

PUERTO VARAS, 28 MAYO 2013

Nº 2218 EX.-/ VISTOS: a) La Resolución Nº J 1653 del 09 de mayo del año 2013, del Servicio de Salud del Reloncaví.
b) Lo dispuesto en el Decreto Exento Nº 0001 del 03 de enero de 2013, sobre delegación de firmas en la Administradora Municipal, de documentación alcaldía bajo fórmula "Por Orden del Sr. Alcalde".
c) Las facultades que me confiere la Ley Nº 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, cuyo texto refundido fue fijado por el DFL - 1 del 09.05.2006 publicado en el Diario Oficial del 26.07.2006, Ley Nº 19.378, "Estatuto de Salud Primaria Municipal".

D E C R E T O :

1º **REGULARICESE y APRUEBASE**, el Convenio denominado "Programa de Infecciones Respiratorias Infantiles IRA Refuerzo para Atención de Enfermedades Respiratorias SAPU 2013", suscrito con fecha 23 de abril de 2013, entre el **SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI Y LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUERTO VARAS**, mediante el cual el Servicio traspasa a la Municipalidad la suma anual y única de \$1.750.234 (un millón setecientos cincuenta mil doscientos treinta y cuatro pesos), recursos que serán transferidos por el Servicio de Salud, en tres cuotas mensuales, de conformidad con lo establecido en la cláusula séptima del Convenio, a fin de ejecutar las actividades que se detallan en el Convenio señalado.

2º **Impútese** el gasto que asciende a \$1.750.234 (un millón setecientos cincuenta mil doscientos treinta y cuatro pesos), a la cuenta de 114.05.62 "Programa de Infecciones Respiratorias Infantiles IRA Refuerzo para Atención de Enfermedades Respiratorias SAPU 2013".

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE EN EL PORTAL DE TRANSPARENCIA y una vez hecho, ARCHÍVESE


JOSE AGUILAR ROJAS
SECRETARIO MUNICIPAL
(S)




MARITZA URIBE FIGUEROA
ADMINISTRADORA MUNICIPAL
Por Orden del Sr. Alcalde

MUH/JAR/OPP/MPD/jmm



SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI
DEPARTAMENTO JURÍDICO



114.05.62

1653

RESOLUCIÓN N° J/_____ /



PUERTO MONTT, - 9^a MAYO 2013

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES : La necesidad de aprobar el Convenio denominado **"PROGRAMA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS INFANTILES IRA REFUERZO PARA ATENCION DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN SAPU 2013"**, suscrito con fecha 23 de Abril de 2013, entre el **SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI Y LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUERTO VARAS**; por el cual el Servicio transfiere a la Municipalidad, recursos destinados a financiar todos o algunos de los siguientes objetivos del Programa : 1) contribuir a la disminución de hospitalizaciones por IRA baja; Entregar tratamiento a niñas y niños menores de 19 años con infecciones respiratorias agudas y exacerbaciones de enfermedades respiratorias crónicas; y otorgar recursos financieros para incorporar la atención de Kinesiología en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), por la suma anual y única de \$ 1.750.234.= y que se relaciona con los objetivos establecidos en los referidos programas, y en las condiciones establecidas en el citado convenio; **TENIENDO PRESENTE:** Lo dispuesto en el D.F.L. N° 1 de 2006, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y otros cuerpos legales, Decreto Supremo N° 140/2004, Decreto Supremo N° 127 de fecha 13 de Diciembre de 2010 del Ministerio de Salud; y lo prevenido en la Resolución N° 1600 del 30 de Octubre de 2008, publicada en el Diario Oficial del 06 de Noviembre de 2008, de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente,

R E S O L U C I O N

- 1.- **APRUÉBASE**, el Convenio denominado **"PROGRAMA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS INFANTILES IRA REFUERZO PARA ATENCION DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN SAPU 2013"**, suscrito con fecha 23 de Abril de 2013, entre el **SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI Y LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUERTO VARAS**, mediante el cual el Servicio traspassa a la Municipalidad la suma anual y única de \$ 1.750.234.=, que los recursos serán transferidos por el Servicio en tres cuotas mensuales, de conformidad con lo establecido en la cláusula séptima del convenio, a fin de ejecutar las actividades que se detallan en el Convenio señalado.
- 2.- **IMPUTESE** el gasto que irrogue el cumplimiento de este Convenio al Item 24-03-298, Estatuto Atención Primaria Ley N° 19.378, correspondiente al presupuesto vigente del año 2013.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



[Handwritten signature]

DR. RAFAEL MERINO MARIN
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI

DR. RMM/DRA.JRR/CCV/fig.



SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVÍ
DEPARTAMENTO PROCESOS ASISTENCIALES
DR.RMM/DRA.GPJ/CCV/SCS/LPC/JOO



CONVENIO
PROGRAMA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS INFANTILES IRA
REFUERZO PARA ATENCION DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN
SAPU
CON LA I. MUNICIPALIDAD DE PUERTO VARAS 2013

En Puerto Montt a 23 de Abril de 2013, entre el **Servicio de Salud del Reloncaví**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.607.700-7 domiciliado en calle Egaña N° 85 Puerto Montt, representado por su Director Dr. Rafael Merino Marín, Cédula Nacional de Identidad N° 10.341.859-3, del mismo domicilio, en adelante el **"Servicio"** y la **Ilustre Municipalidad de Puerto Varas**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 69.220.200-7, domiciliada en calle San Francisco N° 413, representada por su Alcalde Sr. Álvaro Berger Schmidt, Cédula Nacional de Identidad N° 13.824.343-5, de ese mismo domicilio, en adelante la **"Municipalidad"**, se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:



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

Por su parte, el Decreto N° 82 del 24 de Diciembre de 2012, del Ministerio de Salud que determina el aporte estatal reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente Resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud ha decidido impulsar el Programa de Infecciones Respiratorias Infantiles (IRA).

El referido Programa, ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 427 del 17 de Febrero de 2012, del Ministerio de Salud, anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar, en virtud del presente instrumento.



TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todos o algunos de los siguientes **objetivos específicos** del "Programa de Infecciones Respiratorias Infantiles (IRA)":

a).- Contribuir a la disminución de Hospitalizaciones por IRA baja.

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de \$ 1.750.234.- (Un millón, setecientos cincuenta mil, doscientos treinta y cuatro pesos), para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

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 para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

QUINTA: La Municipalidad se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes componentes especificados en el programa:

Componente 1: Entregar tratamiento a niñas y niños menores de 19 años con infecciones respiratorias agudas y exacerbaciones de enfermedades respiratorias crónicas.



Estrategias:

- a) Otorgar recursos financieros para incorporar la atención de Kinesiología en los servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) en funcionamiento, durante el periodo de 3 meses en invierno, de acuerdo a las instrucciones de la Subsecretaría de Redes asistenciales.
- b) Contar con salas equipadas para hospitalización abreviada.
- c) Contar con profesionales capacitados, que cuenten con certificado de Curso IRA, reconocido por el MINSAL.

SEXTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria y el propio Servicio.

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento del componente del programa con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad.

Se realizará una evaluación durante la ejecución del Programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.



La evaluación se realizará en forma independiente para cada Componente del Programa y cada indicador tendrá el mismo peso relativo, los indicadores son los siguientes:

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACION POR COMPONENTE

Nombre de Indicador	Medio de Verificación
Porcentaje de pacientes atendidos con problemas agudos Respiratorios menores de 19 años.	REM
Nº de hospitalizaciones por IRA baja en menores de un año.	Unidad de Gestión Camas Críticas (UGCC)
Nº de Hospitalizaciones Abreviadas, realizadas.	REM
Nº de Profesionales capacitados programa IRA.	Certificado Curso IRA
Nº Kinesiólogos IRA, contratados para Reforzamiento	Boleta Honorarios

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos por el Servicio, en 3 cuotas mensuales; la primera y la segunda por \$583.411 (Quinientos ochenta y tres mil, cuatrocientos once pesos) y la tercera por \$583.412.- (Quinientos ochenta y tres mil, cuatrocientos doce pesos), de acuerdo a la naturaleza del componente y siempre y cuando la evaluación con corte al 30 de Septiembre, así lo amerite.



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 deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

NOVENA: El Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría.

Sin perjuicio de lo anterior, las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, en particular en lo señalado en su numeral 5.2 que: *“el Organismo Público receptor estará obligado a enviar a la Unidad otorgante un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual de su inversión, que deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible para el mes siguiente.*

Y en su numeral 5.4: *los Servicios de Salud no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a la administración de terceros, mientras la persona o institución que debe recibirlos no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta de la inversión de los fondos ya concedidos”.*

Para ello, se adjunta en Anexo N°1 el Informe de Transferencias y Rendición de Cuenta, el que forma parte integrante del presente convenio.



DECIMA: Para la ejecución de este convenio, los fondos aportados por el Servicio, especificados en la cláusula cuarta, tienen la calidad de extra presupuestarios y se deben mantener en una cuenta contable exclusiva.

DECIMA PRIMERA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Servicio descontará de la transferencia regular de Atención Primaria, el valor correspondiente a la parte pagada y no ejecutada del Programa objeto de este instrumento, en su caso.

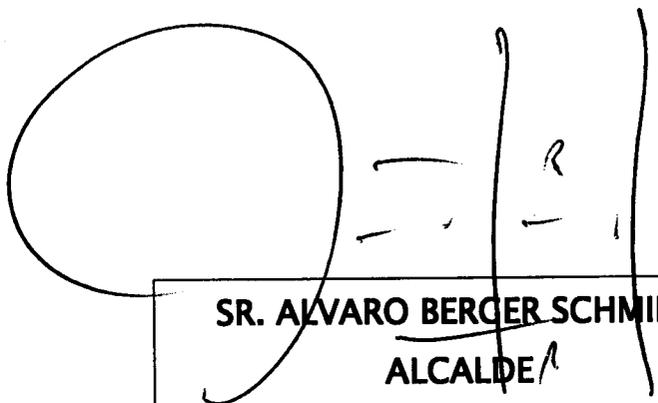
DECIMA SEGUNDA: El Servicio no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

DECIMA TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 de Diciembre del año en curso, sin embargo se renovará automática y sucesivamente por un período de 6 meses o hasta la fecha de entrada en vigencia de la renovación para el año 2014, a menos que el Servicio de aviso de su voluntad de no perseverar en él con 30 días de anticipación a la fecha de su vencimiento.

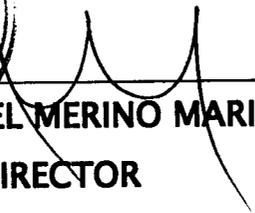
Sin perjuicio de la renovación automática del convenio, mediante convenios complementarios podrán modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad en conformidad con el mismo, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducir para su desarrollo.



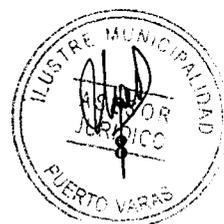
DECIMA CUARTA: El presente convenio se firma en 6 ejemplares, quedando tres en poder del Servicio, uno en el de la Municipalidad y los dos restantes en la del Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.



SR. ALVARO BERGER SCHMIDT
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD PUERTO VARAS



DR. RAFAEL MERINO MARIN
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI





INFORME DE TRANSFERENCIAS Y RENDICIÓN DE CUENTA
PROGRAMA:

SERVICIO DE SALUD: _____
 COMUNA O ESTABLEC. : _____
 PERIODO INFORMADO: _____

I. IDENTIFICACIÓN DE FONDOS ENTREGADOS AL MUNICIPIO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD

A) INSTITUCIÓN OTORGANTE: **MINISTERIO DE SALUD**
 B) FINALIDAD DE LOS FONDOS: **FINANCIAMIENTO ACTIVIDADES PROGRAMA:**
 C) RESOLUCIÓN Y CONVENIO QUE APROBÓ LOS FONDOS

Resolución Nº	Fecha	MONTO (\$)

II. IDENTIFICACIÓN DE TRANSFERENCIAS AL MUNICIPIO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD EN EL PERIODO

A) IDENTIFICACIÓN TRANSFERENCIAS AL MUNICIPIO O ESTABLECIMIENTO, EN EL PERIODO

NUMERO DE CHEQUE O EGRESO	FECHA	MONTO (\$)
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
_____	_____	\$ _____
TOTAL TRANSFERENCIAS		\$ _____

B) SALDO POR RENDIR DEL PERIODO ANTERIOR \$ _____

C) TOTAL A RENDIR CUENTA (A + B) \$ _____

RENDICIÓN DE CUENTA - ANEXO Nº 1 \$ _____

SALDO POR RENDIR PARA EL PERIODO SIGUIENTE \$ _____

NOMBRE PROFESIONAL RESPONSABLE:
CARGO:
DEPENDENCIA:
FIRMA Y TIMBRE:

