



ORIGINAL
DIRECCIÓN S. SALUD COQUIMBO

NAA / MGR / MFG / rsg

RESOLUCIÓN EXENTA N° 1454 /

LA SERENA, 17 MAR. 2020

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°30/2015, N° 7/2019 y 8/2019 de la Contraloría General de la República, Decreto Supremo N°15 de fecha 08 de marzo de 2019 del Ministerio de Salud; y

CONSIDERANDO:

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°36 del 17 de Enero de 2020**, del Ministerio de Salud, que se entiende forma parte integrante del presente convenio. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante Resolución N° 70, de fecha 19 de febrero de 2020, del Ministerio de Salud; dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1°. - **APRUEBASE** el convenio de fecha 04.03.2020 suscrito entre la **I. MUNICIPALIDAD DE LOS VILOS**, representada por su Alcalde D. **MANUEL MARCARIAN JULIO** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director D. **CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG**, relativo al Programa de Resolutividad en APS 2020, según se detalla en el presente instrumento.

**CONVENIO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2020
LOS VILOS**

En La Serena a.....04.03.2020....., entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, representado por su Director D. **CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG**, ambos domiciliados en Avda. Francisco de Aguirre N°795, La Serena, personería jurídica según Decreto Supremo N° 15, de fecha 8 de marzo de 2019, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOS VILOS**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Lincoyán N°255, Los Vilos, representada por su Alcalde D. **MANUEL MARCARIAN JULIO** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N° 8031, de fecha 06 de diciembre de 2016, 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°36 del 17 de Enero del 2020**, del Ministerio de Salud, que se entiende forma parte integrante del presente convenio. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante Resolución N° 70, de fecha 19 de febrero de 2020, 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 **\$6.288.210 (seis millones doscientos ochenta y ocho mil doscientos diez 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	5 horas rural	1	649.920
	COMPONENTE 1.2 Oftalmología	Canasta Integral	110	4.484.150
	COMPONENTE 1.4 Tele-Dermatología	Consulta Tele-dermatología	76	1.154.140
		Canasta Tele-dermatología	46	
TOTAL COMPONENTE Nº 1 (\$)				\$6.288.210
TOTAL PROGRAMA (\$)				\$6.288.210

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 2019** (se adjunta como anexo nómina de pacientes en LE). Al 31 de julio de 2020 deberán encontrarse **egresados de LE todos los casos** con ingreso anterior al año 2019. 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, las cuales deberán provenir de SIGTE.
- 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 e ingresarlas al SIGTE, según normativa vigente.
- Se deben registrar todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud, las que además deberán ser 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 2020**. El envío del Informe a la encargada del Servicio de Salud será con corte al **10 mayo 2020**. 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 julio del 2020**. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de septiembre, si es que su cumplimiento es inferior al 50%, de acuerdo con el siguiente cuadro:



Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Peso final estrategia
1. Resolución Especialidades Ambulatorias. Peso relativo componente 85%	1.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología, otorrinolaringología y procedimientos gastroenterología. Meta anual 100% cumplimiento.	• Numerador: N° consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología realizadas por el Programa de Salud • Denominador: N° de consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología comprometidos en el Programa de Salud.	20%
	1.2 Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y teledermatología. Meta anual 100% cumplimiento.	• Numerador: N° informes de consultas realizadas e informadas de tele oftalmología y teledermatología. Denominador: N° de informes y consultas de tele oftalmología y tele dermatología programadas.	20%
	1.3 Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causal 17* y 19* de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el SS en el SIGTE y acordada en este Programa de Salud. Meta anual 100% cumplimiento.	• Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causales 17* y 19* de LE dermatológica; todas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE. Denominador: N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología.	25%
	1.4 Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE por procedimientos de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta (EDA), ambas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud. Meta anual: 100% cumplimiento	• Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16*, 17* y 19* correspondiente a LE procedimiento fondo de ojo y por causal 16* correspondiente a LE procedimientos EDA; ambos de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE. • Denominador: N° de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología.	20%
2. Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad. Peso relativo componente 15%	2.1 Cumplimiento de la actividad programada.	• Numerador: N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados. • Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados.	10%
	2.2 Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE por procedimientos de cirugía menor ambulatoria, de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud. Meta anual: 100% cumplimiento	• Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por SS en SIGTE. • Denominador: N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta.	5%

Además, si al 31 de julio de 2020 no se encuentran egresados de LE de Oftalmología todos los casos con ingreso anterior al año 2019, se descontará el 20% de la última remesa.

En relación a esto último, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de julio del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas o con el egreso de pacientes en LE desde 2018 hacia atrás.

- La tercera evaluación y final, se efectuará al 31 de diciembre 2020, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas y deberá haberse egresado de SIGTE a todos los pacientes ingresados a LE hasta el año 2019.

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 con 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.

Con todo, dicha excepcionalidad no será aplicable a la meta de egreso de LE por anualidad.

El grado de incumplimiento al corte de julio, 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 Septiembre hacia aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de julio del año correspondiente.

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



INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

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

- a. **Indicador N° 1:** Cumplimiento de la actividad proyectada en Consultas de Oftalmología, Otorrinolaringología y procedimientos gastroenterología.
 - Fórmula de cálculo: (N° de Consultas y procedimientos realizadas por el Programa / N° de Consultas y procedimientos comprometidos en el Programa)*100
 - Medio de verificación: (REM A29/ Programa)
- b. **Indicador N° 2:** Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y teledermatología
 - Fórmula de cálculo: (N° de informes de Consultas realizadas e informadas / N° de informes y Consultas programadas)*100
 - Medio de verificación: (plataforma web indicada por MINSAL y/o plataforma local/ Programa)
- c. **Indicador N° 3:** Porcentaje de Cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica y Otorrinolaringológica y causales 17 Y 19 de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en el convenio:
 - Fórmula de cálculo:(N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica y Otorrinolaringológica y causales 17 y 19 de LE dermatológica; todas de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE / Número de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringología y dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud)*100
 - Medio de verificación: (SIGTE/Programa)
- d. **Indicador N° 4:** Porcentaje de Cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16 de la LE por procedimientos de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta (EDA), ambas de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en el convenio:
 - Fórmula de cálculo:(N° de pacientes egresados por causal 16, 17 y 19 correspondiente a LE procedimientos de fondo de ojo y por causal 16 correspondiente a LE procedimientos EDA; ambas de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE / Número de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de Oftalmología y gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud)*100
 - Medio de verificación: (SIGTE/Programa)

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

- e. **Indicador N°5:** 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: (REM A29/Programa)
- f. **Indicador N°6:** 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 / N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud)*100
 - Medio de verificación: (SIGTE/Convenio)

Nota: La Lista de espera de mayor antigüedad deberá resolverse por el Programa, ésta 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 en octubre, de acuerdo con los resultados de la evaluación con corte julio. De acuerdo al **cumplimiento total del programa** se aplicarán rebajas de acuerdo a la siguiente tabla:

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

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: 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 quince (15) 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° 21.192.

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 el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del año 2020. 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

D. YERKO GALLEGUILLOS OSSANDON
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD LA HIGUERA

D. CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

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

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



[Handwritten signature]
CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

DISTRIBUCIÓN:

- Archivo





PROTOCOLO DE ACUERDO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) 2020
HOSPITAL LOS VILOS

04 MAR. 2020

En La Serena a....., entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, representado por su Director D. **CLAUDIO ARRIAGADA MOMBERG**, ambos domiciliados en Avda. Francisco de Aguirre N°795, La Serena, personería jurídica según Decreto Supremo N° 15, de fecha 8 de marzo de 2019, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y el **HOSPITAL DE LOS VILOS**, representado por su Director **DR. MATIAS MIRANDA FLORES**, ambos domiciliados en Arauco S/N, Los Vilos, 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°36 del 17 de Enero del 2020**, del Ministerio de Salud, que se entiende forma parte integrante del presente convenio. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante Resolución N° 70, de fecha 19 de febrero de 2020, del Ministerio de Salud.

TERCERA: El Servicio de Salud, conviene en asignar al Establecimiento recursos destinados a financiar todos o algunos de los 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 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 **\$27.617.230 (veintisiete millones seiscientos diecisiete mil doscientos treinta 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	300	12.229.500
	COMPONENTE 1.2	Canastas gastroenterología	40	4.095.280
	COMPONENTE 1.3	Canastas otorrinolaringología	50	6.717.750
	COMPONENTE 1.4	Consultas Tele dermatología	150	2.258.100
		Canastas Tele dermatología	90	
TOTAL COMPONENTE N° 1:				\$25.300.630
2	2.316.600	Procedimientos cutáneos	90	2.316.600
TOTAL COMPONENTE N° 2:				\$2.316.600
TOTAL COMPONENTES:				\$27.617.230

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 2019** (se adjunta como anexo nómina de pacientes en LE). Al 31 de julio de 2020 deberán encontrarse **egresados de LE todos los casos** con ingreso anterior al año 2019. 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, las cuales deberán provenir de SIGTE o SIREC 4, según corresponda.
- 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 e ingresarlas al SIGTE, según normativa vigente.
- Se deben registrar todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud, las que además deberán ser 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 2020**. El envío del Informe a la encargada del Servicio de Salud será con corte al **10 mayo 2020**. 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 julio del 2020**. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de septiembre, si es que su cumplimiento es inferior al 50%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Peso final estrategia
1. Resolución Especialidades Ambulatorias: Peso relativo componente 80%	1.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología, otorrinolaringología y procedimientos gastroenterología. Meta anual 100% cumplimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Numerador:</i> N° consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología realizadas por el Programa de Salud • <i>Denominador:</i> N° de consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología comprometidos en el Programa de Salud. 	20%
	1.2 Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y tele dermatología. Meta anual 100% cumplimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Numerador:</i> N° informes de consultas realizadas e informadas de tele oftalmología y tele dermatología. • <i>Denominador:</i> N° de informes y consultas de tele oftalmología y tele dermatología programadas. 	20%
	1.3 Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causal 17* y 19* de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el SS en el SIGTE y acordada en este Programa de Salud. Meta anual 100% cumplimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Numerador:</i> N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causales 17* y 19* de LE dermatológica; todas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE. • <i>Denominador:</i> N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología. 	20%

	1.4 Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE por procedimientos de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta (EDA), ambas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud. Meta anual: 100% cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16*, 17* y 19* correspondiente a LE procedimiento fondo de ojo y por causal 16* correspondiente a LE procedimientos EDA; ambos de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE. • Denominador: N° de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología. 	20%
2. Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad. Peso relativo componente 20%	2.1 Cumplimiento de la actividad programada.	<ul style="list-style-type: none"> • Numerador: N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados. • Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados. 	10%
	2.2 Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE por procedimientos de cirugía menor ambulatoria, de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud. Meta anual: 100% cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por SS en SIGTE. • Denominador: N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta. 	10%

Además, si al 31 de julio de 2020 no se encuentran egresados de LE todos los casos con ingreso anterior al año 2019, **se descontará el 20% de la última remesa.**

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 2020.**

En relación a esto último, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de julio del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas o con el egreso de pacientes en LE desde 2018 hacia atrás.

- **La tercera evaluación** y final, se efectuará al **31 de diciembre 2020**, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas y deberá haberse egresado de SIGTE a todos los pacientes ingresados a LE hasta el año 2019.

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 con 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.

Con todo, dicha excepcionalidad no será aplicable a la meta de egreso de LE por anualidad.

El grado de incumplimiento al corte de julio, 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 Septiembre hacia aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de julio del año correspondiente.

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

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

▪ Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:

a. Indicador N° 1: *Cumplimiento de la actividad proyectada en Consultas de Oftalmología, Otorrinolaringología y procedimientos gastroenterología.*

- *Fórmula de cálculo:* (N° de Consultas y procedimientos realizadas por el Programa / N° de Consultas y procedimientos comprometidos en el Programa)*100
- Medio de verificación: (REM A29/ Programa)

b. Indicador N° 2: *Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y teledermatología*

- *Fórmula de cálculo:* (N° de informes de Consultas realizadas e informadas / N° de informes y Consultas programadas)*100

- Medio de verificación: (plataforma web indicada por MINSAL y/o plataforma local/ Programa)

c. Indicador N° 3: *Porcentaje de Cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica y Otorrinolaringológica y causales 17 Y 19 de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en el convenio:*

- *Fórmula de cálculo:*(N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica y Otorrinolaringológica y causales 17 y 19 de LE dermatológica; todas de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE / Número de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringología y dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud)*100
- Medio de verificación: (SIGTE/Programa)

d. Indicador N° 4: *Porcentaje de Cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16 de la LE por procedimientos de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta (EDA), ambas de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en el convenio:*

- *Fórmula de cálculo:*(N° de pacientes egresados por causal 16, 17 y 19 correspondiente a LE procedimientos de fondo de ojo y por causal 16 correspondiente a LE procedimientos EDA; ambos de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE / Número de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de Oftalmología y gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud)*100
- Medio de verificación: (SIGTE/Programa)



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

e. Indicador N°5: 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: (REM A29/Programa)

f. Indicador N°6: 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: $(\text{N}^\circ \text{ de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneo quirúrgicos de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE} / \text{N}^\circ \text{ de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud}) * 100$
- Medio de verificación: (SIGTE/Convenio)

Nota: La Lista de espera de mayor antigüedad deberá resolverse por el Programa, ésta 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 en octubre, de acuerdo con los resultados de la evaluación con corte julio. De acuerdo al **cumplimiento total del programa** se aplicarán rebajas de acuerdo a la siguiente tabla:

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

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: 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 quince (15) 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° 21.192.-



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 2020. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refieren las cláusulas anteriores, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero de 2020 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 protocolos complementarios podrán modificarse anualmente los montos a transferir al Hospital 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.



[Signature]
DR. MATIAS MIRANDA FLORES
DIRECTOR
HOSPITAL LOS VILOS



[Signature]
CLAUDIO ARRIAGADA MOMBORG
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

[Signature]
AAC/NAA/MOC/CCV/MCR/MFG





ANEXO N° 1: Cuadro Evaluación Primer Corte

HOSPITAL DE XXXXX	Oftalmología				Otorrinolaringología		Gastroenterología		Procedimientos los quirúrgicos de baja complejidad	Observaciones
	Oftalmólogo	Tecnólogo Médico	Canasta Integral Adjudicada	SI/No Fecha comienzo prestación	Canasta Integral Adjudicada	SI/No Fecha comienzo prestación	Licitación Adjudicada (SI/NO)	Fecha comienzo prestación	Convenios ingresados (SI/NO)	