



SAC / CVA / BHO / sec

ORIGINAL
DIRECCIÓN S. SALUD COQUIMBO

RESOLUCIÓN EXENTA N° 2107 /

LA SERENA, - 8 MAYO 2018

Int. N°310

VISTOS:

El D.F.L. N°1/05 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.S. N°2.753 de 1979, D.S. N°140 de 2004 sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, la resolución N°1.600/08 y 759/03 ambas de la Contraloría General de la República y D.S. N°22/15 del Ministerio de Salud; y

CONSIDERANDO:

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 de Salud que la incorpora 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 Apoyo a la Gestión Local En Establecimientos dependientes del Servicio de Salud, en su componente de Salud Cardiovascular**", con el objeto de propender al aumento de la capacidad resolutive en el nivel primario e incrementar la satisfacción de las personas beneficiarias de la ley N° 18.469, mediante el mejoramiento de la accesibilidad, cobertura y calidad de las prestaciones incorporadas en el Programa y contribuir al cumplimiento de las garantías.; dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1°.- **APRUEBASE** el Protocolo de fecha 25.04.2018 suscrito entre el **HOSPITAL DE SALAMANCA**, representada por su Directora **D. OLIVETT CUEVAS HERRERA** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director **D. ERNESTO JORQUERA FLORES**, relativo al Programa Apoyo a la Gestión en el Nivel Primario en Establecimientos Dependientes del Servicio de Salud (Programa de Salud Cardiovascular Atención Primaria), según se detalla en el presente instrumento.

**PROTOCOLO DE ACUERDO
APOYO A LA GESTIÓN EN EL NIVEL PRIMARIO EN ESTABLECIMIENTOS DEPENDIENTES
DEL SERVICIO DE SALUD
(Programa De Salud Cardiovascular Atención Primaria)
HOSPITAL DE SALAMANCA - 2018**

En La Serena a..25.04.2018.... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director **D. ERNESTO JORQUERA FLORES**, del mismo domicilio, personería según D.S. N°22 de fecha 23 de Febrero de 2015 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y el **HOSPITAL DE SALAMANCA**, representado por su Directora **D. OLIVETT CUEVAS HERRERA**, ambos domiciliados en Avda. Infante N°891, Salamanca, en adelante el "Hospital" o el "Establecimiento", indistintamente, se ha acordado celebrar un Protocolo de Acuerdo, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: 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 de Salud que la incorpora 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 Apoyo a la Gestión Local En Establecimientos dependientes del Servicio de Salud, en su componente de Salud Cardiovascular**", con el objeto de propender al aumento de la capacidad resolutive en el nivel primario e incrementar la satisfacción de las personas beneficiarias de la ley N° 18.469, mediante el mejoramiento de la accesibilidad, cobertura y calidad de las prestaciones incorporadas en el Programa y contribuir al cumplimiento de las garantías.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 1221 del 02 de diciembre del 2014**, del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante del presente protocolo, el que el establecimiento se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Sus recursos han sido aprobados mediante **Resolución exenta N° 732 del 16 de febrero 2018**.

SEGUNDA: El Hospital se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos específicos y metas, según las Orientaciones Técnicas Nacionales, las cuales deben ser debidamente registradas y enviadas a la referente del Servicio de Salud en las fechas estipuladas para evaluación, mediante el REM. Las metas comprometidas y actualizadas al 2018, son las siguientes:

Cuadro 1: Metas generales de programa 2018.

META		INDICADOR	VALOR META
META EMP (pacientes diferentes a los del año anterior) IAAP	EMP HOMBRES 20 - 64	(Nº de Examen de Medicina Preventiva realizados a hombres de 20 a 64 años / Total de la población de hombres de 20 a 64 años inscrita - Población bajo control en programa Cardiovascular)*100	20%
	EMP MUJERES 45 - 64	(Nº de Examen de Medicina Preventiva realizados a mujeres de 45 a 64 años / Total de la población de mujeres de 45 a 64 años inscrita - Población bajo control en programa Cardiovascular)*100	25%
COMPENSACIÓN LEY 18.834	DM	(Nº de pacientes diabéticos en el grupo de 15 y más años bajo control en el nivel primario HbA1c <7 año 2017/Total de pacientes diabéticos de 15 y más años bajo control en el nivel primario en el año 2017)*100	≥45%
	HTA	(Nº de pacientes HTA en el grupo de 15 y más años bajo control en el nivel primario con P.A. < 140/90 mmHg año 2017/Total de pacientes HTA de 15 y más años bajo control en el nivel primario en el año 2017)*100	≥68%
	EVALUACIÓN DE PIE DIABÉTICO	(Nº de pacientes diabéticos bajo control con evaluación del pie vigente en el grupo de 15 y más años en el nivel primario 2017/Total de pacientes diabéticos bajo control del grupo de 15 años y más el nivel primario en el año 2017)*100	≥90%
COBERTURA EFECTIVA ES COBERTURA SEGÚN PREVALENCIA (IAAP)	COBERTURA EFECTIVA DE TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS 2, DE 15 Y MÁS AÑOS	(Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 a 79 años con Hb A1c bajo 7% + Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 80 y más con Hb A1c bajo 8% según último control vigente/ Total de personas con diabetes de 15 y más años esperados según prevalencia)*100	29%
	COBERTURA EFECTIVA DE TRATAMIENTO EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS, CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	(Nº de personas hipertensas de 15 a 79 años con PA < 140/90 mm Hg + Nº de personas hipertensas de 80 y más con PA <150/90 mm Hg según último control vigente/ Total de personas de 15 años y más, hipertensas esperadas según prevalencia)*100	54%

*1: Prevalencias:

EDADES	HTA	DM	DLP
15 - 64	15.7%	10%	20%
65 Y +	64.3%	25%	20%

TERCERA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar al Hospital de Salamanca, desde la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria de este convenio, los fondos presupuestarios correspondientes a la suma anual, única y total de **\$58.861.644.- (cincuenta y ocho millones, ochocientos sesenta y un mil, seiscientos cuarenta y cuatro pesos.-)**, los que se desglosan en **\$50.001.644.-** por subtítulo 22 y **\$8.860.000.-** por subtítulo 21, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior, distribuidos de la siguiente forma:

Cuadro Nº 1: Subtítulo 21

SUBT 21 CARGOS LEY Nº 18.834 y 19.664	Monto	TOTAL
1 Administrativo 44 hrs.	\$ 347.000	\$ 4.164.000
Aguinaldos administrativo (Septiembre - Diciembre)	\$ 34.000	\$ 68.000
1 TENS 44 hrs.	\$ 380.000	\$ 4.560.000
Aguinaldos TENS (Septiembre - Diciembre)	\$ 34.000	\$ 68.000
TOTAL		\$ 8.860.000

Cuadro Nº 2: Subtítulo 22

Nº	NOMBRE	ACTIVIDAD	ESPECIFICACIÓN	MONTO	MONTO TOTAL SUBTÍTULO 22(\$)		
1	Cesta de Exámenes*	Hemoglobina Glicosilada (3 x año x paciente diabético bajo control dic. 2017)	650 pacientes diabéticos X3 exámenes	\$ 3.500	6.825.000		
		Microalbuminuria (1 x año x paciente bajo control dic.2017)	1997 pacientes bajo control	\$ 2.300	4.593.100		
		Fondos de ojo (1x año x paciente diabético bajo control dic.2017)	650 pacientes diabéticos	\$ 6.500	4.225.000		
TOTAL COMPONENTE Nº 1:					15.643.100		
2	Medicamentos e Insumos	Medicamentos no incluidos en el FOFAR	(E): Carvedilol 6.25 mg y 12.5 mg; asociación de Glibenclamida + Metformina 5 mg/500 mg; Gemfibrozil 600mg y 900 mg; Asociación de Hidroclorotiazida + Triamterena 25/50 mg.)	100% disponibilidad en los casos que sean indicados	4.000.000		
			Insulina Glargina 3,64 mg/ml equivalente a 100 UI/ml de insulina humana. Aplicadores Inyectables prellenados o lápiz de 3 ml (Pacientes adultos mayores con dificultades para la autoadministración de insulina subcutánea)	100 unidades (\$15.000 aprox. por lápiz)	1.500.000		
		Equipamientos e Insumos correspondientes a un valor menor a 3 UTM	Insumos Pie Diabético NO Infectado	(E): Glucometros, Equipos de P/A, Microfilamentos, Cintas Reactivas, papelería y artículos de oficina, folletería y material educativo; Sistemas de organización y almacenamiento como Cardex, Cajas, Archivadores, etc.)	Valor Maximo por equipo 3 UTM	3.000.000	
				DACC lámina PHMB Rollo Apósito de Ringer + PHMB Espuma Hidrofílica con Silicona 10x10 Alginato 10 x 10 cm Carboximetilcelulosa 10 x10 cm Tull de silicona 10x10 Hidrogel 15 g Gel con Ácido Hialuronico + Zinc 30gr Gel con Polihexanida con Betaína Ácido Fusídico Apósito de Poliéster 10 cm x 10 cm Colágeno Inhibidor de la Metaloproteasa Espuma limpiadora de piel Venda Semi-Elastica 8 cm x 4 mts Protector Cutáneo Spray Lubricante Cutáneo Solución Limpiadora Polihexanida con Betaína 350 ml Curetas 3 mm o 4 mm	20 canastas anuales (valorizadas en \$400.000)	8.000.000	
		Insumos Pie Diabético Infectado	Plata Nanocristalina 10 cm x10 cm Espuma Hidrofílica con Plata 10 cm x10 cm Carboximetilcelulosa con Plata 10 x10 cm Alginato con Plata 10 x10 cm Tull con Plata Hidrogel Con Plata 15 g Espuma limpiadora de piel Venda Semi-Elastica 8 cm x 4 mts Protector Cutáneo Spray Solución Limpiadora Polihexanida con Betaína 350 ml Curetas 3 mm o 4 mm				
			TOTAL COMPONENTE Nº 2:				
		3	Compra de Servicios Clínicos	Kinesiólogo o Profesor de Ed. Física (Programa de Actividad Física PSCV, pacientes prediabéticos, prehipertensos y mal nutrición por exceso)	Monto Mensual a ejecutar (Horas de apoyo complementarias)	539.592	6.475.104
				Atención Podológica (Al menos 1 x año x paciente diabético bajo control diciembre 2017)	490 pacientes (2 pacientes por hora)	\$6.000 la hora	1.950.000
				Horas para profesionales de apoyo (Enfermera y/o Nutricionista) para realización de EMP, actividades de Promoción y pesquisa EMP y cumplimiento de Metas Evaluación del Pie en personas con diabetes.	Monto Mensual a ejecutar (Horas de apoyo complementarias)	539.592	6.475.104
				Horas para apoyo de TENS en actividades de Promoción y pesquisa EMP.	Monto Mensual a Ejecutar (Horas de apoyo complementarias)	246.528	2.958.336
		TOTAL COMPONENTE Nº 3:					17.858.544
		TOTAL SUBTÍTULO 22:					50.001.644

* El Hospital debe cancelar directamente al establecimiento ejecutor del examen, mediante facturación por las actividades realizadas.

CUARTA: Los recursos del subtítulo 22 serán transferidos en dos cuotas:

- La primera cuota, equivalente al **70%** de los fondos, se traspasará una vez que se encuentre totalmente tramitado el acto administrativo que aprueba el presente convenio.
- La segunda cuota, correspondiente al **30%** restante se traspasará en el mes de octubre, dependiendo de los resultados de la evaluación con corte al **31 de julio del presente que se efectuará en el mes de agosto.**

Los Recursos del subtítulo 21 serán transferidos mensualmente de acuerdo a nómina de funcionarios que realicen la labor del programa.

QUINTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa de Salud Cardiovascular en Atención Primaria, de acuerdo a los indicadores definidos. La transferencia de la segunda cuota estará sujeta al grado de cumplimiento del programa, reflejado en los indicadores mencionados en él, con **fecha de corte al 31 de julio del año 2018.**

Los criterios de evaluación al corte del **31 de julio de 2018** serán los siguientes:

Porcentaje cumplimiento de Metas de Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%
60,00% de la fracción correspondiente a enero - julio	0%
Entre 50,00% y 59,99% de la misma fracción	50%
Entre 40,00% y 49,99% de la misma fracción	75%
Menos del 40% de la misma fracción	100%

La segunda evaluación y final al **31 de diciembre** del año en curso el programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas en el Programa de Salud Cardiovascular. La evaluación final así como la rendición financiera tendrá incidencia en la asignación de recursos del año siguiente.

SEXTA: El establecimiento se obliga a enviar al Servicio, mensualmente, a partir de esta fecha, un informe de la ejecución de las actividades asociadas al presente convenio, que deberá ser enviado dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente al informado. Este informe deberá incluir, al menos: estado de avance en la ejecución de actividades y la rendición financiera de la ejecución de los fondos traspasados que señale los medios verificados utilizados y cualquier otro antecedente que sea requerido por el Servicio.

El Servicio podrá solicitar al establecimiento, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

El Servicio, requerirá al establecimiento, 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.

SÉPTIMA: El Servicio velará aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Conjuntamente a ello, cada establecimiento deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado 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.

En caso de que el programa tenga continuidad, este incumplimiento será considerado en la determinación de los fondos asignados para el año siguiente.

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

NOVENA: El presente Protocolo de acuerdo tendrá vigencia desde el 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre del 2018.

Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes que dada la naturaleza del programa y en virtud de la necesidad de otorgar continuidad en la atención y prestación de salud, sólo para fines de la contratación del recurso humano, se dio inicio al presente programa a partir del 1 de enero del 2018, atendido lo señalado en los dictámenes N°16.037/08 y N° 11.189/08, ambos de la Contraloría General de la República y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N° 19.880.

Por otro lado, y mediante convenios complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir al Hospital, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

DÉCIMA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Servicio tendrá la facultad de deducir de la transferencia mensual de atención primaria, el valor correspondiente a la parte pagada y no ejecutada del Programa.

DÉCIMA PRIMERA: El presente convenio se firma en 1 ejemplar, quedando en poder del Servicio de Salud.

Firmas ilegibles.

D. OLIVETT CUEVAS HERRERA
DIRECTORA
HOSPITAL SALAMANCA

D. ERNESTO JORQUERA FLORES
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



D. ERNESTO JORQUERA FLORES
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

DISTRIBUCIÓN:

- Archivo



**PROTOCOLO DE ACUERDO
APOYO A LA GESTIÓN EN EL NIVEL PRIMARIO EN ESTABLECIMIENTOS DEPENDIENTES
DEL SERVICIO DE SALUD
(Programa De Salud Cardiovascular Atención Primaria)
HOSPITAL DE SALAMANCA - 2018**

25 ABR 2018

En La Serena a..... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director D. **ERNESTO JORQUERA FLORES**, del mismo domicilio, personería según D.S. N°22 de fecha 23 de Febrero de 2015 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y el **HOSPITAL DE SALAMANCA**, representado por su Directora D. **OLIVETT CUEVAS HERRERA**, ambos domiciliados en Avda. Infante N°891, Salamanca, en adelante el "Hospital" o el "Establecimiento", indistintamente, se ha acordado celebrar un Protocolo de Acuerdo, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: 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 de Salud que la incorpora 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 Apoyo a la Gestión Local En Establecimientos dependientes del Servicio de Salud, en su componente de Salud Cardiovascular**", con el objeto de propender al aumento de la capacidad resolutive en el nivel primario e incrementar la satisfacción de las personas beneficiarias de la ley N° 18.469, mediante el mejoramiento de la accesibilidad, cobertura y calidad de las prestaciones incorporadas en el Programa y contribuir al cumplimiento de las garantías.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 1221 del 02 de diciembre del 2014**, del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante del presente protocolo, el que el establecimiento se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Sus recursos han sido aprobados mediante **Resolución exenta N° 732 del 16 de febrero 2018**.

SEGUNDA: El Hospital se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos específicos y metas, según las Orientaciones Técnicas Nacionales, las cuales deben ser debidamente registradas y enviadas a la referente del Servicio de Salud en las fechas estipuladas para evaluación, mediante el REM. Las metas comprometidas y actualizadas al 2018, son las siguientes:

Cuadro 1: Metas generales de programa 2018.

META		INDICADOR	VALOR META
META EMP (pacientes diferentes a los del año anterior) IAAP	EMP HOMBRES 20 - 64	(N° de Examen de Medicina Preventiva realizados a hombres de 20 a 64 años / Total de la población de hombres de 20 a 64 años inscrita - Población bajo control en programa Cardiovascular)*100	20%
	EMP MUJERES 45 - 64	(N° de Examen de Medicina Preventiva realizados a mujeres de 45 a 64 años / Total de la población de mujeres de 45 a 64 años inscrita - Población bajo control en programa Cardiovascular)*100	25%

COMPENSACIÓN LEY 18.834	DM	(Nº de pacientes diabéticos en el grupo de 15 y más años bajo control en el nivel primario HbA1c <7 año 2017/Total de pacientes diabéticos de 15 y más años bajo control en el nivel primario en el año 2017)*100	≥45%
	HTA	(Nº de pacientes HTA en el grupo de 15 y más años bajo control en el nivel primario con P.A. < 140/90 mmHg año 2017/Total de pacientes HTA de 15 y más años bajo control en el nivel primario en el año 2017)*100	≥68%
	EVALUACIÓN DE PIE DIABÉTICO	(Nº de pacientes diabéticos bajo control con evaluación del pie vigente en el grupo de 15 y más años en el nivel primario 2017/Total de pacientes diabéticos bajo control del grupo de 15 años y más el nivel primario en el año 2017)*100	≥90%
COBERTURA EFECTIVA ES COBERTURA SEGÚN PREVALENCIA (IAAP)	COBERTURA EFECTIVA DE TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS 2, DE 15 Y MÁS AÑOS	(Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 a 79 años con Hb A1c bajo 7% + Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 80 y más con Hb A1c bajo 8% según último control vigente/ Total de personas con diabetes de 15 y más años esperados según prevalencia)*100	29%
	COBERTURA EFECTIVA DE TRATAMIENTO EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS, CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	(Nº de personas hipertensas de 15 a 79 años con PA < 140/90 mm Hg + Nº de personas hipertensas de 80 y más con PA <150/90 mm Hg según último control vigente/ Total de personas de 15 años y más, hipertensas esperadas según prevalencia)*100	54%

*1: Prevalencias:

EDADES	HTA	DM	DLP
15 - 64	15.7%	10%	20%
65 Y +	64.3%	25%	20%

TERCERA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar al **Hospital de Salamanca**, desde la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria de este convenio, los fondos presupuestarios correspondientes a la suma anual, única y total de **\$58.861.644.- (cincuenta y ocho millones, ochocientos sesenta y un mil, seiscientos cuarenta y cuatro pesos.-)**, los que se desglosan en **\$50.001.644.-** por subtítulo 22 y **\$8.860.000.-** por subtítulo 21, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior, distribuidos de la siguiente forma:

Cuadro N° 1: Subtítulo 21

SUBT 21 CARGOS LEY N° 18.834 y 19.664	Monto	TOTAL
1 Administrativo 44 hrs.	\$ 347.000	\$ 4.164.000
Aguinaldos administrativo (Septiembre - Diciembre)	\$ 34.000	\$ 68.000
1 TENS 44 hrs.	\$ 380.000	\$ 4.560.000
Aguinaldos TENS (Septiembre - Diciembre)	\$ 34.000	\$ 68.000
TOTAL		\$ 8.860.000

Cuadro N° 2: Subtítulo 22

Nº	NOMBRE	ACTIVIDAD	ESPECIFICACIÓN	MONTO	MONTO TOTAL SUSTITULO 22 (\$)
1	Cuenta de Exámenes*	Hemoglobinas Glicosiladas (3 x año x paciente diabético bajo control dic. 2017)	650 pacientes diabéticos X 3 exámenes	\$ 3.500	6.825.000
		Microalbuminuria (1 x año x paciente bajo control dic. 2017)	1897 pacientes bajo control	\$ 2.500	4.593.100
		Fondos de ojo (1 x año x paciente diabético bajo control dic. 2017)	650 pacientes diabéticos	\$ 6.500	4.225.000
TOTAL COMPONENTE Nº 1:					13.643.100
2	Medicamentos e insumos	Medicamentos no incluidos en el FOAAR	(B) Carvedilol 6,25 mg y 12,5 mg; asociación de Glibenclámda + Metformina 5 mg/500 mg; Gemfibrozilo 600mg y 900 mg; Asociación de Hidroclorotiazida + Tramtereno 25/50 mg.) Insulina Glargina 3,64 mg/ml equivalente a 100 UI/ml de insulina humana. Aplicadores inyectables prefijados o tipo de 3 ml (pacientes adultos mayores con dificultades para la autoadministración de insulina subcutánea)	100% disponibilidad en los casos que sean indicados 100 unidades (\$15.000 a porx. por 14 pix)	4.000.000 1.500.000
		Equipamientos e insumos correspondientes a un valor menor a 3 UTM	(E) Glucometros, Equipos de P/A, Microfilamentos, Cintas Reactivas, papetería y artículos de oficina, folletería y material educativo; Sistemas de organización y almacenamiento como Carpetas, Carpetas, Archivos, etc.]	Valor Máximo por equipo 3 UTM	3.000.000
2	Medicamentos e insumos	Insumos Pie Diabético NO infectado	DACC lámina PHNS Rollo Apósito de Níquel o PHNS Espuma Hidrofílica con Silicona 10x10 Alginato 10 x 10 cm Carboximetilcelulosa 10 x 10 cm Tull de sílica 10x10 Hidrogel 15 g Gel con Ácido Hialurónico + Zinc 30gr Gel con Polihexanida con Betaina Ácido Fusídico Apósito de Poliéster 10 cm x 10 cm Colágeno Inhibidor de la Metaloproteasa Espuma limpiadora de piel Venda Semi-elástica 8 cm x 4 mt Protector Cutáneo Spray Lubricante Cutáneo Solución Limpiadora Polihexanida con Betaina 350 ml Curetás 3 mm o 4 mm	20 canastas anuales (exportadas en \$400.000)	3.000.000
		Insumos Pie Diabético infectado	Plata Nanocristalina 10 cm x 10 cm Espuma Hidrofílica con Plata 10 cm x 10 cm Carboximetilcelulosa con Plata 10 x 10 cm Alginato con Plata 10 x 10 cm Tull con Plata Hidrogel Con Plata 15 g Espuma limpiadora de piel Venda Semi-elástica 8 cm x 4 mt Protector Cutáneo Spray Solución Limpiadora Polihexanida con Betaina 350 ml Curetás 3 mm o 4 mm		
TOTAL COMPONENTE Nº 2:					19.500.000
3	Compra de Servicios Clínicos	Kinesiólogo o Profesor de Ed. Física (Programa de Actividad Física PSCV, pacientes prediabéticos, prehipertensos y mal nutrición por exceso)	Monto Mensual a ejecutar (Horas de apoyo complementarias)	539.592	6.475.104
		Atención Podológica (Al menos 1 x año x paciente diabético bajo control diciembre 2017)	490 pacientes (2 pacientes por hora)	\$6.000 la hora	1.950.000
		Horas para profesionales de apoyo (Enfermera y/o Nutricionista) para realización de EMP, actividades de Promoción y pasquias EMP y cumplimiento de Metas Evaluación del Pie en personas con diabetes.	Monto Mensual a ejecutar (Horas de apoyo complementarias)	539.592	6.475.104
		Horas para apoyo de TENS en actividades de Promoción y pasquias EMP.	Monto Mensual a Ejecutar (Horas de apoyo complementarias)	246.528	2.958.336
TOTAL COMPONENTE Nº 3:					17.856.544
TOTAL SUSTITULO 22:					50.001.644

* El Hospital debe cancelar directamente al establecimiento ejecutor del examen, mediante facturación por las actividades realizadas.

CUARTA: Los recursos del subtítulo 22 serán transferidos en dos cuotas:

- La primera cuota, equivalente al **70%** de los fondos, se traspasará una vez que se encuentre totalmente tramitado el acto administrativo que aprueba el presente convenio.
- La segunda cuota, correspondiente al **30%** restante se traspasará en el mes de octubre, dependiendo de los resultados de la evaluación con corte al **31 de julio del presente que se efectuará en el mes de agosto.**

Los Recursos del subtítulo 21 serán transferidos mensualmente de acuerdo a nómina de funcionarios que realicen la labor del programa.

QUINTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa de Salud Cardiovascular en Atención Primaria, de acuerdo a los indicadores definidos.

La transferencia de la segunda cuota estará sujeta al grado de cumplimiento del programa, reflejado en los indicadores mencionados en él, con **fecha de corte al 31 de julio del año 2018.**

Los criterios de evaluación al corte del **31 de julio de 2018** serán los siguientes:

Porcentaje cumplimiento de Metas de Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%
60,00% de la fracción correspondiente a enero - julio	0%
Entre 50,00% y 59,99% de la misma fracción	50%
Entre 40,00% y 49,99% de la misma fracción	75%
Menos del 40% de la misma fracción	100%

La segunda evaluación y final al **31 de diciembre** del año en curso el programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas en el Programa de Salud Cardiovascular. La evaluación final así como la rendición financiera tendrá incidencia en la asignación de recursos del año siguiente.

SEXTA: El establecimiento se obliga a enviar al Servicio, mensualmente, a partir de esta fecha, un informe de la ejecución de las actividades asociadas al presente convenio, que deberá ser enviado dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente al informado. Este informe deberá incluir, al menos: estado de avance en la ejecución de actividades y la rendición financiera de la ejecución de los fondos traspasados que señale los medios verificados utilizados y cualquier otro antecedente que sea requerido por el Servicio.

El Servicio podrá solicitar al establecimiento, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

El Servicio, requerirá al establecimiento, 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.

SÉPTIMA: El Servicio velará aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Conjuntamente a ello, cada establecimiento deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado 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.

En caso de que el programa tenga continuidad, este incumplimiento será considerado en la determinación de los fondos asignados para el año siguiente.

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

NOVENA: El presente Protocolo de acuerdo tendrá vigencia desde el 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre del 2018.

Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes que dada la naturaleza del programa y en virtud de la necesidad de otorgar continuidad en la atención y prestación de salud, sólo para fines de la contratación del recurso humano, se dio inicio al presente programa a partir del 1 enero del 2018, atendido lo señalado en los dictámenes N°16.037/08 y N° 11.189/08, ambos de la Contraloría General de la República y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N° 19.880.

Por otro lado, y mediante convenios complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir al Hospital, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

DÉCIMA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Servicio tendrá la facultad de deducir de la transferencia mensual de atención primaria, el valor correspondiente a la parte pagada y no ejecutada del Programa.

DÉCIMA PRIMERA: El presente convenio se firma en 1 ejemplar, quedando en poder del Servicio de Salud.



D. OLIVETT CUEVAS HERRERA
DIRECTORA
HOSPITAL SALAMANCA



D. ERNESTO JORQUERA FLORES
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

SAC / CAE / JMO / CVA / BHO