el programa, que no implique una modificación de cláusulas del convenio ni extensión de su vigencia, lo cual se realizará previa solicitud, vía oficio dirigido al Servicio de Salud, antes del término del año en curso y con la aprobación de éste el cual constará por cualquier medio de comunicación por escrito.

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.

OCTAVA: El presente convenio de transferencias de recursos incluidas las modificaciones que regulen las actividades, acciones y gastos del mismo, tendrá una vigencia hasta el 31 de diciembre del mismo año y extendiéndose la revisión de los gastos hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados o rechazados.

El convenio se podrá prorrogar de manera automática en los siguientes términos

a) De la prórroga automática.

Las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará automática y sucesivamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuesto del Sector Público del año respectivo (siguiente), salvo que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

b) De la vigencia y cómo se formaliza.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año. Esta prórroga se formalizará mediante Resolución Exenta o la toma de razón de Resolución Afecta del Servicio de Salud la que establecerá las metas y recursos asociados.

c) De la representación por parte del Municipio.

La Municipalidad podrá representar mediante oficio al Servicio la Resolución de prórroga automática dentro de un plazo de 10 día hábiles desde su notificación.

d) Constancia.

Se deja constancia que las metas y recursos financieros entregados en el año en curso, deben estar ejecutados al 31 de diciembre de dicho año. Se entiende que la prórroga automática se refiere a la continuidad del programa en relación de la ejecución técnica y financiera del marco presupuestario del año siguiente, con el fin de dar inicio las prestaciones o actividades que requieren continuidad a partir del 1 de enero del año siguiente.

NOVENA: El Servicio y la Municipalidad incorporarán al presente Convenio el Anexo: "Plan de Gastos", que se entiende forma parte integrante del convenio, y la información contenida en el será la utilizada para revisar la pertinencia sanitaria de los gastos. Por otra parte, la revisión financiera de los gastos está regulada por la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República en el "TÍTULO I. NORMAS GENERALES".

Para que exista acuerdo de voluntades respecto al Plan de Gastos y sus modificaciones, la Municipalidad y Servicio definirán su contenido y se entenderá aprobado por la comuna al ser enviado al Servicio por Oficio/Ordinario y la aprobación de éste mediante medio de comunicación por escrito.

Se deja expresamente estipulado que la no presentación o acuerdo o aprobación de un plan de gastos antes de la primera rendición de gastos en SISREC del año en curso faculta al "Servicio" a utilizar el Plan de Gastos elaborado por éste, el que se informará

a la comuna por la vía escrita más expedita posible. El Plan de Gastos podrá ser modificado durante la vigencia del convenio por parte del Servicio de ser necesario ajustar aspectos sanitarios del mismo.

El plazo máximo para modificar un Plan de Gastos es el 30 de septiembre del año en curso.

DÉCIMA: En el evento de que el presente convenio se vea beneficiado, con mayores recursos de los indicados en el presente Instrumento, se procederá a confeccionar el respectivo addendum y se mantendrán o fijarán nuevas fechas para modificaciones al convenio y/o plan de gasto, según sea el caso.

DÉCIMA PRIMERA: El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando dos en poder del Servicio y uno en la "Municipalidad".

DÉCIMA SEGUNDA: La personería de D. Alex Waldemar Gómez Aguilar por la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, en su calidad de Alcalde, consta en el Decreto Municipal N° 548 del 7 de marzo de 2022.


D. ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR
ALCALDE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE


DRA. MARCELA CÁRCAMO HEMMELMANN
DIRECTORA

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

 Dirección/Jurídica/Dirección APS/Jefe Subdepto/Referente/SGO/cmv


UNIDAD CONTROL

ANEXO: "PLAN DE GASTOS"

El presente formato contiene la información mínima a utilizar y cada programa lo adaptará a las necesidades específicas de este.

PLAN DE GASTOS			
PROGRAMA			
Nº RESOLUCIÓN ASOCIADO AL PLAN DE GASTOS			
COMUNA			
NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE REFERENTE COMUNAL			
NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE REFERENTE SERVICIO DE SALUD			
Gastos de Operación			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.
Gastos de Personal			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.
Gastos de Inversión			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.