MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR - QUILLOTA
DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA
Int. Nº694 de fecha 30.06.2022

RESOLUCION EXENTA Nº (E)

VIÑA DEL MAR,

VISTO:

- Lo dispuesto en la Ley N° 18.575 sobre Bases de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N°1/19.653, publicado con fecha 17 de noviembre de 2001. Lo dispuesto en el DFL N° 29 (Hacienda), publicado con fecha 16 de marzo de 2005, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo. Lo dispuesto en la Ley Nº 19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado. Lo dispuesto en la Ley N° 19.378 de 1995 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, y el Decreto Supremo Nº 118 de 2007, del Ministerio de Salud. La Resolución N° 07/2019 Y 16/2020, ambas de la Contraloría General de la República, que fija Normas sobre Exención del Trámite de Toma de Razón. Las facultades que a la suscrita otorgan el D.F.L. Nº1/2005 (Salud), publicado en el Diario Oficial con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº2763, de 1979 y de las Leyes Nº18.933 y Nº 18.469, conjuntamente con el Decreto Supremo Nº 140/2004 y 50/2022, ambos del Ministerio de Salud.

CONSIDERANDO:

1. 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 denominado **"Programa Estrategias de Refuerzo para Recuperar Población en Control de Salud Infantil, MADIS y Cardiovascular",** y que fuere debidamente aprobado mediante su Resolución Exenta Nº229, de fecha 08 de Marzo 2022 y se han aprobado los recursos asignados por Res. N°393 del 19 de mayo del 2022, ambas de Ministerio de Salud, que en este acto se entienden por reproducidas y pasa a formar parte integrante del presente convenio, y que **"La Municipalidad",** se compromete a ejecutar.

2. Que, conforme con lo señalado precedentemente, el Ministerio de Salud a través del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, conviene en transferir a la **I. Municipalidad de Villa Alemana** como entidad administradora de salud municipalizada, los recursos destinados a implementar el **"Programa Estrategias de Refuerzo para Recuperar Población en Control de Salud Infantil, MADIS y Cardiovascular".**

3. El Convenio suscrito con fecha 01 de enero del 2022, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la **I. Municipalidad de Villa Alemana**, en virtud del cual la I. Municipalidad se compromete a desarrollar el **"Programa Estrategias de Refuerzo para Recuperar Población en Control de Salud Infantil, MADIS y Cardiovascular".**

RESUELVO:

1. **APRUÉBESE,** el convenio celebrado con fecha 01 de enero de 2022, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la **I. Municipalidad de Villa Alemana** en virtud del cual ésta se compromete a desarrollar el **"Programa Estrategias de Refuerzo para Recuperar Población en Control de Salud Infantil, MADIS y Cardiovascular".**

2. **CÚMPLASE,** de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Exenta Nº 07/2019 y 16/2020, ambas de la Contraloría General de la República, con la transcripción íntegra del Convenio que se aprueba en este acto y cuyo tenor es el siguiente:

En la ciudad de Viña del Mar, a 01 de enero de 2022, entre el **Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota**, RUT Nº 61.606.600-5, persona jurídica de Derecho Público, representada por su Director (S) **D. Haroldo Faúndez Romero**, ambos domiciliados en calle Von Schroeders N° 392, Viña del Mar, en adelante **"El Servicio**", por una parte; y la **Ilustre Municipalidad de Villa Alemana**, persona jurídica de Derecho Público, representada por su Alcaldesa **D. Javiera Toledo Muñoz**, ambos domiciliados en Buenos Aires N°850, comuna Villa Alemana, en adelante **"La Municipalidad"** por la otra, 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 Nº 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 del Decreto Supremo Nº 118 de 2007, 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".

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 denominado **"Programa Estrategias de Refuerzo para Recuperar Población en Control de Salud Infantil, MADIS y Cardiovascular.",** y que fuere debidamente aprobado mediante su Resolución Exenta Nº 229, de fecha 08 de Marzo 2022 y se han aprobado los recursos asignados por Res. N° 393 del 19 de mayo del 2022, ambas de Ministerio de Salud, que en este acto se entienden por reproducidas y pasa a formar parte integrante del presente convenio, y que **"La Municipalidad",** se compromete a ejecutar.

TERCERA: El propósito del programa es asegurar controles e intervenciones de salud oportunos y que permita la continuidad de la atención y los cuidados a la población, en particular a la población infantil de 24 a 59 meses y a las personas con diagnóstico de DM2 e HTA en los establecimientos de APS que no tuvieron atención durante la pandemia.

1. OBJETIVO GENERAL

Recuperar población en control de salud, beneficiaria de la APS, en específico para niños y niñas de 24 a 59 meses insistentes a controles de salud integral infantil de los 18 y 36 meses y de estos quienes requieran intervenciones en MADIS por alteraciones del DSM y Riesgos Psicosociales, junto a las personas con HTA y/o DM2, mediante acciones de rescate efectivas y atenciones de salud integrales con el enfoque de salud familiar, de manera de potenciar, la oportunidad y calidad técnica, en las atenciones de salud, de forma integral y con un enfoque de salud familiar.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Realizar controles de salud integrales de recuperación a niños y niñas de 24 a 59 meses, insistentes a controles de 18 y 36 meses.
b) Intervenir a niños y niñas de 24 a 59 meses con alteraciones del DSM y riesgos psicosociales derivados por los controles de salud integrales de recuperación en las MADIS.
c) Realizar rescate efectivo de personas con HTA y/o DM2 que han estado insistentes a sus controles de salud o fueron egresadas por abandono en los últimos 2 años.
d) Realizar controles de salud a las personas con condiciones de salud cardiovascular (HTA y/o DM2) que tuvieron rescate efectivo.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El programa Estrategias de refuerzo para recuperar la población en control de salud infantil, MADIS y cardiovascular, tendrá dos componentes.

COMPONENTES

3.1.- COMPONENTE 1: RECUPERACIÓN DE POBLACIÓN EN CONTROL DE SALUD DEL PROGRAMA DE INFANCIA

Contribuye a recuperar la continuidad de atención y los cuidados de niños y niñas (NN) de 24 a 59 meses que a razón de la situación epidemiológica no pudo tener oportunamente su control de salud integral de los 18 y 36 meses. Y de este grupo, intervenir en las MADIS a quienes presenten alteraciones del desarrollo y riesgos psicosociales.

Al respecto, el programa de Salud Infantil cuenta con un calendario sistematizado de controles que permiten acompañar la trayectoria en el crecimiento y desarrollo de NN, configurándose como una potencialidad y fortaleza para recuperar rápidamente a la población controlada, puesto que los aspectos no pesquisados e intervenidos en un control, pueden ser abordados en el control normado siguiente. El desafío lo constituye la necesidad de considerar en el rendimiento de las prestaciones el tiempo necesario para abordar los aspectos no considerados por la inasistencia anterior. Es así que en aquellos NN que no tuvieron el control de los 18 meses, se añade tiempo para que en el control correspondiente a los 24 meses pueda considerarse además la aplicación del test de evaluación del DSM y aplicar la pauta de evaluación de riesgos psicosociales normada. Lo mismo para los NN insistentes al control de los 36 meses. En la figura 2 se detalla el flujograma a seguir para la identificación de los NN que se incorporan en esta estrategia, de manera de diferenciarlo con los controles programáticos.

A su vez, los recursos para la contratación de Educadoras de Párvulos considerados en este PRAPS son para las intervenciones en MADIS, según las Orientaciones Técnicas Vigentes, de los NN derivados a través de esta estrategia contemplados en la Figura 2. Los

niños y niñas que requieran intervenciones en estas modalidades no considerados en esta estrategia están considerados en la programación y presupuesto vigente para este año.

Subcomponente 1.1: Controles de salud Integrales de Recuperación

1. **Objetivo:** Realizar controles de salud integrales de recuperación a niños y niñas de 24 a 59 meses insistentes a controles de 18 y 36 meses y derivaciones a MADIS según corresponda.

2. **Servicio provisto:** Controles de salud integrales con los estándares mínimos definidos por la Norma Técnica con énfasis en desarrollo integral y riesgos psicosociales con respectiva derivación a MADIS según corresponda.

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

   a) **Coordinación general:** El Servicio de Salud programa las actividades generales de acuerdo con el presupuesto y población objetivo determinada por el diagnóstico local referido en el Ord. Nº3877. 02.12.21. Especifica Lineamientos sobre Reactivación Presencial de Actividades de la Supervisión de Salud en Infancia en contexto de Pandemia COVID-19.

   b) **Coordinación y planificación local:**

      I. **Identificación de la población beneficiaria:** Cada centro de salud establece la nómina de NN insistentes a control de salud de 18 y 36 meses que no han sido recuperados.

      II. **Identificación de la dotación de recurso humano:** Determinar y programar los CSI según condiciones de NN referidos en la figura 2. En esta programación se debe considerar:
         1) Los rendimientos determinados por norma técnica (NT).
         2) Rendimientos de recuperación para aquellos NN con control de 24 y 48 meses realizados, pero que no se aplicó el test de DSM: 3/hr. para aplicación de EEDP y 1,5 a 2/hr. para aplicación de TEPSI. En ambos casos el cálculo de dotación es con profesional de enfermería.

      III. **Programación de espacios físicos e insumos** según estrategia local.

      IV. **Establecimiento y ejecución de los procedimientos de rescate y citación** según estrategia local.

      V. **Registros:**
         1) Formulario en línea con datos para el control y monitoreo del subcomponente del programa a nivel central.
         2) Registro en ficha clínica y Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM) según norma vigente.

Subcomponente 1.2: Intervenciones en Alteraciones del DSM y Riesgos Psicosociales

1. **Objetivo:** Intervenir a niños y niñas de 24 a 59 meses con alteraciones del DSM y riesgos psicosociales derivados por los controles de salud integrales de recuperación en las MADIS.

2. **Servicio provisto:** Intervenciones en MADIS según estándares definidos en las Orientaciones Técnicas vigentes.

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

   a) Coordinación general: El Servicio de Salud programa las actividades generales de acuerdo con el presupuesto y población objetivo determinada por el diagnóstico local referido en el Ord. Nº3877. 02.12.21.

   b) Coordinación y planificación local:

   I. **Identificación de la población beneficiaria:** Cada centro de salud establece según la población beneficiaria del componente anterior, la estimación de los NN que podrían requerir intervenciones en MADIS, según las siguientes prevalencias: 7% Normal con Rezago, 10% Riesgo y 5% Retraso. Para la identificación de NN que podrían requerir intervenciones por riesgo psicosocial, multiplicar la población beneficiaria del subcomponente anterior con él % de derivaciones por riesgo psicosocial del centro o comuna del año 2019.

   II. **Identificación de la dotación de recurso humano:** Determinar y programar las intervenciones de manera diferenciada para la población estimada en el ítem anterior con a) DSM normal con rezago, b) DSM en riesgo c) DSM en retraso y d) riesgos psicosociales. Considerar: dotación de recurso humano de educadora de párvulos y los rendimientos y número de intervenciones determinados por las Orientaciones Técnicas.

   III. **Programación de espacios físicos e insumos** según estrategia local.

   IV. Registros:

   1) Formulario en línea con datos para el control y monitoreo del subcomponente del programa a nivel central.
   2) Registro en ficha clínica y SRDM según norma vigente.

3.2.- COMPONENTE 2: RECUPERACIÓN DE POBLACIÓN EN CONTROL DE SALUD DEL PROGRAMA CARDIOVASCULAR

Contribuirá a recuperar la continuidad de los cuidados de la población con antecedente de HTA y/o DM2, quienes, debido a la redistribución de funciones de la APS para la contención de la pandemia COVID-19, se vieron afectados en la disminución de sus controles de salud, lo que puede contribuir a una mayor descompensación de sus patologías crónicas, junto a un aumento de la morbilidad y mortalidad asociada, afectando su calidad de vida.

Subcomponente 2.1: Realizar rescate de personas con DM2 y/o HTA inasistentes o egresadas por abandono al PSCV desde el año 2019 en adelante

1. **Objetivo:** Recuperar los controles de las personas inasistentes o que han sido egresadas del PSCV por abandono desde el año 2019. Entregando acceso oportuno al control de salud a la población inasistentes a control o egresada por abandono.

2. **Estrategia de planificación y ejecución:** Para el logro del objetivo del componente se entregan las siguientes estrategias:
   a) Realizar catastro de personas con DM2 y/o HTA inasistentes a sus controles de salud cardiovascular.

b) Realizar programación de los rescates en el periodo 2022, según criterios de priorización en la normativa vigente (estrategia ECICEP)[1]

c) Gestionar las acciones de rescate establecidos en el documento "Protocolo de Rescate de Personas Inasistentes a controles de Condiciones de Salud CV".

d) Implementar flujograma de rescate local según las directrices centrales y realidad local.

3. **Identificación de la dotación de recurso humano:** Técnicos de Nivel Superior de Salud (TENS), para realizar las actividades de gestión de rescate en los casos que corresponda, según lineamientos disponibles.

4. **Rendimiento:** 2 rescates integrales por hora.

5. **Valor referencial:** $3.769 la hora

   I. **Programación de espacios físicos e insumos** según estrategia local.

   II. **Registros:**

      1) Formulario en línea con datos para el control y monitoreo del subcomponente del programa a nivel central.
      2) Registro en ficha clínica según norma vigente.

Subcomponente 2.2: Aumentar el número de atenciones de personas con HTA y/o DM2 que estaban inasistentes o egresadas por abandono y que fueron rescatadas.

1. **Objetivo:** Recuperar la cobertura existente a diciembre de 2019.

2. **Estrategia de planificación y ejecución:** Para el logro del objetivo del componente se entregan las siguientes estrategias:
   a) Financiar la contratación de profesionales de: nutrición, enfermería y/o medicina, que permita recuperar controles de personas con condiciones de salud cardiovascular inasistentes o egresadas por abandono.
   b) Realizar el control o reingreso de las personas inasistentes o egresadas por abandono respectivamente que fueron rescatadas.
   c) Uso de estrategia HEARTS para lograr compensación de las personas con HTA rescatadas en el menor tiempo posible.
   d) Coordinación con la célula de DM de Hospital Digital (HD) para el manejo adecuado de personas con DM de acuerdo a disponibilidad local.

3. **Identificación de la dotación de recursos humanos:** Profesional de nutrición, enfermería y/o de medicina.

4. **Rendimiento:** dos controles integrales por hora.

5. **Valor referencial profesional** $ 7.370 valor hora

6. **Valor referencial medico** $ 9.701 valor hora.

   I. **Programación de espacios físicos e insumos** según estrategia local.

   II. **Registros:**

      1) Formulario en línea con datos para el control y monitoreo del subcomponente del programa a nivel central.
      2) Registro en ficha clínica según norma vigente.

CUARTA: Consecuente con lo expuesto anteriormente, **"El Servicio",** conviene en asignar a **"La Municipalidad",** recursos presupuestarios para la ejecución del Programa antes aludido y específicamente para financiar los componentes y sus respectivas estrategias.

QUINTA: Conforme lo señalado en las cláusulas precedentes, **"El Servicio"**, traspasará, a **"La Municipalidad"**, una vez afinada la resolución aprobatoria de este convenio y recibidos los recursos desde el Ministerio de Salud, la suma de **$28.838.203.- (Veintiocho millones, ochocientos treinta y ocho mil, doscientos tres pesos)**, con el objeto de alcanzar el propósito y cumplimiento del Programa, objeto del presente convenio. Por su parte, **"La Municipalidad"** se obliga a cumplir todos y cada uno de los objetivos del Programa, procediendo a la ejecución de sus acciones para los beneficiarios del sector público de salud, beneficiarios de la Atención Primaria.

COMPONENTE	DISTRIBUCIÓN	RECURSO HUMANO
Componente N°1: Programa Infancia	Enfermera y Profesional de Sala de Estimulación.	$ 4.838.203.-
Componente N°2: Programa C.Vascular	**65%:** Profesional (Médico y/o Enfermera y/o Nutricionista).	$15.600.000.-
	35%: Tens.	$8.400.000.-
	Total:	**$ 28.838.203.-**

* La distribución porcentual son sugerencias.

SEXTA: Los recursos presupuestarios aludidos en la cláusula que precede, serán transferidos por **"El Servicio"** a **"La Municipalidad"** en dos (02) cuotas en todos los conceptos. La primera equivalente a un 70% del total de los recursos, una vez afinada la Resolución aprobatoria del presente convenio y se encuentren recepcionados los recursos desde el Ministerio de Salud; la segunda cuota equivalente al 30% restante del total de los recursos en el mes de octubre del presente año 2022, contra los resultados de la primera evaluación, de acuerdo a los indicadores definidos en el Programa de acuerdo al esquema que se indicará en clausulas siguientes y se encuentren rendidos los recursos de la primera cuota por **"La Municipalidad",** atendido que de no encontrase dicha rendición de manera satisfactoria por **"El Servicio",** no será traspasada la segunda cuota aludida, ello conforme establece el artículo 18 de la Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República, que Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas, concordante con su Dictamen N°51.246, de 2016.

SÉPTIMA: **"La Municipalidad"** se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar exclusivamente los Componentes, y productos mencionados en la Resolución aprobatoria del Programa, y cláusulas tercera y cuarta de este Convenio. (Res. Ex N° 229 del M. de Salud. 08.03.2022).

OCTAVA: La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

La primera evaluación se efectuará con corte al 31 agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación, se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre. Si el cumplimiento Global del Programa es inferior al 60% por componente, no se transferirá la segunda cuota respectiva a ese componente, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento global de Programa	Porcentaje de Descuento de Recursos 2º cuota del 30%
≥ = 60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30,00%	100%

La segunda evaluación y final, se efectuará con fecha de corte al 31 de diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las acciones comprometidas referidas al Cumplimiento Global del Programa a través del informe cuantitativo y cualitativo final, recepcionado la primera quincena de enero del año siguiente.

NOVENA: INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La evaluación del cumplimiento se realizará de manera individual en cada componente y subcomponentes dado para cada indicador.

La comuna deberá informar la cantidad de pacientes del Programa de Salud Cardiovascular que va a efectuar rescate y controles de acuerdo a la distribución del presupuesto, y los rendimientos, lo que significara su 100%.

COMPONENTE 1

Subcomponente	Indicador	Fórmula de cálculo	Fuente	Frecuencia	Meta	Peso relativo
1.1: Controles de salud Integrales de Recuperación	Porcentaje de niños y niñas inasistentes a control de 18 y 36 meses durante el 2020 y 2021 con control de salud integral recuperado en el año 2022.	Nº de NN inasistentes a control de 18 y 36 meses con control de recuperación en 2022/ Nº de NN inasistentes a control de 18 y 36 meses en 2020 y 2021 x 100	Formulario del programa Google Form ® implementado a nivel central para el monitoreo del componente REM P2	**Semestral**	Agosto: 50% Diciembre 90%	60%
	Porcentaje de niños y niñas con alteraciones del DSM y Riesgos psicosociales derivados a MADIs	Nº de NN derivados a MADIs desde el control de salud integral de recuperación/ Nº de NN con pesquisa de alteración del DSM y riesgo psicosocial x 100	Formulario del programa Google Form ® implementado a nivel central para el monitoreo del componente REM A03	**Semestral**	Agosto y diciembre: 100%	10%
1.2: Intervenciones en Alteraciones del DSM y Riesgos Psicosociales	% de NN derivados a MADIs desde control de recuperación con intervención completa.	Nº de NN derivados a MADIS desde control de salud integral de recuperación con intervención completa / Nº de NN derivados a MADIs desde el control de salud integral de recuperación x 100	Formulario del programa Google Form ® implementado a nivel central para el monitoreo del componente REM A03 SRDM	**Semestral**	Agosto 30% Diciembre 70%	30%

COMPONENTE 2

Subcomponente	Indicador	Fórmula de cálculo	Fuente	Frecuencia	Meta	Peso relativo
1.-Rescate de personas inasistentes a control o egresadas por abandono.	Indicador N°1: Personas con patologías CV (HTA y/o DM2) con rescate efectivo: (Corte junio y corte dic)	N° de Personas con patología CV (HTA y/o DM2) con rescate efectivo/ N° total de personas en programa cardiovascular inasistentes o egresados por abandono durante 2020 y 2021	Formulario del programa Google Form ® implementado a nivel central para el monitoreo del componente	**Semestral**	Agosto 50% diciembre 80%	30%
	Indicador N° 2: Porcentaje de horas contratadas	(Nº de horas contratadas efectivas/ horas asignadas) x 100%	Formulario del programa Google Form ® implementado a nivel central para el monitoreo del componente	**Trimestral**	100% de las horas asignadas	10%
	Indicador N° 3: Producción de personas contratadas	N° de rescates realizados/n° de horas contratadas	Formulario del programa Google Form ® implementado a nivel central para el monitoreo del componente	**Trimestral**	80% de producción	10%
Aumentar el número de atenciones de personas con HTA y/o DM2 que estaban inasistentes o egresadas por abandono y que fueron rescatadas	Indicador N° 1 Personas rescatadas con control realizado	Números de controles de personas rescatadas/total de personas con condiciones CV (HTA y/o DM2) rescatadas	Formulario del programa Google Form ® implementado a nivel central para el monitoreo del componente	**Semestral**	Agosto 50% diciembre 80%	30%
	Indicador N° 2: Porcentaje de horas contratadas	(Nº de horas contratadas efectivas/ horas asignadas) x 100%	Formulario del programa Google Form ® implementado a nivel central para el monitoreo del componente	**Trimestral**	. 100% de las horas asignadas	10%
	Indicador N° 3: Producción de personas contratadas	N° de controles/n° de horas contratadas	Formulario del programa Google Form ® implementado a nivel central para el monitoreo del componente	**Trimestral**	80% de producción	10%

DECIMA: El Servicio verificará la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoria, de acuerdo al programa anual aprobado por la Dirección del Servicio.

Los municipios deberán incorporar a su patrimonio estos recursos, conforme lo establecido en el artículo 4° del decreto ley N° 1.263, de 1975, orgánico de administración financiera del estado.

DECIMA PRIMERA: Para dar estricto cumplimiento a lo establecido en las cláusulas anteriores y demás políticas de auditoría y otras determinadas por **"El Servicio"**, este último designa para todos los fines que fueren pertinentes como responsable técnico y supervisor del Programa para el componente N° 1 a la funcionaria de la Dirección de Atención Primaria, **Enf. Javiera Arriagada Pfaff** y para el componente N° 2 al funcionario de la Dirección de Atención Primaria, **D. Enzo Sepúlveda Valenzuela**, Enfermero; y como responsable de la transferencia de los recursos presupuestarios del mismo a **D. Brisa Pastén Tapia**, del Departamento de Finanzas, o quienes legalmente les subroguen, quienes detentarán desde luego las facultades necesarias para lograr los objetivos antes descritos.

DECIMA SEGUNDA: La Municipalidad se obliga a autorizar a sus funcionarios a participar en todas las acciones de orientación y capacitación del referido Programa, definidos tanto por el Ministerio de Salud como por el Servicio.

DECIMA TERCERA: El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes especificados en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio podrá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

DÉCIMA CUARTA: El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados acto que fiscalizará a través de la Unidad de Rendiciones de la Dirección de Atención Primaria y por el Departamento de Auditoria del S.S. de ser requerido. Sin prejuicio de lo anterior, estas trasferencias de recursos que rigen por las normas establecidas en la **Resolución N° 30 del 2015 de la Contraloría de la República**, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, dentro de los quince primeros días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, la cual deberá ser ingresada a plataforma **Sistema de Rendiciones SISREC de la Contraloría**, a fin de determinar la correcta inversión de los fondos otorgados y el cumplimiento de los objetivos previstos en la ley o en el acto que ordena la transferencia entre el Servicio de Salud y la Ilustre Municipalidad. Considerar además que no cumplir con esta normativa significará no transferir los recursos financieros del respectivo periodo.

DÉCIMA QUINTA: El presente convenio tendrá vigencia desde el **01 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre del año 2022.** No obstante, solo se podrán rendir recursos ejecutados posterior a la tramitación de este convenio. Finalizado el período de vigencia los fondos transferidos, pero no utilizados en el programa objeto de este instrumento, deberán ser restituidos al Servicio, como lo indique el finiquito, lo que deberá realizarse a más tardar dentro de los 90 días hábiles posteriores a la emisión de la resolución del finiquito.

DECIMA SEXTA: 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.

DECIMA SEPTIMA: 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, cumpliéndose a demás con los siguientes requisitos:

1. Solicitud por escrito de la Municipalidad.
2. Relación de gastos al día.
3. Evaluación técnica y financiera favorable.

DECIMA OCTAVA: El presente convenio se firma en dos (2) ejemplares, quedando uno en poder de la Municipalidad y uno en poder del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.

DECIMA NOVENA: Para todos los efectos legales derivados del presente convenio las partes prorrogan competencia para ante los Tribunales de Justicia de la ciudad de Viña del Mar.

PERSONERIA: La facultad y personería de **D. HAROLDO FAÚNDEZ ROMERO**, Director (S) del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, para celebrar convenios están contenidos en el Decreto con Fuerza de Ley Nº 1/2005, que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley Nº 2763/79 y de las Leyes Nº18.469 y Nº18.933, conjuntamente, con los Decretos Supremos Nº140/2004 Y 50/2022, ambos del Ministerio de Salud. La personería de **D. JAVIERA TOLEDO MUÑOZ,** Alcaldesa de la Ilustre Municipalidad de Villa Alemana, consta en Sentencia de Proclamación N° 299-2021 del Tribunal Electoral de Valparaíso de fecha 29/06/2021 y Decreto Alcaldicio N°1511 de fecha 02/07/2021.

4. **TRANSFIÉRASE,** a la I. Municipalidad de Villa Alemana, la suma de **$28.838.203.- (Veintiocho millones, ochocientos treinta y ocho mil, doscientos tres pesos)**.

   Los recursos serán transferidos a la Municipalidad en dos (02) cuotas. La primera equivalente a un 70% del total de los recursos, una vez afinada la Resolución aprobatoria del presente convenio y se encuentren recepcionados los recursos desde el Ministerio de Salud; la segunda cuota equivalente al 30% restante del total de los recursos en el mes de octubre del presente año 2022, contra los resultados de la primera evaluación, de acuerdo a los indicadores definidos en el Programa de acuerdo al esquema ya indicado anteriormente, y se encuentren rendidos los recursos de la primera cuota por "La Municipalidad".

5. **ESTABLÉCESE**, que finalizado el período de vigencia del convenio que por este acto se aprueba, se descontarán de la transferencia regular de atención primaria el valor correspondiente a la parte no ejecutada de las actividades adicionales objeto del convenio aprobado en este acto, debiendo para dicho efecto la Municipalidad remitir al referente técnico del Servicio, la información correspondiente, mediante correo electrónico.

6. **DECLÁRESE,** la vigencia del convenio que por este acto se aprueba es hasta el **31 de diciembre de 2022.**

7. **DECLÁRESE,** en caso de que la “Municipalidad” se exceda de los fondos por el Servicio para los efectos de este convenio, deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución, sin perjuicio de lo indicado en la cláusula primera del presente convenio.

8. **REQUIÉRASE,** a la I. Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del Convenio, con los detalles y especificaciones que se estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

9. **REQUIÉRASE,** a la I. Municipalidad dar cuenta de las sumas recibidas por este Programa o su inversión, conforme a lo establecido en la Resolución Exenta Nº 30 de 2015, de Contraloría General de la República.

10. **ESTABLÉCESE,** como administrador y coordinador del Servicio de Salud de Viña del Mar-Quillota, a **D. Enzo Sepúlveda Valenzuela**, correo electrónico enzo.sepulvedav@redsalud.gov.cl y **D. Javiera Arriagada Pfaff** javiera.arriagada@redsalud.gov.cl, quienes tendrán como función principal actuar como referente técnico de este servicio respecto de la I. Municipalidad y del Ministerio de Salud, además de velar por la correcta ejecución y adecuado cumplimiento de las obligaciones asumidas por las partes.

11. **REQUIÉRASE**, a la I. Municipalidad la designación de una persona que actuará como referente técnico y la notificación de dicha designación a este Servicio, dentro del plazo de cinco días contados desde la fecha de suscripción del convenio.

12. **FISCALÍCESE,** la correcta utilización de los fondos traspasados por departamento de Auditoría del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

13. **IMPÚTESE,** el gasto que genere el cumplimiento de la presente Resolución al subtítulo Nº 24 del presupuesto del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE,

D. HAROLDO FAÚNDEZ ROMERO
DIRECTOR (S)
S. S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA

EU.CHB/CA.GFT/scc
DISTRIBUCION:
- Municipalidad.
- Subdirección de RRFF. y Financieros S.S.V.Q.
- Dirección de Atención Primaria S.S.V.Q.
- Of. de Partes S.S.V.Q.

SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR-QUILLOTA

CONVENIO

SERVICIO SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE VILLA ALEMANA

"Programa Estrategias de Refuerzo para Recuperar Población en Control de Salud Infantil, MADIS y Cardiovascular.", año 2022

En la ciudad de Viña del Mar, a 01 de enero de 2022, entre el **Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota**, RUT N° 61.606.600-5, persona jurídica de Derecho Público, representada por su Director (S) **D. Haroldo Faúndez Romero**, ambos domiciliados en calle Von Schroeders N° 392, Viña del Mar, en adelante **"El Servicio"**, por una parte; y la **Ilustre Municipalidad de Villa Alemana**, persona jurídica de Derecho Público, representada por su Alcaldesa **D. Javiera Toledo Muñoz**, ambos domiciliados en Buenos Aires N°850, comuna Villa Alemana, en adelante **"La Municipalidad"** por la otra, 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° 118 de 2007, 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".

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 denominado **"Programa Estrategias de Refuerzo para Recuperar Población en Control de Salud Infantil, MADIS y Cardiovascular.",** y que fuere debidamente aprobado mediante su Resolución Exenta N° 229, de fecha 08 de Marzo 2022 y se han aprobado los recursos asignados por Res. N° 393 del 19 de mayo del 2022, ambas de Ministerio de Salud, que en este acto se entienden por reproducidas y pasa a formar parte integrante del presente convenio, y que **"La Municipalidad",** se compromete a ejecutar.

TERCERA: El propósito del programa es asegurar controles e intervenciones de salud oportunos y que permita la continuidad de la atención y los cuidados a la población, en particular a la población infantil de 24 a 59 meses y a las personas con diagnóstico de DM2 e HTA en los establecimientos de APS que no tuvieron atención durante la pandemia.

1. OBJETIVO GENERAL

Recuperar población en control de salud, beneficiaria de la APS, en específico para niños y niñas de 24 a 59 meses insistentes a controles de salud integral infantil de los 18 y 36 meses y de estos quienes requieran intervenciones en MADIS por alteraciones del DSM y Riesgos Psicosociales, junto a las personas con HTA y/o DM2, mediante acciones de rescate efectivas y atenciones de salud integrales con el enfoque de salud familiar, de manera de potenciar, la oportunidad y calidad técnica, en las atenciones de salud, de forma integral y con un enfoque de salud familiar.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

a) Realizar controles de salud integrales de recuperación a niños y niñas de 24 a 59 meses, insistentes a controles de 18 y 36 meses.
b) Intervenir a niños y niñas de 24 a 59 meses con alteraciones del DSM y riesgos psicosociales derivados por los controles de salud integrales de recuperación en las MADIS.
c) Realizar rescate efectivo de personas con HTA y/o DM2 que han estado insistentes a sus controles de salud o fueron egresadas por abandono en los últimos 2 años.
d) Realizar controles de salud a las personas con condiciones de salud cardiovascular (HTA y/o DM2) que tuvieron rescate efectivo.

3. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El programa Estrategias de refuerzo para recuperar la población en control de salud infantil, MADIS y cardiovascular, tendrá dos componentes.

COMPONENTES

3.1.- COMPONENTE 1: RECUPERACIÓN DE POBLACIÓN EN CONTROL DE SALUD DEL PROGRAMA DE INFANCIA

Contribuye a recuperar la continuidad de atención y los cuidados de niños y niñas (NN) de 24 a 59 meses que a razón de la situación epidemiológica no pudo tener oportunamente su control de salud integral de los 18 y 36 meses. Y de este grupo, intervenir en las MADIS a quienes presenten alteraciones del desarrollo y riesgos psicosociales.

Al respecto, el programa de Salud Infantil cuenta con un calendario sistematizado de controles que permiten acompañar la trayectoria en el crecimiento y desarrollo de NN, configurándose como una potencialidad y fortaleza para recuperar rápidamente a la población controlada, puesto que los aspectos no pesquisados e intervenidos en un control, pueden ser abordados en el control normado siguiente. El desafío lo constituye la necesidad de considerar en el rendimiento de las prestaciones el tiempo necesario para abordar los aspectos no considerados por la inasistencia anterior. Es así que en aquellos NN que no tuvieron el control de los 18 meses, se añade tiempo para que en el control correspondiente a los 24 meses pueda considerarse además la aplicación del test de evaluación del DSM y aplicar la pauta de evaluación de riesgos psicosociales normada. Lo mismo para los NN insistentes al control de los 36 meses. En la figura 2 se detalla el flujograma a seguir para la identificación de los NN que se incorporan en esta estrategia, de manera de diferenciarlo con los controles programáticos.

A su vez, los recursos para la contratación de Educadoras de Párvulos considerados en este PRAPS son para las intervenciones en MADIS, según las Orientaciones Técnicas Vigentes, de los NN derivados a través de esta estrategia contemplados en la Figura 2. Los niños y

niñas que requieran intervenciones en estas modalidades no considerados en esta estrategia están considerados en la programación y presupuesto vigente para este año.

Subcomponente 1.1: Controles de salud Integrales de Recuperación

1. **Objetivo:** Realizar controles de salud integrales de recuperación a niños y niñas de 24 a 59 meses insistentes a controles de 18 y 36 meses y derivaciones a MADIS según corresponda.

2. **Servicio provisto:** Controles de salud integrales con los estándares mínimos definidos por la Norma Técnica con énfasis en desarrollo integral y riesgos psicosociales con respectiva derivación a MADIS según corresponda.

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

   a) **Coordinación general:** El Servicio de Salud programa las actividades generales de acuerdo con el presupuesto y población objetivo determinada por el diagnóstico local referido en el Ord. N°3877. 02.12.21. Especifica Lineamientos sobre Reactivación Presencial de Actividades de la Supervisión de Salud en Infancia en contexto de Pandemia COVID-19.

   b) **Coordinación y planificación local:**

      I. **Identificación de la población beneficiaria:** Cada centro de salud establece la nómina de NN insistentes a control de salud de 18 y 36 meses que no han sido recuperados.

      II. **Identificación de la dotación de recurso humano:** Determinar y programar los CSI según condiciones de NN referidos en la figura 2. En esta programación se debe considerar:

         1) Los rendimientos determinados por norma técnica (NT).
         2) Rendimientos de recuperación para aquellos NN con control de 24 y 48 meses realizados, pero que no se aplicó el test de DSM: 3/hr. para aplicación de EEDP y 1,5 a 2/hr. para aplicación de TEPSI. En ambos casos el cálculo de dotación es con profesional de enfermería.

      III. **Programación de espacios físicos e insumos** según estrategia local.

      IV. **Establecimiento y ejecución de los procedimientos de rescate y citación** según estrategia local.

      V. **Registros:**

         1) Formulario en línea con datos para el control y monitoreo del subcomponente del programa a nivel central.
         2) Registro en ficha clínica y Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM) según norma vigente.

Subcomponente 1.2: Intervenciones en Alteraciones del DSM y Riesgos Psicosociales

1. **Objetivo:** Intervenir a niños y niñas de 24 a 59 meses con alteraciones del DSM y riesgos psicosociales derivados por los controles de salud integrales de recuperación en las MADIS.

2. **Servicio provisto:** Intervenciones en MADIS según estándares definidos en las Orientaciones Técnicas vigentes.

IMVA DEPARTAMENTO JURIDICO VILLA ALEMANA

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

   a) **Coordinación general:** El Servicio de Salud programa las actividades generales de acuerdo con el presupuesto y población objetivo determinada por el diagnóstico local referido en el Ord. N°3877. 02.12.21.

   b) **Coordinación y planificación local:**
      I. **Identificación de la población beneficiaria:** Cada centro de salud establece según la población beneficiaria del componente anterior, la estimación de los NN que podrían requerir intervenciones en MADIS, según las siguientes prevalencias: 7% Normal con Rezago, 10% Riesgo y 5% Retraso. Para la identificación de NN que podrían requerir intervenciones por riesgo psicosocial, multiplicar la población beneficiaria del subcomponente anterior con él % de derivaciones por riesgo psicosocial del centro o comuna del año 2019.
      II. **Identificación de la dotación de recurso humano:** Determinar y programar las intervenciones de manera diferenciada para la población estimada en el ítem anterior con a) DSM normal con rezago, b) DSM en riesgo c) DSM en retraso y d) riesgos psicosociales. Considerar: dotación de recurso humano de educadora de párvulos y los rendimientos y número de intervenciones determinados por las Orientaciones Técnicas.
      III. **Programación de espacios físicos e insumos** según estrategia local.
      IV. **Registros:**
         1) Formulario en línea con datos para el control y monitoreo del subcomponente del programa a nivel central.
         2) Registro en ficha clínica y SRDM según norma vigente.

3.2.- COMPONENTE 2: RECUPERACIÓN DE POBLACIÓN EN CONTROL DE SALUD DEL PROGRAMA CARDIOVASCULAR

Contribuirá a recuperar la continuidad de los cuidados de la población con antecedente de HTA y/o DM2, quienes, debido a la redistribución de funciones de la APS para la contención de la pandemia COVID-19, se vieron afectados en la disminución de sus controles de salud, lo que puede contribuir a una mayor descompensación de sus patologías crónicas, junto a un aumento de la morbilidad y mortalidad asociada, afectando su calidad de vida.

Subcomponente 2.1: Realizar rescate de personas con DM2 y/o HTA inasistentes o egresadas por abandono al PSCV desde el año 2019 en adelante

1. **Objetivo:** Recuperar los controles de las personas inasistentes o que han sido egresadas del PSCV por abandono desde el año 2019. Entregando acceso oportuno al control de salud a la población inasistentes a control o egresada por abandono.

2. **Estrategia de planificación y ejecución:** Para el logro del objetivo del componente se entregan las siguientes estrategias:
   a) Realizar catastro de personas con DM2 y/o HTA inasistentes a sus controles de salud cardiovascular.

IMVA DEPARTAMENTO JURÍDICO VILLA ALEMANA

b) Realizar programación de los rescates en el periodo 2022, según criterios de priorización en la normativa vigente (estrategia ECICEP)[1]
c) Gestionar las acciones de rescate establecidos en el documento "Protocolo de Rescate de Personas Inasistentes a controles de Condiciones de Salud CV".
d) Implementar flujograma de rescate local según las directrices centrales y realidad local.

3. **Identificación de la dotación de recurso humano:** Técnicos de Nivel Superior de Salud (TENS), para realizar las actividades de gestión de rescate en los casos que corresponda, según lineamientos disponibles.

4. **Rendimiento:** 2 rescates integrales por hora.

5. **Valor referencial:** $3.769 la hora
   I. **Programación de espacios físicos e insumos** según estrategia local.
   II. **Registros:**
      1) Formulario en línea con datos para el control y monitoreo del subcomponente del programa a nivel central.
      2) Registro en ficha clínica según norma vigente.

Subcomponente 2.2: Aumentar el número de atenciones de personas con HTA y/o DM2 que estaban inasistentes o egresadas por abandono y que fueron rescatadas.

1. **Objetivo:** Recuperar la cobertura existente a diciembre de 2019.

2. **Estrategia de planificación y ejecución:** Para el logro del objetivo del componente se entregan las siguientes estrategias:
   a) Financiar la contratación de profesionales de: nutrición, enfermería y/o medicina, que permita recuperar controles de personas con condiciones de salud cardiovascular inasistentes o egresadas por abandono.
   b) Realizar el control o reingreso de las personas inasistentes o egresadas por abandono respectivamente que fueron rescatadas.
   c) Uso de estrategia HEARTS para lograr compensación de las personas con HTA rescatadas en el menor tiempo posible.
   d) Coordinación con la célula de DM de Hospital Digital (HD) para el manejo adecuado de personas con DM de acuerdo a disponibilidad local.

3. **Identificación de la dotación de recursos humanos:** Profesional de nutrición, enfermería y/o de medicina.

4. **Rendimiento:** dos controles integrales por hora.

5. **Valor referencial profesional** $ 7.370 valor hora

6. **Valor referencial medico** $ 9.701 valor hora.
   I. **Programación de espacios físicos e insumos** según estrategia local.
   II. **Registros:**
      1) Formulario en línea con datos para el control y monitoreo del subcomponente del programa a nivel central.
      2) Registro en ficha clínica según norma vigente.

IMVA DEPARTAMENTO JURÍDICO VILLA ALEMANA

CUARTA: Consecuente con lo expuesto anteriormente, **"El Servicio"**, conviene en asignar a **"La Municipalidad"**, recursos presupuestarios para la ejecución del Programa antes aludido y específicamente para financiar los componentes y sus respectivas estrategias.

QUINTA: Conforme lo señalado en las cláusulas precedentes, **"El Servicio"**, traspasará, a **"La Municipalidad"**, una vez afinada la resolución aprobatoria de este convenio y recibidos los recursos desde el Ministerio de Salud, la suma de **$28.838.203.- (Veintiocho millones, ochocientos treinta y ocho mil, doscientos tres pesos)**, con el objeto de alcanzar el propósito y cumplimiento del Programa, objeto del presente convenio. Por su parte, **"La Municipalidad"** se obliga a cumplir todos y cada uno de los objetivos del Programa, procediendo a la ejecución de sus acciones para los beneficiarios del sector público de salud, beneficiarios de la Atención Primaria.

COMPONENTE	DISTRIBUCIÓN	RECURSO HUMANO
Componente N°1: Programa Infancia	Enfermera y Profesional de Sala de Estimulación.	$ 4.838.203.-
Componente N°2: Programa C.Vascular	**65%:** Profesional (Médico y/o Enfermera y/o Nutricionista).	$15.600.000.-
	35%: Tens.	$8.400.000.-
	Total:	**$ 28.838.203.-**

* La distribución porcentual son sugerencias.

SEXTA: Los recursos presupuestarios aludidos en la cláusula que precede, serán transferidos por **"El Servicio"** a **"La Municipalidad"** en dos (02) cuotas en todos los conceptos. La primera equivalente a un 70% del total de los recursos, una vez afinada la Resolución aprobatoria del presente convenio y se encuentren recepcionados los recursos desde el Ministerio de Salud; la segunda cuota equivalente al 30% restante del total de los recursos en el mes de octubre del presente año 2022, contra los resultados de la primera evaluación, de acuerdo a los indicadores definidos en el Programa de acuerdo al esquema que se indicará en clausulas siguientes y se encuentren rendidos los recursos de la primera cuota por **"La Municipalidad"**, atendido que de no encontrase dicha rendición de manera satisfactoria por **"El Servicio"**, no será traspasada la segunda cuota aludida, ello conforme establece el artículo 18 de la Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República, que Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas, concordante con su Dictamen N°51.246, de 2016.

SÉPTIMA: **"La Municipalidad"** se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar exclusivamente los Componentes, y productos mencionados en la Resolución aprobatoria del Programa, y cláusulas tercera y cuarta de este Convenio. (Res. Ex N° 229 del M. de Salud. 08.03.2022).

IMVA DEPARTAMENTO JURÍDICO VILLA ALEMANA

OCTAVA: La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

La primera evaluación se efectuará con corte al 31 agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación, se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre. Si el cumplimiento Global del Programa es inferior al 60% por componente, no se transferirá la segunda cuota respectiva a ese componente, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento global de Programa	Porcentaje de Descuento de Recursos 2° cuota del 30%
≥ = 60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30,00%	100%

La segunda evaluación y final, se efectuará con fecha de corte al 31 de diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las acciones comprometidas referidas al Cumplimiento Global del Programa a través del informe cuantitativo y cualitativo final, recepcionado la primera quincena de enero del año siguiente.

NOVENA: INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

La evaluación del cumplimiento se realizará de manera individual en cada componente y subcomponentes dado para cada indicador.

La comuna deberá informar la cantidad de pacientes del Programa de Salud Cardiovascular que va a efectuar rescate y controles de acuerdo a la distribución del presupuesto, y los rendimientos, lo que significara su 100%.

COMPONENTE 1

Subcomponente	Indicador	Fórmula de cálculo	Fuente	Frecuencia	Meta	Peso relativo
1.1: Controles de salud Integrales de Recuperación	Porcentaje de niños y niñas inasistentes a control de 18 y 36 meses durante el 2020 y 2021 con control de salud integral recuperado en el año 2022.	N° de NN inasistentes a control de 18 y 36 meses con control de recuperación en 2022/ N° de NN inasistentes a control de 18 y 36 meses en 2020 y 2021 x 100	Formulario del programa Google Form ® implementado a nivel central para el monitoreo del componente REM P2	**Semestral**	Agosto: 50% Diciembre 90%	60%
	Porcentaje de niños y niñas con alteraciones del DSM y Riesgos psicosociales derivados a MADIs	N° de NN derivados a MADIs desde el control de salud integral de recuperación/ N° de NN con pesquisa de alteración del DSM y riesgo psicosocial x 100	Formulario del programa Google Form ® implementado a nivel central para el monitoreo del componente REM A03	**Semestral**	Agosto y diciembre: 100%	10%
1.2: Intervenciones en Alteraciones del DSM y Riesgos Psicosociales	% de NN derivados a MADIs desde control de recuperación con intervención completa.	N° de NN derivados a MADIS desde control de salud integral de recuperación con intervención completa / N° de NN derivados a MADIs desde el control de salud integral de recuperación x 100	Formulario del programa Google Form ® implementado a nivel central para el monitoreo del componente REM A03 SRDM	**Semestral**	Agosto 30% Diciembre 70%	30%

IMVA DEPARTAMENTO JURÍDICO VILLA ALEMANA

COMPONENTE 2

Subcomponente	Indicador	Fórmula de cálculo	Fuente	Frecuencia	Meta	Peso relativo
1.-Rescate de personas inasistentes a control o egresadas por abandono.	Indicador N°1: Personas con patologías CV (HTA y/o DM2) con rescate efectivo: (Corte junio y corte dic)	N° de Personas con patología CV (HTA y/o DM2) con rescate efectivo/ N° total de personas en programa cardiovascular inasistentes o egresados por abandono durante 2020 y 2021	Formulario del programa Google Form ® implementado a nivel central para el monitoreo del componente	**Semestral**	Agosto 50% diciembre 80%	30%
	Indicador N° 2: Porcentaje de horas contratadas	(Nº de horas contratadas efectivas/ horas asignadas) x 100%	Formulario del programa Google Form ® implementado a nivel central para el monitoreo del componente	**Trimestral**	100% de las horas asignadas	10%
	Indicador N° 3: Producción de personas contratadas	N° de rescates realizados/n° de horas contratadas	Formulario del programa Google Form ® implementado a nivel central para el monitoreo del componente	**Trimestral**	80% de producción	10%
Aumentar el número de atenciones de personas con HTA y/o DM2 que estaban inasistentes o egresadas por abandono y que fueron rescatadas	Indicador N° 1 Personas rescatadas con control realizado	Números de controles de personas rescatadas/total de personas con condiciones CV (HTA y/o DM2) rescatadas	Formulario del programa Google Form ® implementado a nivel central para el monitoreo del componente	**Semestral**	Agosto 50% diciembre 80%	30%
	Indicador N° 2: Porcentaje de horas contratadas	(Nº de horas contratadas efectivas/ horas asignadas) x 100%	Formulario del programa Google Form ® implementado a nivel central para el monitoreo del componente	**Trimestral**	. 100% de las horas asignadas	10%
	Indicador N° 3: Producción de personas contratadas	N° de controles/n° de horas contratadas	Formulario del programa Google Form ® implementado a nivel central para el monitoreo del componente	**Trimestral**	80% de producción	10%

IMVA DEPARTAMENTO JURÍDICO VILLA ALEMANA

DECIMA: El Servicio verificará la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoria, de acuerdo al programa anual aprobado por la Dirección del Servicio.

Los municipios deberán incorporar a su patrimonio estos recursos, conforme lo establecido en el artículo 4° del decreto ley N° 1.263, de 1975, orgánico de administración financiera del estado.

DECIMA PRIMERA: Para dar estricto cumplimiento a lo establecido *en* las cláusulas anteriores y demás políticas de auditoría y otras determinadas por **"El Servicio"**, este último designa para todos los fines que fueren pertinentes como responsable técnico y supervisor del Programa para el componente N° 1 a la funcionaria de la Dirección de Atención Primaria, **Enf. Javiera Arriagada Pfaff** y para el componente N° 2 al funcionario de la Dirección de Atención Primaria, **D. Enzo Sepúlveda Valenzuela**, Enfermero; y como responsable de la transferencia de los recursos presupuestarios del mismo a **D. Brisa Pastén Tapia**, del Departamento de Finanzas, o quienes legalmente les subroguen, quienes detentarán desde luego las facultades necesarias para lograr los objetivos antes descritos.

DECIMA SEGUNDA: La Municipalidad se obliga a autorizar a sus funcionarios a participar en todas las acciones de orientación y capacitación del referido Programa, definidos tanto por el Ministerio de Salud como por el Servicio.

DECIMA TERCERA: El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes especificados en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio podrá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

DÉCIMA CUARTA: El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados acto que fiscalizará a través de la Unidad de Rendiciones de la Dirección de Atención Primaria y por el Departamento de Auditoria del S.S. de ser requerido. Sin prejuicio de lo anterior, estas trasferencias de recursos que rigen por las normas establecidas en la **Resolución N° 30 del 2015 de la Contraloría de la República**, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, dentro de los quince primeros días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, la cual deberá ser ingresada a plataforma **Sistema de Rendiciones SISREC de la Contraloría**, a fin de determinar la correcta inversión de los fondos otorgados y el cumplimiento de los objetivos previstos en la ley o en el acto que ordena la transferencia entre el Servicio de Salud y la Ilustre Municipalidad. Considerar además que no cumplir con esta normativa significará no transferir los recursos financieros del respectivo periodo.

DÉCIMA QUINTA: El presente convenio tendrá vigencia desde el **01 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre del año 2022.** No obstante, solo se podrán rendir recursos ejecutados posterior a la tramitación de este convenio. Finalizado el período de vigencia los fondos transferidos, pero no utilizados en el programa objeto de este instrumento, deberán ser restituidos al Servicio, como lo indique el finiquito, lo que deberá realizarse a más tardar dentro de los 90 días hábiles posteriores a la emisión de la resolución del finiquito.

DECIMA SEXTA: 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.

DECIMA SEPTIMA: 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, cumpliéndose a demás con los siguientes requisitos:

1. Solicitud por escrito de la Municipalidad.
2. Relación de gastos al día.
3. Evaluación técnica y financiera favorable.

DECIMA OCTAVA: El presente convenio se firma en dos (2) ejemplares, quedando uno en poder de la Municipalidad y uno en poder del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.

DECIMA NOVENA: Para todos los efectos legales derivados del presente convenio las partes prorrogan competencia para ante los Tribunales de Justicia de la ciudad de Viña del Mar.

PERSONERIA: La facultad y personería de **D. HAROLDO FAÚNDEZ ROMERO**, Director (S) del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, para celebrar convenios están contenidos en el Decreto con Fuerza de Ley Nº 1/2005, que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley Nº 2763/79 y de las Leyes Nº18.469 y Nº18.933, conjuntamente, con los Decretos Supremos Nº140/2004 Y 50/2022, ambos del Ministerio de Salud. La personería de **D. JAVIERA TOLEDO MUÑOZ,** Alcaldesa de la Ilustre Municipalidad de Villa Alemana, consta en Sentencia de Proclamación N° 299-2021 del Tribunal Electoral de Valparaíso de fecha 29/06/2021 y Decreto Alcaldicio N°1511 de fecha 02/07/2021.

IMVA DEPARTAMENTO JURÍDICO VILLA ALEMANA

I. MUNICIPALIDAD DE VILLA ALEMANA

D. JAVIERA TOLEDO MUÑOZ	**D. HAROLDO FAÚNDEZ ROMERO**
ALCALDESA	**DIRECTOR (S)**
I. MUNICIPALIDAD DE VILLA ALEMANA	**S. S VIÑA DEL MAR-QUILLOTA**

EU.CHB/CA.GFT/EU.ESV/EU.JAP/scc.

INT. 694 - VILLA ALEMANA

Correlativo: 4605 / 01-07-2022

Documento firmado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Haroldo Enrique Faúndez Romero	DIRECCIÓN SSVQ	Director (s)

Documento visado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Graciela Del Carmen Fuentes Torres	DIRECCIÓN SSVQ	Profesional Y Técnico Universitario
Maria Constanza Harbin Barahona	DIRECCIÓN SSVQ	Enfermera

Verificar: https://verificar.ssvq.cl/

Folio: 1G6-TQ2-6FB

Código de verificación: BO2-WRR-XAC

Documento Firmado Digitalmente SSVQ