



MINISTERIO DE SALUD  
SERVICIO DE SALUD  
VIÑA DEL MAR – QUILLOTA  
DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA  
INT. N°359 de fecha 17.03.2025

## RESOLUCION EXENTA N° ( E )

VIÑA DEL MAR,

### VISTOS:

- 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°36/2024 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°21.722 publicada en el Diario Oficial el 13 de diciembre de 2024, que fija el presupuesto nacional para el año 2025; conjuntamente con los Decretos Supremos N°140/2004 y N°52/2022 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, emana del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria que representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público, siendo su objetivo otorgar una atención de salud equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, centrado en las personas, familia y comunidad; el Ministerio de Salud ha decidido impulsar el “**Programa Equidad en Salud Rural**”.
2. El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta **N°1033 del 30 de diciembre de 2024**, y los recursos son aprobados por medio de Resolución Exenta **N°160 del 17 de febrero de 2025**, ambas del Ministerio de Salud.

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 Papudo** como entidad administradora de salud municipalizada, los recursos destinados a implementar el “**Programa Equidad en Salud Rural**”.
4. El Convenio suscrito con fecha 06 de marzo de 2025, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la **I. Municipalidad de Papudo**, en virtud del cual la I. Municipalidad se compromete a desarrollar el “**Programa Equidad en Salud Rural**”.

#### RESUELVO:

1. **APRUÉBESE**, el convenio celebrado con fecha 06 de marzo de 2025, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la **I. Municipalidad de Papudo** en virtud del cual ésta se compromete a desarrollar “**Programa Equidad en Salud Rural**”.
2. **CÚMPLASE**, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Exenta N°36/2024 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 06 de marzo de 2025, entre el **SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Von Schröeders N°392, representado por su Directora, **ANDREA QUIERO GELMI**, del mismo domicilio, en adelante el “Servicio” y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PAPUDO**, persona jurídica de Derecho Público, domiciliada en calle Chorrillos N°9, Papudo, representada por su Alcaldesa **CLAUDIA ADASME DONOSO**, 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”.

Asimismo, el decreto anual 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, emana 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 de cambio a un nuevo modelo de atención; el Ministerio de Salud ha decidido impulsar el **PROGRAMA EQUIDAD EN SALUD RURAL** que es anual y debe ser implementado y ejecutado íntegramente dentro del periodo establecido en el presente convenio.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1033 del 30 de diciembre de 2024**, del Ministerio de Salud. La asignación de recursos fue aprobada por **Resolución Exenta N°160 del 17 de febrero de 2025**, del Ministerio de Salud, y que la municipalidad declara conocerlos y se compromete a ejecutar conforme a sus componentes.

**TERCERA:** El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en transferir a la “Municipalidad”, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, los recursos para alcanzar el propósito y cumplimiento de los siguientes objetivos:

#### **COMPONENTE 1: Cobertura y Calidad de atención en población rural.**

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

#### **Estrategias del Componente para el Cumplimiento del Programa:**

##### **a) Reforzamiento de los Equipos de Rondas Rurales:**

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

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

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

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

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

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

##### **b) Cobertura de acciones en el modelo de atención integral Postas de Salud Rural:**

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

En situaciones de postas aisladas y/o con población sobre 800 personas concentradas o más de 500 dispersas, se considerará la modalidad de un Técnico de

Enfermería de Nivel Superior de refuerzo, con 44 horas semanales de contrato. Entre ambos Técnicos debe cubrirse un total de 64 horas de posta, conforme a lo dispuesto en la Norma Técnica N° 121 para Postas de Salud Rural, aprobada por la resolución exenta N°595 de 9 de junio de 2011 del Ministerio de Salud, completando el resto de horas con trabajo en terreno (24 horas repartidas entre ambos), especialmente la aplicación de encuestas familiares en el área de la Posta.

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

## **COMPONENTE 2: Sistemas de equipamiento clínico de apoyo y comunicación de Postas de Salud Rural.**

Mantenimiento de sistemas de comunicación y/o equipamientos clínicos o de apoyo. Telefonía de las Postas Rurales, equipamientos menores entre otros.

## **COMPONENTE 3: Implementación de estrategias innovadoras para fomento del desarrollo local a través de Proyectos de trabajo comunitario.**

Los proyectos deben ser formulados a partir de las prioridades visualizadas en los diagnósticos comunales, con pertinencia cultural, enfoque territorial y de participación comunitaria priorizando los siguientes temas:

- a) Calidad de vida de las Personas Mayores
- b) Alimentación saludable y autocuidado en salud
- c) Participación comunitaria
- d) Acciones de salud indígena
- e) Acciones de promoción en salud mental
- f) Acciones de cuidado del medio ambiente

**CUARTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas anteriores el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad durante el año 2025 la suma anual y única de **\$12.086.007.- (Doce millones ochenta y seis mil siete pesos)**, para la ejecución y cumplimiento de los componentes señalados en la cláusula anterior, conforme al programa establecido por el Ministerio de Salud.

La municipalidad se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el programa para las personas válidamente inscritas en la comuna.

Los recursos asociados a este programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos, metas y prestaciones a los establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación. el servicio determinará la pertinencia de la contratación de recursos humanos, compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del programa y de acuerdo a la normativa vigente. los recursos que no sean ejecutados deberán reintegrarse al fisco durante el mes de enero siguiente al ejercicio presupuestario.

**QUINTA:** La municipalidad se compromete a utilizar los recursos obtenidos en la ejecución de los siguientes Objetivos General y Específicos:

**Objetivo General: Mejorar las condiciones de funcionamiento de los**

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

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

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

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

INDICADOR N°	NOMBRE DEL INDICADOR	
3	<b>Cobertura de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención en PSR del Programa</b>	
<b>FÓRMULA</b>		<b>VALOR ESPERADO</b>
N° de familias evaluadas en riesgo con plan de		10% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a junio

<b>intervención/ Total de familias evaluadas en riesgo (Alto, Medio y Bajo)</b>	(informado en agosto)  20% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a diciembre
	<b>FUENTE DE INFORMACIÓN</b>
<b>NUMERADOR</b>	En base a REM Serie P-7, más reporte del Servicio de Salud en base a auditorías en terreno u otros medios de constatación
<b>N° de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención</b>	
<b>DENOMINADOR</b>	
<b>Total, de familias evaluadas en riesgo (Alto, Medio y Bajo)</b>	

**SEXTA:** La Municipalidad se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar la siguiente actividad:

Comuna	COMP. 1	COMP. 2	COMP. 3	Total
	Monto Total Tens	Equipamiento	Proyectos	
<b>PAPUDO</b>	\$8.586.007	\$2.000.000	\$1.500.000	<b>\$12.086.007</b>

“Las partes acuerdan que los recursos asignados a cada uno de los componentes del Programa, podrán redistribuirse entre ellos si alguno no utiliza la totalidad de su presupuesto, con el fin de optimizar la ejecución del convenio.

La redistribución requerirá autorización del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, previa solicitud de la entidad ejecutora, garantizando el cumplimiento del programa sin afectar su calidad o cobertura, conforme a la normativa vigente.”

El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a los objetivos y productos definidos por la División de Atención Primaria y por el propio Servicio, expuestos en el artículo anterior, con las coberturas según cuadro expuesto.

El resultado de la evaluación tendrá incidencia en los criterios de asignación de recursos del año siguiente.

**SÉPTIMA:** La Municipalidad se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes componentes y productos esperados:

- **Componente 1: Cobertura y Calidad de atención en las Postas de Salud Rural.**
  - a) Reforzamiento de los equipos de Rondas en comunas.
  - b) Segundo recurso humano de Técnico en Enfermería de Nivel Superior para Postas Rurales (permanente o volante).
- **Componente 2: Sistemas de equipamiento clínico de apoyo y comunicación de Postas de Salud Rural.**  
Mantenimiento de sistemas de comunicación y/o equipamientos clínicos o de apoyo. Telefonía de las Postas Rurales, equipamientos menores entre otros.
- **Componente 3: Implementación de estrategias innovadoras para fomento del desarrollo local a través de Proyectos de trabajo comunitario.**

Los proyectos deben ser formulados a partir de las prioridades visualizadas en los

diagnósticos comunales, con pertinencia cultural, enfoque territorial y de participación comunitaria priorizando los siguientes temas:

- a) Calidad de vida de las Personas Mayores
- b) Alimentación saludable y autocuidado en salud
- c) Participación comunitaria
- d) Acciones de salud indígena
- e) Acciones de promoción en salud mental
- f) Acciones de cuidado del medio ambiente

**Productos esperados:**

**Reforzamiento de los equipos de Rondas Rurales:**

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

Para el refuerzo de los recursos se consideran 2,5 cargos de TENS 44 hrs., un profesional médico 44 horas semanales, un profesional no médico 44 hrs. semanales, y chofer 44 hrs., lo que deberá adecuarse a la realidad local previa negociación y autorización del Servicio de Salud.

**OCTAVA:** El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes" Ley N° 19.378, glosa 02 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de enero a diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

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

El Minsal, a través de los respectivos Servicios de Salud, mediante resolución, asignará en dos cuotas los recursos a los establecimientos de dependencia municipal:

- a) La primera cuota, correspondiente al 70% del total de los recursos, se transferirá una vez tramitada la Resolución aprobatoria de este convenio y, bajo la condición se hayan recepcionado los recursos financieros en el Servicio.
- b) La segunda cuota correspondiente a un máximo del 30% restante, se transferirá una vez rendida y aprobada la rendición de cuentas de la cuota anterior, y estará sujeta a los resultados de la **evaluación de cumplimiento de metas**. Asimismo, el grado de cumplimiento de los indicadores, deberá ser oportunamente informado en forma consolidada por los respectivos Servicios de Salud, al Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

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

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

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.

Se deja expresamente establecido que, estas transferencias se rigen por las disposiciones establecidas en la resolución N° 30, de 11 de marzo de 2015, de la Contraloría General de la República, que fija normas de procedimiento sobre rendición de cuentas; y que en caso que no se utilicen todos los recursos transferidos, el MINSAL, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, deberá hacer reintegro al MDS, de los saldos no ejecutados, lo cual comprende los gatos observados o rechazados. Esto en conformidad al cumplimiento de lo dispuesto en la cláusula Décimo Segunda del presente convenio.

La Información deberá ser enviada al referente de Programa del Servicio de Salud **Klga. Jacqueline Guerrero** al correo electrónico **jacqueline.guerrero@redsalud.gob.cl** o vía formal por escrito.

“Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, la no reliquidación del Programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un plan de trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El Servicio de Salud, una vez analizada la solicitud, remitirá ésta y los antecedentes al Ministerio de Salud, que resolverá la petición”.

**NOVENA:** El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y componente específico señalado en la cláusula cuarta de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, debiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación de este. igualmente, el servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

**DÉCIMA:** Será responsabilidad de la I. Municipalidad, velar por la correcta inversión de los fondos recibidos, conforme con los objetivos de este convenio. Asimismo, la Municipalidad deberá efectuar todas las acciones necesarias para alcanzar con eficacia el Programa, de acuerdo con las normas y reglas correspondientes; así como a las orientaciones técnicas de las estrategias referidas del presente Programa. Lo anterior, independientemente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar en términos aleatorios, el Departamento de Auditoría del Servicio.

**DÉCIMA PRIMERA:** El Servicio 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 de este, ella asumirá el mayor gasto resultante.

**DÉCIMA SEGUNDA:** El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados acto que fiscalizará a través de la Unidad de Convenios 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 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.

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°21.722, de fecha 13 de diciembre de 2024, que fija el presupuesto nacional y sus mecanismos de rendición y reintegro fiscal para el año 2025, en concordancia con el DL N°1.263, del año 1975.

**DÉCIMA TERCERA:** El Servicio de Salud en este acto designa administradora y coordinadora a, **Jacqueline Guerrero**, correo electrónico, [jacqueline.guerreroc@redsalud.gob.cl](mailto:jacqueline.guerreroc@redsalud.gob.cl), quien tendrá 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.

También será responsabilidad del referente, elaborar un certificado técnico para ingresar, a la plataforma SISREC, como respaldo del cumplimiento de las actividades del convenio.

La I. Municipalidad notificará al Servicio de Salud de la persona que actuará como referente técnico dentro del plazo de cinco días contados desde la fecha de suscripción del presente convenio.

**DÉCIMA CUARTA:** El presente convenio tendrá vigencia desde el 01 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025. Debiendo ser ejecutado técnica y financieramente en su totalidad conforme a los componentes del programa. Lo anterior, conforme a la Ley N°21.722, de fecha 13 de diciembre de 2024, que fija el gasto público para el año 2025.

Finalizado el período de vigencia los fondos transferidos, pero no utilizados en el programa objeto de este instrumento, deben ser reintegrados a la Tesorería General de la República, conforme lo estipula la cláusula décima segunda 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 Dirección del Servicio.

**DÉCIMA QUINTA:** Las partes acuerdan que el presente contrato se prorrogará automática y sucesivamente, 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 periodo.

**DÉCIMA SEXTA:** Las partes dejan constancia de que, por tratarse de un programa ministerial de continuidad, y atendidas las razones de buen servicio, las prestaciones asistenciales descritas en éste se comenzarán a otorgar desde el 01 de enero del presente año, pudiendo financiarse gastos operacionales de estrategias ejecutadas a partir de dicha fecha, con la finalidad de mantener la operatividad del programa. Por esta razón dichas atenciones se imputarán a los recursos que serán transferidos en conformidad a lo señalado en el presente convenio.

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

terceros.

**DÉCIMA SÉPTIMA:** 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.

**DÉCIMA OCTAVA:** 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.

**DÉCIMA NOVENA:** El presente convenio se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de la Municipalidad y uno en poder del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.

**PERSONERIAS:** 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° 1/2005, que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N°18.469 y N°18.933, conjuntamente, con los Decretos Supremos N°140/2004 y N°52/2022, ambos del Ministerio de Salud. La personería de **CLAUDIA ADASME DONOSO**, Alcaldesa de la Ilustre Municipalidad de Papudo, consta en Sentencia de Proclamación N°280-2024 del Tribunal Electoral de Valparaíso de fecha 30/11/2024.

3. **ASÍGNESE**, a la **I. Municipalidad de Papudo**, recursos por un monto de **\$12.086.007.- (Doce millones ochenta y seis mil siete pesos)**.

Estos recursos serán transferidos por el Servicio, en representación del Ministerio de Salud, en **dos cuotas**, la primera cuota, correspondiente al 70% del total de los recursos, se transferirá 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 a un máximo del 30% restante, se transferirá una vez rendida y aprobada la rendición de cuentas de la cuota anterior, y estará sujeta a los resultados de la **evaluación de cumplimiento de metas**.

4. **DECLARESE**, El presente convenio tendrá vigencia desde el **01 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025**. 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, todos 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°21.722, de fecha 13 de diciembre de 2024, que fija el presupuesto nacional y sus mecanismos de rendición y reintegro fiscal para el año 2025, en concordancia con el DL 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 Auditoría 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/AGB.ECE/KLGA..JGC/MAT.HMP/cha.**

**DISTRIBUCIÓN:**

- Municipalidad.
- Subdirección de RRF. 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 PAPUDO

### PROGRAMA EQUIDAD EN SALUD RURAL

En Viña del Mar, a 06 de marzo de 2025, entre el **SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR-QUILLOTA**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Von Schröeders N°392, representado por su Directora, **ANDREA QUIERO GELMI**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PAPUDO**, persona jurídica de Derecho Público, domiciliada en calle Chorrillos N°9, Papudo, representada por su Alcaldesa **CLAUDIA ADASME DONOSO**, 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".

Asimismo, el decreto anual 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, emana 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 de cambio a un nuevo modelo de atención; el Ministerio de Salud ha decidido impulsar el **PROGRAMA EQUIDAD EN SALUD RURAL** que es anual y debe ser implementado y ejecutado íntegramente dentro del periodo establecido en el presente convenio.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1033 del 30 de diciembre de 2024**, del Ministerio de Salud. La asignación de recursos fue aprobada por **Resolución Exenta N°160 del 17 de febrero de 2025**, del Ministerio de Salud, y que la municipalidad declara conocerlos y se compromete a ejecutar conforme a sus componentes.

**TERCERA:** El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en transferir a la "Municipalidad", desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, los recursos para alcanzar el propósito y cumplimiento de los siguientes objetivos:

#### **COMPONENTE 1: Cobertura y Calidad de atención en población rural.**

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

#### **Estrategias del Componente para el Cumplimiento del Programa:**

##### **a) Reforzamiento de los Equipos de Rondas Rurales:**

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

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

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

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

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

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

##### **b) Cobertura de acciones en el modelo de atención integral Postas de Salud Rural:**

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

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

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

## **COMPONENTE 2: Sistemas de equipamiento clínico de apoyo y comunicación de Postas de Salud Rural.**

Mantenimiento de sistemas de comunicación y/o equipamientos clínicos o de apoyo. Telefonía de las Postas Rurales, equipamientos menores entre otros.

## **COMPONENTE 3: Implementación de estrategias innovadoras para fomento del desarrollo local a través de Proyectos de trabajo comunitario.**

Los proyectos deben ser formulados a partir de las prioridades visualizadas en los diagnósticos comunales, con pertinencia cultural, enfoque territorial y de participación comunitaria priorizando los siguientes temas:

- a) Calidad de vida de las Personas Mayores
- b) Alimentación saludable y autocuidado en salud
- c) Participación comunitaria
- d) Acciones de salud indígena
- e) Acciones de promoción en salud mental
- f) Acciones de cuidado del medio ambiente

**CUARTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas anteriores el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad durante el año 2025 la suma anual y única de **\$12.086.007.- (Doce millones ochenta y seis mil siete pesos)**, para la ejecución y cumplimiento de los componentes señalados en la cláusula anterior, conforme al programa establecido por el Ministerio de Salud.

La municipalidad se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el programa para las personas válidamente inscritas en la comuna.

Los recursos asociados a este programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos, metas y prestaciones a los establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación. el servicio determinará la pertinencia de la contratación de recursos humanos, compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del programa y de acuerdo a la normativa vigente. los recursos que no sean ejecutados deberán reintegrarse al fisco durante el mes de enero siguiente al ejercicio presupuestario.

**QUINTA:** La municipalidad se compromete a utilizar los recursos obtenidos en la ejecución de los siguientes Objetivos General y Específicos:

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

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

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

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

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

**SEXTA:** La Municipalidad se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar la siguiente actividad:

Comuna	COMP. 1	COMP. 2	COMP. 3	Total
	Monto Total Tens	Equipamiento	Proyectos	
<b>PAPUDO</b>	\$8.586.007	\$2.000.000	\$1.500.000	<b>\$12.086.007</b>

“Las partes acuerdan que los recursos asignados a cada uno de los componentes del Programa, podrán redistribuirse entre ellos si alguno no utiliza la totalidad de su presupuesto, con el fin de optimizar la ejecución del convenio.

La redistribución requerirá autorización del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, previa solicitud de la entidad ejecutora, garantizando el cumplimiento del programa sin afectar su calidad o cobertura, conforme a la normativa vigente.”

El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a los objetivos y productos definidos por la División de Atención Primaria y por el propio Servicio, expuestos en el artículo anterior, con las coberturas según cuadro expuesto.

El resultado de la evaluación tendrá incidencia en los criterios de asignación de recursos del año siguiente.

**SÉPTIMA:** La Municipalidad se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes componentes y productos esperados:

- **Componente 1: Cobertura y Calidad de atención en las Postas de Salud Rural.**
  - a) Reforzamiento de los equipos de Rondas en comunas.
  - b) Segundo recurso humano de Técnico en Enfermería de Nivel Superior para Postas Rurales (permanente o volante).
- **Componente 2: Sistemas de equipamiento clínico de apoyo y comunicación de Postas de Salud Rural.**

Mantenimiento de sistemas de comunicación y/o equipamientos clínicos o de apoyo. Telefonía de las Postas Rurales, equipamientos menores entre otros.

- **Componente 3: Implementación de estrategias innovadoras para fomento del desarrollo local a través de Proyectos de trabajo comunitario.**

Los proyectos deben ser formulados a partir de las prioridades visualizadas en los diagnósticos comunales, con pertinencia cultural, enfoque territorial y de participación comunitaria priorizando los siguientes temas:

- a) Calidad de vida de las Personas Mayores
- b) Alimentación saludable y autocuidado en salud
- c) Participación comunitaria
- d) Acciones de salud indígena
- e) Acciones de promoción en salud mental
- f) Acciones de cuidado del medio ambiente

**Productos esperados:**

**Reforzamiento de los equipos de Rondas Rurales:**

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

Para el refuerzo de los recursos se consideran 2,5 cargos de TENS 44 hrs., un profesional médico 44 horas semanales, un profesional no médico 44 hrs. semanales, y chofer 44 hrs., lo que deberá adecuarse a la realidad local previa negociación y autorización del Servicio de Salud.

**OCTAVA:** El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes" Ley N° 19.378, glosa 02 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de enero a diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

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

El Minsal, a través de los respectivos Servicios de Salud, mediante resolución, asignará en dos cuotas los recursos a los establecimientos de dependencia municipal:

- a) La primera cuota, correspondiente al 70% del total de los recursos, se transferirá una vez tramitada la Resolución aprobatoria de este convenio y, bajo la condición se hayan recepcionado los recursos financieros en el Servicio.
- b) La segunda cuota correspondiente a un máximo del 30% restante, se transferirá una vez rendida y aprobada la rendición de cuentas de la cuota anterior, y estará sujeta a los resultados de la **evaluación de cumplimiento de metas**. Asimismo, el grado de cumplimiento de los indicadores, deberá ser oportunamente informado en forma

consolidada por los respectivos Servicios de Salud, al Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

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

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

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

Se deja expresamente establecido que, estas transferencias se rigen por las disposiciones establecidas en la resolución N° 30, de 11 de marzo de 2015, de la Contraloría General de la República, que fija normas de procedimiento sobre rendición de cuentas; y que en caso que no se utilicen todos los recursos transferidos, el MINSAL, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, deberá hacer reintegro al MDS, de los saldos no ejecutados, lo cual comprende los gatos observados o rechazados. Esto en conformidad al cumplimiento de lo dispuesto en la cláusula Décimo Segunda del presente convenio.

La Información deberá ser enviada al referente de Programa del Servicio de Salud **Klga. Jacqueline Guerrero** al correo electrónico **jacqueline.guerreroc@redsalud.gob.cl** o vía formal por escrito.

"Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, la no reliquidación del Programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un plan de trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El Servicio de Salud, una vez analizada la solicitud, remitirá ésta y los antecedentes al Ministerio de Salud, que resolverá la petición".

**NOVENA:** El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y componente específico señalado en la cláusula cuarta de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, debiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación de este. igualmente, el servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

**DÉCIMA:** Será responsabilidad de la I. Municipalidad, velar por la correcta inversión de los fondos recibidos, conforme con los objetivos de este convenio. Asimismo, la Municipalidad deberá efectuar todas las acciones necesarias para alcanzar con eficacia el Programa, de acuerdo con las normas y reglas correspondientes; así como a las orientaciones técnicas de las estrategias referidas del presente Programa. Lo anterior, independientemente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar en términos aleatorios, el Departamento de Auditoría del Servicio.

**DÉCIMA PRIMERA:** El Servicio 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 de este, ella asumirá el mayor gasto resultante.

**DÉCIMA SEGUNDA:** El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados acto que fiscalizará a través de la Unidad de Convenios 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 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.

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°21.722, de fecha 13 de diciembre de 2024, que fija el presupuesto nacional y sus mecanismos de rendición y reintegro fiscal para el año 2025, en concordancia con el DL N°1.263, del año 1975.

**DÉCIMA TERCERA:** El Servicio de Salud en este acto designa administradora y coordinadora a, **Jacqueline Guerrero**, correo electrónico, [jacqueline.guerreroc@redsalud.gob.cl](mailto:jacqueline.guerreroc@redsalud.gob.cl), quien tendrá 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.

También será responsabilidad del referente, elaborar un certificado técnico para ingresar, a la plataforma SISREC, como respaldo del cumplimiento de las actividades del convenio.

La I. Municipalidad notificará al Servicio de Salud de la persona que actuará como referente técnico dentro del plazo de cinco días contados desde la fecha de suscripción del presente convenio.

**DÉCIMA CUARTA:** El presente convenio tendrá vigencia desde el 01 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 2025. Debiendo ser ejecutado técnica y financieramente en su totalidad conforme a los componentes del programa. Lo anterior, conforme a la Ley N°21.722, de fecha 13 de diciembre de 2024, que fija el gasto público para el año 2025.

Finalizado el período de vigencia los fondos transferidos, pero no utilizados en el programa objeto de este instrumento, deben ser reintegrados a la Tesorería General de la República, conforme lo estipula la cláusula décima segunda 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 Dirección del Servicio.

**DÉCIMA QUINTA:** Las partes acuerdan que el presente contrato se prorrogará automática y sucesivamente, 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 periodo.

**DÉCIMA SEXTA:** Las partes dejan constancia de que, por tratarse de un programa ministerial de continuidad, y atendidas las razones de buen servicio, las prestaciones asistenciales descritas en éste se comenzarán a otorgar desde el 01 de enero del presente año, pudiendo financiarse gastos operacionales de estrategias ejecutadas a partir de dicha fecha, con la finalidad de mantener la operatividad del programa. Por esta razón dichas atenciones se imputarán a los recursos que serán transferidos en conformidad a lo señalado en el presente convenio.

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

**DÉCIMA SÉPTIMA:** 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.

**DÉCIMA OCTAVA:** 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.

**DÉCIMA NOVENA:** El presente convenio se firma en dos ejemplares, quedando uno en poder de la Municipalidad y uno en poder del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.

**PERSONERIAS:** 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° 1/2005, que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N°18.469 y N°18.933, conjuntamente, con los Decretos Supremos N°140/2004 y N°52/2022, ambos del Ministerio de Salud. La personería de **CLAUDIA ADASME DONOSO**, Alcaldesa de la Ilustre Municipalidad de Papudo, consta en Sentencia de Proclamación N°280-2024 del Tribunal Electoral de Valparaíso de fecha 30/11/2024.



CLAUDIA ADASME DONOSO  
ALCALDESA  
I. MUNICIPALIDAD DE PAPUDO

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

# INT. 359-2025 PAPUDO

Correlativo: 2329 / 20-03-2025

Documento firmado por:

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

Documento visado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Rodrigo Alexis Fernández Navarrete	DIRECCIÓN SSVQ	Director Aps
Hernan Alberto Montiel Peralta	DIRECCIÓN SSVQ	Profesional Y Técnico Universitario
Jacqueline Lorena Guerrero Céspedes	DIRECCIÓN SSVQ	Referente Proyectos Infraestructura
Eduardo Antonio Canales espinoza	DIRECCIÓN SSVQ	Profesional Y Técnico Universitario



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

Folio: 1IM-QS7-BLA

Código de verificación: JUP-TK5-M12