



ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CAÑETE
ALCALDIA

DECRETO N°:

2947

CAÑETE;

08 Abr 2016

VISTOS:

Las facultades que me confiere la Ley 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades.

CONSIDERANDO:

La necesidad de aprobar **CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2016, entre la I. MUNICIPALIDAD DE CAÑETE Y EL SERVICIO DE SALUD ARAUCO** celebrado con fecha 23 de Febrero del 2016

Que cuenta con 2 componentes:

- Resolución de especialidades ambulatorias: Oftalmología, Otorrinolaringología
- Procedimientos cutáneos Quirúrgicos de baja complejidad.

DECRETO:

1- APRUEBASE **CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2016, entre la I. MUNICIPALIDAD DE CAÑETE Y EL SERVICIO DE SALUD ARAUCO** celebrado con fecha 10 de Febrero del 2016, por un monto de \$ 63.895.821.

2- IMPUTESE gastos que irroga la ejecución del presente Decreto al **CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2016.**

ANÓTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE



YESICA ALEJANDRA CAMPOS SOTO
SECRETARIA MUNICIPAL



ABRAHAM SILVA SANHUEZA
ALCALDE

YACS/JMAM/MBA/mimg

Distribución:

- La indicada
- Secretaría Municipal
- Departamento de Control
- Departamento de Adm. y Finanzas
- Departamento Salud

1000c 13/2/16



DEPARTAMENTO DE ASESORÍA JURÍDICA

CC/REN/COM/PA/AV/PP/cdn

VISTOS:

1. Las atribuciones previstas en el Decreto con Fuerza de Ley N°1 del año 2005 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2.763 del año 1979.-
2. La Ley 19.414 de 1995, del Ministerio de Salud, que otorga facultades para la creación del Servicio de Salud Arauco.-
3. El D.S. 140 de 2004 del Ministerio de Salud que aprueba el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.-
4. El Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 1996 del Ministerio de Salud, que crea al Servicio de Salud Arauco.-
5. El Decreto Supremo número 194 de fecha 22 de julio de 2015, que designa Director Subrogante del Servicio de Salud Arauco a don Carlos González Arcos.-
6. La Ley 20.882, Modificada en la Ley 20.890 de Presupuestos del Sector Público para el año 2016.-
7. La Resolución N° 30 del año 2015 de Contraloría General de la Republica, que establece Normas de Procedimiento de Rendición de Cuentas;
8. La Resolución N° 1600 del año 2008 de la Contraloría General de la República.-

CONSIDERANDO:

1. La necesidad de mejorar la capacidad resolutive de la Atención Primaria, potenciando la calidad, oportuna, pertinencia diagnóstica en la derivación y la calidad técnica de la atención, es que celebra convenio programa Resolutividad en APS.-
2. El memorándum de solicitud de convenio N° 198 de fecha 18 de febrero de 2016 de Jefa Depto. AP y Gestión Asistencial, ingresado al Departamento de Asesoría Jurídica el 23 de febrero de 2016.-
3. El convenio celebrado entre el Servicio de Salud Arauco e I. Municipalidad de Cañete, programa, Resolutividad en APS, de fecha 23 de febrero de 2016.-

RESUELVO:

1. **APRUEBASE** Convenio Programa Resolutividad en APS, año 2016, celebrado el 23 de febrero de 2016 con I. Municipalidad de Cañete y el traspaso de los recursos para financiar dicho programa.-
2. **AUTORIZASE** la transferencia a la I. Municipalidad de Cañete la suma de \$63.895.821.- (sesenta y tres millones ochocientos noventa y cinco mil ochocientos veintiún pesos) de acuerdo a lo establecido en la cláusula cuarta del convenio que por este acto se aprueba.-
3. **IMPÚTASE** el gasto que irrogue la presente resolución aprobatoria al ítem 2403298 "Atención Primaria" Ley 19.378.-

ANÓTESE, COMUNÍQUESE y ARCHÍVESE.-

DISTRIBUCIÓN:

- I. Municipalidad de Cañete.
- Das. Cañete,
- Depto. AP y Gestión Asistencial-SSA
- Depto. Recursos Financieros-SSA
- Depto. Asesoría Jurídica-SSA
- Oficina de Partes - SSA

001767

JOLCA 137-854
 I. MUNICIPALIDAD DE CAÑETE
 OFICINA DE PARTES
 21 MAR 2016
 RECIBIDO

MAT.: Aprueba Convenio Resolutividad año 2016.-

RESOLUCIÓN EXENTA N° 935

LEBU, 08 MAR. 2016

SERVICIO DE SALUD ARAUCO
 DIRECCIÓN DE ASISTENCIA
 SR. CARLOS GONZALEZ ARCOS
 DIRECTOR SUBROGANTE
 SERVICIO DE SALUD ARAUCO

SERVICIO DE SALUD ARAUCO
 MINISTERIO DE FAMILIA Y PROTECCIÓN SOCIAL
 MINISTERIO DE FAMILIA Y PROTECCIÓN SOCIAL



SERVICIO DE SALUD ARAUCO

CONVENIO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2016
CON
MUNICIPALIDAD DE CAÑETE

En Lebu a 23 de Febrero de 2016, entre el Servicio de Salud Arauco, persona jurídica de derecho público, Rut 61.954.500-1, domiciliado en calle J.M. Carrera N° 302 de la ciudad de Lebu, representado por su Director Subrogante, del mismo domicilio, en adelante "El Servicio" y la I. Municipalidad de Cañete, Rut 69.160.500-0, domiciliado en calle Arturo Prat N° 220, Cañete, representada por su Alcalde don Abraham Silva Sanhueza, de ese mismo domicilio, en adelante "La Municipalidad", se ha acordado celebrar el siguiente convenio que consta de las siguientes cláusulas:

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

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 82 del 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 Resolutividad en APS.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1232 del 31 de Diciembre del 2015, 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 todas o algunas de las siguientes estrategias del "Programa de Resolutividad en APS":

- 1) **Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias:**
 - * Oftalmología



* Otorrinolaringología

2) **Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad.**

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, la suma anual y única de \$ 63.895.821 (Sesenta y tres millones ochocientos noventa y cinco mil ochocientos veintiún pesos).-

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 las siguientes actividades y Metas:

ACTIVIDAD	CANTIDAD	PRESUPUESTO MENSUAL	PRESUPUESTO ANUAL
UAPO:			
Oftalmólogo	11 Hrs. semanales x 12 meses	648.118	7.777.424
Tecnólogo Médico	44 Hrs. Semanales 12 meses	1.056.375	12.676.510
TPM	44 Semanales 12 meses	464.872	5.578.470
Insumos			3.081.734
Total Meses Operación UAPO	12 meses		29.114.138
Consultas vicio Oftalmólogo	150		
Consultas Glaucoma nuevas	50		
Consultas Glaucoma controles	50		
Otras	1000		
Consultas vicio Tec. Médico	1200		
Procedimientos Tec. Médico	2000		
Lentes	1296		16.524.000
Fármacos	600		4.798.200
Lubricantes	2733		13.459.483
		TOTAL	63.895.821

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

En el proceso de monitoreo y evaluación es importante considerar la responsabilidad que le compete al Gestor de Red en la coordinación de la Red Asistencial. Al respecto se recomienda:

- Trabajar en el *Consejo Integrador de la Red Asistencial*, la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando a este Consejo a los equipos técnicos de los Servicios de Salud encargados de los temas para definir claramente los criterios de referencia.
- Incorporar las actividades del Programa a la planificación del establecimiento, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme demanda y oferta.
- Procurar que las prestaciones realizadas por el programa efectivamente signifiquen un aumento real en la oferta de horas de especialidad y no se superpongan con actividades habituales de los prestadores, cuando dichas actividades son realizadas por los mismos profesionales del establecimiento u otro del Servicio de Salud.
- Propiciar la compra de las atenciones médicas aplicando economía de escala, logrando bajar precios por volúmenes de prestaciones y otorgando la posibilidad de reinvertir en otras prestaciones dentro del mismo programa.
- Realizar Auditorías Técnicas.

En relación al Sistema de registro de este Programa, el Establecimiento de Salud estará encargado de:

- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa que deberá ser reportado a la unidad de Gestión de la Información en forma mensual.
- Mejorar los registros de demanda de consultas médicas de especialidades.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Mejorar los registros de Listas de Espera para cada Especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud.
- Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.

Nota: Para las prestaciones realizadas por la compra de servicio, el prestador deberá entregar un informe de atención al paciente y al establecimiento de salud o comuna, con el fin de que esta información quede registrada en su ficha clínica. Este informe deberá ser entregado con un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación

Evaluación y Monitoreo:

Se realizarán tres evaluaciones durante la ejecución del Programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

- La **primera evaluación**, se efectuará con corte al día 30 de Abril y envío de informe a encargado del programa del Servicio de Salud al 15 de mayo. En esta evaluación se requerirá en envío de un informe detallando las horas profesionales contratadas según estrategia, compra de servicio adjudicado.

- La segunda evaluación, se efectuará con corte 31 de agosto 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 50% de acuerdo al siguiente cuadro:

COMPONENTE	ESTRATEGIA	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META ANUAL	PESO RELATIVO ESTRATEGIA	PESO RELATIVO COMPONENTE	PESO RELATIVO PROGRAMA				
ESPECIALIDADES AMBULATORIAS	OF TALMOLOGIA	1. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de médico o Tecnólogo Médico	Formula de Calculo: (N° de Consultas realizadas por el programa / N° de Consultas comprometidas en el programa) * 100	100%	40%	80%	90%				
		2. Indicador: Resolución de LE por consulta nueva de especialidad Otorinolaringológica ingresada hasta 31/12/2014 Nota: Consultas LE conexas y en relación a diagnósticos que abarca el programa.	Formula de calculo: Numerador: (N° de personas en LE Consulta Nueva de especialidad Otorinolaringológica con fecha de ingreso hasta 31/12/2014) dividido al 31/12/2014 Denominador: (N° de personas en Lista de Espera de consulta nueva de Otorinolaringología con fecha de ingreso al 31/12/2014, dividido al corte del 31/12/2014)	80%	15%						
		3. Indicador: Cumplimiento de la actividad Tecnólogo Médico proyectada en (IAPO procedimientos)	Formula de calculo: (N° de procedimientos de tecnología médica realizadas en UIPO / N° de procedimientos de tecnología médica comprometidos en IAPO) * 100	100%	20%						
		4. Indicador: Cumplimiento de la actividad Tele-otología	Formula de calculo: (N° de sesiones de fondo de ojo realizadas por tele-otología / N° de sesiones de fondo de ojo comprometidas por tele-otología en IAPO) * 100	100%	25%						
	OTORRINOLARINGOLOGIA	5. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Otorinolaringología	Formula de Calculo: (N° de consultas realizadas por el programa / N° de consultas comprometidas en el programa) * 100	100%	25%	80%		90%			
		6. Indicador: % resultados de LE por consulta nueva de especialidad Otorinolaringológica ingresada hasta 31/12/2014 Nota: Consultas LE conexas y en relación a diagnósticos que abarca el programa.	Formula de calculo: Numerador: (N° de personas en LE consulta nueva de especialidad Otorinolaringológica con fecha de ingreso hasta 31/12/2014) dividido al 31/12/2014 Denominador: (N° de personas en lista de Espera de consulta nueva de Otorinolaringología con fecha de ingreso al 31/12/2014, dividido al corte del 31/12/2014)	80%	10%						
	GASTROENTEROLOGIA	7. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Gastroenterología	Formula de calculo: (N° de Consultas realizadas por el Programa / N° de Consultas comprometidas en el Programa) * 100	100%	20%	80%			90%		
		8. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de Tele-gastroenterología	Formula de calculo: (N° de Consultas realizadas por el Programa / N° de Consultas comprometidas en el Programa) * 100	100%	25%						
	TELEDERMATOLOGIA	9. Indicador: % resultados de LE por consulta nueva de especialidad Dermatología ingresada (fecha convenida en programación)	Nota: Consultas LE conexas y en relación a diagnósticos que abarca el programa	Formula de calculo: Numerador: N° de personas en LE consulta nueva de especialidad Dermatología con fecha de ingreso convenida en programación existente al 31/12/2014 Denominador: N° de personas en lista de espera de consulta nueva de Dermatología con fecha de ingreso convenida en programación existente al corte del 31/12/2014)	80%	10%				80%	90%
		10. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Dermología	Formula de calculo: (N° de consultas y procedimientos por médico general de la demanda / N° de consultas en APS y proyectadas) * 100	100%	10%						
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	11. Indicador: Cumplimiento de actividades programadas	Formula de calculo: Número Procedimientos quirúrgicos de baja complejidad realizados / Número de Procedimientos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos * 100	100%	10%	100%	10%				
		12. Indicador: Cumplimiento de actividades programadas	Formula de calculo: Número Procedimientos quirúrgicos de baja complejidad realizados / Número de Procedimientos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos * 100	100%	10%	100%	10%				



En caso que no aplique una o varias Metas, los pesos relativos deben ponderarse proporcionalmente de acuerdo a la estrategia o componente correspondiente.

En relación a esto mismo, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

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%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas por Actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (30%)
50,00%	0%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%
0%	Rescindir convenio

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales señalados en el capítulo IV del presente programa, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar al Minsal la No reliquidación del Programa.

No obstante la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del periodo.

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

El grado de incumplimiento anual, será considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellos comunas que administren Salud Municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de Octubre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de Agosto del año correspondiente.

En el caso de comunas o establecimientos dependientes, que reciben recursos adicionales, como parte de la redistribución que se realice en Octubre, tendrán plazo hasta el 31 de Diciembre del año en curso, para finalizar su ejecución.

Cada Servicio de Salud deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en REM por parte de los establecimientos respectivos y en RNLE por los Servicios de Salud.

Indicadores y Medios de Verificación:

- **Cumplimiento del Objetivo Especifico N°1:**
- 1. **Indicador:** Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de Médico o Tecnólogo Médico.
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ Total de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
- 2. **Indicador:** Porcentaje de resolución de lista de Espera por consulta nueva de especialidad Oftalmológica ingresada hasta el 31/12/2014.
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de personas en la nueva especialidad de Oftalmológica con fecha de ingreso hasta el 31/12/2014 existentes al 31.12.2016} / N^{\circ} \text{ de personas en Lista de Espera de consulta nueva de Oftalmología con fecha de ingreso al 31.12.2014, existentes al corte del 31.12.2015}) * 100$
 - Medio de verificación: (RNLE).
- 3. **Indicador:** Cumplimiento de la actividad Tecnólogo Médico proyectada en UAPO (Procedimientos).
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de procedimientos de Tecnólogo Médico realizadas en UAPO} / N^{\circ} \text{ de procedimientos de Tecnólogo Médico comprometidas en UAPO}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
- 4. **Indicador:** Cumplimiento de la actividad proyectada en Tele-Oftalmología.
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de informes de fondos de ojo realizados por Tele-Oftalmología} / N^{\circ} \text{ de Informes de Fondos de Ojo comprometidos por Tele-Oftalmología en UAPO}) * 100$
 - Medio de verificación: (Plataforma web MINSAL (www.teleoftalmologia.cl) y/ o plataforma servicio Salud / Programa)
- 5. **Indicador:** Cumplimiento de la actividad proyectada en Otorrinolaringología.
 - Fórmula de Cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas realizadas por el programa} / N^{\circ} \text{ Total de consultas comprometidas en el programa}) * 100$
 - Medio de Verificación: (REM/ Programa)
- 6. **Indicador:** Porcentaje de resolución de lista de Espera por consulta nueva de especialidad Otorrinolaringológica ingresada hasta el 31.12.2014.
 - Fórmula de Cálculo: $(N^{\circ} \text{ personas en LE consulta Nueva Especialidad Otorrinolaringológica con fecha de ingreso hasta 31.12.2014 existentes al 31.12.2016} / N^{\circ} \text{ de personas en Lista de Espera de consulta nueva de Otorrinolaringológica con fecha de ingreso al 31.12.2014, existentes al corte del 31.12.2015}) * 100$
 - Medio de Verificación: (RNLE).
- 7. **Indicador:** Cumplimiento de la actividad proyectada en Gastroenterología.
 - Fórmula de Cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas realizadas por el programa} / N^{\circ} \text{ Total de consultas comprometidas en el programa}) * 100$
 - Medio de Verificación: (REM/Programa)
- 8. **Indicador:** Cumplimiento de actividad proyectada en consulta de Tele-dermatología.
 - Fórmula de Cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas realizadas por el programa} / N^{\circ} \text{ Total de consultas comprometidas en el programa}) * 100$

- Medio de Verificación: (Plataforma Web Minsal (teledermatologia.redsalud.gov.cl) y/o plataforma local Servicio de Salud / Programa).
9. **Indicador:** Porcentaje de resolución de lista de Espera por consulta nueva de especialidad Dermatológica ingresada hasta el 31.12.2014.
- Fórmula de Cálculo: (Nº personas en LE nueva especialidad Dermatológica con fecha de ingreso convenida en programación existentes al 31.12.2016 / Nº de personas en lista de espera de consulta nueva Dermatológica con fecha de ingreso convenida en programación, existentes al corte 31.12.2015) *100
 - Medio de Verificación: (RNLE).
10. **Indicador:** Cumplimiento de SIC revisadas y gestionadas.
- Fórmula de Cálculo: N° consultas realizadas por el programa / N° de consultas generadas y proyectadas en el programa) *100.
 - Medio de Verificación: (Informe 2º corte /REM)
- * **Cumplimiento del Objetivo Especifico N°2:**
1. **Indicador:** Cumplimiento de actividad programada
- Fórmula de cálculo: (Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados / Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos) *100
 - Medio de verificación: (REM / Programa)

SEPTIMA Los recursos serán transferidos a los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas (70% - 30%), la 1ª cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la 2ª cuota contra el grado de cumplimiento especificado en la cláusula anterior.

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público antes citada, 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 4º del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

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.

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, si así fuera el caso, en términos aleatorios, a través del Departamento de Auditoría del Servicio.

Sin perjuicio de lo anterior, las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la



obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio respectivo.

DECIMA: Finalizado el periodo 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 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: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1 de Enero hasta el 31 de diciembre del año en curso, sin embargo se podrá renovar sucesivamente por periodos iguales si el Servicio no da aviso con treinta días de anticipación a su fecha de vencimiento, su voluntad de no perseverar en él.

Sin perjuicio de la renovación 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 introducirle en su operación.

El siguiente convenio podrá ser prorrogado por solicitud de Alcalde de la comuna, antes del 30 de noviembre del año en curso, a través de solicitud al Director del Servicio de Salud.

- Dicha solicitud se autorizará solo por una vez para los recursos asignados del año presupuestario 2016.

- El Servicio se reserva el derecho de aceptar o denegar la solicitud de prórroga, informando las razones técnicas y/o financieras de la decisión en un plazo máximo de 15 días hábiles desde la recepción de la solicitud.

DECIMA TERCERA: El Servicio de Salud Arauco y el Municipio acuerdan otorgar mandato al Servicio Salud Arauco para que este modifique de manera unilateral el presente convenio solo en cuanto dicha modificación tenga por objeto beneficio para el municipio: Modificación que importe mayor asignación de recursos, rebaja de los indicadores o cumplimiento de metas, bastando para ello la dictación de la Resolución Exenta que modifica el convenio, entendiéndose formar parte integrante del convenio primitivo.

DÉCIMA CUARTA: El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en el de la Municipalidad y los dos restantes en la del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria.



ABRAHAM SILVA SANHUEZA
ALCALDE I. MUNICIPALIDAD



CARLOS GONZALEZ ARCOS
DIRECTOR (S) SERVICIO DE SALUD

