



MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD  
VIÑA DEL MAR – QUILLOTA  
DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA  
INT. N°157 de fecha 26.01.2024

## RESOLUCION EXENTA N° ( 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 N°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 N°118 de 2007, del Ministerio de Salud. La Resolución N°07/2019 y N°14/2022, ambas de la Contraloría General de la República, que fija Normas sobre Exención del Trámite de Toma de Razón. Las facultades que al suscrito otorgan el D.F.L. N°1/2005 (Salud), publicado en el Diario Oficial con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2763, de 1979 y de las Leyes N°18.933 y N°18.469; DL N°1.263, del año 1975; Ley N°21.640 publicada en el Diario Oficial del 18 de diciembre de 2023, que fija el presupuesto nacional para el año 2024; conjuntamente con los Decretos Supremos N°140/2004 y N°52/2022 ambos del Ministerio de Salud.

### CONSIDERANDO:

1. Que, 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 Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria**”.
2. Que, el referido programa ha sido **Resolución Exenta N°02 de fecha 04 de enero del 2021**; cuyos recursos fueron asignados al Ministerio de Salud a través de la **Ley N°21.640, de fecha 18 de diciembre de 2023**, que fija el presupuesto nacional para el año 2024. Informando la distribución del presente programa por profesional de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, a la espera de Resolución Exenta del Ministerio de Salud, la cual distribuye los recursos financieros del programa, en concordancia a la Ley de Presupuesto del año 2024.
3. 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 Limache** como entidad administradora de salud municipalizada, los recursos destinados a implementar el “**Programa Modelo de Atención Integral de Salud**”.

## **Familiar y Comunitaria”.**

4. El Convenio suscrito con fecha 23 de enero del 2024, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la **I. Municipalidad de Limache**, en virtud del cual la I. Municipalidad se compromete a desarrollar el “**Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria**”.

### **RESUELVO:**

1. **APRÚEBESE**, el convenio celebrado con fecha 23 de enero del 2024, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la **I. Municipalidad de Limache** en virtud del cual ésta se compromete a desarrollar el “**Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria**”.
2. **CÚMPLASE**, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Exenta N°07/2019 y N°14/2022, 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 Viña del Mar a 23 de Enero del 2024 entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Von Schroeders N° 392, representado por su Directora **Andrea Quiero Gelmi**, del mismo domicilio, en adelante el “Servicio” y la Ilustre Municipalidad de Limache, persona jurídica de derecho público domiciliada en calle Palmira Romano N°340 Limache, representada por su Alcalde (S) **Guillermo Molina Gálvez**, 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° 132 de diciembre 2010, 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 Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

### **Atención de población indígena y con enfoque intercultural**

Es importante señalar que una de las obligaciones del Estado es garantizar la seguridad social y el acceso a los servicios de salud para toda la población, y que el personal de salud tiene la obligación de conocer su población adscrita al centro de salud (OOTT, Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria – MAIS), el respeto a los derechos humanos en general y de los pueblos indígenas en particular, tal cual está establecida en la Ley de Derechos y Deberes, en su Art. 7

“En aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural”. Ello Apunta a

la construcción, a partir de acciones concretas, de un sistema de salud que disminuya efectivamente las brechas de equidad, en la situación de salud entre sectores sociales, áreas geográficas y comunas. Ello significa generar acciones en el ámbito de la mejoría de acceso, de la calidad, cobertura, y efectividad de atención de los pueblos indígenas.

El referido programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta Nº 02 de fecha 04 de enero del 2021**; cuyos recursos fueron asignados al Ministerio de Salud a través de la **Ley Nº21.640, de fecha 18 de diciembre de 2023**, que fija el presupuesto nacional para el año 2024. Informando la distribución del presente programa por profesional de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, a la espera de Resolución Exenta del Ministerio de Salud, la cual distribuye los recursos financieros del programa, en concordancia a la Ley de Presupuesto del año 2024.

**TERCERA:** El Propósito de este Programa es consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitaria en los CESFAM, postas, CECOSF y Hospitales Comunitarios sobre la base de los principios de un sistema de salud basado en atención primaria: centrado en las personas, con integridad de la atención y continuidad del cuidado.

Apoiando con la entrega de recursos anuales, única y exclusivamente para el plan de mejora de aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente Programa: evaluación, programación y realización de acciones orientadas a disminuir brechas en su implementación.

Dado todo lo anterior en resumen las acciones a cumplir son:

- **Nombramiento/Actualización Encargado(a) MAIS-ECICEP**
- **Nombramiento/Actualización Encargado(a) ECICEP**
- **Autoevaluación establecimientos**
- **Plan de Mejora**
- **Planilla de gastos**
- **Gestión de los recursos**
- **Rendiciones mensuales de los gastos en plataforma SISREC**
- **Entregar al Servicio de Salud verificadores de cumplimiento de las actividades comprometidas en el plan de mejora.**
- **Referente MAIS - ECICEP**
- **Informar establecimientos y número de usuarios comprometidos en estrategia de cuidados Integrales centrados en la Persona Centrado (ECICEP) Planilla MINSAL (Agosto- Diciembre)**
- **Monitoreo Mensual Reporte ECICEP**
- **Capacitación a equipos en temáticas de salud Familiar, trabajo en red, ECICEP entre otras.**
- **Participación en estrategia de continuidad de la atención a través de la pesquisa y derivación pacientes con enfermedades No transmisibles (ENT) desde Servicios de Urgencia a la APS. (Eje calidad Instrumento MAIS)**
- **Participación si procede proyectos Programa Buenas Prácticas**
- **Envío planilla MINSAL corte Agosto-Diciembre**

**CUARTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad, en dos cuotas por un total de **\$ 3.631.874.- (Tres millones, seiscientos treinta y un mil, ochocientos setenta y cuatro pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

**QUINTA:** El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar el Objetivo General y específicos del Programa:

Consolidar el Modelo de Atención Integral y Comunitaria en los establecimientos de Atención Primaria de salud, apoyado con la entrega de recursos anuales, a aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados de evaluación, programación y realización de acciones orientadas a disminuir brechas en su implementación.

**Objetivos Específicos:**

- Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario
- Realizar Mejoras en base a brechas identificadas y los principios que sustentan el modelo de Salud Familiar y Comunitario en los establecimientos de APS.
- Implementar el Cuidado Integral según nivel de riesgo, a personas con condiciones crónicas.

Todo ello a través de las siguientes acciones y actividades y de acuerdo a las siguientes evaluaciones del convenio:

Corte 30 Abril	Corte 31 Agosto	Corte 31 Diciembre
Realizar autoevaluación del establecimiento si corresponde (se realiza cada dos años)	Enviar informe a referente del Servicio de Salud, con porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo correspondiente	Enviar informe a referente del Servicio de Salud, con porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo correspondiente
Enviar vía correo electrónico y subir a plataforma MAIS 2020 Plan de Mejora (si corresponde va en concordancia con autoevaluación)	Enviar vía oficio y correo electrónico, documento de Implementación y avances Plan de Mejora	Enviar informe a referente del Servicio de Salud, con porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo correspondiente
Enviar a través de oficio y correo electrónico a Dirección del Servicio, resolución de encargado de salud familiar por establecimiento	Enviar vía correo planilla MINSAL de corte mes de agosto con información de establecimientos autoevaluados, estrategia ECICEP, porcentaje de cumplimiento plan de Mejora	Enviar vía correo planilla MINSAL de corte evaluación convenio mes de Diciembre
Enviar a través de oficio y correo electrónico a Dirección del Servicio, resolución de Comisión Mixta Salud – Educación COMSE	Enviar planificación y Verificadores de acciones realizadas con la comunidad respecto de implementación de estrategia ECICEP por el establecimiento.	
Enviar a través de oficio y correo electrónico planilla de gastos en base a plan de Mejora		
Determinar establecimientos comprometidos para estrategia cuidado integral en contexto de multimorbilidad, N° ingresos y plan de cuidados integral consensuados. envió información vía correo electrónico a referente MAIS y referente Personas Mayores SSVQ		
Enviar a través de correo electrónico a Referente MAIS y Referente Personas Mayores, listado de establecimientos	Enviar a través de correo electrónico a Referente MAIS y Referente Personas Mayores, N°	Enviar a través de correo electrónico a Referente MAIS y Referente Personas Mayores, N° ingresos, planes de

<p>comprometidos para implementar la estrategia cuidado integral en contexto de multimorbilidad, para el año en curso. Además de N° ingresos, planes de cuidados y controles efectuados al corte.</p>	<p>ingresos, planes de cuidados y controles efectuados al corte. Listado de establecimientos comprometidos para implementar la estrategia cuidado integral en contexto de multimorbilidad al año siguiente. Reporte del estado de avance de la estratificación de la población en ficha clínica electrónica</p>	<p>cuidados y controles efectuados al corte. Informar de actividades efectuadas para la implementación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocolo Local Operativo de implementación de la estrategia cuidado integral en contexto de multimorbilidad en el centro de salud</li> <li>- Flujos de ingreso y atención al paciente con multimorbilidad</li> <li>- Lista de Asistencia a Capacitaciones y actas de Reuniones efectuadas</li> </ul>
---	---	--

## COMPONENTES

### COMPONENTE N°1

Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario. La aplicación del Instrumento será realizada cada dos años, pudiendo realizarse anualmente si la comuna lo solicita y si el SS cuenta con los recursos para llevar a cabo la evaluación.

#### ESTRATEGIAS

- Aplicación de Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención Integral de Salud Familiar y comunitaria.
- Las evaluaciones serán subidas a la plataforma web del programa.

### COMPONENTE N°2

Implementar un Plan de Mejora sobre las bases que sustentan el modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitaria en los establecimientos de APS.

#### ESTRATEGIAS

- Elaboración de planes de Mejora que consideren el desarrollo de acciones para alcanzar los objetivos y metas, así como el financiamiento asociado a su logro.
- Los planes de mejora deben ser subidos a la plataforma web.

### COMPONENTE N°3

Implementar el cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, de manera progresiva en los establecimientos de atención primaria de salud en coordinación con los otros niveles de atención.

Además, se continuará con actividades de sensibilización, capacitación y estratificación de la población.

#### ESTRATEGIAS

- Estratificación según riesgo de la población de 15 años y más beneficiaria de APS en los siguientes estratos: G0: población sana o sin condición crónica identificada;

G1: con una condición crónica; G2: entre dos a cuatro condiciones crónicas; G3: con cinco o más condiciones crónicas.

- En los CESFAM definidos se incorpora la actualización del equipo de salud en herramientas para la implementación del cuidado integral centrado en las personas en cronicidad, elementos conceptuales para el apoyo al automanejo, gestión de casos entre otros.
- En los CESFAM definidos se incorpora para las personas con multimorbilidad, la gestión de caso mediante profesional y técnico, el agendamiento con tiempo diferenciado, un registro único integrado para facilitar la gestión clínica, alerta de consulta en servicio de urgencia, Plan de cuidados colaborativo. Todo ello con la finalidad de pasar de una intervención fragmentada a un cuidado integral centrado en las personas.
- Para la población sin condición crónica, o aún no diagnosticada, se deben fortalecer las acciones de promoción y prevención primaria anticipatorias al daño.

## PRODUCTOS ESPERADOS:

### Componente N°1:

- Comunas y establecimientos con Convenio firmado
- Comunas con resolución convenio.

### Componente N°2:

- Plan de Mejoras implementados
- Evaluación de avances planificados

### Componente N°3:

- Implementación progresiva de la Estrategia de cuidado Integral centrado en las personas con manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. (ECICEP)
- Realización de actividades de sensibilización y capacitación en este Componente
- N° de establecimientos de la comuna comprometidos con esta estrategia
- N° de ingresos y controles efectuados en contexto de estrategia de multimorbilidad
- Implementar el Plan cuidado integral consensuado de las personas de 15 años y más con condiciones crónicas.
- Población estratificada según riesgo
- Equipo de salud con actualización de conocimientos y responsables definidos a cargo de la implementación de la estrategia
- Protocolo local operativo de implementación en el centro de salud (incluya flujos de ingreso y atención según estratificación)

## INDICADORES DE GESTIÓN E IMPACTO

Componente	Indicador	Fórmula	Meta	Medio Verificador	Peso relativo	Peso relativo	Peso relativo	Peso relativo
Componente N°1	Porcentaje de Centros de Salud evaluados o autoevaluados conforme a Instrumento para la evaluación y certificación de	Numerador: N° de centros de salud evaluados y/o autoevaluados conforme a Instrumento definido	100% de los Centros de Salud comprometidos con aplicación de Instrumento definido.	"Instrumento para la evaluación y Certificación de desarrollo en el Modelo de atención integral de Salud Familiar y Comunitaria"	Este Indicador se solicita cada dos años, por lo tanto en el	Cuando no aplique este indicador	Este Indicador se solicita cada dos años, por lo tanto en el caso que se aplique este	Cuando no aplique este indicador

través de las siguientes actividades:	desarrollo en el modelo dictado por el MINSAL  Comunas con resolución dictadas en Abril del año en curso	Denominador: N° de Centros de salud comprometidos a evaluar y/o autoevaluar	Comuna con convenio firmado	aplicado al Centro de Salud  Plataforma de convenios	caso que se aplique este indicador el peso relativo sería 20%	15%	25%	Indicador, el peso relativo sería el siguiente;20 %	30%
<b>Componente N°2</b> Implementar un Plan de Mejora sobre las bases y principios que sustentan el modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitaria en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.	Mejoras implementadas en los establecimientos de atención Primaria conforme a cronograma	Numerador: N° de actividades del cronograma de plan de Mejora realizadas  Denominador: N° de actividades comprometidas según cronograma en Plan de Mejora	100% de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de Plan de Mejora	Informe de avances cuali-cuantitativo de establecimiento, comuna emitido por el Servicio de Salud	25%	35%	65%	70%	
<b>Componente N°3</b>  Implementar el cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas, según su estrato de riesgo, en los establecimientos de APS en coordinación con los otros niveles de atención.	Agendamiento según nivel de estratificación  Ingresos a Cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado o alto que cuenten con plan de	Numerador: N° de establecimientos con agendamiento según nivel de estratificación  Denominador: N° Total de establecimientos comprometidos	100% de los establecimientos comprometidos con agendamiento según nivel de estratificación	Informe de avance cualitativo de establecimiento, comuna, emitido por Servicio de Salud	20%	20%	Cuando no aplique este indicador	Cuando no aplique este indicador	
	Ingresos a Cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado o alto que cuenten con plan de	Numerador: N° de Ingresos a cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto que cuenten con plan	100% de los ingresos con Plan de Cuidado Integral	REM A05	20%	20%	Cuando no aplique este indicador	Cuando no aplique este indicador	

	cuidado integral consensuado	de cuidado integral consensuado  Denominador: N° total de ingresos a cuidados Integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto.						
--	---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--

**SEXTA:** El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Convenio a través de los siguientes indicadores:

### Evaluaciones:

#### Primera evaluación al 30 de Abril

Se deberá enviar a través de oficio formal, donde debe adjuntar:

- **Resolución local que designe a un encargado de salud familiar y sus funciones por establecimiento. (Actualizar). El encargado(a) debe tener clave como usuario(a) MAIS y su equipo de trabajo si corresponde**
- **Resolución de encargado ECICEP**
- **Realizar autoevaluación establecimiento anual**
- **Plan de Mejora:** Realizado sobre las bases que sustentan el modelo de atención integral en salud familiar, con énfasis en sectores y territorios detectados en plan de salud comunal u otras instancias locales, operativos en establecimientos laborales, educacionales, organizaciones comunitarias, generación de capacitaciones a los equipos, en temáticas de Salud familiar-ECICEP, como también en la focalización de población indígena, población SENAME, etc. **Se debe subir a la Plataforma MAIS 2020)**
- **Planilla de gastos asociado a Autoevaluación y plan de mejora**
- **Resolución de la COMSE y su plan de trabajo anual, consignando trabajo en Red.**
- **Informar de Establecimientos de salud comprometidos a implementar estrategia de cuidados integrales en contexto de Multimorbilidad.**
- **Articulación trabajo con comunidad respecto de implementación de Estrategia ECICEP, envío de Verificadores.**

El informe deberá ser remitido por las comunas en convenio, indicando los establecimientos comprometidos para la implementación del programa. Este informe debe ser enviado hasta el quinto día hábil del mes de mayo del año respectivo.

#### Segunda evaluación 31 de Agosto.

Informe que describa el porcentaje de cumplimiento de las actividades planificadas en el plan de mejora, deberá ser remitido al Servicio de Salud, hasta el quinto día hábil del mes de Septiembre. Se debe enviar Informe al SSVQ que contenga:

- **Implementación y avances Plan de Mejora**
- **Ingresos usuarios(as) estrategia ECICEP**
- **Capacitaciones realizadas**
- **Envío planilla solicitada por MINSAL**
- **Envío de verificadores**

Conforme a los resultados obtenidos en esta evaluación el Servicio de Salud hará las orientaciones y acciones que corresponda para favorecer la óptima implementación del programa. En caso de no cumplimiento, la reliquidación se hará efectiva en la segunda cuota en el mes de octubre, de acuerdo al siguiente cuadro:

<b>Cumplimiento de Metas de Programa</b>	<b>Porcentaje de descuento de recursos segunda cuota del 30%.</b>
>_ 60.00%	0%
Entre 50.00 y 59.99%	25%
Entre 40.00 y 49.99 %	50%
Entre 30 y 39.99%	75%
Menos del 30%	100%

**Tercera evaluación y final se efectuará al 31 de Diciembre.**

El programa deberá tener ejecutado el 100% de las acciones comprometidas. Se debe enviar Informe al SSVQ que contenga:

- **Cumplimiento Plan de Mejora.**
- **Cumplimiento autoevaluación establecimiento (si corresponde en el año)**
- **Establecimientos comprometidos a estrategia cuidado integral en contexto de multimorbilidad centrado en la persona**
- **Envío planilla solicitada por MINSAL**
- **Envío de Verificadores**

**SÉPTIMA:** Los recursos serán transferidos a la Municipalidad en dos cuotas. La primera asciende a un 70% del total, una vez tramitada la correspondiente resolución aprobatoria de este convenio y la segunda asciende al 30% restante, una vez que se encuentre efectuada la evaluación del grado de cumplimiento del convenio y aprobado dicho cumplimiento por parte del Servicio de Salud.

**OCTAVA:** Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Servicio descontará de la transferencia regular de atención primaria, el valor correspondiente a la parte no ejecutada de las actividades, objeto de este instrumento. Para estos efectos la comuna deberá enviar informe con los siguientes antecedentes:

Rendición financiera de acuerdo al Manual de Rendiciones de APS y los informes detallados en la sexta cláusula del presente convenio.

La información deberá ser remitida al referente del Programa del Servicio de Salud, A.S Marcela Montoya Sanhueza, al correo electrónico: [marcela.montoya@redsalud.gob.cl](mailto:marcela.montoya@redsalud.gob.cl), [montoya.marcela20@gmail.com](mailto:montoya.marcela20@gmail.com)

**NOVENA:** En el caso de que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para los efectos de este convenio, ésta deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución.

**DÉCIMA:** El Servicio de Salud en este acto designa administradora y coordinadora a , A.S Marcela Montoya Sanhueza, al correo electrónico: [marcela.montoya@redsalud.gob.cl](mailto:marcela.montoya@redsalud.gob.cl), [montoya.marcela20@gmail.com](mailto:montoya.marcela20@gmail.com), quien tendrá como función principal actuar como referente técnico de este servicio respecto de la Municipalidad y del Ministerio de Salud además de velar por la correcta ejecución y adecuado cumplimiento de las obligaciones

asumidas por las partes. La Municipalidad notificará del plazo de cinco días contados desde la fecha de suscripción del presente convenio.

**UNDÉCIMA:** El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus estrategias señaladas 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, en conformidad con lo establecido en la Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República.

**DUODÉCIMA:** 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 Auditoría del S.S. de ser requerido. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos que rigen por las normas establecidas en la **Resolución Exenta 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.

Además, considerando lo establecido en el artículo 13 de la resolución antes indicada, podrán incluirse en la rendición de cuentas gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación, por razones de continuidad o buen servicio.

Por otra parte, los saldos no ejecutados deben ser reintegrados en su totalidad, una vez terminado el periodo de vigencia del convenio. Conforme a lo establecido en la Ley N°21.640, del 07 de diciembre de 2023, publicada en el Diario Oficial del 18 de diciembre del 2023, que fija el presupuesto nacional y sus mecanismos de rendición y reintegro fiscal para el año 2023, en concordancia con el DF N°1.263, del año 1975.

**DÉCIMA TERCERA:** El presente convenio tendrá vigencia desde el **01 de Enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024**. Finalizado el período de vigencia los fondos transferidos, pero no utilizados en el programa objeto de este instrumento, deberán ser restituidos al Servicio, lo que deberá realizarse a más tardar dentro de los 90 días posteriores a la emisión del **Informe de Cierre** del programa subido a plataforma SISREC.

Con todo, los saldos de recursos transferidos no utilizados por el municipio deberán ser reintegrados a la Tesorería General de la República, conforme lo estipula la cláusula novena del presente convenio, antes del 31 de enero del año siguiente; salvo caso fortuito o fuerza mayor, situación que deberá ser ponderada en su mérito, y autorizada por la Directora del Servicio.

**DÉCIMO CUARTA:** Las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará automáticamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

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 año mismo.

Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.

La presente prórroga se efectuará para los componentes del programa a ejecutar y no considera la posibilidad de realizar gastos presupuestarios de años anteriores. En concordancia con la normativa vigente que establece la anualidad del gasto público.

Por otra parte, los saldos no ejecutados deben ser reintegrados en su totalidad, una vez terminado el periodo de vigencia del convenio. Conforme a lo establecido en la Ley N°21.640, del 07 de diciembre de 2023, publicada en el Diario Oficial del 18 de diciembre del 2023, que fija el presupuesto nacional y sus mecanismos de rendición y reintegro fiscal para el año 2023, en concordancia con el DF N°1.263, del año 1975.

**DÉCIMO QUINTA:** 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.

**DÉCIMO SEXTA:** El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, y otro en el de la Municipalidad.

**PERSONERÍAS:** La facultad y personería de **ANDREA QUIERO GELMI**, Directora del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, para celebrar convenios, están contenidos en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1/005 que fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N° 18.469 y N° 18.933, conjuntamente, con el Decreto Supremo N° 140/2004 y 52/2022, ambas del Ministerio de Salud. La facultad de **GUILLERMO MOLINA GALVEZ**, Alcalde (S) de la Ilustre Municipalidad de Limache, consta en Decreto Alcaldicio N°14 de fecha 12 de enero del 2024, en el cual se establece la subrogancia por feriado legal y delega funciones al Sr. Administrador Municipal.

- 3. ASÍGNESE, a la I. Municipalidad de Limache, recursos por un monto de \$3.631.874.- (Tres millones, seiscientos treinta y un mil, ochocientos setenta y cuatro pesos).**

Estos recursos serán transferidos por el Servicio, en representación del Ministerio de Salud, en 2 cuotas, la primera, correspondiente al 70 % del total asignado una vez tramitada la resolución aprobatoria de este convenio, y bajo la condición se hayan recepcionado los recursos financieros en el Servicio.

La segunda cuota, correspondiente al 30 % restante se transferirá una vez rendida y aprobada la rendición de cuentas de la cuota anterior en el mes de octubre y se encuentre efectuada la evaluación del grado de cumplimiento del convenio y aprobado dicho cumplimiento por parte del Servicio de Salud.

- 4. DECLARESE, El presente convenio tendrá vigencia desde el 01 de enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024.** Por lo tanto, deberá quedar cerrado durante el año presupuestario, entendiéndose que esto se producirá una vez aprobada la respectiva rendición de cuentas o restituidos los saldos no ejecutados, no rendidos u observados.

En consecuencia, todo saldo no ejecutado debe ser reintegrado en su totalidad, conforme a lo establecido en la Ley N°21.640, de fecha 07 de diciembre de 2023, publicada en el Diario Oficial del 18 de diciembre del 2023, que fija el presupuesto nacional y sus mecanismos de rendición y reintegro fiscal para el año 2024, en concordancia con el DF N°1.263, del año 1975.

5. **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.
6. **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.
7. **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 N°30 de 2015, de Contraloría General de la República.
8. **FISCALÍCESE**, la correcta utilización de los fondos traspasados por departamento de Finanzas del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.
9. **IMPÚTESE**, el gasto que genere el cumplimiento de la presente Resolución al subtítulo 24 del presupuesto del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.
10. **COMUNÍQUESE**, la presente resolución a todas las Unidades y Departamentos correspondientes para su debido conocimiento y aplicación.

**ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE,**

**ANDREA QUIERO GELMI  
DIRECTORA  
S.S VIÑA DEL MAR-QUILLOTA**

KLGO.RFN/ABG.DPA/scc.

**DISTRIBUCIÓN:**

- 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 DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA

E

### ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LIMACHE

#### (PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA)

En Viña del Mar a 23 de Enero del 2024 entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Von Schroeders N° 392, representado por su Directora **Andrea Quiero Gelmi**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Ilustre Municipalidad de Limache, persona jurídica de derecho público domiciliada en calle Palmira Romano N°340 Limache, representada por su Alcalde (S) **Guillermo Molina Gálvez**, 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° 132 de diciembre 2010, 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 Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

#### **Atención de población indígena y con enfoque intercultural**

Es importante señalar que una de las obligaciones del Estado es garantizar la seguridad social y el acceso a los servicios de salud para toda la población, y que el personal de salud tiene la obligación de conocer su población adscrita al centro de salud (OOTT, Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria – MAIS), el respeto a los derechos humanos en general y de los pueblos indígenas en particular, tal cual está establecida en la Ley de Derechos y Deberes, en su Art. 7

"En aquellos territorios con alta concentración de población indígena, los prestadores institucionales públicos deberán asegurar el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural". Ello Apunta a la construcción, a partir de acciones concretas, de un sistema de salud que disminuya efectivamente las brechas de equidad, en la situación de salud entre sectores sociales,



áreas geográficas y comunas. Ello significa generar acciones en el ámbito de la mejora de acceso, de la calidad, cobertura, y efectividad de atención de los pueblos indígenas.

El referido programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 02 de fecha 04 de enero del 2021**; cuyos recursos fueron asignados al Ministerio de Salud a través de la **Ley N°21.640, de fecha 18 de diciembre de 2023**, que fija el presupuesto nacional para el año 2024. Informando la distribución del presente programa por profesional de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, a la espera de Resolución Exenta del Ministerio de Salud, la cual distribuye los recursos financieros del programa, en concordancia a la Ley de Presupuesto del año 2024.

**TERCERA:** El Propósito de este Programa es consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitaria en los CESFAM, postas, CECOSF y Hospitales Comunitarios sobre la base de los principios de un sistema de salud basado en atención primaria: centrado en las personas, con integridad de la atención y continuidad del cuidado.

Apoyando con la entrega de recursos anuales, única y exclusivamente para el plan de mejora de aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente Programa: evaluación, programación y realización de acciones orientadas a disminuir brechas en su implementación.

Dado todo lo anterior en resumen las acciones a cumplir son:

- **Nombramiento/Actualización Encargado(a) MAIS-ECICEP**
- **Nombramiento/Actualización Encargado(a) ECICEP**
- **Autoevaluación establecimientos**
- **Plan de Mejora**
- **Planilla de gastos**
- **Gestión de los recursos**
- **Rendiciones mensuales de los gastos en plataforma SISREC**
- **Entregar al Servicio de Salud verificadores de cumplimiento de las actividades comprometidas en el plan de mejora.**
- **Referente MAIS - ECICEP**
- **Informar establecimientos y número de usuarios comprometidos en estrategia de cuidados Integrales centrados en la Persona Centrado (ECICEP) Planilla MINSAL (Agosto- Diciembre)**
- **Monitoreo Mensual Reporte ECICEP**
- **Capacitación a equipos en temáticas de salud Familiar, trabajo en red, ECICEP entre otras.**
- **Participación en estrategia de continuidad de la atención a través de la pesquisa y derivación pacientes con enfermedades No transmisibles (ENT) desde Servicios de Urgencia a la APS. (Eje calidad Instrumento MAIS)**
- **Participación si procede proyectos Programa Buenas Prácticas**
- **Envío planilla MINSAL corte Agosto-Diciembre**

**CUARTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad, en dos cuotas por un total de \$ **3.631.874.- (Tres millones, seiscientos treinta y un mil, ochocientos setenta y cuatro pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

**QUINTA:** El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar el Objetivo General y específicos del Programa:

Consolidar el Modelo de Atención Integral y Comunitaria en los establecimientos de Atención Primaria de salud, apoyado con la entrega de recursos anuales, a aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados de evaluación, programación y realización de acciones orientadas a disminuir brechas en su implementación.

## Objetivos Específicos:

- Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario
- Realizar Mejoras en base a brechas identificadas y los principios que sustentan el modelo de Salud Familiar y Comunitario en los establecimientos de APS.
- Implementar el Cuidado Integral según nivel de riesgo, a personas con condiciones crónicas.

Todo ello a través de las siguientes acciones y actividades y de acuerdo a las siguientes evaluaciones del convenio:

Corte 30 Abril	Corte 31 Agosto	Corte 31 Diciembre
Realizar autoevaluación del establecimiento si corresponde (se realiza cada dos años)	Enviar informe a referente del Servicio de Salud, con porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo correspondiente	Enviar informe a referente del Servicio de Salud, con porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo correspondiente
Enviar vía correo electrónico y subir a plataforma MAIS 2020 Plan de Mejora (si corresponde va en concordancia con autoevaluación)	Enviar vía oficio y correo electrónico, documento de Implementación y avances Plan de Mejora	Enviar informe a referente del Servicio de Salud, con porcentaje de cumplimiento del plan de trabajo correspondiente
Enviar a través de oficio y correo electrónico a Dirección del Servicio, resolución de encargado de salud familiar por establecimiento	Enviar vía correo planilla MINSAL de corte mes de agosto con información de establecimientos autoevaluados, estrategia ECICEP, porcentaje de cumplimiento plan de Mejora	Enviar vía correo planilla MINSAL de corte evaluación convenio mes de Diciembre
Enviar a través de oficio y correo electrónico a Dirección del Servicio, resolución de Comisión Mixta Salud – Educación COMSE	Enviar planificación y Verificadores de acciones realizadas con la comunidad respecto de implementación de estrategia ECICEP por el establecimiento.	
Enviar a través de oficio y correo electrónico planilla de gastos en base a plan de Mejora		
Determinar establecimientos comprometidos para estrategia cuidado integral en contexto de multimorbilidad, N° ingresos y plan de cuidados integral consensuados. envío información vía correo electrónico a referente MAIS y referente Personas Mayores SSVQ		
Enviar a través de correo electrónico a Referente MAIS y Referente Personas Mayores, listado de establecimientos comprometidos para implementar la estrategia cuidado integral en contexto de multimorbilidad, para el año en curso. Además de N° ingresos, planes de cuidados y controles efectuados al corte.	Enviar a través de correo electrónico a Referente MAIS y Referente Personas Mayores, N° ingresos, planes de cuidados y controles efectuados al corte. Listado de establecimientos comprometidos para implementar la estrategia cuidado integral en contexto de multimorbilidad al año	Enviar a través de correo electrónico a Referente MAIS y Referente Personas Mayores, N° ingresos, planes de cuidados y controles efectuados al corte. Informar de actividades efectuadas para la implementación: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Protocolo Local Operativo de implementación de la estrategia cuidado integral en contexto de multimorbilidad en el</li> </ul>

	siguiente. Reporte del estado de avance de la estratificación de la población en ficha clínica electrónica	centro de salud - Flujos de ingreso y atención al paciente con multimorbilidad - Lista de Asistencia a Capacitaciones y actas de Reuniones efectuadas
--	--	---

## COMPONENTES

### COMPONENTE N°1

Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario. La aplicación del Instrumento será realizada cada dos años, pudiendo realizarse anualmente si la comuna lo solicita y si el SS cuenta con los recursos para llevar a cabo la evaluación.

#### ESTRATEGIAS

- Aplicación de Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención Integral de Salud Familiar y comunitaria.
- Las evaluaciones serán subidas a la plataforma web del programa.

### COMPONENTE N°2

Implementar un Plan de Mejora sobre las bases que sustentan el modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitaria en los establecimientos de APS.

#### ESTRATEGIAS

- Elaboración de planes de Mejora que consideren el desarrollo de acciones para alcanzar los objetivos y metas, así como el financiamiento asociado a su logro.
- Los planes de mejora deben ser subidos a la plataforma web.

### COMPONENTE N°3

Implementar el cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, de manera progresiva en los establecimientos de atención primaria de salud en coordinación con los otros niveles de atención. Además, se continuará con actividades de sensibilización, capacitación y estratificación de la población.

#### ESTRATEGIAS

- Estratificación según riesgo de la población de 15 años y más beneficiaria de APS en los siguientes estratos: G0: población sana o sin condición crónica identificada; G1: con una condición crónica; G2: entre dos a cuatro condiciones crónicas; G3: con cinco o más condiciones crónicas.
- En los CESFAM definidos se incorpora la actualización del equipo de salud en herramientas para la implementación del cuidado integral centrado en las personas en cronicidad, elementos conceptuales para el apoyo al automanejo, gestión de casos entre otros.
- En los CESFAM definidos se incorpora para las personas con multimorbilidad, la gestión de caso mediante profesional y técnico, el agendamiento con tiempo diferenciado, un registro único integrado para facilitar la gestión clínica, alerta de consulta en servicio de urgencia, Plan de cuidados colaborativo. Todo ello con la finalidad de pasar de una intervención fragmentada a un cuidado integral centrado en las personas.



- Para la población sin condición crónica, o aún no diagnosticada, se deben fortalecer las acciones de promoción y prevención primaria anticipatorias al daño.

## PRODUCTOS ESPERADOS:

### Componente N°1:

- Comunas y establecimientos con Convenio firmado
- Comunas con resolución convenio.

### Componente N°2:

- Plan de Mejoras implementados
- Evaluación de avances planificados

### Componente N°3:

- Implementación progresiva de la Estrategia de cuidado Integral centrado en las personas con manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. (ECICEP)
- Realización de actividades de sensibilización y capacitación en este Componente
- N° de establecimientos de la comuna comprometidos con esta estrategia
- N° de ingresos y controles efectuados en contexto de estrategia de multimorbilidad
- Implementar el Plan cuidado integral consensuado de las personas de 15 años y más con condiciones crónicas.
- Población estratificada según riesgo
- Equipo de salud con actualización de conocimientos y responsables definidos a cargo de la implementación de la estrategia
- Protocolo local operativo de implementación en el centro de salud (incluya flujos de ingreso y atención según estratificación)

## INDICADORES DE GESTIÓN E IMPACTO

Componente	Indicador	Fórmula	Meta	Medio Verificador	Peso relativo	Peso relativo	Peso relativo	P
Componente N°1 Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario a través de las siguientes actividades:	Porcentaje de Centros de Salud evaluados o autoevaluados conforme a Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo dictado por el MINSAL	Numerador: N° de centros de salud evaluados y/o autoevaluados conforme a Instrumento definido  Denominador: N° de Centros de salud comprometidos a evaluar y/o autoevaluar	100% de los Centros de Salud comprometidos con aplicación de Instrumento definido.	"Instrumento para la evaluación y Certificación de desarrollo en el Modelo de atención integral de Salud Familiar y Comunitaria" aplicado al Centro de Salud	Este Indicador se solicita cada dos años, por lo tanto en el caso que se aplique este indicador el peso relativo sería 20%	Cuando no aplique este indicador	Este Indicador se solicita cada dos años, por lo tanto en el caso que se aplique este Indicador, el peso relativo sería el siguiente;20 %	C nc es in

DEPARTAMENTO

	Comunas con resolución dictadas en Abril del año en curso		Comuna con convenio firmado	Plataforma de convenios	15%	25%	15%
<b>Componente N°2</b> Implementar un Plan de Mejora sobre las bases y principios que sustentan el modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitaria en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.	Mejoras implementadas en los establecimientos de atención Primaria conforme a cronograma	Numerador: N° de actividades del cronograma de plan de Mejora realizadas  Denominador: N° de actividades comprometidas según cronograma en Plan de Mejora	100% de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de Plan de Mejora	Informe de avances cuali-cuantitativo de establecimiento, comuna emitido por el Servicio de Salud	25%	35%	65%
<b>Componente N°3</b> Implementar el cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas, según su estrato de riesgo, en los establecimientos de APS en coordinación con los otros niveles de atención.	Agendamiento según nivel de estratificación	Numerador: N° de establecimientos con agendamiento según nivel de estratificación  Denominador: N° Total de establecimientos comprometidos	100% de los establecimientos comprometidos con agendamiento según nivel de estratificación	Informe de avance cualitativo de establecimiento, comuna, emitido por Servicio de Salud	20%	20%	Cuando no aplique este indicador
	Ingresos a Cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado o alto que cuenten con plan de cuidado integral consensuado	Numerador: N° de Ingresos a cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto que cuenten con plan de cuidado integral consensuado  Denominador: N° total de ingresos a cuidados Integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto.	100% de los ingresos con Plan de Cuidado Integral	REM A05	20%	20%	Cuando no aplique este indicador



**SEXTA:** El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Convenio a través de los siguientes indicadores:

**Evaluaciones:**

**Primera evaluación al 30 de Abril**

Se deberá enviar a través de oficio formal, donde debe adjuntar:

- **Resolución local que designe a un encargado de salud familiar y sus funciones por establecimiento. (Actualizar). El encargado(a) debe tener clave como usuario(a) MAIS y su equipo de trabajo si corresponde**
- **Resolución de encargado ECICEP**
- **Realizar autoevaluación establecimiento anual**
- **Plan de Mejora:** Realizado sobre las bases que sustentan el modelo de atención integral en salud familiar, con énfasis en sectores y territorios detectados en plan de salud comunal u otras instancias locales, operativos en establecimientos laborales, educacionales, organizaciones comunitarias, generación de capacitaciones a los equipos, en temáticas de Salud familiar-ECICEP, como también en la focalización de población indígena, población SENAME, etc. **Se debe subir a la Plataforma MAIS 2020)**
- **Planilla de gastos asociado a Autoevaluación y plan de mejora**
- **Resolución de la COMSE y su plan de trabajo anual, consignando trabajo en Red.**
- **Informar de Establecimientos de salud comprometidos a implementar estrategia de cuidados integrales en contexto de Multimorbilidad.**
- **Articulación trabajo con comunidad respecto de implementación de Estrategia ECICEP, envío de Verificadores.**

El informe deberá ser remitido por las comunas en convenio, indicando los establecimientos comprometidos para la implementación del programa. Este informe debe ser enviado hasta el quinto día hábil del mes de mayo del año respectivo.

**Segunda evaluación 31 de Agosto.**

Informe que describa el porcentaje de cumplimiento de las actividades planificadas en el plan de mejora, deberá ser remitido al Servicio de Salud, hasta el quinto día hábil del mes de Septiembre. Se debe enviar Informe al SSVQ que contenga:

- **Implementación y avances Plan de Mejora**
- **Ingresos usuarios(as) estrategia ECICEP**
- **Capacitaciones realizadas**
- **Envío planilla solicitada por MINSAL**
- **Envío de verificadores**

Conforme a los resultados obtenidos en esta evaluación el Servicio de Salud hará las orientaciones y acciones que corresponda para favorecer la óptima implementación del programa. En caso de no cumplimiento, la reliquidación se hará efectiva en la segunda cuota en el mes de octubre, de acuerdo al siguiente cuadro:

<b>Cumplimiento de Metas de Programa</b>	<b>Porcentaje de descuento de recursos segunda cuota del 30%.</b>
>_ 60.00%	0%
Entre 50.00 y 59.99%	25%
Entre 40.00 y 49.99 %	50%
Entre 30 y 39.99%	75%
Menos del 30%	100%



**Tercera evaluación y final se efectuará al 31 de Diciembre.**

El programa deberá tener ejecutado el 100% de las acciones comprometidas. Se debe enviar Informe al SSVQ que contenga:

- **Cumplimiento Plan de Mejora.**
- **Cumplimiento autoevaluación establecimiento (si corresponde en el año)**
- **Establecimientos comprometidos a estrategia cuidado integral en contexto de multimorbilidad centrado en la persona**
- **Envío planilla solicitada por MINSAL**
- **Envío de Verificadores**

**SÉPTIMA:** Los recursos serán transferidos a la Municipalidad en dos cuotas. La primera asciende a un 70% del total, una vez tramitada la correspondiente resolución aprobatoria de este convenio y la segunda asciende al 30% restante, una vez que se encuentre efectuada la evaluación del grado de cumplimiento del convenio y aprobado dicho cumplimiento por parte del Servicio de Salud.

**OCTAVA:** Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Servicio descontará de la transferencia regular de atención primaria, el valor correspondiente a la parte no ejecutada de las actividades, objeto de este instrumento. Para estos efectos la comuna deberá enviar informe con los siguientes antecedentes:

Rendición financiera de acuerdo al Manual de Rendiciones de APS y los informes detallados en la sexta cláusula del presente convenio.

La información deberá ser remitida al referente del Programa del Servicio de Salud, A.S Marcela Montoya Sanhueza, al correo electrónico: [marcela.montoya@redsalud.gob.cl](mailto:marcela.montoya@redsalud.gob.cl), [montoya.marcela20@gmail.com](mailto:montoya.marcela20@gmail.com)

**NOVENA:** En el caso de que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para los efectos de este convenio, ésta deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución.

**DÉCIMA:** El Servicio de Salud en este acto designa administradora y coordinadora a , A.S Marcela Montoya Sanhueza, al correo electrónico: [marcela.montoya@redsalud.gob.cl](mailto:marcela.montoya@redsalud.gob.cl), [montoya.marcela20@gmail.com](mailto:montoya.marcela20@gmail.com), quien tendrá como función principal actuar como referente técnico de este servicio respecto de la Municipalidad y del Ministerio de Salud además de velar por la correcta ejecución y adecuado cumplimiento de las obligaciones asumidas por las partes. La Municipalidad notificará del plazo de cinco días contados desde la fecha de suscripción del presente convenio.

**UNDÉCIMA:** El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus estrategias señaladas 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, en conformidad con lo establecido en la Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República.

**DUODÉCIMA:** 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 Auditoría del S.S. de ser requerido. Sin perjuicio de lo anterior, estas trasferencias de recursos que rigen por las normas establecidas en la **Resolución Exenta 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.

Además, considerando lo establecido en el artículo 13 de la resolución antes indicada, podrán incluirse en la rendición de cuentas gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación, por razones de continuidad o buen servicio.

Por otra parte, los saldos no ejecutados deben ser reintegrados en su totalidad, una vez terminado el periodo de vigencia del convenio. Conforme a lo establecido en la Ley N°21.640, del 07 de diciembre de 2023, publicada en el Diario Oficial del 18 de diciembre del 2023, que fija el presupuesto nacional y sus mecanismos de rendición y reintegro fiscal para el año 2023, en concordancia con el DF N°1.263, del año 1975.

**DÉCIMA TERCERA:** El presente convenio tendrá vigencia desde el **01 de Enero de 2024 hasta el 31 de diciembre de 2024**. Finalizado el período de vigencia los fondos transferidos, pero no utilizados en el programa objeto de este instrumento, deberán ser restituidos al Servicio, lo que deberá realizarse a más tardar dentro de los 90 días posteriores a la emisión del **Informe de Cierre** del programa subido a plataforma SISREC.

Con todo, los saldos de recursos transferidos no utilizados por el municipio deberán ser reintegrados a la Tesorería General de la República, conforme lo estipula la cláusula novena del presente convenio, antes del 31 de enero del año siguiente; salvo caso fortuito o fuerza mayor, situación que deberá ser ponderada en su mérito, y autorizada por la Directora del Servicio.

**DÉCIMO CUARTA:** Las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará automáticamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

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 año mismo.

Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.

La presente prórroga se efectuará para los componentes del programa a ejecutar y no considera la posibilidad de realizar gastos presupuestarios de años anteriores. En concordancia con la normativa vigente que establece la anualidad del gasto público.

Por otra parte, los saldos no ejecutados deben ser reintegrados en su totalidad, una vez terminado el periodo de vigencia del convenio. Conforme a lo establecido en la Ley N°21.640, del 07 de diciembre de 2023, publicada en el Diario Oficial del 18 de diciembre del 2023, que fija el presupuesto nacional y sus mecanismos de rendición y reintegro fiscal para el año 2023, en concordancia con el DF N°1.263, del año 1975.

**DÉCIMO QUINTA:** 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.

**DÉCIMO SEXTA:** El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, y otro en el de la Municipalidad.



**PERSONERÍAS:** La facultad y personería de **ANDREA QUIERO GELMI**, Directora del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, para celebrar convenios, están contenidos en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1/005 que fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N° 18.469 y N° 18.933, conjuntamente, con el Decreto Supremo N° 140/2004 y 52/2022, ambas del Ministerio de Salud. La facultad de **GUILLERMO MOLINA GALVEZ**, Alcalde (S) de la Ilustre Municipalidad de Limache, consta en Decreto Alcaldicio N°140 de fecha 12 de enero del 2024, en el cual se establece la subrogancia por feriado legal y delega funciones al Sr. Administrador Municipal.



**GUILLERMO MOLINA GALVEZ**  
**ALCALDE (S)**  
**I. MUNICIPALIDAD DE LIMACHE**

**ANDREA QUIERO GELMI**  
**DIRECTORA**  
**SERVICIO SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA**

KLGO.RFN/ABG.DPA/AS.MMS/aeg.



# INT. N°157 - LIMACHE (Convenio)

Correlativo: 1179 / 06-02-2024

Documento firmado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Andrea Pilar Quiero Gelmi	DIRECCIÓN SSVQ	Director Servicio Salud

Documento visado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
David Andrés Ponce Aranda	DIRECCIÓN SSVQ	Jefe Unidad
Rodrigo Alexis Fernández Navarrete	DIRECCIÓN SSVQ	Director Aps
Gustavo Adolfo Gómez Atabales	DIRECCIÓN SSVQ	Profesional Y Técnico Universitario



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

Folio: 1HL-VG7-S5B

Código de verificación: HPJ-5NP-REI