



NAA/MFG /jpa.

**ORIGINAL**  
DIRECCIÓN S. SALUD COQUIMBO

**RESOLUCIÓN EXENTA N°** 1089,

**LA SERENA, 11 MAR. 2019**

**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 Decreto Exento N°102 de fecha 06 de junio de 2018 del Ministerio de Salud; y

**CONSIDERANDO:**

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 1284 del 28 de diciembre de 2018**, del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante de este convenio, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Los recursos para la ejecución del **PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2019**, han sido aprobados mediante **Resolución Exenta N° 136 del 08 febrero de 2019**; dicto la siguiente:

**RESOLUCIÓN:**

1°. - **APRUEBASE** el convenio de fecha 18.02.2019 suscrito entre la **I. MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO** representada por su Alcalde (S) **D. PATRICIO REYES ZAMBRANO** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director Subrogante **D. CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG**, relativo al Programa de Resolutividad en Atención Primaria de Salud 2019, según se detalla en el presente instrumento.

**CONVENIO**  
**PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2019**  
**COQUIMBO**

En La Serena a 18.02.2019, entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, representado por su Director Subrogante **D. CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG**, ambos domiciliados en Avda. Francisco de Aguirre N°795, La Serena, personería jurídica según Decreto Supremo N° 102, de fecha 6 de junio de 2018, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Avda. Alessandri N°271, El Llano, Coquimbo, representada por su Alcalde (S) **PATRICIO REYES ZAMBRANO** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°4347/16, 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 del 2015, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

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

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1284 del 28 de Diciembre del 2018**, del Ministerio de Salud, que se entiende forma parte integrante del presente convenio. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante Resolución N° 136, de fecha 8 de febrero de 2019, del Ministerio de Salud.

**TERCERA:** El Servicio de Salud, conviene en asignar al Establecimiento recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes componentes del "Programa de Resolutividad en APS":

**1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:**

- Medico Gestor
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Tele-Dermatología
- 

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

**CUARTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$174.950.040 (ciento setenta y cuatro millones novecientos cincuenta mil cuarenta pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior, conforme a los montos que ha asignado el Ministerio de Salud para ello.

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 sus establecimientos.

**QUINTA:** El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:



Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O META ANUAL	MONTO (\$) Subtitulo 24
1	COMPONENTE 1.1 Médico gestor	Nº CESFAM de 11 horas Urbano	6	\$8.868.300
		Nº CESFAM de 5 horas Rural	2	
	COMPONENTE 1.2 UAPO Oftalmológica	Operación 12 meses UAPO Continuidad + 22 Horas Tecnólogo Médico	1	\$100.185.000
		Consultas oftalmólogo Vicio de Refracción	500	
		Consultas Nuevas oftalmólogo Glaucoma	40	
		Controles oftalmólogo Glaucoma	100	
		Otras consultas oftalmólogo	600	
		<b>Total actividad oftalmólogo*</b>	<b>1.240</b>	
		Nº Lentes UAPO	2.928	
		Fármacos Glaucoma, insumos e instrumental oftalmológicos	1.520	
		Nº Lubricantes oculares Anual	2.976	
		Consultas Vicio Tecnólogo Médico	2.550	
	Otras Consultas Tecnólogo Médico	1.200		
	Nº Fondos de Ojo según PBC Diabéticas por Tecnólogo Médico	9000		
<b>Total actividad Tecnólogo Médico*</b>	<b>12.750</b>			
COMPONENTE 1.3 Otorrinolaringología	Canasta Integral	150	\$19.642.500	
COMPONENTE 1.4 Gastroenterología	Canasta Integral	280	\$27.940.000	
TOTAL COMPONENTE Nº 1 (\$)				<b>\$156.635.800</b>
2	COMPONENTE Nº 2.1 Cirugía	Procedimientos Cutáneos	730	\$18.314.240
TOTAL COMPONENTE Nº 2 (\$)				<b>\$18.314.240</b>
<b>TOTAL PROGRAMA (\$)</b>				<b>\$174.950.040</b>

**SEXTA:** 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:

- El 100% de los pacientes deberán provenir de la LE de Consulta Nueva de Especialidad Médica de Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al **31 de Diciembre del 2018** (se adjunta como anexo nómina de pacientes en LE). Los pacientes que reciban una prestación de cirugía menor también deberán provenir de la LE, por lo que deberán incorporarlos a SIREC 4.



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.

#### **Evaluación y Monitoreo:**

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

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al día **30 de abril 2019**. El envío del Informe a la encargada del Servicio de Salud será con corte al **10 mayo 2019**. 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° 1**.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al **31 de agosto del 2019**. 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 rebaja de acuerdo a tabla de cláusula séptima.

Los pacientes atendidos deberán provenir de la Lista de Espera registrada en SIGTE y el Departamento de Salud deberá acreditar que las atenciones realizadas se encuentran registradas en REM. Esta información deberá ser informada a la encargada del Servicio de Salud con plazo máximo **10 de octubre 2019**.

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

- **La tercera evaluación** y final, se efectuará al **31 de diciembre 2019**, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

Los recursos para equipamiento y/o implementación no serán sujetos de reliquidación, en el caso que se presente algún grado de ejecución de metas asociada a estos recursos.



En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar a MINSAL la no reliquidación del Programa, finalmente MINSAL determinará si procede o no a aceptar solicitudes de no reliquidación.

El grado de incumplimiento al corte de agosto, será considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

### **Informe de Cumplimiento y Reliquidación:**

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

Cada Servicio de Salud deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, Repositorio Ministerial disponible y plataformas por parte de los establecimientos respectivos.

### **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:  $(\text{N}^\circ \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / \text{N}^\circ \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
  - Medio de verificación: (REM 29/ 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 (SIGTE) acordada en el convenio:*
  - Fórmula de cálculo:  $(\text{N}^\circ \text{ de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica y Otorrinolaringológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el Repositorio Ministerial disponible y acordado en convenio vigente} / \text{Número de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología y Otorrinolaringológica según convenio vigente con el Servicio de Salud}) * 100$
  - Medio de verificación: Repositorio Ministerial disponible

#### ▪ **Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:**

1. **Indicador:** *Cumplimiento de actividad programada*
  - Fórmula de cálculo:  $(\text{N}^\circ \text{ procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados} / \text{N}^\circ \text{ de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}) * 100$
  - Medio de verificación: (SIGTE/Programa)
2. **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 SIGTE y acordado en el convenio:*
  - Fórmula de cálculo:  $(\text{N}^\circ \text{ de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneo quirúrgicos de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente} / \text{N}^\circ \text{ de$



procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programadas como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud)\*100

Medio de verificación: (SIGTE)

**Nota:** La Lista de espera de mayor antigüedad deberá resolverse por el programa, esta se establecerá de la existente en cada comuna y establecimientos de APS dependiente del Servicio de Salud. Solo en caso de no tener lista de espera antigua podrá abordar lista más reciente. La validación de los egresos requerirá el cumplir con la publicación de los registros de responsabilidad APS en el SIGTE, los medios de verificación asociados podrán ser auditados.

**SEPTIMA:** Los montos serán transferidos por el Servicio de Salud, en 2 cuotas: 70% una vez tramitada la resolución aprobatoria del presente convenio y el 30% restante de acuerdo al resultado de la evaluación de Agosto. Si el **cumplimiento total del programa es menor al 50%** se aplicará rebaja de acuerdo a tabla incorporada en cláusula séptima.

**OCTAVA:** Las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos.

Para tal efecto, el Municipio estará obligado de enviar al Servicio un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual y final de su inversión. Este informe deberá incluir, al menos: la individualización del personal contratado para su ejecución, con indicación del establecimiento en donde se desempeñan, profesión u oficio y número de horas contratadas y/o destinadas para los fines señalados.

El referido informe mensual deberá remitirse dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente al que se informa, incluso respecto de aquellos meses en que no exista inversión de los fondos traspasados, 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.

**NOVENA:** 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 a Rentas Generales de la Nación los recursos del convenio que no hayan sido ejecutados oportunamente, según lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 21.053.

**DECIMA:** 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 PRIMERA:** El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba hasta el 31 de diciembre del año 2019. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero de 2019 por razones de buen servicio, 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, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para la población beneficiaria del programa.

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 SEGUNDA:** Las partes acuerdan que el presente contrato se prorrogará automáticamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del año mismo.

Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.

**DECIMA TERCERA:** El presente convenio se firma en 1 ejemplar, quedando en poder del Servicio de Salud.

**FIRMA ILEGIBLE**

\_\_\_\_\_  
**PATRICIO REYES ZAMBRANO**  
**ALCALDE (S)**  
**I. MUNICIPALIDAD COQUIMBO**

\_\_\_\_\_  
**CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG**  
**DIRECTOR (s)**  
**SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**

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

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.**

  
  
**DUBY BLANCO HADI**  
**DIRECTORA(s)**  
**SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**

**DISTRIBUCIÓN:**  
- Archivo

\_\_\_\_\_  
Servicio De Salud Coquimbo, Subdepto. Apoyo Clínico y Diagnostico  
Av.Francisco de Aguirre # 795 La Serena  
Telefono : (51) 2333763 - 513763





**CONVENIO  
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2019  
COQUIMBO**

En La Serena a....., entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, representado por su Director Subrogante D. **CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG**, ambos domiciliados en Avda. Francisco de Aguirre N°795, La Serena, personería jurídica según Decreto Supremo N° 102, de fecha 6 de junio de 2018, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Avda. Alessandri N°271, El Llano, Coquimbo, representada por su Alcalde (S) **PATRICIO REYES ZAMBRANO** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°4347/16, 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 del 2015, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

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

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1284 del 28 de Diciembre del 2018**, del Ministerio de Salud, que se entiende forma parte integrante del presente convenio. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante Resolución N° 136, de fecha 8 de febrero de 2019, del Ministerio de Salud.

**TERCERA:** El Servicio de Salud, conviene en asignar al Establecimiento recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes componentes del "Programa de Resolutividad en APS":

**1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:**

- Médico Gestor
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Tele-Dermatología
- 

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





**CUARTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$174.950.040 (ciento setenta y cuatro millones novecientos cincuenta mil cuarenta pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior, conforme a los montos que ha asignado el Ministerio de Salud para ello.

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 sus establecimientos.

**QUINTA:** El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O META ANUAL	MONTO (\$) Subtitulo 24
1	COMPONENTE 1.1 Médico gestor	Nº CESFAM de 11 horas Urbano	6	\$8.868.300
		Nº CESFAM de 5 horas Rural	2	
	COMPONENTE 1.2 UAPO Oftalmológica	Operación 12 meses UAPO Continuidad + 22 Horas Tecnólogo Médico	1	\$100.185.000
		Consultas oftalmólogo Vicio de Refracción	500	
		Consultas Nuevas oftalmólogo Glaucoma	40	
		Controles oftalmólogo Glaucoma	100	
		Otras consultas oftalmólogo	600	
		<b>Total actividad oftalmólogo*</b>	<b>1.240</b>	
		Nº Lentes UAPO	2.928	
		Fármacos Glaucoma, insumos e instrumental oftalmológicos	1.520	
		Nº Lubricantes oculares Anual	2.976	
		Consultas Vicio Tecnólogo Médico	2.550	
		Otras Consultas Tecnólogo Médico	1.200	
		Nº Fondos de Ojo según PBC Diabéticas por Tecnólogo Médico	9000	
	<b>Total actividad Tecnólogo Médico*</b>	<b>12.750</b>		
COMPONENTE 1.3 Otorrinolaringología	Canasta Integral	150	\$19.642.500	
COMPONENTE 1.4 Gastroenterología	Canasta Integral	280	\$27.940.000	
<b>TOTAL COMPONENTE Nº 1 (\$)</b>				<b>\$156.635.800</b>
2	COMPONENTE Nº 2.1 Cirugía	Procedimientos Cutáneos	730	\$18.314.240
<b>TOTAL COMPONENTE Nº 2 (\$)</b>				<b>\$18.314.240</b>
<b>TOTAL PROGRAMA (\$)</b>				<b>\$174.950.040</b>



Vº  
JURADO  
DEPTO. SALUD

**SEXTA:** 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:

- El 100% de los pacientes deberán provenir de la LE de Consulta Nueva de Especialidad Médica de Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al **31 de Diciembre del 2018** (se adjunta como anexo nómina de pacientes en LE). Los pacientes que reciban una prestación de cirugía menor también deberán provenir de la LE, por lo que deberán incorporarlos a SIREC 4.

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.

### **Evaluación y Monitoreo:**

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

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al día **30 de abril 2019**. El envío del Informe a la encargada del Servicio de Salud será con corte al **10 mayo 2019**. 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° 1**.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al **31 de agosto del 2019**. 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 rebaja de acuerdo a tabla de cláusula séptima.

Los pacientes atendidos deberán provenir de la Lista de Espera registrada en SIGTE y el Departamento de Salud deberá acreditar que las atenciones realizadas se encuentran registradas en REM. Esta información deberá ser informada a la encargada del Servicio de Salud con plazo máximo **10 de octubre 2019**.

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



Vº  
JUNZO  
DEPTO. SALUD

- **La tercera evaluación** y final, se efectuará al **31 de diciembre 2019**, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

Los recursos para equipamiento y/o implementación no serán sujetos de reliquidación, en el caso que se presente algún grado de ejecución de metas asociada a estos recursos.

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar a MINSAL la no reliquidación del Programa, finalmente MINSAL determinará si procede o no a aceptar solicitudes de no reliquidación.

El grado de incumplimiento al corte de agosto, será considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

### **Informe de Cumplimiento y Reliquidación:**

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

Cada Servicio de Salud deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, Repositorio Ministerial disponible y plataformas por parte de los establecimientos respectivos.

### **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:  $(\text{N}^\circ \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / \text{N}^\circ \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
  - Medio de verificación: (REM 29/ 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 (SIGTE) acordada en el convenio:*
  - Fórmula de cálculo:  $(\text{N}^\circ \text{ de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica y Otorrinolaringológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el Repositorio Ministerial disponible y acordado en convenio vigente} / \text{Número de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología y Otorrinolaringológica según convenio vigente con el Servicio de Salud}) * 100$
  - Medio de verificación: Repositorio Ministerial disponible

#### ▪ **Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:**

1. **Indicador:** *Cumplimiento de actividad programada*
  - Fórmula de cálculo:  $(\text{N}^\circ \text{ procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados} / \text{N}^\circ \text{ de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}) * 100$
  - Medio de verificación: (SIGTE/Programa)



*[Handwritten signature]*  
 JURÍDICO  
 DEPTO. SALUD

2. **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 SIGTE y acordado en el convenio:
- Fórmula de cálculo:  $(N^{\circ} \text{ de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneo quirúrgicos de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente} / N^{\circ} \text{ de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programadas como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud}) * 100$
  - Medio de verificación: (SIGTE)

**Nota:** La Lista de espera de mayor antigüedad deberá resolverse por el programa, esta se establecerá de la existente en cada comuna y establecimientos de APS dependiente del Servicio de Salud. Solo en caso de no tener lista de espera antigua podrá abordar lista más reciente. La validación de los egresos requerirá el cumplir con la publicación de los registros de responsabilidad APS en el SIGTE, los medios de verificación asociados podrán ser auditados.

**SEPTIMA:** Los montos serán transferidos por el Servicio de Salud, en 2 cuotas: 70% una vez tramitada la resolución aprobatoria del presente convenio y el 30% restante de acuerdo al resultado de la evaluación de Agosto. Si el **cumplimiento total del programa es menor al 50%** se aplicará rebaja de acuerdo a tabla incorporada en cláusula séptima.

**OCTAVA:** Las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos.

Para tal efecto, el Municipio estará obligado de enviar al Servicio un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual y final de su inversión. Este informe deberá incluir, al menos: la individualización del personal contratado para su ejecución, con indicación del establecimiento en donde se desempeñan, profesión u oficio y número de horas contratadas y/o destinadas para los fines señalados.

El referido informe mensual deberá remitirse dentro de los primeros cinco (5) días hábiles del mes siguiente al que se informa, incluso respecto de aquellos meses en que no exista inversión de los fondos traspasados, 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.

**NOVENA:** 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 a Rentas Generales de la Nación los recursos del convenio que no hayan sido ejecutados oportunamente, según lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 21.053.

**DECIMA:** 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 PRIMERA:** El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba hasta el 31 de diciembre del año 2019. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero de 2019 por razones de buen servicio, 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, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para la población beneficiaria del programa.

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.



VTS  
JULIACO  
DEPTO. SALUD


**DÉCIMA SEGUNDA:** Las partes acuerdan que el presente contrato se prorrogará automáticamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del año mismo.

Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.

**DECIMA TERCERA:** El presente convenio se firma en 1 ejemplar, quedando en poder del Servicio de Salud.

  
  
PATRICIO REYES ZAMBRANO  
ALCALDE (S)  
I. MUNICIPALIDAD COQUIMBO

  
CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG  
DIRECTOR (s)  
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

  
KNM/MOC/PGG/JHV/MFG

  
VºBº  
JURÍDICO  
DEPTO. SALUD







**ANEXO N°2: Cuadro de Ponderaciones Según Componente**

COMPONENTE	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META ANUAL	PESO RELATIVO ESTRATEGIA	PESO RELATIVO COMPONENTE
<b>ESPECIALIDADES AMBULATORIAS</b>	Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmológica, Otorrinolaringológica y procedimiento Gastroenterología	<b>Numerador:</b> N° de Consultas y procedimientos realizados por el Programa. <b>Denominador:</b> N° de consultas y procedimientos comprometidos en el Programa	100%	30%	90%
	Cumplimiento de la actividad de Tele Oftalmología y Tele Dermatología	<b>Numerador:</b> N° de informes y consultas comprometidos <b>Denominador:</b> N° de informes y consultas Programados	100%	25%	
	% de cumplimiento de la programación del año 2019 del egreso por causal 16 de la LE Oftalmología, Otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio.	<b>Numerador:</b> 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 SIGTE y acordada en convenio vigente. <b>Denominador:</b> N° de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud	100%	20%	
	Nota: Considera LE comunal y establecimiento de APS dependiente del Servicio de Salud, en relación a diagnósticos que abordan el programa.				
<b>PROCEDIMIENTOS CUTANEOS QUIRURGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD</b>	% de cumplimiento de la programación del año 2019 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio.	<b>Numerador:</b> N° de pacientes egresados por causales 16 y 17 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en convenio vigente. <b>Denominador:</b> N° de procedimientos de Fono de ojo y Endoscopia Digestiva Alta programados como oferta de especialidad de Oftalmología y Gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud.	100%	15%	10%
	Nota: Considera LE comunal y establecimiento de APS dependiente del Servicio de Salud				
	Indicador: Cumplimiento de actividad programada	<b>Numerador:</b> N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados. <b>Denominador:</b> N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos.	100%	70%	
	% de cumplimiento de la programación del año 2019 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 SIGTE y acordada en el convenio.	<b>Numerador:</b> N° de pacientes egresados por causal 16 correspondientes a LE procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en convenio vigente. <b>Denominador:</b> N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud.	100%	30%	