



**Departamento de Asesoría Jurídica**  
SR. RIC/XHM/ERP  
Nº186/13

110  
16-abr. 13

EXENTA Nº 0636  
SANTIAGO, 04 ABR. 2013

**VISTOS:** Estos antecedentes; La Resolución Exenta Nº10 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, de fecha 04 de Enero de 2013, a través de la cual se aprobó el Programa de Mejoría de la Equidad en Salud Rural; la Resolución Exenta Nº408 del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, de fecha 15 de Febrero de 2013, en virtud de la cual se distribuyen los recursos del referido Programa; el Memorándum DAP Nº124, de fecha 11 de Marzo de 2013, del Departamento de Atención Primaria, por medio del cual la Directora de Atención Primaria, Dra. Cristina Rauchfuss Celedón, solicita a la Jefa del Departamento de Asesoría Jurídica, D Ximena Hormazábal Mutis, la confección de los convenios que indica con las Municipalidades que señala; El Ordinario Nº 36, de fecha 21 de marzo de 2013, a través del cual D. Carolina Barrientos Jiménez, Directora de Salud, de la I. Municipalidad de San Pedro, remite los convenios en comento debidamente firmados; el Certificado de Imputación Presupuestaria Nº107, de fecha 08 de Marzo de 2013, del Departamento de Finanzas de ésta Dirección de Servicio; y en uso de las atribuciones que me confiere el D.F.L. Nº 01/2005, del Ministerio de Salud, en virtud del cual se fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. Nº 2.763/1979 y de las leyes 18.933 y 18.469; lo establecido en los Decretos Supremos Nº 140/2004, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, el Decreto Supremo Nº 16, de fecha 13 de Marzo de 2013, del cual emana mi personería como Director, ambos del Ministerio de Salud, y lo dispuesto por la Resolución Nº 1600/2008 de Contraloría General de la República; la conformidad del suscrito; dicto la siguiente:

#### **RESOLUCION**

**1. APRUÉBASE** el Convenio suscrito con fecha 14 de Marzo de 2013, entre el Servicio de Salud Metropolitano Occidente y la **Ilustre Municipalidad de San Pedro**, sobre "Programa de Mejoría de la Equidad en Salud Rural" para Atención Primaria Municipal, cuyo tenor es el siguiente:

En Santiago a 14 de Marzo de 2013 entre el Servicio de Salud Metropolitano Occidente, persona jurídica de derecho público domiciliado en Av. Libertador Bernardo O'Higgins Nº2429, representado por su Director Sr. Rodrigo Infante Cotroneo, del mismo domicilio, en adelante el "**Servicio**" y la Ilustre **Municipalidad de San Pedro**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Hermsilla Nº 11, representada por su Alcalde Titular Sr. Florentino Flores Armijo, 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 Nº 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 6º del Decreto Supremo Nº 82, del 24 de Diciembre de 2012, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

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

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 10, de fecha 04 de Enero del 2013, 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 las siguientes estrategias del "Programa de Mejoría de la Equidad en Salud Rural":

- 1)- Favorecer condiciones para la continuidad y calidad de atención en las Postas de Salud Rural y mejorar la frecuencia de rondas de salud rural.

PSR	Encuestas Familiares a realizar y Bajo Control Familias Inscritas (población Beneficiaria)	Recurso Aprobados para Técnicos Paramédicos Volantes o Permanentes
Loica	39	10.685.216.-
El Prado	28	
La Manga	23	
Nihue Bajo	23	

- 2)- Contribuir a mejorar los sistemas de equipamiento, transporte y las comunicaciones de las Postas de Salud Rural con su respectiva Red Asistencial.

PSR	Nº de Teléfonos	Recurso Aprobados
Loica	2	539.226.-
El Prado		
La Manga		
Nihue Bajo		

**CUARTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, hasta la suma anual y única de **\$11.224.442.- (once millones doscientos veinticuatro mil cuatrocientos cuarenta y dos pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

El Municipio 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:** El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes dispositivos:

**Componente 1: Continuidad y Calidad de atención en población rural.**

1. c. Segundo recurso humano Técnico Paramédico (permanente o volante).

**Componente 2: Sistemas de equipamiento, transporte y comunicación de postas rurales:**

2. a. Telefonía de las postas de salud rural.

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

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al 31 de Agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, en caso de tener un cumplimiento inferior al 40%, además de no existir transferencia de la 2º cuota, se deberán devolver los fondos enviados en la 1º cuota proporcionales al cumplimiento alcanzado, en caso no registrar actividades se deberá rescindir el convenio, haciendo exigible la devolución del total de los recursos enviados. Dichas situaciones indicadas anteriormente, se resumen en el siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas de Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%
60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%

- **La segunda evaluación** y final, se efectuará al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

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:

<b>INDICADOR N°</b>	<b>NOMBRE DEL INDICADOR</b>	<b>PERIODO</b>	<b>CRITERIO DE EVALUACION</b>	<b>% DE CUMPLIMIENTO</b>
4	Cobertura de familias bajo control de Salud Familiar			
		Segundo año de aplicación:	Meta: 60%	Igual o superior a 60%= 100% Menor a 60%= 0%

La ponderación de las metas será proporcional a las estrategias y número de metas de cada comuna, de acuerdo a las estrategias que se implementan en la comuna:

Una meta 100%

**SÉPTIMA** Los recursos serán transferidos a los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas (60% - 40%), la 1º cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la 2º cuota contra el grado de cumplimiento especificado en la cláusula anterior.

**OCTAVA:** El Servicio, requerirá a la municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos 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:** Será responsabilidad de la Municipalidad, velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en las diferentes unidades de Salud. 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.

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.

**DÉCIMA:** 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.

**DÉCIMA PRIMERA:** 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 SEGUNDA:** La vigencia del presente instrumento será hasta el 31 de diciembre de 2013.

Por razones de buen servicio y producto de que las prestaciones descritas en este convenio forman parte de un Programa Ministerial que se realiza todos los años, las partes dejan constancia que las prestaciones se comenzaron a otorgar desde el 01 de enero del presente año, no obstante lo anterior, sólo se procederá a su pago una vez tramitada completamente la resolución que aprueba el presente convenio.

**DÉCIMA TERCERA:** El presente convenio se firma en seis ejemplares, quedando uno en la Municipalidad, uno en poder de la Subsecretaria de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria, y los restantes en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente.

Firmado por Sr. Rodrigo Infante Cotroneo, Director, Servicio Salud Metropolitano Occidente y Sr. Florentino Flores Armijo, Alcalde Titular, I. Municipalidad de San Pedro.

MINISTERIO DE SALUD  
DIVISION DE PROGRAMAS DE SALUD  
DEPTO. ATENCION PRIMARIA

POSTA DE SALUD: \_\_\_\_\_

COMUNA: \_\_\_\_\_

CASA Nº \_\_\_\_\_

FAMILIA Nº \_\_\_\_\_

**ENCUESTA FAMILIAR**

FECHA	mes				
	año				

Jefe de Familia \_\_\_\_\_  
Apellido Paterno \_\_\_\_\_ Apellido Materno \_\_\_\_\_ Nombres \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Distancia Posta \_\_\_\_\_

	Apellidos	Nombres	Relación Familiar	SEXO	Fecha de Nacim.	Edad	Escolaridad	Ocupación		Fact. Familiar	Grupos Vulnerables
								Tipo	Situación		
	1		2	3	4	5	6	7	8	9	10
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											

DOBLAR AQUI

CONDICIONES GENERALES										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1										
2	Tipo de Vivienda					Abastecimiento Agua	Dana - Rio - Estero			
3	Pertenencia Vivienda						Pozo o Noria			
4	Nº Camas						Ventilador Protegido			
5	Cocina						Pozo con Bomba			
6	Tipo Alumbrado						Agua Potable			
7	Medios de Comunic.					Eliminación Excretas	Campo Abierto			
8	Huerto Familiar						Letrina Adecuada			
9	Ganados y Animales						Pozo Negro			
10	Nº Perros						Letrina Sanitaria			
11	Sistema Encierro					Disposición Basura	Fosa Séptica			
12	Mención y Ubicación						Alcantarillado			
							Campo Abierto			
							Quetrap - Rio - Oquero			
							Relleño Sanitario - Enterramiento			
							Recolección Municipal			

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INSTRUCTIVO ENCUESTA FAMILIAR

**OBJETIVO:** Conocer el volumen y estructura de la población, antecedentes de la viviendas socioeconómicos factores de riesgos de las familias, que permitan realizar una programación local con enfoque epidemiológico.

**GENERALIDADES:** Esta encuesta se realizará a cada familia de la localidad e incluirá a todos los componentes de ella. Aquellas familias que viven fuera del radio de acción de la Posta, siendo éste el único establecimiento de salud, deberán ser encuestados en él, consignándose su calidad e incorporándose al diagnóstico de la Posta. En aquellas localidades en que se inicia la apertura de una Posta, la aplicación de la Encuesta Familiar será la primera actividad a realizar, y el tiempo que se fijará como plazo dependerá de la población a cubrir y geografía del terreno.

Su actualización será permanente, considerando para el resumen de datos una validez máxima de dos años.

Si durante el año llega una nueva familia se le aplicará la Encuesta y cuando una familia se traslada a otra localidad, la encuesta deberá derivarse junto al resto de los antecedentes familiares al establecimiento correspondiente.

Las encuestas se archivarán en orden alfabético cuando se utilice como tarjetario (índice, o por número correlativo de la familia cuando se cuente con tarjetario índice separado).

**INSTRUCTIVO:** Esta encuesta se llenará con lápiz pasta para los datos permanentes y con grafito los datos modificables.

**Posta de Salud:** Anote el nombre completo de la Posta.

**Comuna:** Anote nombre de la comuna a que pertenece la familia.

**Casa Nº:** Identifique con un número correlativo cada vivienda a medida que encueste el hogar de la familia.

**Familia Nº:** Identifique la familia con el mismo número de la casa, en caso de vivir más de una familia se identifica en orden alfabético según corresponda. (Ej.: A, B, C, etc.).

**Fecha:** Anote mes y año en que realiza la encuesta y cada fecha en que es actualizada, de acuerdo a los casilleros correspondientes.

**Jefe de Familia:** Anote el apellido paterno, materno y nombres completos de la persona que los demás miembros del hogar reconocen como tal, sea hombre o mujer.

**Domicilio:** Anote la dirección completa de la familia y/o la identificación del fundo, parcela o referencia que permita claramente su ubicación.

**Distancia Posta:** Anote la distancia aproximada de la vivienda a la Posta. Debe estimarse en metros para distancias inferiores a 1 Km. y en Km. para aquellos que las sobrepasen.

### INSTRUCCIONES PARA LAS COLUMNAS 1 A 10

#### Nº 1

**Apellidos-Nombres.** Línea 1. Anote el nombre del Jefe de familia y en las siguientes líneas 2, 3, 4, etc. los otros integrantes de ella, tratando de seguir orden de parentesco más directo.  
Ej.: esposa, hijos, padres y/o suegros, nietos, etc.

#### Nº 2

**Relación Familiar:** Anote la letra que corresponde.  
J = Jefe de Hogar P = Padres o Suegros  
E = Esposo/Esposa N = Nieto  
CON = Conviviente OP = Otro pariente  
H = Hijos NP = No pariente

#### Nº 3

**Sexo:** Anote la letra que corresponde.  
F = Femenino M = Masculino

#### Nº 4

**Fecha de Nacimiento:**  
Anote el día, mes y año de nacimiento.  
Ej.: 20-07-32. Cuando no se conozca día o mes, se coloca sólo el año.

#### Nº 5

**Edad:** Anote la edad en meses (para los menores de 1 año) y los años cumplidos al resto.  
Ej.: 2 meses 12 años, 58 años.

#### Nº 6

**Escolaridad:** Anote el último curso rendido en números arábigos (1, 2, 3, ...) y agregue la letra siguiente, según el tipo de enseñanza.  
B = Básica  
M = Medio  
TC = Técnico - profesional - comercial  
U = Universitaria  
A = Analfabeta  
LE = Lee y/o escribe.

Tire una raya a los menores de 6 años.

#### Nº 7

**Tipo de Ocupación:** Anote a cada encuestado lo que corresponde.

A = Agricultor  
FT = Frutícola  
F = Forestal  
M = Minería  
P = Pesquera  
I = Industrial  
AT = Artesano  
C = Comercio  
EM = Empleados, (Serv. Públicos y Particulares)  
LC = Labores de casa. Las dueñas de casa que trabajen deben ir en el rubro del trabajo que realicen.  
PJ = Pensionados, Jubilados  
E = Estudiante  
NE = No estudiantes para niños de 6 a 14 años, que no asistan a la Escuela.  
Tire una raya frente a lo menores de 6 años.

#### Nº 8

**Situación Ocupacional:** Anote lo que corresponde frente a todos los mayores de 15 años.  
O = Ocupado  
D = Desocupado

OC = Ocasional, incluye trabajos esporádicos y temporeros.  
OT = Otros (Estudiantes, Pensionados, Jubilados, etc.)  
Tire una raya frente a los menores de 15 años.

#### Nº 9

**Factores de Riesgo:** Anote lo que corresponda frente a cada encuestado.

EM = Padre o madre deficiente mental  
JC = Jefe Hogar carente  
PB = Padre o madre bebedor excesivo  
AM = Amalgamismo materno o del sustituto con niños menores de 6 años  
PM = Padre o Madre minusválida  
OT = Otros (especificar según determinación local).

#### Nº 10

**Grupo Vulnerable:** Anote lo que corresponda a cada encuestado.

BP = Bajo peso nacimiento niños menores 1 año  
E = Embarazadas  
D = Desnutridos  
ARD = Alto Riesgo Desnutrir  
TBC = Tuberculosis  
H = Hipertensión  
DI = Diabetes  
E = Epilepsia  
BE = Bebedores excesivos o alcohólicos  
OT = Otros, (según decisión local).

**Nota:** Para el caso de los crónicos llenar sólo en casos certificados por carnet de control o muestra de receta médica. Por observación directa o interrogatorio sólo aquellas evidentes (alcoholismo, enfermedad mental, anomalías congénitas, etc.).

### INSTRUCCIONES CONDICIONES GENERALES COLUMNA 11 A 20

**Columnas:** 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20.

**Línea 1:** Corresponde al año de actualización del dato.

#### Columna: 11

**Línea 2 Tipo de Vivienda:** Anote de acuerdo a lo que corresponda.

C = Casa  
M = Mediasueño  
RA = Rancho, mejoría, callampa, choza  
RU = Ruka, considerando sólo para vivienda de tipo indígena  
O = Otras viviendas como: carpas, cuevas, vagones, lanchas, etc. Especificar en observación. Igual si se trata de una Residencial.

**Línea 3 Pertinencia de la Vivienda:** Anote la letra correspondiente

A = Arriendo  
P = Propia  
U = Usufructuario  
ALL = Allegados

**Línea 4: Número de camas:** Anote el número de camas disponibles (camas, literas, cunas, payasas, etc.).

**Línea 5. Cocinas:** Anote SI en caso de tener una pieza destinada a cocinar separada de los dormitorios y NO cuando no exista.

**Línea 6. Tipo de Alumbrado:** Anote lo correspondiente

E = Eléctrico  
L = Lámpara a gas, parafina o carburo  
V = Vela o chonchón

**Línea 7. Medios de Comunicación:** Anote la presencia de:

R = Radio  
TV = Televisión  
T = Teléfono  
RC = Radiocomunicación.

**Línea 8. Huerto Familiar:** Anote SI en caso de tener huerto durante el año y NO en caso contrario.

**Línea 9. Ganado y Animales:** Anote SI cuando haya existencia y NO en caso contrario.

**Línea 10. Perros:** Anote el número de perros.

**Línea 11. Sistema de Encierro:** Anote la letra correspondiente

T = Si tiene sistema de encierro para todos los animales.  
A = Si sólo tiene para algunos  
N = Si no existe sistema de encierro.

**Línea 12. Mantenimiento y Ubicación del Sistema de Encierro:**

Anote la letra correspondiente.  
B = Bueno = (Ubicado a 15 metros o más de la vivienda y su aso frecuente)  
R = Regular = (Ubicado a 15 mts. y más de la vivienda y su aso no es frecuente y hay presencia de vectores.  
M = Malo = (Ubicado a menos de 15 mts. de la vivienda, y su aso no es frecuente y hay presencia de vectores.

#### Columna 16

- Abastecimiento de agua  
- Eliminación de excretas  
- Disposición de basuras.

#### Columna 17

- Anote SI o NO frente a cada variable de acuerdo al sistema en uso.

#### OBSERVACIONES:

**Nº 1:** Anote hechos relevantes o factores de riesgo que no estén especificados en la encuesta. Ej.: abandono del hogar por parte de los padres, beneficiarios de los programas que no estén bajo control, inaccessibilidad temporal de la familia etc.

**Nº 2:** Si la casa es una pequeña industria casera, anotar en observaciones el tipo de alimentos que se elaboran y condiciones.



2.- **IMPUTESE**, el gasto que irroga la presente Resolución a Subtítulo 24, ítem 03, asignación 298, Sub-asignación 002.


**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.**

  
**SR. RODRIGO INFANTE COTRONEO**  
**DIRECTOR**  
**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE**

**DISTRIBUCIÓN:**

- Municipalidad destinataria.
- División Integración de Redes, Minsal
- Departamento Atención Primaria.
- Departamento de Finanzas.
- Departamento de Auditoría.
- Asesoría Jurídica.
- Oficina de Partes.



  
TRANSCRITO FIELMENTE  
XIMENA VARAS CONTRERAS  
MINISTRO DE FE





**Departamento de Asesoría Jurídica**

SR. RIC/DRA. CRC/XHM/ERP  
Nº159/13

**CONVENIO ENTRE EL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE  
SOBRE PROGRAMA DE MEJORÍA DE LA EQUIDAD EN SALUD RURAL PARA  
ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL 2013**

En Santiago a 14 de Marzo de 2013 entre el Servicio de Salud Metropolitano Occidente, persona jurídica de derecho público domiciliado en Av. Libertador Bernardo O'Higgins Nº2429, representado por su Director Sr. Rodrigo Infante Cotroneo, del mismo domicilio, en adelante el "**Servicio**" y la Ilustre **Municipalidad de San Pedro**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Hermosilla Nº 11, representada por su Alcalde Titular Sr. Florentino Flores Armijo, 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 Nº 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 6º del Decreto Supremo Nº 82, del 24 de Diciembre de 2012, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

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

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta Nº 10, de fecha 04 de Enero del 2013, 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 las siguientes estrategias del "Programa de Mejoría de la Equidad en Salud Rural":

- 1)- Favorecer condiciones para la continuidad y calidad de atención en las Postas de Salud Rural y mejorar la frecuencia de rondas de salud rural.

PSR	Encuestas Familiares a realizar y Bajo Control Familias Inscritas (población Beneficiaria)	Recurso Aprobados para Técnicos Paramédicos Volantes o Permanentes
Loica	39	10.685.216.-
El Prado	28	
La Manga	23	
Nihue Bajo	23	

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:

<u>INDICADOR N°</u>	<u>NOMBRE DEL INDICADOR</u>	<u>PERIODO</u>	<u>CRITERIO DE EVALUACION</u>	<u>% DE CUMPLIMIENTO</u>
4	Cobertura de familias bajo control de Salud Familiar			
		Segundo año de aplicación:	Meta: 60%	Igual o superior a 60%= 100% Menor a 60%= 0%

La ponderación de las metas será proporcional a las estrategias y número de metas de cada comuna, de acuerdo a las estrategias que se implementan en la comuna:

Una meta 100%

**SÉPTIMA:** Los recursos serán transferidos a los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas (60% - 40%), la 1º cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la 2º cuota contra el grado de cumplimiento especificado en la cláusula anterior.

**OCTAVA:** El Servicio, requerirá a la municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos 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:** Será responsabilidad de la Municipalidad, velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en las diferentes unidades de Salud. 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.

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.

**DÉCIMA:** 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.

**DÉCIMA PRIMERA:** 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 SEGUNDA:** La vigencia del presente instrumento será hasta el 31 de diciembre de 2013.

Por razones de buen servicio y producto de que las prestaciones descritas en este convenio forman parte de un Programa Ministerial que se realiza todos los años, las partes dejan constancia que las prestaciones se comenzaron a otorgar desde el 01 de enero del presente año, no obstante lo anterior, sólo se procederá a su pago una vez tramitada completamente la resolución que aprueba el presente convenio.

**DÉCIMA TERCERA:** El presente convenio se firma en seis ejemplares, quedando uno en la Municipalidad, uno en poder de la Subsecretaria de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria, y los restantes en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente.



**SR. RODRIGO INFANTE COTRONEO**  
**DIRECTOR**  
**SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO**  
**OCCIDENTE**

A large, loopy handwritten signature in black ink, positioned above the name of the signatory.

**SR. FLORENTINO FLORES ARMIJO**  
**ALCALDE**  
**I. MUNICIPALIDAD DE SAN PEDRO**