



NAA / MFG / rsg

ORIGINAL

DIRECCIÓN S. SALUD COQUIMBO

RESOLUCIÓN EXENTA N° 983,

LA SERENA,

- 8 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: 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., dicto lo siguiente:

RESOLUCIÓN:

1°.- **APRUEBASE** el Convenio de fecha 25.02.2019, suscrito entre la **MUNICIPALIDAD DE OVALLE**, representada por su Alcalde **CLAUDIO RENTERIA LARRONDO** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director (S) **D. CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG**, Programa de Resolutividad.

CONVENIO

PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2019

OVALLE

En La Serena a 25.02.2019, 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 OVALLE**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Vicuña Mackenna N°441, Ovalle, representada por su Alcalde **D. CLAUDIO RENTERIA LARRONDO** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°9015/16, 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 **\$179.640.797 (ciento setenta y nueve millones seiscientos cuarenta mil setecientos noventa y siete 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 (\$) Subtítulo 24
1	COMPONENTE 1.1 Médico gestor	Nº CESFAM de 11 horas Urbano	4	\$5.067.600
	COMPONENTE 1.2 UAPO Oftalmológica	Operación 12 meses UAPO Continuidad + 22 Horas Tecnólogo Médico	1	\$91.040.637
		Consultas oftalmólogo Vicio de Refracción	700	
		Consultas Nuevas oftalmólogo Glaucoma	20	
		Controles oftalmólogo Glaucoma	40	
		Otras consultas oftalmólogo	640	
		Total actividad oftalmólogo*	1.400	
		Nº Lentes UAPO	2.784	
		Fármacos Glaucoma, insumos e instrumental oftalmológicos	640	
		Nº Lubricantes oculares Anual	3.360	
		Consultas Vicio Tecnólogo Médico	2.200	
		Otras Consultas Tecnólogo Médico	1.100	
		Nº Fondos de Ojo según PBC Diabéticas por Tecnólogo Médico	4500	
		Total actividad Tecnólogo Médico*	7800	
COMPONENTE 1.3 Otorrinolaringología	Canasta Integral	300	\$39.285.000	
COMPONENTE 1.4 Gastroenterología	Canasta Integral	280	\$27.940.360	
			TOTAL COMPONENTE Nº 1 (\$)	\$163.333.597
2	COMPONENTE Nº 2.1 Cirugía	Procedimientos Cutáneos	650	\$16.307.200
			TOTAL COMPONENTE Nº 2 (\$)	\$16.307.200
TOTAL PROGRAMA (\$)				\$179.640.797

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 Departamentos de Salud 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 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

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: (N° de Consultas realizadas por el Programa / N° 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:(N° 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 / 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:(N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados/ N° 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:(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 SIGTE 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
 - 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 la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2ª 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

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 7º 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.

Firmas Ilegibles

CLAUDIO RENTERIA LARRONDO
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD OVALLE

CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG
DIRECTOR (s)
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



DISTRIBUCIÓN:

-Archivo





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

25 FEB. 2019

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 OVALLE**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Vicuña Mackenna N°441, Ovalle, representada por su Alcalde **D. CLAUDIO RENTERIA LARRONDO** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°9015/16, 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 **\$179.640.797 (ciento setenta y nueve millones seiscientos cuarenta mil setecientos noventa y siete 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	4	\$5.067.600
	COMPONENTE 1.2 UAPO Oftalmológica	Operación 12 meses UAPO Continuidad + 22 Horas Tecnólogo Médico	1	\$91.040.637
		Consultas oftalmólogo Vicio de Refracción	700	
		Consultas Nuevas oftalmólogo Glaucoma	20	
		Controles oftalmólogo Glaucoma	40	
		Otras consultas oftalmólogo	640	
		Total actividad oftalmólogo*	1.400	
		Nº Lentes UAPO	2.784	
		Fármacos Glaucoma, insumos e instrumental oftalmológicos	640	
		Nº Lubricantes oculares Anual	3.360	
		Consultas Vicio Tecnólogo Médico	2.200	
		Otras Consultas Tecnólogo Médico	1.100	
		Nº Fondos de Ojo según PBC Diabéticas por Tecnólogo Médico	4500	
		Total actividad Tecnólogo Médico*	7800	
COMPONENTE 1.3 Otorrinolaringología	Canasta Integral	300	\$39.285.000	
COMPONENTE 1.4 Gastroenterología	Canasta Integral	280	\$27.940.360	
TOTAL COMPONENTE Nº 1 (\$)				\$163.333.597
2	COMPONENTE Nº 2.1 Cirugía	Procedimientos Cutáneos	650	\$16.307.200
TOTAL COMPONENTE Nº 2 (\$)				\$16.307.200
TOTAL PROGRAMA (\$)				\$179.640.797



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 Departamentos de Salud 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 la siguiente tabla de descuentos:

Porcentaje cumplimiento programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2° 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



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



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

1. **Indicador:** Cumplimiento de actividad programada
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados} / N^{\circ} \text{ de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}) * 100$
 - 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: $(N^{\circ} \text{ de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneo quirúrgico de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente} / N^{\circ} \text{ de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programadas como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud}) * 100$
 - 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 la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2° 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

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.



CLAUDIO RENTERÍA LARRONDO
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD OVALLE



CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG
DIRECTOR (s)
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

NAA/MOC/PGG/JHV/MFG 


SERVICIO DE SALUD
OFICINA DE PARTES
COQUIMBO



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, Otorrinolaringológica y procedimiento Gastroenterología	Numerador: N° de Consultas y procedimientos realizados por el Programa. Denominador: N° de consultas y procedimientos comprometidos en el Programa.	100%	30%	90%
	Cumplimiento de la actividad de Tele Oftalmología y Tele Dermatología	Numerador: N° de informes y consultas comprometidos Denominador: 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. Nota: Considera LE comunal y establecimiento de APS dependiente del Servicio de Salud, en relación a diagnósticos que abordan el programa.	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 el SIGTE y acordada en convenio vigente. Denominador: N° de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud	100%	20%	
PROCEDIMIENTOS CUTANEOS QUIRURGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	% 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. Nota: Considera LE comunal y establecimiento de APS dependiente del Servicio de Salud	Numerador: 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. Denominador: N° 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%	15%	10%
	Indicador: Cumplimiento de actividad programada	Numerador: N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados. Denominador: 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. Nota: Considera LE comunal y establecimiento del Servicio de Salud	Numerador: 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. Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud.	100%	30%	