

DECRETO ALCALDICIO N° 1792 /

REGULARIZA APROBACIÓN DE CONVENIO
“PROGRAMA EQUIDAD EN SALUD RURAL”

REQUINOA, 08 JUL 2025

Esta Alcaldía decretó hoy lo siguiente:

VISTOS :

Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695 de 1988 Orgánica Constitucional de Municipalidades, Texto Refundido coordinado y sistematizado, fijado por el D.F.L. N° 1 del Ministerio del Interior, de 2006 y sus posteriores modificaciones.

Lo dispuesto en la Ley N° 19.880 sobre procedimientos administrativos.

CONSIDERANDO:

La Resolución Exenta N° 2406 del 12.06.2025, del Servicio de Salud de la Región del Libertador Bernardo O'Higgins, que aprueba Convenio denominado “PROGRAMA EQUIDAD EN SALUD RURAL” suscrito con la I. Municipalidad de Requinoa con fecha 12.06.2025, por un monto de \$ 18.768.246.-, con vigencia desde el 01 de enero al 31 de diciembre de 2025.

DECRETO:

REGULARÍZASE aprobación de Convenio denominado ‘PROGRAMA EQUIDAD EN SALUD RURAL’, suscrito entre el Servicio de Salud de la Región del Libertador Bernardo O'Higgins y la I. Municipalidad de Requinoa con fecha 12.06.2025, por un monto de \$ 18.768.246.- con vigencia desde el 01 de enero al 31 de diciembre de 2025.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.

LEYLA GONZALEZ ESPINOZA
SECRETARIO MUNICIPAL

WALDO VALDIVIA MONTECINOS
ALCALDE

WWM / LGE / ECS / epc
DISTRIBUCION:
Secretaria Municipal
Salud



DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

JGB/CSG/ CSP / CAP/MPP0/pvh

RESOLUCIÓN EXENTA N° 2406

RANCAGUA, 12 JUN 2025

VISTOS:

Estos antecedentes; Convenios suscritos con fecha 30 de mayo de 2025, entre este Servicio de Salud O' Higgins y la I. Municipalidad que se indica, para la ejecución del denominado "*Programa Equidad en Salud Rural*" aprobado mediante Resolución Exenta N° 1033 de fecha 30 de diciembre de 2024, y su marco presupuestario a través de la Resolución Exenta N° 160 del 17 de febrero de 2025, ambas del Ministerio de Salud, Ley de Presupuesto del sector público, N° 21.722; Convenio "*Programa Equidad en Salud Rural*", y teniendo presente lo dispuesto en la Resolución 36 de 2025, de la Contraloría General de la República, y en uso de las facultades legales y reglamentarias que me concede el D.L. N°2763 de 1979, texto refundido, coordinado y sistematizado por el D.F.L. N°1/05; modificaciones introducidas por la Ley N°19.937; artículo 9°, del D.S. N°140/04, en relación con el Decreto Afecto N°5, de fecha 02 de marzo de 2023, ambos del Ministerio de Salud, dicto lo siguiente:

RESOLUCION:

1.-APRUÉBASE, Convenio "*Programa Equidad en Salud Rural*", de fecha 30 de mayo de 2025, suscrito entre el Servicio de Salud O'Higgins y la Ilustre Municipalidad de la región, a saber:

MUNICIPALIDAD	RUT	REPRESENTANTE
Ilustre Municipalidad de Requínoa	69.081.300-9	Waldo Valdivia Montecinos

2.- DEJASE ESTABLECIDO que los convenios ya aprobados en el numeral anterior, pasan a formar parte integrante de esta Resolución para todos los fines que fueren pertinentes

3.- IMPUTESE el gasto que representen el convenio referido, al Ítem Presupuestario N°24-03-298-002, del presupuesto asignado al Servicio de Salud O'Higgins, "*Programa Equidad en Salud Rural*"

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

JAIME GUTIÉRREZ BOCAZ
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS



DISTRIBUCIÓN

- Mun. Indicadas.
- MINSAL APS.
- Subsecretaría Redes Asist. MINSAL
- Dirección APS
- Depto. Auditoría
- Depto. Jurídico.
- Partes y Archivo.



DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA
JGB/CSG/CSR/CAP/MPRO

CONVENIO "EQUIDAD EN SALUD RURAL"

SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE REQUINOA

En Rancagua, a 30 de Mayo de 2025, entre el **Servicio de Salud O'Higgins**, persona jurídica de derecho público, RUT N°61.606.800-8, representado por su Director don **Jaime Gutiérrez Bocaz**, ambos con domicilio en Alameda N°609 Rancagua, en adelante "**El Servicio**"; y la **Ilustre Municipalidad de Requinoa**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 69.081.300-9, representada por su Alcalde don Waldo Valdivia Montecinos, ambos domiciliados en Comercio N°121, Requinoa, quien en adelante se denominará "**La Municipalidad**", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERO: 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° 35, del 26 de diciembre de 2016, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictara la correspondiente resolución.

Por último, se indica, mediante la dictación de Resolución Exenta N° 1858, de fecha 15 de septiembre de 2023, de la Contraloría General de la Republica de Chile, se instaura el uso obligatorio del Sistema de Rendición electrónica de Cuentas (SISREC) por parte de los Servicios Públicos y Municipalidades que transfieren recursos públicos imputados a los subtítulos 24 y 33 del clasificador presupuestario.

SEGUNDO: 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 denominado "**EQUIDAD EN SALUD RURAL**".

Dicho Programa ha sido aprobado mediante Resolución Exenta N°1033, de fecha 30 de diciembre de 2024 y cuyos recursos han sido distribuidos, por medio de la Resolución Exenta N°160, del 17 de febrero del 2025, ambas resoluciones emanadas del Ministerio de Salud, y que en este acto se entienden conocidas por ambas partes, y que "**La Municipalidad**" se compromete a ejecutar.

TERCERO: De las orientaciones técnicas. El Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el cumplimiento del Programa según lo siguiente:

1. ANTECEDENTES

La ruralidad en Chile está determinada por factores geográficos, culturales, sociales y económicos que configuran una amplia variedad de espacios rurales en nuestro país, la cual no ha sido debidamente abordada desde la política pública, ya que los territorios rurales suelen considerarse como homogéneos y constituidos por todo aquello que existe más allá del límite urbano.

Cada vez resulta más complejo definir el espacio rural ya que los propios límites entre lo urbano y lo rural se han tornado difusos. No es de extrañar que al momento de indagar por una definición de ruralidad no exista coincidencia entre los países e incluso dentro de las reparticiones públicas de un mismo país. Chile no es la excepción, existiendo diversos criterios y marcos conceptuales para referirse a "lo rural".

La ausencia de una definición de ruralidad con pertinencia territorial en Chile ha determinado la necesidad de establecer definiciones operacionales para los diferentes programas públicos, identificándose diversas interpretaciones del territorio rural. En el ámbito de salud y de acuerdo con lo señalado en la Norma Técnica para Postas de Salud Rural, se utiliza la definición del INE, que define "ruralidad" como el "Asentamiento humano con población menor o igual a 1.000 habitantes, o entre 1.001 y 2.000 habitantes, donde más del 50% de la población que declara haber trabajado se dedica a actividades primarias", utilizando los criterios de tamaño de poblacional, población que declara haber trabajado y características geográficas.

Según los datos del INE la proyección de la población rural para el año 2024 es de 2.261.400 habitantes lo que equivale al 11,3% de la población total. Existiendo en estas áreas desafíos comunes: la lejanía a los grandes mercados; la migración de la población hacia áreas urbanas; la falta de masa crítica para beneficiarse de las economías de escala; los nuevos patrones de producción y comercialización para las materias primas; el menor suministro de bienes y servicios respecto a los centros urbanos; la baja diversificación económica; y la necesidad de una mayor valoración y protección de su patrimonio cultural y natural.

Si bien en las últimas décadas Chile ha mostrado avances sustantivos en términos de reducción de la pobreza, según datos de la encuesta CASEN 2022 aún persisten disparidades entre las áreas urbanas y rurales. Entre el año 2006 y el 2022, la pobreza por ingresos en las áreas rurales disminuyó desde un 51,8% a un 9,94%, lo que representa un avance significativo, sin embargo, esta cifra sigue siendo mayor de la que se presenta en las áreas urbanas (6,07% para el año 2022). Por su parte, la medición de pobreza multidimensional también da cuenta de una mayor incidencia en las áreas rurales: el año 2022 alcanzó al 27,96% de la población, comparado con el 15,54% en áreas urbanas. Esta es solo una muestra de las brechas que nuestro mundo rural presenta hoy.

En el año 2020, se promulga la Política Nacional de Desarrollo Rural (PNDR) que promueve un cambio de paradigma, haciéndose cargo de las brechas y riesgos de estos territorios. Pone un especial énfasis en las oportunidades actuales y futuras que dinamizan al país entero: la diversidad de actividades productivas (agricultura, pesca, turismo, artesanía, energía y minería, entre otros); la diversidad natural (biodiversidad, áreas silvestres y paisajes, entre otros); y la diversidad cultural (gastronomía, oficios, interculturalidad, fiestas, tradiciones y arquitectura, entre otros). Es así, que el objetivo general de la PNDR es mejorar la calidad de vida y aumentar las oportunidades de la población que habita en territorios rurales, generando las condiciones adecuadas para su desarrollo integral, a través de la adopción gradual, planificada y sostenida de un paradigma que concibe un accionar público con enfoque territorial e integrado en distintos niveles, que propicia sinergias entre iniciativas públicas, privadas y de la sociedad civil. De esta forma la PNDR espera contribuir a lograr un mayor equilibrio territorial en el país, potenciando particularmente el desarrollo sostenible de sus asentamientos poblados de menor tamaño¹.

La Posta Rural es un activo agente del desarrollo sustentable de las comunidades rurales, por lo que simultáneamente forma parte de la red de salud y de la red intersectorial. Especial importancia tiene el trabajo de las Postas en territorios con presencia de pueblos originarios, en los que la atención de salud debe brindarse con pleno respeto a su integralidad cultural y características territoriales, contando con la figura del o la facilitadora intercultural en los procesos de vinculación entre la medicina tradicional y la medicina de pueblos originarios².

Bajo este contexto, se plantea la necesidad de focalizar o reorientar las políticas y estrategias definidas, o crear nuevas intervenciones en la población más vulnerable, avanzando a su vez, en el análisis de las desigualdades y evaluando la posibilidad de usar nuevos indicadores que reflejen la

gradiente social de la situación de salud de los diferentes territorios rurales, resguardando el principio de la dignidad humana y el buen trato en los procesos de atención es esencial para crear un sistema de salud más humano y efectivo. Este enfoque no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también promueve resultados clínicos más positivos y una mejor organización de los servicios, considerando que la atención centrada en la persona debe ser una prioridad en todos los niveles del sistema de salud, garantizando que cada individuo sea tratado con el respeto y dignidad que merece.

En Chile se ha observado un crecimiento económico sostenido en las últimas décadas, la pobreza se ha reducido en forma importante y en salud, desde hace ya varios años, Chile ha mostrado indicadores que se ubican dentro de los mejores de la región de las Américas. Sin embargo, al analizar la situación de salud en el país por grupos extremos de niveles socioeconómicos o niveles educacionales, se evidencia una clara desigualdad. Persisten desafíos desde la pertinencia social y cultural de las acciones de salud en los sectores rurales, entendidos como diferentes en cuanto a sus necesidades, estilos de vida y cultura. El envejecimiento de la población rural, la existencia de diversas comunidades (indígenas, campesinas y otras), los cambios en las bases productivas de los territorios rurales, los flujos migratorios, entre otras variables, han incidido en el bienestar de las comunidades rurales. Asociados a estas transformaciones, se suma el fenómeno del cambio climático, el calentamiento global, la crisis hídrica, la degradación ambiental y las situaciones de emergencias y desastres.

2. FUNDAMENTACIÓN

El Programa se orienta a fortalecer y mejorar las condiciones de funcionamiento de los establecimientos rurales de atención en el marco del modelo de atención integral, especialmente de las Postas de Salud Rural, avanzando en el cierre de brechas de recursos humanos, equipamiento clínico y de apoyo para las atenciones, sistemas de comunicación, y ampliando las estrategias de trabajo comunitario que favorecen el desarrollo local de las áreas rurales donde están insertos los establecimientos de salud.

Se debe considerar, que, pese al desarrollo de la salud pública en las últimas décadas, persisten desafíos desde la pertinencia social y cultural de las acciones de salud en los sectores rurales. La salud rural ha estado asociada al concepto de inequidad en salud, entendida como todas aquellas diferencias en salud que son evitables e injustas. En consecuencia, las inequidades son posibles de revertir, para lo cual es necesario contar con políticas públicas que logren reducir la fuerte asociación que existe entre condiciones sociales de vida y la salud de la población.

Existen severas brechas en cuanto a infraestructura, recursos humanos, equipamiento, cumplimiento de Normas Técnicas Básicas (NTB) para autorización sanitaria en las Postas Rurales; persisten problemas de baja resolutiveidad y articulación de la red asistencial en territorios rurales. Estos factores incrementan las brechas de acceso y calidad de la atención, siendo un elemento de inequidad que requiere ser abordado en el corto y mediano plazo.

Por otra parte, se ha podido observar que la ampliación de la cartera de atenciones que se prestan en las rondas rurales, como parte de la implementación del Modelo de Atención Integral, si bien resulta positivo en términos del mejoramiento del acceso, resolutiveidad e integralidad de la atención, implica una tensión en la infraestructura, soporte eléctrico, en general en el sistema de atención de las Postas, ya que el número de box por establecimiento se torna insuficiente el día de la ronda de salud, por lo cual, se deben aumentar el número de rondas, lo que implica aumento de los costos de operación de las rondas rurales. La infraestructura de las postas es muy diversa, así como su año de construcción; un 58% de las PSR del país fueron construidas entre los años 1980 a 1999 y un 2% (26) su construcción corresponde a antes del año 19703. En las más antiguas no existen salas de espera adecuadas ni lugares de trabajo para con la comunidad, por lo que persisten visibles brechas en infraestructura y equipamiento.

mf

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Mejorar las condiciones de funcionamiento de los establecimientos rurales de atención especialmente de las Postas de Salud Rural avanzando en el cierre de brechas de recursos humanos calidad en la implementación del modelo de atención sistemas de comunicación y con el apoyo a estrategias de trabajo comunitario que favorezcan el desarrollo local.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mejorar las condiciones de cobertura, continuidad, calidad de atención y la frecuencia de rondas de salud rural.
- Contribuir a mejorar los sistemas de equipos y equipamiento clínico y de apoyo a la atención y sistemas de comunicaciones de las Postas de Salud Rural con su respectiva Red Asistencial.
- Implementar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las comunas.

3.3 PROPÓSITO

Contribuir a superar las inequidades en salud detectadas en las zonas rurales a través de la mejora de las condiciones críticas para la provisión de servicios a la población más vulnerable del país especialmente la que se atiende en Postas de Salud Rural para ir fortaleciendo y asegurando atenciones en salud con calidad seguridad y dignidad en el marco del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario en el medio rural

4. DESCRIPCIÓN

4.1 POBLACIÓN

Las PSR como todo establecimiento de Salud cuenta con una población a cargo en su área de influencia en los diversos territorios donde se ubican De acuerdo con esto:

4.1.1 Población objetivo: Población a cargo de las PSR

4.1.2 Cuantificación de la población objetivo: 5803

4.1.3 Fuente de información: Catastro de PSR DIVAP MINSAL 2024

5. ESTRATEGIA:

5.1.- Componentes:

Nombre Componente	Subcomponente	Descripción
5.1 Componente 1: Cobertura y Calidad de atención en población rural.	5.1.1 Reforzamiento de los Equipos de Rondas en comunas con alto número de PSR y/o de alta vulnerabilidad socioeconómica.	Se refiere a la contratación de refuerzo de recursos humanos para atención de Rondas de Salud Rural, destinados a comunas con PSR y/o vulnerabilidad socioeconómica y riesgo en salud, de forma de cubrir la necesidad de continuidad de la atención. Al momento de la planificación, el equipo deberá considerar las Determinantes Sociales en Salud detectadas en los diagnósticos participativos contenidos en el Plan de Salud Comunal, así como la programación anual de su red local, identificando y priorizando sectores cuyos usuarios presentan bajas tasas de consulta y dificultades en el acceso. Para ello, se debe cada año revisar los lineamientos de las Orientaciones Técnicas para la Planificación y Programación en Red, elaborada por el Ministerio de Salud.

24

		<p>Se espera que, con este refuerzo a las Rondas de salud, las comunas logren aumentar el número de rondas y atenciones en las PSR, sin disminuir la producción en el establecimiento base, distribuyendo el calendario de atenciones de la forma más equitativa posible entre los distintos establecimientos y en respuesta a las necesidades de salud de cada comunidad.</p> <p>Se considera recursos para refuerzo de profesionales de salud 44 hrs. y conductor 44 hrs., lo cual deberá responder a la realidad de cada territorio, previa negociación y autorización del Servicio de Salud.</p>
	5.1.2. Refuerzo de recurso humano Técnico de Enfermería de Nivel Superior para Postas de Salud Rural (permanente o volante).	<p>Está relacionado con la contratación o mantención de un refuerzo de Técnico de Enfermería de Nivel Superior (permanente o volante) en Postas de Salud Rural. Se orientará a que el establecimiento fortalezca el trabajo en terreno y contacto con la realidad comunitaria mediante el trabajo Familiar y Comunitario tanto en la PSR, como en domicilio, escuelas o sedes vecinales, que puede ser abordado por cualquiera de los dos TENS.</p> <p>Se establece la necesidad de contar con un segundo TENS de jornada completa en la PSR, de acuerdo con los siguientes criterios conjuntos, conforme a lo dispuesto en la Norma Técnica N° 211 para Postas de Salud Rural, aprobada por la Decreto Exento N° 28 del 05 de mayo de 2021 del Ministerio de Salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Población sobre 800 personas en áreas concentradas o más de 500 en áreas dispersas. - Dispersión geográfica. - Vulnerabilidad social de la población. - Condiciones de aislamiento y calidad del acceso geográfico a la PSR. <p>Para el caso de las PSR con un único Técnico (y que no cumplan los criterios anteriores), se considerará la modalidad de Técnico de Enfermería de Nivel Superior de refuerzo volante, quien permitirá apoyar el día de ronda en todas las actividades que compete su rol.</p>
5.2. Componente: Sistemas de equipamiento clínico, de apoyo y comunicación de Postas de Salud Rural.	5.2.1. Mantención de sistemas de comunicación y/o equipamientos clínicos o de apoyo: telefonía de las Postas de Salud Rural, equipamientos menores, entre otros.	<p>Según las condiciones locales, a las PSR de comunas vulnerables que no cuentan con esos medios de comunicación.</p> <p>Se pretende facilitar el acceso a las comunicaciones en aquellas localidades más aisladas, sujeto a las posibilidades técnicas, de modo de agilizar la capacidad de respuesta ante situaciones de emergencia de pacientes y desastres, fortaleciendo la capacidad de gestión coordinada de la Dirección Comunal de Salud, el Equipo de salud rural y el(los) Técnico(s) de Enfermería de Nivel Superior a cargo de PSR.</p>
	5.2.2. Reposición y/o adquisición de sistemas de comunicación y/o equipamientos clínicos o de apoyo: telefonía de las Postas de Salud Rural, equipamientos menores, entre otros.	<p>De acuerdo con la disponibilidad de recursos, se buscará apoyar el cierre de brechas para la renovación o actualización del equipamiento clínico, instrumental menor e insumos de apoyo a las atenciones, en concordancia con la Norma Técnica para Postas de Salud Rural, año 2021, DIVAP, MINSAL y las Normas Técnicas Básicas para la obtención de la Autorización Sanitaria de estos establecimientos.</p> <p>Incluye recursos para la adquisición de estanques, bombas de agua, equipos electrógenos y otros que permitan reforzar el acceso a agua en condiciones seguras, suministro eléctrico o informático de las PSR.</p>
5.3 Componente 3: Innovaciones en el modelo	5.3.1. Implementación de estrategias innovadoras para	<p>Considera, de acuerdo con los recursos disponibles, la ejecución de Proyectos Comunitarios seleccionados a través del proceso de concurso definido por cada Servicio de Salud.</p>

29

integral de atención de las poblaciones rurales.	fomento del desarrollo local a través de Proyectos de trabajo comunitario.	Los proyectos deben ser formulados a partir de las prioridades visualizadas en los diagnósticos locales, en concordancia con la pertinencia cultural, el enfoque territorial y el de participación comunitaria, priorizando los siguientes temas: a) Calidad de vida de las Personas mayores. b) Alimentación saludable y autocuidado en salud. c) Participación comunitaria. d) Acciones de salud indígena. e) Acciones de promoción en Salud mental. f) Acciones de cuidado del medio ambiente.
	5.3.2. Realización de Jornadas de Salud Rural, que permitan compartir experiencia de los diferentes territorios que conforman la Red Asistencial de establecimientos rurales.	La realización de esta jornada tendrá como propósito el intercambio de experiencias en el trabajo de salud rural, capacitación y actualización de los TENS de PSR y equipos rurales, en el marco del Modelo de Atención con Enfoque Familiar y Comunitario, con Enfoque Territorial, Determinantes Sociales, Pertinencia Cultural y Género.

6. COMPLEMENTARIEDADES

6.1 Complementariedad a nivel interno

Este programa busca mejorar y avanzar con equidad en el acceso a salud por parte de los habitantes de las zonas rurales de nuestro país, por ello en cada PSR se espera que se otorgue las prestaciones contenidas en el Plan de Salud Familiar dando énfasis en acciones de promoción prevención continuidad de la atención con estándares definidos de calidad seguridad y de oportunidad.

Los énfasis y complementariedades que se espera ocurran dicen relación con las prestaciones/acciones en salud dirigidas a niñas y niños adolescentes adultos/as y adultos mayores enmarcadas en los programas establecidos para las atenciones acorde al ciclo vital y programa transversales como por ejemplo: Apoyo al desarrollo biopsicosocial (PADBP), Adolescente Adulto Mayor Respiratorio programa Salud Mental Servicio de Urgencia Rural Fondo de farmacia Odontológico Apoyo a la Gestión local Estrategia Cuidados Integrales Centrado en las Personas (ECICEP), Participación Social y Cuidados Comunitarios entre otros.

6.2 Complementariedad a nivel externo

El programa se integra dentro de los lineamientos de la Política Nacional de Desarrollo Rural (2020), lo que significa un trabajo conjunto y coordinado principalmente con el Ministerio de Agricultura (ODEPA, INDAP, CONAF, entre otros), SUBDERE, MOP, SUBTEL, MOP, Educación, MIDESOF, SERNAPRED, Gobiernos Regionales y locales, que permitan disminuir las brechas de acceso de los habitantes de las áreas rurales.

7. INDICADORES Y MEDIO DE VERIFICACIÓN

El programa se orienta a cerrar las brechas en el funcionamiento de los establecimientos rurales de atención, especialmente de las Postas de Salud Rural, contribuyendo a la disminución de las inequidades en salud, considerando para ello, el enfoque de las Determinantes Sociales en Salud (DSS), participación, género, interculturalidad, trabajo intersectorial.

Para tal efecto, el programa ha priorizado el cumplimiento de seis indicadores orientados a:

- a) Asegurar la continuidad, calidad y seguridad de la atención de las personas en las Postas de Salud Rural, evaluando el número de atenciones realizadas por el equipo de ronda, cobertura de familias y planes de intervención a las familias en riesgo.
- b) Contribuir a mejorar los sistemas de comunicaciones, evaluando la adquisición, habilitación y mantenimiento de recursos en esta área.
- c) Reforzar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque territorial y modelo de atención integral.

7.1 Cumplimiento del Objetivo Específico N°1: Asegurar la continuidad y calidad de la atención en las Postas de Salud Rural.

Reliquidación: No

INDICADOR N°	NOMBRE DEL INDICADOR
1.1	Incremento de atenciones de ronda (controles + consultas + EMP) realizadas en PSR de la comuna.
FÓRMULA	VALOR ESPERADO
N° de atenciones efectuadas en PSR de la comuna mes XX año en curso / N° de atenciones efectuadas en posta mes XX año anterior * 100	≥ 100
NUMERADOR	FUENTE DE INFORMACIÓN
N° de atenciones efectuadas en PSR de la comuna mes XX año en curso.	REM Serie A-01: Controles De salud. Sección A (controles de salud sexual y reproductiva) + Sección B (Controles de salud según ciclo vital) + Sección C (Controles de salud según problemas de salud) + Sección E (Controles de salud en establecimientos educacionales (los controles individuales se registran en sección B). + REM Serie A-02: Examen Preventivo en mayores de 15 años Sección A: EMPA realizados por profesional. El control por exámenes se registra en "consulta profesional médico y no médico en REM A 04, Sección A y B. + REM Serie A-04: Consultas y otras atenciones en la red. Sección A (Consultas médicas) + Sección B (Consultas de profesionales no médicos) + Sección C (Consultas de anticoncepción de emergencia) + Sección D (Consultas en horario continuado) (sólo profesionales de ronda)
DENOMINADOR	
N° de atenciones efectuadas en PSR mes XX año anterior.	

Reliquidación: Sí

INDICADOR N°	NOMBRE DEL INDICADOR
1.2	Cobertura de familias evaluadas en PSR del Programa
FÓRMULA	VALOR ESPERADO
N° de Familias Evaluadas con cartola o encuesta familiar / N° de Familias Inscritas * 100	30% de familias evaluadas con cartola o encuesta a junio (informado en agosto) 60% de familias evaluadas con cartola o encuesta a diciembre

		FUENTE DE INFORMACIÓN
NUMERADOR		En base a REM Serie P-7, más reporte del Servicio de Salud en base a auditorías en terreno u otros medios de constatación. REM-P7, sección A.1: Clasificación de las familias Sector Rural
N° de Familias Evaluadas con cartola o encuesta familiar		
DENOMINADOR		
N° de Familias Inscritas		

Reliquidación: Sí

INDICADOR N°	NOMBRE DEL INDICADOR	
2.2	Cobertura de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención en PSR del Programa	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
N° de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención/ Total de familias evaluadas en riesgo (Alto, Medio y Bajo)		10% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a junio (informado en agosto). 20% de familias en riesgo (Alto, Medio y Bajo) con plan de intervención a diciembre.
		FUENTE DE INFORMACIÓN
NUMERADOR	En base a REM Serie P-7, más reporte del Servicio de Salud en base a auditorías en terreno u otros medios de constatación. REM-P7, sección A.1: Clasificación de las familias Sector Rural.	
N° de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención		
DENOMINADOR	N.º de Familias sin riesgo, N.º de familias en riesgo bajo, medio y alto.	
Total de familias evaluadas en riesgo (Alto, Medio y Bajo)	REM-P7, sección B: Intervención en Familias Sector Urbano y Rural. N° de familias con plan de intervención. N° de familias sin plan de intervención.	

Nota: se aplica cartola familiar o encuesta de salud familiar vigente con duración máxima de 2 años.

7.2 Cumplimiento del Objetivo Específico N°2: Contribuir a mejorar los sistemas de comunicaciones, equipamiento clínico y de apoyo de las Postas de Salud Rural con la red asistencial.

Reliquidación: No

INDICADOR N°	NOMBRE DEL INDICADOR	
2.1	Porcentaje de ejecución de recursos (Equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos).	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Monto en recursos equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos, devengado / Monto recursos equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos asignado * 100		Según línea de base y listado comprometido
		FUENTE DE INFORMACIÓN
NUMERADOR	Listado comprometido	
Monto en recursos equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos devengado.	Orden de compra	
DENOMINADOR		
Monto recursos en Equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos asignado.		

7.3 Cumplimiento del Objetivo Específico N° 3: Reforzar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las respectivas comunas, que contribuyan al desarrollo local de los territorios rurales.

Reliquidación: No

INDICADOR N°	NOMBRE DEL INDICADOR	
3.1	Porcentaje de Ejecución del Proyecto según cronograma	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Monto Ejecutado y Rendido Sin Observaciones / Monto Programado a la fecha de corte		A lo menos 60% a agosto
NUMERADOR		FUENTE DE INFORMACIÓN
Monto Ejecutado y Rendido Sin Observaciones		
DENOMINADOR		
Monto Programado a la fecha de corte		Según Informes de Ejecución de Proyecto parciales y final ajustados a las fechas de corte.

Reliquidación: No

INDICADOR N°	NOMBRE DEL INDICADOR	
3.2	Realización Jornada de Salud Rural	
FÓRMULA		VALOR ESPERADO
Jornada de Salud Rural realizada		100% a diciembre
Indicador dicotómico: SI - NO		FUENTE DE INFORMACIÓN
		Informe y programa acorde a las líneas temáticas priorizadas para esta actividad. Lista de asistencia Fotografías Rendiciones

8.- MONITOREO Y EVALUACIÓN

Para el adecuado monitoreo y evaluación del Programa, se cumplirán los siguientes roles y funciones:

8.1. Servicios de Salud:

- 1) Asignar los recursos comunalmente de acuerdo con los criterios definidos por el Ministerio de Salud, en concordancia con los diagnósticos locales y realidades territoriales, en base al marco presupuestario asignado a cada Servicio de Salud por Resolución Exenta del Ministerio de Salud.
- 2) Suscribir, tramitar y realizar seguimiento al proceso de elaboración, firma, ejecución y evaluación de los convenios (incluye transferencias de recursos) a los municipios.
- 3) Evaluar los resultados de cada indicador comprometido, así como el total de ellos especificados en este Programa.
- 4) Monitorear en terreno la ejecución de las acciones comprometidas.
- 5) Realizar auditoría del uso de los recursos del Programa por parte de los municipios y establecimientos, tanto financiero como técnico, según corresponda.
- 6) Informar los resultados del Programa oportunamente al Ministerio de Salud, de acuerdo con los formatos de informes, plazos e indicadores definidos en el Programa y orientaciones técnicas correspondientes.

- 7) Realizar asesoría y asistencia técnica a los municipios como a Departamentos de Salud Municipal, o establecimientos, según corresponda, para una adecuada ejecución del Programa.
- 8) Revisar y validar técnicamente la ejecución de los recursos según convenio con cada municipio.

8.2. Municipios y entidades administradoras de salud municipal:

- 1) Aportar información sobre la situación de la salud rural para la elaboración de línea base del Programa.
- 2) Suscribir convenios.
- 3) Ejecutar las actividades establecidas en el convenio para el logro de los objetivos acordados según corresponda: contratación de recursos humanos, adquisición de bienes o servicios, ejecución de proyectos de trabajo comunitario, según corresponda.
- 4) Realizar los registros de actividades en los REM correspondientes, para su posterior evaluación de los indicadores comprometidos en el convenio.
- 5) Informar oportunamente al Servicio de Salud respecto a las actividades comprometidas y los recursos traspasados.
- 6) Rendir cuentas de los recursos traspasados y gastados, de conformidad a lo establecido en la Resolución No30 de 2015 de la Contraloría General de la República, al respectivo Servicio de Salud.

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa con el propósito de mejorar su eficiencia.

Desde la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, se realizarán evaluaciones del desarrollo del Programa en los meses de agosto y diciembre. En estas evaluaciones se solicitará información a los Servicios de Salud, sobre el desarrollo de los componentes a través de un informe, cuyo formato será enviado desde el Ministerio de Salud tres meses antes de la fecha de corte.

8.3. Primera Evaluación: mes de agosto del año respectivo

Se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. Las comunas enviarán la información que requiera el Servicio de Salud correspondiente, para elaborar el informe consolidado de las comunas en convenio, el cual será enviado al Ministerio de Salud.

Los Servicios de Salud consolidarán y enviarán toda la información a la División de Atención Primaria, del Ministerio de Salud, con fecha tope el 15 de septiembre del año respectivo, bajo el formato remitido por esta última División.

8.4. Segunda Evaluación: mes de diciembre del año respectivo

Se efectuará con corte al 31 de diciembre del año en curso, fecha en que las comunas deberán tener implementadas el 100% de las acciones comprometidas por componente.

Los Servicios de Salud consolidarán y enviarán toda la información a la División de Atención Primaria, del Ministerio de Salud, con fecha tope el 15 de enero del año siguiente, bajo el formato remitido por esta última División.

Esta evaluación determinará la devolución de recursos no ejecutados y la evaluación de la continuidad del Programa en lugares con ejecución deficitaria. El resultado de la evaluación tendrá incidencia en los criterios de asignación de recursos del año siguiente, conforme las disponibilidades presupuestarias.

ANEXO 1: PROGRAMA DE EQUIDAD EN SALUD RURAL: METAS E INDICADORES

COMPONENTES:

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Componente 1: Continuidad y Calidad de atención en población rural.	Reforzamiento de los Equipos de Ronda en comunas con alto número de PSR y/o de alta vulnerabilidad socioeconómica.	Segundos Equipos de Ronda contratados, funcionando y con impacto en el acceso a la salud de los usuarios rurales en comunas con alto número de PSR y/o de alta vulnerabilidad socioeconómica.	<p><u>Indicador N° 1:</u> Incremento de atenciones de ronda (controles + consultas + EMP) realizadas en postas de la comuna.</p> <p>Fórmula Indicador N° 1: N° de atenciones efectuadas en postas de la comuna mes XX año en curso / N° de atenciones efectuadas en postas mes XX año anterior * 100</p> <p>Numerador: N° de atenciones efectuadas en postas mes XX año en curso</p> <p>Denominador: N° de atenciones efectuadas en posta mes XX año anterior.</p>	<p><u>Indicador N° 1:</u> Fuente: REM Serie A-01: Controles De salud. Sección A (controles de salud sexual y reproductiva) + Sección B (Controles de salud según ciclo vital) + Sección C (Controles de salud según problemas de salud) + Sección E (Controles de salud en establecimientos educacionales (los controles individuales se registran en sección B)).</p> <p>+ REM Serie A-02: Examen Preventivo en mayores de 15 años Sección A: EMPA realizados por profesional. El control por exámenes se registra en "consulta profesional médico y no médico en REM A 04, Sección A y B.</p> <p>+ REM Serie A-04: Consultas y otras atenciones en la red. Sección A (Consultas médicas) + Sección B (Consultas de profesionales no médicos) + Sección C (Consultas de anticoncepción de emergencia) + Sección D (Consultas en horario continuado) (sólo profesionales de ronda)</p>
	Refuerzo de recurso humano Técnico de Enfermería de Nivel Superior (permanente o volante).	Se garantiza la continuidad de la atención en la PSR, el acceso a la atención de urgencia y se refuerza el trabajo Familiar y Comunitario, al contar con un refuerzo de recurso humano TENS (permanente o volante).	<p><u>Indicador N° 2:</u> Cobertura de familias evaluadas en PSR del Programa</p> <p>Fórmula Indicador N° 2: N° de Familias Evaluadas con cartola o encuesta familiar / N° de Familias Inscritas * 100</p> <p><u>Indicador N° 3:</u> Cobertura de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención en PSR del Programa</p> <p>Fórmula Indicador N° 3: N° de familias evaluadas en riesgo con plan de intervención / Total de familias evaluadas en riesgo (Alto, Medio y Bajo).</p>	<p><u>Indicador N° 2 y N° 3:</u> En base a REM Serie P-7, sección A.1 y B, más reporte del Servicio de Salud en base a auditorías en terreno u otros medios de constatación.</p>

23

COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Componente 2: Sistemas de equipamiento y comunicación de PSR.	- Mantenimiento, reposición y/o adquisición de sistemas de comunicación y/o equipamientos clínicos o de apoyo: telefonía de las PSR, equipamientos menores, otros. - Mantenimiento, reposición y/o adquisición de equipamientos clínicos y apoyo, instrumental e insumos para PSR.	Mantenimiento del servicio de telefonía celular o de red fija e internet. Equipamiento clínico e instrumental menor. Equipos de apoyo.	Porcentaje de ejecución de recursos (instrumental, equipamiento, equipos de apoyo). Fórmula Indicador N° 4: Monto en recursos equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos devengado. Monto recursos en Equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos asignado* 100 Numerador: Monto en recursos equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos devengado. Denominador: Monto recursos en Equipos y equipamiento tanto clínico como de apoyo, instrumental e insumos asignado.	Listado comprometido. Orden de compra.
Componente 3: Innovaciones en el modelo integral de atención de las poblaciones rurales.	Proyectos de trabajo comunitario.	Proyectos comunitarios ejecutados.	Porcentaje de ejecución del Proyecto según cronograma del mismo. Fórmula Indicador N° 5: Monto ejecutado y rendido sin observaciones / Monto programado a la fecha de corte Numerador: Monto ejecutado y rendido sin observaciones. Denominador: Monto programado a la fecha de corte.	Informes de ejecución de Proyecto parciales y finales ajustados a las fechas de corte.
	Jornada de Salud Rural.	Realización de Jornada de Salud Rural.	Jornada de Salud Rural realizada. Fórmula Indicador N° 6: Indicador dicotómico= SI - NO	Informe. Lista de asistencia. Fotografías.

CUARTO: De los recursos financieros. El Ministerio de Salud, a través de "El Servicio", conviene en asignar a "La Municipalidad", la suma de \$20.081.849.- (Veinte millones ochenta y un mil ochocientos cuarenta y nueve pesos), para la comuna de Requinoa, con el objeto de financiar recurso humano, equipamiento clínico y de apoyo, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas anteriores.

Por su parte, "La Municipalidad" se obliga a cumplir todos y cada uno de los objetivos del Programa, procediendo a la ejecución de sus acciones para los beneficiarios de la Atención Primaria del sector público de salud, de acuerdo al desglose del monto aludido de traspaso, de la siguiente forma, a saber:

Gasto anual para apoyo Programa Equidad en Salud Rural	Monto
2 Profesionales Categoría B (PSR El Alba, PSR Totihue y PSR Los Lirios)	\$18.768.246
Equipamiento Clínico e Instrumental menor	\$656.801
Equipos de Apoyo (insumos inventariables)	\$656.802

3

Componente 3:

RECURSO HUMANO	MONTO
2 Profesionales Categoría B (Subt. 24)	\$18.768.246
Total	\$18.768.246

QUINTO: Los recursos financieros aludidos en la cláusula precedente, serán transferidos por "El Servicio" a "La Municipalidad" en dos 2 (dos) cuotas, la primera, equivalente a un 70% del total de los recursos, una vez afinada la Resolución aprobatoria del presente convenio y se encuentren recepcionados los recursos desde el Ministerio de Salud. La segunda cuota, equivalente al 30% restante del total de los recursos y será transferida en el mes de octubre del presente año 2025, contra los resultados de la primera evaluación, de acuerdo a los indicadores definidos en el Programa y al esquema que se indicará en cláusulas siguientes y se encuentren rendidos los recursos de la primera cuota por "La Municipalidad".

Cabe hacer presente que, de acuerdo con lo señalado precedentemente, los comparecientes dejan expresamente establecido que, conforme a lo regulado en el inciso segundo del artículo 18 de la Resolución 30 de 2015 y en el Dictamen N°51.246 de 2016, ambos instrumentos de la Contraloría General de la República, "En caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido cuenta de la transferencia anterior". En consecuencia, "El Servicio" no otorgará nuevos recursos mientras "La Municipalidad" no haya rendido cuenta de la transferencia anterior mediante la emisión de un certificado de rendición de cuentas.

SEXTO: "El Servicio" podrá requerir a "La Municipalidad", los datos e informes relativos a la ejecución del Programa, de sus componentes específicos y del presente convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, en atención a sus prerrogativas y a lo establecido en el artículo 8° de la Ley N°18.575, efectuando una evaluación del mismo con la debida diligencia, oportunidad, simplificación y rapidez, de manera de agilizar toda retroalimentación y corrección en caso de ser necesario.

Sin perjuicio de lo anterior, "la Municipalidad" deberá rendir cuenta de las actividades efectuadas, con los respectivos respaldos documentales que correspondan, de acuerdo a lo establecido en la Resolución N°30 del año 2015 de la Contraloría General de la República que "Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas". Al respecto dicha Resolución señala en su artículo N°20, que "Las referidas unidades deberán preparar mensualmente una rendición de cuentas de sus operaciones, dentro de los quince (15) días hábiles administrativos siguientes al mes que corresponda, o en las fechas que la ley contemple". Asimismo, el artículo 26 de la misma Resolución, señala en su inciso tercero que, el organismo receptor, en este caso "La Municipalidad", está obligado a enviar a "El Servicio" un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual y final de su inversión. El informe mensual deberá remitirse dentro de los quince días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, y deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión y el saldo disponible para el mes siguiente, de acuerdo con el inciso cuarto del artículo 26 de la Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República.

A Raíz de lo anterior, y considerando la Resolución Exenta N°1.858 del 23 de septiembre de 2023 de la Contraloría General de la República, "La Municipalidad", quedara obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

- a. Utilizar SISREC para la rendición de cuentas a que de lugar el presente convenio, ocupando las funcionalidades que otorga el perfil ejecutor, dando cumplimiento al marco normativo aplicable, incluyendo la preceptiva de la resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República. En relación a lo anterior, "El Servicio" solo revisara rendiciones a través de SISREC.
- b. Designar a los funcionarios que tengan las calidades de analista ejecutor, encargado ejecutor y su subrogante y ministro de fe en SISREC.
- c. Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través de SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quien corresponda, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.

- d. Custodiar adecuadamente los documentos originales de la rendición garantizando su autenticidad, integridad y disponibilidad para las revisiones de la Contraloría General de la República, en el marco de la normativa legal pertinente.
- e. Rendir gastos en forma proporcional a la ejecución técnica del Convenio según define el artículo tercero de este convenio.
- f. Ante un gasto observado por parte del **Servicio**, la **Municipalidad** podrá subsanarlo, solo a través de la plataforma SISREC, dentro de un plazo de 10 días hábiles administrativos contados desde la fecha de devolución de la rendición al organismo ejecutor. De no presentar nuevos antecedentes dentro del plazo indicado, o si este es presentado en otro medio o formato que no sea SISREC, la **Municipalidad** deberá necesariamente eliminar el gasto.

A su vez, "El Servicio" quedara obligado en su calidad de otorgante, a lo siguiente:

- a. Designar a los funcionarios para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado y analista otorgante.
- b. Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas del proyecto con documentación electrónica y digital a través de SISREC durante el periodo de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto. Lo anterior incluye, por ejemplo, habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quien corresponda, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.
- c. Revisar los gastos ingresados por la comuna dentro de 20 días hábiles de su presentación y dentro de 10 días hábiles para gastos observados, en la medida que la comuna rinda gastos en forma mensual. "El Servicio" estará obligado a cerrar el proyecto al término del plazo máximo para rendir que en ningún caso podrá ser superior al último día del mes de marzo del año siguiente.

La obligación de rendir cuenta, señalada en el inciso precedente, subsistirá aun cuando "La **Municipalidad**" ejecute las actividades, a través de la Corporación de Salud, en cuyo caso "La **Municipalidad**", deberá arbitrar las medidas administrativas que sean necesarias, para que dicha entidad también le rinda cuenta, tanto de los recursos, como de las actividades realizadas.

SÉPTIMO: "El Servicio" no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, si "La **Municipalidad**" se excede de los fondos destinados por "El Servicio" para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante. Asimismo, será responsabilidad de "La **Municipalidad**" velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en la Posta de Salud Rural. Lo anterior, independiente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de eventuales revisiones que pudiese efectuar.

OCTAVO: Para dar estricto cumplimiento a lo establecido en las cláusulas anteriores y en la totalidad del presente convenio, "El Servicio", designa para todos los fines que fueren pertinentes, como responsables técnicos y supervisoras del Programa a la funcionaria Doña María Paz Palacios Ortiz y como responsable de la transferencia de los recursos presupuestarios del mismo a Don Gerardo Cisternas Soto, Jefe Departamento de Finanzas, o a quienes legalmente les subroguen, quienes detentarán desde luego las facultades necesarias para lograr los objetivos antes descritos.

*No obstante lo anterior, los funcionarios aludidos en su rol encomendado, deberán a lo menos disponer de un monitoreo sobre los gastos involucrados y la eficacia en la ejecución de los objetivos del programa, función que desempeñarán en concordancia con lo previsto en el artículo 26 de la Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República, para cuyo efecto "La **Municipalidad**" se obliga desde luego a registrar mensual y detalladamente la ejecución de los recursos en el Sistema de Rendición de cuentas de la Contraloría General de la República (SISREC), obligación que para estos efectos recaerá en el Director o Jefe de Salud Municipal según sea el caso, o quien este encomiende, considerando además, las estipulaciones de la cláusula sexta precedente.*

NOVENO: Consecuente con lo expuesto precedentemente y para efectos de la rendición de cuentas de los recursos presupuestarios objeto de este convenio, y en todo lo eventualmente omitido en el mismo, "El Servicio" conjuntamente con "La Municipalidad", deberán velar y procurar por el estricto cumplimiento de lo establecido en la Resolución N°30, de fecha 11 de Marzo de 2015, que "Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas", dictada por la Contraloría General de la República, tomada de razón el 24 de Marzo de 2015, por el mismo Órgano Contralor, y demás normas que regulan la materia, instrumentos que en este acto, ambos comparecientes declaran expresa e íntegramente reconocidos y reproducidos para su aplicación y demás fines pertinentes. Al respecto y con la finalidad de abordar integralmente las revisiones y/o rendiciones financieras objeto de la ejecución del programa materia de este convenio, "El Servicio" podrá efectuar los procesos inherentes con la misma.

Asimismo, las partes comparecientes del presente convenio, en consideración a que las actividades a desarrollar por la municipalidad estipuladas en el presente instrumento son de continuidad a las ejecutadas el año anterior, no se han interrumpido, revisten un alto grado de relevancia sanitaria y solo tienen efectos beneficiosos para la población a cargo, hacen presente que, los gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio, se podrán incluir en la rendición de cuentas, de acuerdo con lo estipulado en el inciso segundo del artículo 13 de la Resolución N°30 del año 2015 del mismo órgano Contralor.

DÉCIMO: El presente convenio de transferencia de recursos, incluidas las modificaciones que regulen las actividades, acciones y gastos del mismo, tendrá una vigencia, en cuanto a la ejecución de las actividades consideradas, sólo a partir del 01 de Junio del presente año 2025, hasta el 31 de diciembre del mismo año, debiendo considerarse extendido dicho término de la vigencia, hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados por "La Municipalidad", y sólo para estos efectos, en concordancia con lo que establece el Dictamen N°92.578 de 2016 de la Contraloría General de la República, si ninguna de las partes manifiesta intención de terminarlo anticipadamente. Si alguna de las partes desea terminar anticipadamente el presente convenio, deberá comunicarlo mediante carta certificada a la otra parte, en un plazo no superior a 30 días, previos a su término.

Las partes dejan constancia que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 52 de la Ley sobre Procedimientos Administrativos N°19.880, y que el presente convenio solo tiene efectos beneficiosos respecto de la población beneficiaria; que estas prestaciones se encuentran otorgadas desde antes de la fecha de entrada en vigencia; que no se han interrumpido, es más, dichas acciones de salud se encuentran en ejecución y en desarrollo; y, constanding además, que tales acciones no vulneran derechos de terceros, **las prestaciones efectuadas por las Postas de Salud Rural de las comunas referidas en este instrumento, desde la fecha de inicio de la vigencia del presente convenio hasta la completa tramitación de su resolución aprobatoria, se entenderán realizadas dentro de la vigencia del convenio.**

No obstante, lo anterior "El Servicio" podrá poner término anticipado al convenio de manera fundada previo informe que, para estos efectos deberá emanar de la Dirección de Atención Primaria, el que deberá dar cuenta del incumplimiento por parte de "La Municipalidad" de los objetivos propios del programa o del uso de recursos para fines diferentes a los transferidos y, de ocurrir tal situación se notificará a "La Municipalidad", otorgando a esta última, un plazo perentorio de 30 días para sus eventuales descargos. Sin perjuicio de lo anterior, "La Municipalidad" deberá velar por dar estricto y cabal cumplimiento al plazo ya otorgado para la ejecución de los recursos en las metas, componentes y/o estrategias del Programa según sea el caso, habida consideración de la obligatoriedad del cumplimiento de la "anualidad presupuestaria".

Por su parte, el presente convenio se entenderá prorrogado en forma automática y sucesiva siempre que el Programa de Salud objeto del mismo, cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término en la forma ya antes referida. La eventual prórroga del presente convenio comenzará a regir desde el 01 de enero del año presupuestario siguiente, y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año inclusive.



Prorrogado el presente convenio, "El Servicio", deberá dictar en su oportunidad una resolución que establezca para el nuevo periodo prorrogado, las metas, objetivos, componentes, estrategias u otras que fueren inherentes con el Programa, como asimismo disponer sobre los recursos presupuestarios eventualmente disponibles para el nuevo periodo prorrogado.

Los recursos disponibles y presentes para este año deben ser imputados al Ítem Presupuestario 24.03.298 del Presupuesto vigente 2025 del Servicio de Salud O'Higgins.

UNDÉCIMO: Finalizado el periodo de vigencia "La Municipalidad" deberá restituir los fondos no ejecutados, no rendidos u observados mes a mes, y los fondos remanentes al término de este año presupuestario correspondiente al año 2025, antes del 30 de abril del año siguiente, a rentas generales de la Nación. A su vez, "El Servicio" realizará informe evaluativo técnico financiero que dará a conocer a la comuna y donde podrá requerir una restitución de fondos mayor a lo no realizado por la comuna, si correspondiere, ello en concordancia de lo establecido en el Dictamen N°92.578, de 2016, de la Contraloría General de la República.

DUODÉCIMO: Conforme el inciso final del artículo 25 de la Ley de Presupuestos del sector público correspondiente al año 2025 y por tratarse de un programa que se ejecuta con transferencias a la I. Municipalidad ya individualizada anteriormente, se celebrarán los siguientes contratos para el cumplimiento de sus objetivos y componentes:

RECURSO HUMANO (Componente 5.1)	Calidad Contractual
2 Profesionales Categoría B (44 hrs); Subt. 24	Honorarios
Total	\$18.768.246

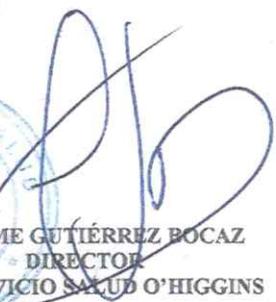
DÉCIMO TERCERO: Complementario a lo expuesto en las cláusulas novena, los comparecientes, desde luego, se obligan a cumplir estrictamente lo establecido en el Artículo N° 13 de la Resolución N° 30, de fecha 11 de Marzo de 2015, que "Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas", dictada por la Contraloría General de la República, tomada de razón el 24 de Marzo de 2015, por el mismo Órgano Contralor, que establece: "Solo se aceptarán como parte de la rendición de cuentas los desembolsos efectuados con posterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia. En casos calificados, podrán incluirse en la rendición de cuentas gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación, siempre que existan razones de continuidad o buen servicio, las que deberán constar en el instrumento que dispone la entrega de los recursos", ello fundado en la oportunidad y la forma mediante la cual el Ministerio de Salud transfiere efectivamente los recursos presupuestarios a "El Servicio", y, a su vez, en la oportunidad con la que este transfiere a los diferentes Municipios, como en el caso de este convenio, situación que, sin duda, genera una serie de dificultades tanto administrativas como de ejecución de los diferentes componentes o estrategias del Programa, que de hecho deben ser permanentemente asumidas por los comparecientes, solo con la finalidad de no perjudicar, entorpecer o menoscabar las necesidades propias de salud que requieren los beneficiarios de "La Municipalidad", agregado a que los comparecientes, conforme su investidura pública, deben procurar y velar por la continuidad y servicialidad de los entes de salud, ello también conforme lo consigna la Ley N°18.575, en el sentido que se debe actuar por iniciativa propia, en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación de sus trámites.

Por todo lo anterior, las partes de este convenio consideran como un caso calificado de los señalados en el inciso segundo del artículo transcrito y que hace aplicable aquel precepto, las rendiciones de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del presente convenio y del acto administrativo que aprueba la transferencia de fondos.

DÉCIMO CUARTO: La Personería de don Jaime Gutiérrez Bocaz, para representar al Servicio de Salud O'Higgins, en su calidad de Director, consta en el Decreto Afecto N° 05, de fecha 2 de marzo de 2023, del Ministerio de Salud. La personería de don Waldo Valdivia Montecinos, para representar a la Ilustre Municipalidad de Requínoa, en su calidad de Alcalde, consta de Decreto Alcaldicio N°4716 de fecha 06 de Diciembre de 2024, de la I. Municipalidad de Requínoa.

DÉCIMO QUINTO: Para todos los efectos derivados del presente convenio, las partes fijan domicilio en Rancagua y se someten a la jurisdicción de sus Tribunales.

DÉCIMO SEXTO: El presente convenio se firma en dos ejemplares de idéntico tenor y fecha, quedando uno en poder de "La Municipalidad"; uno en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud y los restantes en poder de "El Servicio" en copias digitalizadas.



JAIME GUTIÉRREZ BOCAZ
DIRECTOR
SERVICIO SALUD O'HIGGINS



WALDO VALDIVIA MONTECINOS
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE REQUINOA

7