



NAA / MCR / MPG / ctz.

ORIGINAL
DIRECCION S. SALUD COQUIMBO

RESOLUCIÓN EXENTA N° 1331,

LA SERENA, 31 MAR. 2021

Int N° 31

VISTOS:

El D.F.L. N°1/2005, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.S. N°2.753 de 1979, D.S. N°140/2004, sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, la Resolución N°7/2019 y N° 16/2020, ambas de la Contraloría General de la República, Resolución Exenta N° 104, del 2 de febrero de 2021, del Ministerio de Salud, que aprueba Programa de Resolutividad en Atención Primaria y Decreto Exento N° 01, de fecha 08 de enero de 2021, del Ministerio de Salud, en relación con la Resolución Exenta RA 428/8/2020 del Servicio de Salud Coquimbo; y

CONSIDERANDO

1. Que, el Servicio y el Municipio establecieron un convenio con el propósito de que la población que se atiende en los establecimientos de APS acceda con mayor oportunidad a una atención médica de especialidad cercana, integral y de calidad a través de estrategias de fortalecimiento de la APS.
2. Que, considerando lo expuesto y en virtud de las atribuciones de mi cargo, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1°.- **APRUÉBESE** el convenio de fecha 26.02.2021 suscrito entre la **MUNICIPALIDAD DE SALAMANCA**, representada por su Alcalde **D. FERNANDO GALLARDO PEREIRA** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director (S) **D. EDGARDO GONZALEZ MIRANDA**, relativo al Programa de Resolutividad en APS 2021, según se detalla en el presente instrumento.

CONVENIO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2021
SALAMANCA

En La Serena a26.02.2021....., entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, representado por su Director Subrogante **D. EDGARDO GONZÁLEZ MIRANDA**, ambos domiciliados en Avda. Francisco de Aguirre N°795, La Serena, personería jurídica según Decreto Exento N° N° 01 de fecha 08 de enero de 2021 del Ministerio de Salud, en relación con la Resolución Exenta RA 428/8/2020 del Servicio de Salud Coquimbo, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE SALAMANCA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Bulnes N° 599, Salamanca, representada por su Alcalde **D. FERNANDO GALLARDO PEREIRA**, de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N° 5649/16, 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° 104 del 2 de febrero del 2021**, del Ministerio de Salud, que se entiende forma parte integrante del presente convenio. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante Resolución N° 205, de fecha 16 de febrero de 2021, del Ministerio de Salud.

1



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 **\$78.604.522 (Setenta y ocho millones seiscientos cuatro mil quinientos veintidós 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. En el componente 1.2 UAPO considerará la atención a todos los beneficiarios de la comuna de Salamanca, por lo que le corresponderá la atención de usuarios con problemas de salud oftalmológicas que se atienden en el Hospital de Salamanca, de acuerdo a su cartera de servicios. Además, deberá dar cobertura de fondo de ojo a toda la Provincia del Choapa y otros a acordar con cada Departamento de Salud u hospital.

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
	COMPONENTE 1.1 Médico gestor	Nº CESFAM de 5 horas Rural	1	\$664.543
	COMPONENTE 1.2.1 UAPO Oftalmológica	Operación 12 meses UAPO Continuidad + 22 Horas Tecnólogo Médico	1 66 horas TM	\$69.970.389
		Consultas oftalmólogo Vicio de Refracción	100	
		Consultas Nuevas oftalmólogo Glaucoma	17	
		Controles oftalmólogo Glaucoma	50	
		Otras consultas oftalmólogo	383	
		Total actividad oftalmólogo*	550	
		Nº Lentes UAPO	1251	
		Fármacos Glaucoma, insumos e instrumental oftalmológicos	600	
		Nº Lubricantes oculares Anual	1320	
		Consultas Vicio Tecnólogo Médico	1200	
		Otras Consultas Tecnólogo Médico	1500	
		Nº Fondos de Ojo según PBC Diabéticas por Tecnólogo Médico (cobertura provincial)	2000	
	Total actividad Tecnólogo Médico*	4700		
	COMPONENTE 1.3 Otorrinolaringología	Canasta Integral	30	\$4.121.340
	COMPONENTE 1.4 Tele-Dermatología	Consulta Tele-dermatología	250	\$3.848.250
		Canasta Tele-dermatología	150	
TOTAL COMPONENTE Nº 1 (\$)				\$78.604.522
TOTAL PROGRAMA (\$)				\$78.604.522

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 Lista de Espera (LE) de Consulta Nueva de Especialidad Médica de Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al **31 de Diciembre del 2020** (se adjunta como anexo nómina de pacientes en LE). Al 31 de julio de 2021 deberán encontrarse **egresados de LE todos los casos** con ingreso anterior a julio del año 2020. 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. Cuatrimestralmente se remitirá al profesional referente del Programa en el Servicio de Salud, la nómina de pacientes atendidos, desglosado para cada estrategia.
- 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 2021**. El envío del Informe a la encargada del Servicio de Salud será con corte al **10 mayo 2021**. 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**. De no existir avance, esta situación deberá ser informada, igualmente.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al **31 de julio del 2021**. 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 60%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Peso final estrategia
1. Resolución Especialidades Ambulatorias: Peso relativo componente 75%	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.	15%
	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.	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	• 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 SIREC IV. • 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 25%	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.	15%

Además, si al 31 de julio de 2021 no se encuentran egresados de LE todos los casos con ingreso anterior al año 2020, 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 2021.

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 2019 hacia atrás.

- **La tercera evaluación y final**, se efectuará al **31 de diciembre 2021**, 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 2020.

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 Departamento de Salud u Hospital Comunitario deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, SIGTE y plataformas web por parte de los establecimientos respectivos (SIREC IV).

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 sección A y sección B/ 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 + REM A30 sección C/ 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)*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: (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 quirúrgico 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 LE 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: El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del sector público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 01.

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 (30%)
60,00% y mas	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	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 7° de la Ley N° 21.289.

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 2021. 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

FERNANDO GALLARDO PEREIRA
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD SALAMANCA

EDGARDO GONZÁLEZ MIRANDA
DIRECTOR(S)
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

2°.- **IMPÚTESE**, el gasto que irroque el presente convenio al Item N°24-03-298 "Atención Primaria, Ley 19.378", del Presupuesto vigente del Servicio de Salud Coquimbo.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



EDGARDO GONZÁLEZ MIRANDA
DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

DISTRIBUCIÓN:

- Archivo

Servicio De Salud Coquimbo, Subdepto. Gestion Hospitalaria y de la Demanda
Av. Francisco de Aguirre # 795 La Serena
Teléfono : (51) 2333756-513756 (Red Salud)





**CONVENIO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2021
SALAMANCA**

En La Serena a 26 FEB 2021, entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, representado por su Director Subrogante D. **EDGARDO GONZÁLEZ MIRANDA**, ambos domiciliados en Avda. Francisco de Aguirre N°795, La Serena, personería jurídica según Decreto Exento N° N° 01 de fecha 08 de enero de 2021 del Ministerio de Salud, en relación con la Resolución Exenta RA 428/8/2020 del Servicio de Salud Coquimbo, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE SALAMANCA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Bulnes N° 599, Salamanca, representada por su Alcalde D. **FERNANDO GALLARDO PEREIRA**, de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N° 5649/16, 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° 104 del 2 de febrero del 2021**, del Ministerio de Salud, que se entiende forma parte integrante del presente convenio. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante Resolución N° 205, de fecha 16 de febrero de 2021, 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 **\$78.604.522 (Setenta y ocho millones seiscientos cuatro mil quinientos veintidós 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. En el componente 1.2 UAPO considerará la atención a todos los beneficiarios de la comuna de Salamanca, por lo que le corresponderá la atención de usuarios con problemas de salud oftalmológicas que se atienden en el Hospital de Salamanca, de acuerdo a su cartera de servicios. Además, deberá dar cobertura de fondo de ojo a toda la Provincia del Choapa y otros a acordar con cada Departamento de Salud u hospital.

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
	COMPONENTE 1.1 Médico gestor	Nº CESFAM de 5 horas Rural	1	\$664.543
	COMPONENTE 1.2.1 UAPO Oftalmológica	Operación 12 meses UAPO Continuidad + 22 Horas Tecnólogo Médico	1 66 horas TM	\$69.970.389
		Consultas oftalmólogo Vicio de Refracción	100	
		Consultas Nuevas oftalmólogo Glaucoma	17	
		Controles oftalmólogo Glaucoma	50	
		Otras consultas oftalmólogo	383	
		Total actividad oftalmólogo*	550	
		Nº Lentes UAPO	1251	
		Fármacos Glaucoma, insumos e instrumental oftalmológicos	600	
		Nº Lubricantes oculares Anual	1320	
		Consultas Vicio Tecnólogo Médico	1200	
		Otras Consultas Tecnólogo Médico	1500	
		Nº Fondos de Ojo según PBC Diabéticas por Tecnólogo Médico (cobertura provincial)	2000	
		Total actividad Tecnólogo Médico*	4700	
		COMPONENTE 1.3 Otorrinolaringología	Canasta Integral	



COMPONENTE 1.4 Tele-Dermatología	Consulta Tele-dermatología	250	\$3.848.250
	Canasta Tele-dermatología	150	
TOTAL COMPONENTE N° 1 (\$)			\$78.604.522
TOTAL PROGRAMA (\$)			\$78.604.522

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 Lista de Espera (LE) de Consulta Nueva de Especialidad Médica de Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al **31 de Diciembre del 2020** (se adjunta como anexo nómina de pacientes en LE). Al 31 de julio de 2021 deberán encontrarse **egresados de LE todos los casos** con ingreso anterior a julio del año 2020. 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. Cuatrimestralmente se remitirá al profesional referente del Programa en el Servicio de Salud, la nómina de pacientes atendidos, desglosado para cada estrategia.
- 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 2021**. El envío del Informe a la encargada del Servicio de Salud será con corte al **10 mayo 2021**. 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**. De no existir avance, esta situación deberá ser informada, igualmente.
- La segunda evaluación**, se efectuará con corte al **31 de julio del 2021**. 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 60%, de acuerdo con el siguiente cuadro:



Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Peso final estrategia
1. Resolución Especialidades Ambulatorias: Peso relativo componente 75%	1.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología, otorrinolaringología y procedimientos gastroenterología. Meta anual 100% cumplimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • 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.	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 	15%
	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"> • 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. 	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 SIREC IV. • 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 25%	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%



	<p>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</p>	<p>• 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.</p>	<p>15%</p>
--	--	--	------------

Además, si al 31 de julio de 2021 no se encuentran egresados de LE todos los casos con ingreso anterior al año 2020, **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 2021.**

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 2019 hacia atrás.

- **La tercera evaluación y final, se efectuará al 31 de diciembre 2021,** 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 2020.

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 Departamento de Salud u Hospital Comunitario deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, SIGTE y plataformas web por parte de los establecimientos respectivos (SIREC IV).



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 sección A y sección B/ 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 + REM A30 sección C/ 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)*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:*(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 LE 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: El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del sector público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 01.

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 (30%)
60,00% y mas	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	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° 21.289.

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 2021. 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.



FERNANDO GALLARDO PEREIRA
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD SALAMANCA



EDGARDO GONZALEZ MIRANDA
DIRECTOR(S)
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

[Handwritten signatures]
KMM / JVO / PGG / MCR / MFG



