MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
VIÑA DEL MAR – QUILLOTA
DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA
INT. N°441 de fecha 28.03.2025

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; conjuntamentecon 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, 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 DE SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES.**

2. Que, el referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1036 del 30 de diciembre de 2024**, del Ministerio de Salud. La asignación de recursos es aprobada por **Resolución Exenta N°175 del 18 de febrero de 2025**, del Ministerio de Salud, y que la municipalidad declara conocerlos y se compromete a ejecutar conforme a sus componentes.

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 Quillota** como entidad administradora de salud municipalizada, los recursos destinados a implementar el **PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE SALUD**

INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES.

4. El Convenio suscrito con fecha 14 de marzo de 2025, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la **I. Municipalidad de Quillota**, en virtud del cual la I. Municipalidad se compromete a desarrollar el **PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES.**

RESUELVO:

1. **APRUÉBESE,** el convenio celebrado con fecha 14 de marzo de 2025, entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la **I. Municipalidad de Quillota** en virtud del cual ésta se compromete a desarrollar el **PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES.**

2. **CÚMPLASE,** de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución 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 14 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, Viña del Mar, representado por su Directora **ANDREA QUIERO GELMI**, del mismo domicilio, en adelante el **"Servicio"** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Calle Maipú N°330, Quillota, representada por su Alcalde **LUIS MELLA GAJARDO** 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 DE SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES**

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1036 del 30 de diciembre de 2024,** del Ministerio de Salud. La asignación de recursos es aprobada por **Resolución Exenta N°175 del 18 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 asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el **"PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES".**

Antecedentes y Descripción del Programa

1. **Antecedentes**

La supervisión de salud integral de niños y niñas (NN) de 0 a 9 años, realizado en los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), es una de las principales actividades disponibles en el Plan de Salud Familiar desde el nivel primario de atención que permite acompañar a los NN y sus familias en su trayectoria de crecimiento y desarrollo, con un enfoque promocional, preventivo, de tamizaje, diagnóstico o tratamiento; con el propósito de apoyar al logro del máximo potencial posible de esta población.

Este PRAPS creado en el año 2012 surge como apoyo a la APS para mejorar la cobertura de los controles de salud de NN de 5 a 9 años, población que, en comparación con los grupos de edades más tempranas, presenta una disminución de aproximadamente del 60%. Cabe mencionar que la mayoría de este grupo se encuentra escolarizado, lo que genera dificultades para acceder a las prestaciones del CESFAM en horario hábil, por lo que el enfoque de este programa es realizar estas supervisiones de salud en el contexto educacional.

2. **Definición del problema**

2.1 Problema principal que el programa intenta resolver:
Población de niños y niñas de 5 a 9 años sin supervisión de salud integral vigente en el establecimiento de atención primaria donde se encuentran inscritos.

2.2 Justificación de la necesidad del programa:
El período comprendido entre los 5 a los 9 años, se considera crítico dado que los NN experimentan cambios en su desarrollo físico, motor, cognitivo, psicológico, emocional y social, que les permite una mayor independencia pero que a la vez les exige lograr ciertos hitos determinantes para la consolidación de su personalidad y de sus capacidades emocionales, laborales y sociales. Estos cambios pueden ser afrontados con mayor o menor facilidad, dependiendo de las características personales, familiares y ambientales, entre los que se incluyen los del ambiente escolar.

Los NN en edad escolar no suelen consultar de manera espontánea en los establecimientos de salud, siendo los principales motivos de consulta las enfermedades respiratorias e infecciosas. A su vez, los problemas de salud que afectan principalmente a esta población tienen relación con condiciones que afectan la calidad de vida (problemas de agudeza visual y auditiva, además de trastornos musculoesqueléticos) y que, de no ser pesquisadas a tiempo, pueden repercutir gravemente a posteriori. Cabe mencionar que estos problemas de salud suelen afectar además el desempeño e integración escolar.

La realización del control de salud en el establecimiento educacional es una práctica que permite identificar a esta población más fácilmente, considerando que es un grupo que tiene baja adherencia a los controles en los centros de salud, y cada establecimiento educacional es una población cautiva del territorio. En este contexto, el programa actual asigna recursos para el apoyo a la realización de controles anuales en NN desde kínder hasta cuarto básico en establecimientos educacionales, además de la realización de actividades promocionales con la comunidad educativa.

3. Objetivos:

- ✓ Favorecer la oportunidad de atención y pesquisa temprana de factores de riesgo y dificultades biopsicosociales en la población objetivo del programa.
- ✓ Promover hábitos saludables en la población objetivo del programa y la comunidad educativa de los establecimientos intervenidos.

4. Propósito:

Ampliar la cobertura de la supervisión de salud integral de NN de 5 a 9 años inscritos en dispositivos de salud de APS y que asistan a los establecimientos educacionales públicos y particulares subvencionados de las 36 comunas en convenio.

5. Población:

5.1 Población objetivo: Niños y niñas de 5 a 9 años inscritos en dispositivos de salud de APS y que asistan a los establecimientos educacionales públicos y particulares subvencionados de las 36 comunas en convenio. Deben contar con consentimiento de sus padres o apoderados y asentimiento del niño o niña.

5.2 Cuantificación de la población objetivo:

La población objetivo se consensua entre el encargado comunal del PRAPS y el referente del Servicio de Salud correspondiente, considerando la producción teórica de acuerdo con el rendimiento de la prestación, establecido en la normativa vigente; cantidad de personal disponible para ello y matrícula informada por MINEDUC para los cursos de kínder a cuarto básico de los establecimientos educacionales públicos y particulares subvencionados de la comuna en convenio.

6. ESTRATEGIA:

Componentes
A continuación, se resume en Tabla 1 los 3 componentes a ejecutar en el programa:

Tabla 1: Resumen de componentes del PRAPS

Nombre Componente	**Descripción**
1. Control de Salud Integral en niños y niñas de 5 a 9 años en contexto escolar.	Prestación de salud realizada por enfermera/o de acuerdo **con Norma Técnica de Salud Infantil y Orientaciones Técnicas ministeriales vigentes**, adaptada a un contexto educativo.
2. Gestión de casos por problemas de salud que requieren derivación o plan de cuidados integrales a ejecutar en el establecimiento educacional.	Asegura acciones que permitan la continuidad del cuidado de NN con necesidades o problemas de salud identificados en el CSI en contexto escolar.
3.Intervenciones educativas en salud en el establecimiento educacional.	Realización de un programa educativo que aborda las necesidades educativas en salud identificadas por la comunidad escolar. Las temáticas deben estar enmarcadas en la prevención de los principales problemas de salud presentes en la etapa escolar que puedan ser abordados de manera efectiva a través de dicho programa.

Consideraciones especiales para cada componente:

6.1 Control de Salud Integral en niños y niñas de 5 a 9 años en contexto escolar

- Se programa 1 control por escolar al año y la atención individual tiene un rendimiento de 2 controles por hora.
- En la etapa escolar de niños de 5 a 9 años, el control de salud integral puede ser realizado en el centro de salud o en el establecimiento educacional. Cuando el control es realizado en ausencia de los tutores legales, será necesario que este **previamente** haya firmado un consentimiento informado que detalle claramente cuáles y cuándo serán las intervenciones por realizar, además de contar con el asentimiento expreso del NN cuando se realice el control.
- No se realiza examen físico sin presencia del tutor legal y asentimiento expreso del NN.
- En caso de no tener el asentimiento del NN, se debe enviar al tutor legal la citación al control respectivo en el centro de salud.
- Los aspectos generales de los Controles de Salud Infantil son los siguientes:
    - Valoración: A través de entrevista al NN, información de Cuestionario Infantil completado previamente por los padres, cuidadores o tutores y utilización de instrumentos correspondientes según norma técnica vigente.
    - Diagnósticos: Nutricional, desarrollo integral, problemas de salud pesquisados, factores de riesgo y dificultades psicosociales.
    - Plan de cuidado: Con el detalle de las intervenciones a realizar, además de las derivaciones e interconsultas correspondientes.
- Registros
    - Reporte de Salud al niño o niña: Se deberá informar verbalmente y a través de un documento amigable y según el grado de autonomía progresiva los resultados del control de salud y los compromisos consensuados que promuevan su salud o prevengan enfermedades o complicaciones.
    - Reporte de Salud a los padres: Se deberá informar a los padres, madres y/o cuidadores las acciones de promoción de salud, si estas se realizan en el establecimiento de educación, así como los resultados obtenidos de la atención de salud. Entregar a través de un medio oficial del establecimiento de educación la respectiva derivación según corresponda a través de un informativo que se llevará el estudiante.
    - Ficha clínica del NN.
    - REM A01 sección E.
    - Planilla con datos para el monitoreo del programa con reporte de los resultados del control de salud.

6.2 Gestión de Casos

Se dará por **cumplida la gestión de casos** con uno de los siguientes criterios:

- NN derivado fue atendido y no requiere de la elaboración de un plan de cuidados a ejecutar por el establecimiento educacional.
- NN derivado fue atendido y requiere de la elaboración de un plan de cuidados a ejecutar por el establecimiento educacional. Éste se realiza y se socializa con encargado de salud del establecimiento.
- NN tiene una necesidad específica de salud que se encuentra en tratamiento que no necesita derivación, pero que sí requiere de la elaboración de un plan de cuidados a ejecutar por el establecimiento educacional. Éste se establece de manera consensuada con niño o niña, apoderado/familia en base al plan de tratamiento del equipo de cabecera y encargado de salud del establecimiento.

- Registros:
    - Ficha clínica del NN.
    - REM A01 sección E.
    - Planilla con datos para el monitoreo del programa con reporte de los resultados del control de salud.
    -

6.3 Intervenciones educativas en salud

- Las temáticas a abordar deben provenir de un diagnóstico participativo realizado en conjunto con la comunidad educativa.
- Registros:
    - Planilla con datos para el monitoreo del programa con reporte de los resultados del control de salud.
- Tiene un rendimiento de 2 horas para la realización del diagnóstico participativo en el establecimiento educacional, de 1 a 3 intervenciones educativas y un equivalente a 10 horas destinadas a la gestión y elaboración de las intervenciones.

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud y para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas sucesivas, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria, la suma total y única de **$37.927.846.- (Treinta y siete millones, novecientos veintisiete mil pesos, ochocientos cuarenta y seis pesos).** Desde el 80% corresponde a RR.HH y hasta un 20% es para materiales e insumos.

La Municipalidad se obliga al mes siguiente de la total tramitación del convenio, a presentar informe que detalle cómo implementará localmente este Programa; así como, a seguir las indicaciones u orientaciones señaladas por el Servicio durante esta implementación. También el Municipio se obliga a implementar, contratar personal y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento, como también, a mantener los recursos transferidos por el Servicio en una cuenta especial única para salud, cuyos movimientos podrán ser auditados permanentemente por parte de este.

La Información deberá ser enviada al referente de Programa del Servicio de Salud **Enf. Javiera Arriagada Pfaff** al correo electrónico javiera.arriagada@redsalud.gob.cl y vía formal por escrito.

QUINTA: MONITOREO Y EVALUACIÓN

INDICADORES

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECIFICO	INDICADOR	FORMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACION
Control de Salud Integral en niños y niñas de 5 a 9 años en contexto escolar.	Vigilar el normal crecimiento y desarrollo de la población objetivo a través de la supervisión de salud integral	Porcentaje de cobertura de controles de salud integral en población objetivo del programa	Población objetivo controlada por la comuna en convenio / Población objetivo comprometida a controlar por la comuna en convenio	90%	70%	REM A01 sección E MINEDUC Planilla Local

Gestión de casos por problemas de salud que requieren derivación o plan de cuidados integrales a ejecutar en el establecimiento educacional.	Pesquisar oportunamente problemas de salud o dificultades psicosociales en población objetivo	Porcentaje de población objetivo con gestión de caso cerrada	Población objetivo con gestión de casos cerrada/ Población objetiva derivada por sospecha de problema de salud o dificultad psicosocial	100%	15%	REM Planilla local
Intervenciones educativas en salud en el establecimiento educacional.	Promover la salud de la comunidad educativa	Porcentaje de Establecimientos Educacionales con intervenciones educativas realizadas en base de un diagnóstico participativo	(N° de establecimientos educacionales en convenio con intervenciones educativas realizadas en base de un diagnóstico participativo / N° de establecimientos educacionales en convenio)	100%	15%	REM -Informe del Diagnóstico participativo -Programa educativo -Listas de asistencia -Encuesta de satisfacción de los asistentes

El proceso de monitoreo del programa se realizará tres veces en el año, emitiendo informes al 30 de abril, 31 Julio y 31 de diciembre. Dichos informes deberán ser enviados al Ministerio de Salud antes del 15 de mayo, 16 de agosto del año en curso y 15 de enero del año siguiente.

La evaluación del programa se efectuará en tres etapas:

Primera evaluación: Se efectuará con corte al 30 de abril de cada año. Se debe completar informe en formato enviado por referente DIVAP.

Segunda evaluación: Se efectuará con corte al 31 de julio de cada año y, de acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación, se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 40%, de acuerdo al siguiente cuadro:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%
40%	0%
Entre 30% y 39,9%	50%
Entre 20% y 29,9%	75%
Menos del 20%	100%

El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la reliquidación del Programa.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento de las metas, 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 y aprobada la solicitud, remitirá el consolidado de las comunas que apelan a la no reliquidación, mediante Oficio a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, adjuntando los antecedentes respectivos, que resolverá la petición.

Lo anterior, no obsta a que Servicio de Salud deba evaluar el Programa al 31 de diciembre y las unidades administrativas tengan la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período. Con todo, el cumplimiento de las actividades y metas anuales podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

Tercera evaluación: no obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la tercera evaluación del Programa al **31 de diciembre** de cada año, y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período. El no cumplimiento de las actividades y metas anuales podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente e incluso el cambio de la comunas en convenio por otra designada por el Servicio de Salud, según exista continuidad del presente programa.

Los recursos (producto de la reliquidación) que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, podrán ser reasignados por el Servicio de Salud, a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo Programa.
En el caso de existir recursos disponibles, una vez cumplidas las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la adquisición de insumos que permitan mejorar las acciones contempladas en el Programa, dentro del año presupuestario.

SEXTA: FINANCIAMIENTO

Establecimientos de Dependencia Municipal:
El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes".

La glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N° 19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa misma ley o bien a honorarios, acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. 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. Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimiento).

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en dos cuotas: 70% a la total tramitación del acto administrativo respectivo y el 30% restante en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación de Julio.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los

Municipios mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.

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

La tabla de descuento es la siguiente:

Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%
40,00%	**0%**
Entre 30,00% y 39,99%	**50%**
Entre 20,00% y 29,99%	**75%**
Menos del 20%	**100%**

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

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

NOVENA: El Servicio de Salud en este acto designa administradora y coordinadora a **Enf. Javiera Arriagada Pfaff,** correo electrónico: javiera.arriagada@redsalud.gob.cl, 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.
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 Municipalidad notificará dentro del plazo de cinco días contados desde la fecha de suscripción del presente convenio, el nombre del referente técnico que hará de contraparte para este convenio.

DÉCIMA: El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados acto que fiscalizará a través de la Unidad de Rendiciones de la Dirección de Atención Primaria y por el Departamento de Auditoria del S.S. de ser requerido. Sin 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. 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 PRIMERA: El presente convenio tendrá vigencia desde el **01 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 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 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.

Sin perjuicio de esto, el presente programa podrá extender su funcionamiento hasta el 31 de marzo del año siguiente, previa evaluación y autorización del referente técnico del programa.

DÉCIMA SEGUNDA: Las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará automática y sucesivamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de 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.

DÉCIMA TERCERA: 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 CUARTA: El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

DÉCIMA QUINTA: 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 SEXTA: 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.

DÉCIMA SÉPTIMA: 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.

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 Nº 1/2005, que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley Nº 2763/79 y de las Leyes Nº18.469 y Nº18.933, conjuntamente, con los Decretos Supremos Nº140/2004 y N°52/2022, ambos del Ministerio de Salud. La personería de **LUIS MELLA GAJARDO,** Alcalde de la Ilustre Municipalidad de Quillota, 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 Quillota**, recursos por un monto total de **$37.927.846.- (Treinta y siete millones, novecientos veintisiete mil pesos, ochocientos cuarenta y seis 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 y, una vez que se encuentre efectuada la evaluación del grado de cumplimiento del convenio y aprobado dicho cumplimiento por parte del Servicio de Salud.

4. **DECLÁRESE**, **que el presente convenio tendrá vigencia desde el 01 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 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 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.

Sin perjuicio de esto, el presente programa podrá extender su funcionamiento hasta el 31 de marzo del año siguiente, previa evaluación y autorización del referente técnico del programa.

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 N°30 de 2015,

de Contraloría General de la República.

8. **FISCALÍCESE,** la correcta utilización de los fondos traspasados por departamento de Auditoria 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.ECE/MAT.HMP/EU.JAP/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 QUILLOTA

(PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES)

En Viña del Mar, a 14 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, Viña del Mar, representado por su Directora **ANDREA QUIERO GELMI**, del mismo domicilio, en adelante el **"Servicio"** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Calle Maipú N°330, Quillota, representada por su Alcalde **LUIS MELLA GAJARDO** 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 DE SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES**

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1036 del 30 de diciembre de 2024,** del Ministerio de Salud. La asignación de recursos es aprobada por **Resolución Exenta N°175 del 18 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 asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el **"PROGRAMA DE SUPERVISIÓN DE SALUD INTEGRAL DE NIÑOS Y NIÑAS DE 5 A 9 AÑOS EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES".**

Antecedentes y Descripción del Programa

1. **Antecedentes**

La supervisión de salud integral de niños y niñas (NN) de 0 a 9 años, realizado en los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), es una de las principales actividades disponibles en el Plan de Salud Familiar desde el nivel primario de atención que permite acompañar a los NN y sus familias en su trayectoria de crecimiento y desarrollo, con un enfoque promocional, preventivo, de tamizaje, diagnóstico o tratamiento; con el propósito de apoyar al logro del máximo potencial posible de esta población.

Este PRAPS creado en el año 2012 surge como apoyo a la APS para mejorar la cobertura de los controles de salud de NN de 5 a 9 años, población que, en comparación con los grupos de edades más tempranas, presenta una disminución de aproximadamente del 60%. Cabe mencionar que la mayoría de este grupo se encuentra escolarizado, lo que genera dificultades para acceder a las prestaciones del CESFAM en horario hábil, por lo que el enfoque de este programa es realizar estas supervisiones de salud en el contexto educacional.

2. **Definición del problema**

2.1 Problema principal que el programa intenta resolver:
Población de niños y niñas de 5 a 9 años sin supervisión de salud integral vigente en el establecimiento de atención primaria donde se encuentran inscritos.

2.2 Justificación de la necesidad del programa:
El período comprendido entre los 5 a los 9 años, se considera crítico dado que los NN experimentan cambios en su desarrollo físico, motor, cognitivo, psicológico, emocional y social, que les permite una mayor independencia pero que a la vez les exige lograr ciertos hitos determinantes para la consolidación de su personalidad y de sus capacidades emocionales, laborales y sociales. Estos cambios pueden ser afrontados con mayor o menor facilidad, dependiendo de las características personales, familiares y ambientales, entre los que se incluyen los del ambiente escolar.

Los NN en edad escolar no suelen consultar de manera espontánea en los establecimientos de salud, siendo los principales motivos de consulta las enfermedades respiratorias e infecciosas. A su vez, los problemas de salud que afectan principalmente a esta población tienen relación con condiciones que afectan la calidad de vida (problemas de agudeza visual y auditiva, además de trastornos musculoesqueléticos) y que, de no ser pesquisadas a tiempo, pueden repercutir gravemente a posteriori. Cabe mencionar que estos problemas de salud suelen afectar además el desempeño e integración escolar.

La realización del control de salud en el establecimiento educacional es una práctica que permite identificar a esta población más fácilmente, considerando que es un grupo que tiene baja adherencia a los controles en los centros de salud, y cada establecimiento educacional es una población cautiva del territorio. En este contexto, el programa actual asigna recursos para el apoyo a la realización de controles anuales en NN desde kínder hasta cuarto básico en establecimientos educacionales, además de la realización de actividades promocionales con la comunidad educativa.

3. **Objetivos:**
   - ✓ Favorecer la oportunidad de atención y pesquisa temprana de factores de riesgo y dificultades biopsicosociales en la población objetivo del programa.
   - ✓ Promover hábitos saludables en la población objetivo del programa y la comunidad educativa de los establecimientos intervenidos.

4. **Propósito:**

Ampliar la cobertura de la supervisión de salud integral de NN de 5 a 9 años inscritos en dispositivos de salud de APS y que asistan a los establecimientos educacionales públicos y particulares subvencionados de las 36 comunas en convenio.

5. **Población:**

5.1 Población objetivo: Niños y niñas de 5 a 9 años inscritos en dispositivos de salud de APS y que asistan a los establecimientos educacionales públicos y particulares subvencionados de las 36 comunas en convenio. Deben contar con consentimiento de sus padres o apoderados y asentimiento del niño o niña.

5.2 Cuantificación de la población objetivo:

La población objetivo se consensua entre el encargado comunal del PRAPS y el referente del Servicio de Salud correspondiente, considerando la producción teórica de acuerdo con el rendimiento de la prestación, establecido en la normativa vigente; cantidad de personal disponible para ello y matrícula informada por MINEDUC para los cursos de kínder a cuarto básico de los establecimientos educacionales públicos y particulares subvencionados de la comuna en convenio.

6. **ESTRATEGIA:**

Componentes
A continuación, se resume en Tabla 1 los 3 componentes a ejecutar en el programa:

Tabla 1: Resumen de componentes del PRAPS

Nombre Componente	Descripción
1. Control de Salud Integral en niños y niñas de 5 a 9 años en contexto escolar.	Prestación de salud realizada por enfermera/o de acuerdo **con Norma Técnica de Salud Infantil y Orientaciones Técnicas ministeriales vigentes**, adaptada a un contexto educativo.
2. Gestión de casos por problemas de salud que requieren derivación o plan de cuidados integrales a ejecutar en el establecimiento educacional.	Asegura acciones que permitan la continuidad del cuidado de NN con necesidades o problemas de salud identificados en el CSI en contexto escolar.
3.Intervenciones educativas en salud en el establecimiento educacional.	Realización de un programa educativo que aborda las necesidades educativas en salud identificadas por la comunidad escolar. Las temáticas deben estar enmarcadas en la prevención de los principales problemas de salud presentes en la etapa escolar que puedan ser abordados de manera efectiva a través de dicho programa.

Consideraciones especiales para cada componente:

6.1 Control de Salud Integral en niños y niñas de 5 a 9 años en contexto escolar

- Se programa 1 control por escolar al año y la atención individual tiene un rendimiento de 2 controles por hora.
- En la etapa escolar de niños de 5 a 9 años, el control de salud integral puede ser realizado en el centro de salud o en el establecimiento educacional. Cuando el control es realizado en ausencia de los tutores legales, será necesario que este **previamente** haya firmado un consentimiento informado que detalle claramente cuáles y cuándo serán las intervenciones por realizar, además de contar con el asentimiento expreso del NN cuando se realice el control.
- No se realiza examen físico sin presencia del tutor legal y asentimiento expreso del NN.
- En caso de no tener el asentimiento del NN, se debe enviar al tutor legal la citación al control respectivo en el centro de salud.
- Los aspectos generales de los Controles de Salud Infantil son los siguientes:
    - Valoración: A través de entrevista al NN, información de Cuestionario Infantil completado previamente por los padres, cuidadores o tutores y utilización de instrumentos correspondientes según norma técnica vigente.
    - Diagnósticos: Nutricional, desarrollo integral, problemas de salud pesquisados, factores de riesgo y dificultades psicosociales.
    - Plan de cuidado: Con el detalle de las intervenciones a realizar, además de las derivaciones e interconsultas correspondientes.
- Registros
    - Reporte de Salud al niño o niña: Se deberá informar verbalmente y a través de un documento amigable y según el grado de autonomía progresiva los resultados del control de salud y los compromisos consensuados que promuevan su salud o prevengan enfermedades o complicaciones.
    - Reporte de Salud a los padres: Se deberá informar a los padres, madres y/o cuidadores las acciones de promoción de salud, si estas se realizan en el establecimiento de educación, así como los resultados obtenidos de la atención de salud. Entregar a través de un medio oficial del establecimiento de educación la respectiva derivación según corresponda a través de un informativo que se llevará el estudiante.
    - Ficha clínica del NN.
    - REM A01 sección E.
    - Planilla con datos para el monitoreo del programa con reporte de los resultados del control de salud.

6.2 Gestión de Casos

Se dará por **cumplida la gestión de casos** con uno de los siguientes criterios:

- NN derivado fue atendido y no requiere de la elaboración de un plan de cuidados a ejecutar por el establecimiento educacional.
- NN derivado fue atendido y requiere de la elaboración de un plan de cuidados a ejecutar por el establecimiento educacional. Éste se realiza y se socializa con encargado de salud del establecimiento.
- NN tiene una necesidad específica de salud que se encuentra en tratamiento que no necesita derivación, pero que sí requiere de la elaboración de un plan de cuidados a ejecutar por el establecimiento educacional. Éste se establece de manera consensuada con niño o niña, apoderado/familia en base al plan de tratamiento del equipo de cabecera y encargado de salud del establecimiento.

- Registros:
  - Ficha clínica del NN.
  - REM A01 sección E.
  - Planilla con datos para el monitoreo del programa con reporte de los resultados del control de salud.
  -

6.3 Intervenciones educativas en salud

- Las temáticas a abordar deben provenir de un diagnóstico participativo realizado en conjunto con la comunidad educativa.
- Registros:
  - Planilla con datos para el monitoreo del programa con reporte de los resultados del control de salud.
- Tiene un rendimiento de 2 horas para la realización del diagnóstico participativo en el establecimiento educacional, de 1 a 3 intervenciones educativas y un equivalente a 10 horas destinadas a la gestión y elaboración de las intervenciones.

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud y para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas sucesivas, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria, la suma total y única de **$37.927.846 (Treinta y siete millones novecientos veintisiete mil pesos ochocientos cuarenta y seis pesos).** Desde el 80% corresponde a RR.HH y hasta un 20% es para materiales e insumos.

La Municipalidad se obliga al mes siguiente de la total tramitación del convenio, a presentar informe que detalle cómo implementará localmente este Programa; así como, a seguir las indicaciones u orientaciones señaladas por el Servicio durante esta implementación. También el Municipio se obliga a implementar, contratar personal y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento, como también, a mantener los recursos transferidos por el Servicio en una cuenta especial única para salud, cuyos movimientos podrán ser auditados permanentemente por parte de este.

La Información deberá ser enviada al referente de Programa del Servicio de Salud **Enf. Javiera Arriagada Pfaff** al correo electrónico javiera.arriagada@redsalud.gob.cl y vía formal por escrito.

QUINTA: MONITOREO Y EVALUACIÓN

INDICADORES

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECIFICO	INDICADOR	FORMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACION
Control de Salud Integral en niños y niñas de 5 a 9 años en contexto escolar.	Vigilar el normal crecimiento y desarrollo de la población objetivo a través de la supervisión	Porcentaje de cobertura de controles de salud integral en población objetivo del programa	Población objetivo controlada por la comuna en convenio / Población objetivo comprometida a controlar por la comuna en convenio	90%	70%	REM A01 sección E MINEDUC Planilla Local

	de salud integral					
Gestión de casos por problemas de salud que requieren derivación o plan de cuidados integrales a ejecutar en el establecimiento educacional.	Pesquisar oportunamente problemas de salud o dificultades psicosociales en población objetivo	Porcentaje de población objetivo con gestión de caso cerrada	Población objetivo con gestión de casos cerrada/ Población objetiva derivada por sospecha de problema de salud o dificultad psicosocial	100%	15%	REM Planilla local
Intervenciones educativas en salud en el establecimiento educacional.	Promover la salud de la comunidad educativa	Porcentaje de Establecimientos Educacionales con intervenciones educativas realizadas en base de un diagnóstico participativo	(N° de establecimientos educacionales en convenio con intervenciones educativas realizadas en base de un diagnóstico participativo / N° de establecimientos educacionales en convenio)	100%	15%	REM -Informe del Diagnóstico participativo -Programa educativo -Listas de asistencia -Encuesta de satisfacción de los asistentes

El proceso de monitoreo del programa se realizará tres veces en el año, emitiendo informes al 30 de abril, 31 Julio y 31 de diciembre. Dichos informes deberán ser enviados al Ministerio de Salud antes del 15 de mayo, 16 de agosto del año en curso y 15 de enero del año siguiente.

La evaluación del programa se efectuará en tres etapas:

Primera evaluación: Se efectuará con corte al 30 de abril de cada año. Se debe completar informe en formato enviado por referente DIVAP.

Segunda evaluación: Se efectuará con corte al 31 de julio de cada año y, de acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación, se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 40%, de acuerdo al siguiente cuadro:

PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2° CUOTA DEL 30%
40%	0%
Entre 30% y 39,9%	50%
Entre 20% y 29,9%	75%
Menos del 20%	100%

El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la reliquidación del Programa.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento de las metas, 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 y aprobada la solicitud, remitirá el consolidado de las comunas que apelan a la no reliquidación, mediante Oficio a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, adjuntando los antecedentes respectivos, que resolverá la petición.

Lo anterior, no obsta a que Servicio de Salud deba evaluar el Programa al 31 de diciembre y las unidades administrativas tengan la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período. Con todo, el cumplimiento de las actividades y metas anuales podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

Tercera evaluación: no obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la tercera evaluación del Programa al **31 de diciembre** de cada año, y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período. El no cumplimiento de las actividades y metas anuales podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente e incluso el cambio de la comunas en convenio por otra designada por el Servicio de Salud, según exista continuidad del presente programa.

Los recursos (producto de la reliquidación) que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, podrán ser reasignados por el Servicio de Salud, a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo Programa.
En el caso de existir recursos disponibles, una vez cumplidas las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la adquisición de insumos que permitan mejorar las acciones contempladas en el Programa, dentro del año presupuestario.

SEXTA: FINANCIAMIENTO

Establecimientos de Dependencia Municipal:
El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes".

La glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N° 19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa misma ley o bien a honorarios, acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. 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. Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimiento).

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en dos cuotas: 70% a la total tramitación del acto administrativo respectivo y el 30% restante en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación de Julio.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.

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

La tabla de descuento es la siguiente:

Porcentaje de cumplimiento	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota del 30%
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%

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

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

NOVENA: El Servicio de Salud en este acto designa administradora y coordinadora a **Enf. Javiera Arriagada Pfaff,** correo electrónico: javiera.arriagada@redsalud.gob.cl, 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.
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 Municipalidad notificará dentro del plazo de cinco días contados desde la fecha de suscripción del presente convenio, el nombre del referente técnico que hará de contraparte para este convenio.

DÉCIMA: El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos traspasados acto que fiscalizará a través de la Unidad de Rendiciones de la Dirección de Atención Primaria y por el Departamento de Auditoria del S.S. de ser requerido. Sin 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. 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 PRIMERA: El presente convenio tendrá vigencia desde el **01 de enero de 2025 hasta el 31 de diciembre de 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 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.

Sin perjuicio de esto, el presente programa podrá extender su funcionamiento hasta el 31 de marzo del año siguiente, previa evaluación y autorización del referente técnico del programa.

DÉCIMA SEGUNDA: Las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará automática y sucesivamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de 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.

DÉCIMA TERCERA: 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 CUARTA: El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

DÉCIMA QUINTA: 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 SEXTA: 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.

DÉCIMA SÉPTIMA: 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.

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 Nº 1/2005, que fija Texto Refundido, Coordinado y Sistematizado del Decreto Ley Nº 2763/79 y de las Leyes Nº18.469 y Nº18.933, conjuntamente, con los Decretos Supremos Nº140/2004 y N°52/2022, ambos del Ministerio de Salud. La personería de **LUIS MELLA GAJARDO,** Alcalde de la Ilustre Municipalidad de Quillota, consta en Sentencia de Proclamación N°280-2024 del Tribunal Electoral de Valparaíso de fecha 30/11/2024.

MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA
Quillota
Municipalidad
ALCALDE

LUIS MELLA GAJARDO	**ANDREA QUIERO GELMI**
ALCALDE	**DIRECTORA**
I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA	**S.S VIÑA DEL MAR-QUILLOTA**

KLGO.RFN/MAT.HMP/ABG.ECE/EU.JAP/scc.

INT. N°441/2025 - QUILLOTA

Correlativo: 2730 / 01-04-2025

Documento firmado por:

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

Documento visado por:

Nombre	Establecimiento	Cargo
Hernan Alberto Montiel Peralta	DIRECCIÓN SSVQ	Profesional Y Técnico Universitario
Eduardo Antonio Canales espinoza	DIRECCIÓN SSVQ	Profesional Y Técnico Universitario
Rodrigo Alexis Fernández Navarrete	DIRECCIÓN SSVQ	Director Aps
Javiera Paz Arriagada Pfaff	DIRECCIÓN SSVQ	Enfermera

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

Folio: 1IN-PQN-UUJ

Código de verificación: NQK-HEU-LIM

Documento Firmado Digitalmente SSVQ