



ORIGINAL
DIRECCIÓN S. SALUD COQUIMBO

SAC / MCR / ctz

RESOLUCIÓN EXENTA N° 2167,
LA SERENA, - 9 MAYO 2018

Int. N° 040

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 30/15 ambas de la Contraloría General de la República y D.S. N°22/15 del Ministerio de Salud; y

CONSIDERANDO:

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1353 del 29 de noviembre del 2017**, del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante del presente convenio, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante **Resolución exenta N° 83 del 19 de enero del 2018**, del Ministerio de Salud; dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1°. - **APRUEBASE** el convenio de fecha 02.05.2018 suscrito entre la **I. MUNICIPALIDAD DE PAIHUANO**, representado por su Alcalde D. **HERNAN AHUMADA AHUMADA** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director **D. ERNESTO JORQUERA FLORES**, relativo al Programa de Resolutividad en Atención Primaria de Salud 2018, según se detalla en el presente instrumento.

**CONVENIO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) 2018
PAIHUANO**

En La Serena a.....02.05.2018....., entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en Avda. Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director D. **ERNESTO JORQUERA FLORES**, del mismo domicilio, personería jurídica según D. S. N° 22, de fecha 23 de Febrero del 2015 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PAIHUANO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Balmaceda S/N, Paihuano, representada por su Alcalde D. **HERNAN AHUMADA AHUMADA** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N° 1830/16, en adelante la "Municipalidad" o el "Municipio", indistintamente, se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: Expresa su inciso 3° que "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° 154 de 2016, 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 Atención Primaria de Salud (APS).

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1353 del 29 de Noviembre del 2017**, del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante del presente convenio, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante **Resolución exenta N° 83 del 19 de enero del 2018**, del Ministerio de Salud.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:

- 1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:
- Médico Gestor
 - Oftalmología
 - Otorrinolaringología

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 **\$5.743.850 (cinco millones setecientos cuarenta y tres mil ochocientos cincuenta pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste, para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

QUINTA: El Municipio se compromete a utilizar y distribuir los recursos entregados en la cláusula cuarta del presente instrumento de la manera que a continuación se expone, para las siguientes actividades y metas:

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O META ANUAL	MONTO (\$) Subtítulo 24
1	COMPONENTE 1.1 Médico gestor	Nº CESFAM 5 horas Rural	1	615.000
	COMPONENTE 1.2 Oftalmología	Canasta Integral	100	3.857.500
	COMPONENTE 1.3 Otorrinolaringología	Canastas Integral	10	1.271.350
TOTAL COMPONENTE Nº 1 (\$)				\$5.743.850
TOTAL PROGRAMA (\$)				\$5.743.850

SEXTA: Los recursos serán transferidos por el Servicio a la Municipalidad, en representación del Ministerio de Salud en 2 cuotas, de la siguiente forma:

- a) La primera cuota, correspondiente al **70%** del total de los recursos, se transferirá una vez tramitada la resolución aprobatoria de este convenio.
- b) La segunda, corresponderá a un máximo del **30%** restante, monto que estará sujeto a la evaluación de cumplimiento de metas y será proporcional a éste, según se indica en la cláusula octava.

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

En este sentido, la municipalidad deberá velar porque los pacientes beneficiarios de este programa provengan en un 100% de la lista de espera (LE) de Oftalmología y Otorrinolaringología. La lista de espera por Consulta Nueva de Especialidad Médica, ingresadas con fecha igual o anterior al **31 de Octubre del 2017**.

En relación al Sistema de registro de este Programa, los establecimientos de APS estarán encargados de:

- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa.
- 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 en la comuna.
- Se deben registrar todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud y además registrar las interconsultas revisadas y validadas por el Médico Gestor.
- 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.
- Para las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador médico deberá estar registrado en la Superintendencia de Salud.
- Todas las prestaciones realizadas deben quedar registradas en ficha clínica, incluyendo las realizadas por compra de servicios. En esta última, el prestador deberá entregar un informe de atención a cada paciente, con copia al establecimiento de salud o comuna, el cual será incluido en ficha clínica. Este informe deberá ser entregado con un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.

OCTAVA: El Servicio está facultado a monitorear el avance del Programa de Resolutividad en APS, lo que se realizará 3 veces en el año, para el que la comuna deberá emitir informes en los siguientes periodos:

- a) El primero de ellos al 30 de abril, a fin de pesquisar dificultades y corregirlas oportunamente. El envío del Informe a la encargada del Servicio de Salud deberá efectuarse hasta el 10 mayo de 2018. En esta evaluación se requerirá el envío de un informe detallando, Horas de profesionales contratadas según estrategia, compra de servicios adjudicadas, según formato Anexo N° 3.
- b) El segundo al 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 el cumplimiento de la sumatoria de las ponderaciones de los respectivos componentes según el cuadro adjunto en Anexo N°2, es inferior al 50%, se aplicará la siguiente tabla de descuentos:

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

- c) El tercero y final al 31 de diciembre de 2018, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones según las metas comprometidas.

NOVENA: La Municipalidad 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 verificadores utilizados y cualquier otro antecedente que sea requerido por el Servicio.

El Servicio podrá solicitar a la Municipalidad, 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 ya sea en terreno o por medio de informe, control y evaluación del mismo.

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.

DÉCIMA: Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, según los componentes asignados:

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

• **Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:**

1. **Indicador:** Cumplimiento de la actividad proyectada en Consulta de Oftalmología, Otorrinolaringología.

- Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
- Medio de verificación: (REM / Programa)

2. **Indicador:** Porcentaje de Cumplimiento de la programación anual 2017 del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica y Otorrinolaringológica mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el Repositorio Ministerial disponible acordada en el convenio:

- Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica y Otorrinolaringológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el Repositorio Ministerial disponible y acordado en convenio vigente} / \text{Número de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología y Otorrinolaringológica según convenio vigente con el Servicio de Salud}) * 100$
- Medio de verificación: Repositorio Ministerial disponible.

DÉCIMA PRIMERA: El Servicio velará aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Conjuntamente a ello, cada municipalidad 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.

DÉCIMA SEGUNDA: Finalizado el período de vigencia del convenio y en caso que la evaluación final de cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos la Municipalidad reintegrar los recursos del convenio que no hayan sido ejecutados oportunamente, según lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 21.053.

En caso de prórroga de la vigencia del presente programa, este incumplimiento se tendrá en consideración a efectos de la asignación de fondos que corresponda al año siguiente.

DÉCIMA TERCERA: 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 CUARTA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del año 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.

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.

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

Firmas Ilegibles.

D. HERNAN AHUMADA AHUMADA
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD PAIHUANO

D. ERNESTO JORQUERA FLORES
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

2°. - **IMPUTESE**, el gasto que irroque el presente convenio al Ítem N° 24 – 03 – 298 “Atención Primaria, Ley 19.378”, del presupuesto del Servicio de Salud Coquimbo

ANOTESE Y COMUNIQUESE.




D. ERNESTO JORQUERA FLORES
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

DISTRIBUCIÓN:

- Archivo

UNIDAD GESTIÓN DEL USUARIO Y LISTAS DE ESPERA
AV.FCO. DE AGUIRRE 795 LA SERENA FONO: (51) 333848
FONO RED MINSAL: 513848
mary.cea@redsalud.gov.cl - mariana.fluxa@redsalud.gov.cl



**CONVENIO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) 2018
PAIHUANO**

02 MAY 2018

En La Serena a....., entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en Avda. Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director D. **ERNESTO JORQUERA FLORES**, del mismo domicilio, personería jurídica según D. S. N° 22, de fecha 23 de Febrero del 2015 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PAIHUANO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Balmaceda S/N, Paihuano, representada por su Alcalde D. **HERNAN AHUMADA AHUMADA** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N° 1830/16, en adelante la "Municipalidad" o el "Municipio", indistintamente, se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: Expresa su inciso 3° que "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° 154 de 2016, 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 Atención Primaria de Salud (APS).

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1353 del 29 de Noviembre del 2017**, del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante del presente convenio, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante **Resolución exenta N° 83 del 19 de enero del 2018**, del Ministerio de Salud.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:

- 1) **Componente 1: Especialidades Ambulatorias:**
- Medico Gestor
 - Oftalmología
 - Otorrinolaringología

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 **\$5.743.850 (cinco millones setecientos cuarenta y tres mil ochocientos cincuenta pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.



El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste, para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

QUINTA: El Municipio se compromete a utilizar y distribuir los recursos entregados en la cláusula cuarta del presente instrumento de la manera que a continuación se expone, para las siguientes actividades y metas:

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O META ANUAL	MONTO (\$) Subtítulo 24
1	COMPONENTE 1.1 Médico gestor	Nº CESFAM 5 horas Rural	1	615.000
	COMPONENTE 1.2 Oftalmología	Canasta Integral	100	3.857.500
	COMPONENTE 1.3 Otorrinolaringología	Canastas Integral	10	1.271.350
TOTAL COMPONENTE Nº 1 (\$)				\$5.743.850
TOTAL PROGRAMA (\$)				\$5.743.850

SEXTA: Los recursos serán transferidos por el Servicio a la Municipalidad, en representación del Ministerio de Salud en 2 cuotas, de la siguiente forma:

- La primera cuota, correspondiente al **70%** del total de los recursos, se transferirá una vez tramitada la resolución aprobatoria de este convenio.
- La segunda, corresponderá a un máximo del **30%** restante, monto que estará sujeto a la evaluación de cumplimiento de metas y será proporcional a éste, según se indica en la cláusula octava.

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

En este sentido, la municipalidad deberá velar porque los pacientes beneficiarios de este programa provengan en un 100% de la lista de espera (LE) de Oftalmología y Otorrinolaringología. La lista de espera por Consulta Nueva de Especialidad Médica, ingresadas con fecha igual o anterior al **31 de Octubre del 2017**.

En relación al Sistema de registro de este Programa, los establecimientos de APS estarán encargados de:

- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa.
- 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 en la comuna.
- Se deben registrar todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud y además registrar las interconsultas revisadas y validadas por el Médico Gestor.
- 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.
- Para las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador médico deberá estar registrado en la Superintendencia de Salud.
- Todas las prestaciones realizadas deben quedar registradas en ficha clínica, incluyendo las realizadas por compra de servicios. En esta última, el prestador deberá entregar un informe de atención a cada paciente, con copia al establecimiento de salud o comuna, el cual será incluido en ficha clínica. Este informe deberá ser entregado con un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.



OCTAVA: El Servicio está facultado a monitorear el avance del Programa de Resolutividad en APS, lo que se realizará 3 veces en el año, para el que la comuna deberá emitir informes en los siguientes períodos:

- a) El primero de ellos al 30 de abril, a fin de pesquisar dificultades y corregirlas oportunamente. El envío del Informe a la encargada del Servicio de Salud deberá efectuarse hasta el 10 mayo de 2018. En esta evaluación se requerirá el envío de un informe detallando, Horas de profesionales contratadas según estrategia, compra de servicios adjudicadas, según formato Anexo N° 3.
- b) El segundo al 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 el cumplimiento de la sumatoria de las ponderaciones de los respectivos componentes según el cuadro adjunto en Anexo N°2, es inferior al 50%, se aplicará la siguiente tabla de descuentos:

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

- c) El tercero y final al 31 de diciembre de 2018, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones según las metas comprometidas.

NOVENA: La Municipalidad 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 verificadores utilizados y cualquier otro antecedente que sea requerido por el Servicio.

El Servicio podrá solicitar a la Municipalidad, 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 ya sea en terreno o por medio de informe, control y evaluación del mismo.

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.

DÉCIMA: Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, según los componentes asignados:

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

• **Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:**

1. **Indicador:** *Cumplimiento de la actividad proyectada en Consulta de Oftalmología, Otorrinolaringología.*
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
2. **Indicador:** *Porcentaje de Cumplimiento de la programación anual 2017 del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica y Otorrinolaringológica mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el Repositorio Ministerial disponible acordada en el convenio:*



- Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de pacientes egresados por causal } 16 \text{ correspondiente a LE Oftalmológica y Otorrinolaringológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el Repositorio Ministerial disponible y acordado en convenio vigente / Número de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología y Otorrinolaringológica según convenio vigente con el Servicio de Salud}) * 100$

Medio de verificación: Repositorio Ministerial disponible.

DÉCIMA PRIMERA: El Servicio velará aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Conjuntamente a ello, cada municipalidad 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.

DÉCIMA SEGUNDA: Finalizado el período de vigencia del convenio y en caso que la evaluación final de cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos la Municipalidad reintegrar los recursos del convenio que no hayan sido ejecutados oportunamente, según lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 21.053.

En caso de prórroga de la vigencia del presente programa, este incumplimiento se tendrá en consideración a efectos de la asignación de fondos que corresponda al año siguiente.

DÉCIMA TERCERA: 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 CUARTA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del año 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.

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.

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



D. HERNAN AHUMADA AHUMADA
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD PAIHUANO



D. ERNESTO JORQUERA FLORES
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

SAC / CAA / PGG / CMA / MFG
PP



ANEXO N°1: Programa Resolutividad en Atención Primaria

COMPONENTE		PRODUCTOS ESPERADOS		CUMPLIMIENTO DEL OBJETIVO ESPECÍFICO N°1:		MEDIO DE VERIFICACIÓN	
<p>Componente 1: Resolución de especialidades ambulatorias</p> <p>Este componente considera la compra o entrega de prestaciones integrales en la Atención Primaria de Salud, a través del financiamiento destinado para tal efecto.</p> <p>Las actividades que contempla esta estrategia, de acuerdo al concepto de prestación integral, se consolidan en una "canasta integral" para cada una de las especialidades y están dirigidas a la resolución de patologías específicas que pueden ser abordadas de manera ambulatoria.</p> <p>Estrategias:</p> <p>1) Fomentar el acceso oportuno a prestaciones ambulatorias para el manejo de patologías en el ámbito de las siguientes especialidades, a los beneficiarios del sistema público de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oftalmología - Otorrinolaringología - Gastroenterología - Dermatología 		<p>Cumplimiento del Objetivo Específico N° 1:</p> <p>-Productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de listas de espera y tiempos de espera para atención de especialidad y realización de procedimientos diagnósticos. • Atención cercana al territorio geográfico de los beneficiarios • Atención resolutiva • Asegurar continuidad de atención en la Red local. 		<p style="text-align: center;">FORMULA DE CALCULO</p>		<p>Indicador 1: cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmológica, Otorrinolaringológica y procedimiento Gastroenterología.</p> <p>Formula Indicador: (N° de Consultas y procedimientos realizados por el Programa / N° de Consultas y procedimientos comprometidos en el Programa)*100</p> <p>Indicador 2: Cumplimiento de Tele Oftalmología y Tele Dermatología.</p> <p>Formula indicador: (N° de Consultas e Informes realizados / N° de Consultas e Informes programados)*100</p> <p>Indicador 3: % de cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio.</p> <p>Formula Indicador: (N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente/ N° de consultas de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringología según convenio vigente con el Servicio de salud) *100</p> <p>Indicador 4: Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de egreso por causal 16 y 17 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio:</p> <p>Formula de cálculo: (N° de pacientes egresados por causal 16 y 17 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente/ Número de procedimientos de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta programados como oferta de especialidad de Oftalmología y Gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud)*100</p>	
<p>Componente 2: Procedimientos cutáneos</p>		<p>-Productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución progresiva de la lista de espera • Disminución progresiva del tiempo de espera • Incremento absoluto del número de procedimientos resolutivos a nivel local 		<p>Indicador: Cumplimiento de actividad programada</p> <p>Formula de cálculo: (N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados/ N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos)*100</p> <p>Indicador: Cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio:</p> <p>Formula de cálculo: (N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneo quirúrgicos de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente/ N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programadas como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud)*100</p>		<p>Indicador N°2: Plataforma/Programa</p> <p>Indicador N°3: RNLE</p> <p>Indicador N°4: RNLE</p>	



ANEXO N° 2: Cuadro de Ponderaciones Según Componente

COMPONENTE	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META ANUAL	PESO RELATIVO ESTRATEGIA	PESO RELATIVO COMPONENTE
ESPECIALIDADES AMBULATORIAS	Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmológica y procedimiento Gastroenterología	<p>Numerador: N° de Consultas y procedimientos realizados por el Programa</p> <p>Denominador: N° de Consultas y procedimientos comprometidos en el Programa</p>	100%	20%	
	Cumplimiento de la actividad de Tele Oftalmología y Tele Dermatología	<p>Numerador: N° de Informes y consultas comprometidos</p> <p>Denominador: N° de Informes y consultas programadas</p>	100%	10%	
	% de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por 16 de la LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio.	<p>Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente</p> <p>Denominador: N° de consultas de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringología según convenio vigente con el Servicio de salud</p>	100%	50%	90%
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	Nota: considera LE comunal y establecimiento de AOS dependientes del Servicio de Salud, en relación a diagnósticos que aborda el programa.				
	Porcentaje de Cumplimiento de la programación anual de egreso por causal 16 y 17 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio	<p>Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 y 17 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente.</p> <p>Denominador: Número de procedimientos de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta programados como oferta de especialidad de Oftalmología y Gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud</p>	100%	20%	
	Cumplimiento de actividad programada	<p>Numerador: N° procedimientos quirúrgicos de baja complejidad realizados</p> <p>Denominador: N° de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos</p>	100%	50%	
PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	Cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordado en el convenio	<p>Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento quirúrgicos de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente</p> <p>Denominador: N° de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad programadas como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud</p>	100%	50%	10%

