

NAA/MFG/jpa.

ORIGINAL
DIRECCIÓN S. SALUD COQUIMBO

RESOLUCIÓN EXENTA N° 1086,

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 28.02.2019 suscrito entre la **HOSPITAL DE VICUÑA** representada por su Director Subrogante **D. ALEJANDRO IGLESIAS MANRIQUEZ** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Directora Subrogante **D. CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG**, relativo al Programa de Resolutividad en Atención Primaria de Salud 2019, según se detalla en el presente instrumento.



PROTOCOLO DE ACUERDO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) 2019
HOSPITAL VICUÑA

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 el **HOSPITAL DE VICUÑA**, representado por su Director Subrogante **D. ALEJANDRO IGLESIAS MANRIQUEZ**, ambos domiciliados en Arturo Prat N°591, Vicuña, en adelante el "Hospital" o el "Establecimiento", indistintamente, se ha acordado celebrar un Protocolo de Acuerdo, que consta de las siguientes cláusulas.

PRIMERA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas y de la modernización de la Atención Primaria, incorporándola 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 el Hospital de la Familia y Comunidad, con el objeto de mejorar la capacidad resolutiva en dicho nivel de atención, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica en la atención de especialidad, considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos y de control epidemiológico, con un enfoque integral y de Salud Familiar.

SEGUNDA: 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:

- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Tele-Dermatología
-

2) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad



CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Establecimiento, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$21.055.757.-(veintiún millones cincuenta y cinco mil setecientos cincuenta y siete pesos)**, los cuales corresponden al Subtítulo 22, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

El Establecimiento 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, se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

QUINTA: El establecimiento 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	MONTO TOTAL SUBT. 22 (\$)
1	COMPONENTE 1.1	Canastas oftalmológicas	120	4.767.840
	COMPONENTE 1.2	Canastas gastroenterología	55	5.488.285
	COMPONENTE 1.3	Canastas otorrinolaringología	60	7.857.000
	COMPONENTE 1.4	Consultas Tele dermatología	70	684.712
		Canastas Tele dermatología	28	
TOTAL COMPONENTE N° 1:				\$18.797.837
2	COMPONENTE 2.1	Procedimientos cutáneos	90	2.257.920
TOTAL COMPONENTE N° 2:				\$2.257.920
TOTAL COMPONENTES:				\$21.055.757

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 o se sometan a una Endoscopia Digestiva Alta también deberán provenir de la LE, por lo que deberán incorporarlos a SIREC 4.



En relación al Sistema de registro de este Programa, los Hospitales de baja Complejidad 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.
- 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 contratados según estrategia, compra de servicios adjudicadas, según formato **Anexo N° 1**.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al **31 de agosto del 2018**. 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 2018**, 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, el establecimiento podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud, 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 transferido 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.

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 Establecimiento 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: 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, la individualización del personal contratado para su ejecución, con indicación del establecimiento en donde se desempeñará, profesión u oficio y número de horas contratadas y/o destinadas para los fines señalados y cualquier otro antecedente que sea requerido por el Servicio.

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 protocolo, en caso que la evaluación final de cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, se tendrá en consideración para efectos de asignación de fondos correspondientes al año siguiente.

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



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

ALEJANDRO IGLESIAS MANRIQUEZ
DIRECTOR(s)
HOSPITAL VICUÑA

CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG
DIRECTOR(s)
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

2°.- **IMPUTESE**, el gasto que irroge 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. de Gestion hospitalaria y de la Demanda
Av.Francisco de Aguirre # 795 La Serena
Telefono : (51) 2333782 - 513782





**PROTOCOLO DE ACUERDO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) 2019
HOSPITAL VICUÑA**

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 el **HOSPITAL DE VICUÑA**, representado por su Director Subrogante **D. ALEJANDRO IGLESIAS MANRIQUEZ**, ambos domiciliados en Arturo Prat N°591, Vicuña, en adelante el "Hospital" o el "Establecimiento", indistintamente, se ha acordado celebrar un Protocolo de Acuerdo, que consta de las siguientes cláusulas.

PRIMERA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas y de la modernización de la Atención Primaria, incorporándola 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 el Hospital de la Familia y Comunidad, con el objeto de mejorar la capacidad resolutiva en dicho nivel de atención, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica en la atención de especialidad, considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos y de control epidemiológico, con un enfoque integral y de Salud Familiar.

SEGUNDA: 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:

- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Tele-Dermatología
-

2) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Establecimiento, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$21.055.757.-(veintiún millones cincuenta y cinco mil setecientos cincuenta y siete pesos)**, los cuales corresponden al Subtítulo 22, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.



El Establecimiento 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, se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

QUINTA: El establecimiento 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	MONTO TOTAL SUBT. 22 (\$)
1	COMPONENTE 1.1	Canastas oftalmológicas	120	4.767.840
	COMPONENTE 1.2	Canastas gastroenterología	55	5.488.285
	COMPONENTE 1.3	Canastas otorrinolaringología	60	7.857.000
	COMPONENTE 1.4	Consultas Tele dermatología	70	684.712
		Canastas Tele dermatología	28	
TOTAL COMPONENTE N° 1:				\$18.797.837
2	COMPONENTE 2.1	Procedimientos cutáneos	90	2.257.920
TOTAL COMPONENTE N° 2:				\$2.257.920
TOTAL COMPONENTES:				\$21.055.757

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 o se sometan a una Endoscopia Digestiva Alta también deberán provenir de la LE, por lo que deberán incorporarlos a SIREC 4.

En relación al Sistema de registro de este Programa, los Hospitales de baja Complejidad 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.
- 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 contratados según estrategia, compra de servicios adjudicadas, según formato **Anexo N° 1**.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al **31 de agosto del 2018**. 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 2018**, 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, el establecimiento podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud, 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 transferido 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.

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 Establecimiento 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: 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, la individualización del personal contratado para su ejecución, con indicación del establecimiento en donde se desempeñará, profesión u oficio y número de horas contratadas



y/o destinadas para los fines señalados y cualquier otro antecedente que sea requerido por el Servicio.

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 protocolo, en caso que la evaluación final de cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, se tendrá en consideración para efectos de asignación de fondos correspondientes al año siguiente.

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


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.


ALEJANDRO IGLESIAS MARIQUEZ
DIRECTOR(S)
HOSPITAL VICUÑA


DIRECTOR
DEL SERVICIO
IV REGION
CLAUDIO ARRIAGADA MOMBORG
DIRECTOR(S)
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

NAA/MDC/JVO/JHV/MFG

