



ORIGINAL  
DIRECCIÓN 5. SALUD COQUIMBO

NAA / LMT / MOC / PGG / MCR / MFG / ctz.

RESOLUCIÓN EXENTA N° 1831 /

LA SERENA,

29 MAR. 2022

Int N° 50

VISTOS:

El D.F.L. N°1/05 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.S. N°2.753 de 1979, el D.S. N°140 de 2004 sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, la Resolución N° 07/2019, 16/2020 y 30/2015 todas de la Contraloría General de la República, el Decreto Exento N° 28 de fecha 22 de marzo de 2022 del Ministerio de Salud en relación con la Resolución Exenta Ra 428/103/2020 del Servicio de Salud Coquimbo; y

CONSIDERANDO

1. 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 que fue aprobado por Resolución Exenta N° 942 del 14 de diciembre del 2021.
2. Que, con fecha 07 de enero de 2022, el Ministerio de Salud emite Resolución Exenta N° 26 con el objeto de financiar el Programa de Resolutividad en APS 2022.
3. Que, con Fecha 15 de febrero 2022 se celebra convenio entre la I. Municipalidad de Vicuña, representada por su Alcalde D. Rafael Vera Castillo y el Servicio de Salud Coquimbo representada por su Directora (S) D. Celia Moreno Chamorro, relativo al Programa Resolutividad En APS 2022.
4. Por lo anteriormente expuesto y en razón de las facultades de mi cargo, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1°.- **APRUEBESE** el convenio de fecha 15.02.2022 suscrito entre la **MUNICIPALIDAD DE VICUÑA**, representada por su Alcalde **D. RAFAEL VERA CASTILLO** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Directora (S) **D. CELIA MORENO CHAMORRO**, relativo al Programa de Resolutividad en APS 2022, según se detalla en el presente instrumento.

CONVENIO  
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2022  
VICUÑA

En La Serena a.....15.02.2022....., entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, representado por su Directora (S) Dra. **CELIA MORENO CHAMORRO**, ambos domiciliados en Avda. Francisco de Aguirre N°795, La Serena, personería jurídica según Decreto Exento N° 01 del 08 de enero 2021 del Ministerio de Salud , en relación con la Resolución Exenta RA 428/145/2020 del Servicio de Salud Coquimbo, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE VICUÑA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en San Martín N°275, Vicuña, representada por su Alcalde D. **RAFAEL VERA CASTILLO**, de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°3400/21, 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 4° del Decreto Supremo N° 29 del 2020, 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



**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, con el propósito de mejorar su capacidad resolutiva potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones médicas de especialidad.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°942 del 14 de diciembre 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° 26, de fecha 7 de enero de 2022, del Ministerio de Salud.

**TERCERA:** El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos y componentes del Programa de Resolutividad en Atención Primaria:

Objetivos específicos

- N° 1:** Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la APS y que presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden ser resueltas en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.
- N° 2:** Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria.
- N° 3:** Otorgar atención integral y resolutiva por médico especialista en ginecología para diagnóstico y tratamiento de sintomatología climatérica en mujeres derivadas, aliviando sintomatología somática, psicológica, genitourinaria y sexual asociada a esta etapa.

Componentes

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

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

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

**3) Componente 3: Atención de Mujeres en Etapa de Climaterio**

**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 **\$21.226.667 (veintiún millones doscientos veintiséis mil seiscientos sesenta y siete pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

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

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O META ANUAL	MONTO (\$) Subtitulo 24
1	COMPONENTE 1.1 Médico Gestor	Nº CESFAM de 11 horas Urbano	1	\$2.081.348
		Nº CESFAM de 5 horas Rural	1	
	COMPONENTE 1.2 Oftalmología	Canasta Integral	270	\$11.749.320
	COMPONENTE 1.3 Otorrinolaringología	Canasta Integral	33	\$4.732.959
		Audífonos usuarios 2021	6	\$1.558.330
	COMPONENTE 1.5 Dermatología	Consulta Tele dermatología	50	\$994.710
		Canasta Tele dermatología	30	
		Adquisición Dermatoscopio	1	\$110.000
	<b>TOTAL COMPONENTE N° 1 (\$)</b>			
<b>TOTAL PROGRAMA (\$)</b>				<b>\$21.226.667</b>

**QUINTA:** Los recursos serán transferidos por el Servicio a la Municipalidad, en representación del Ministerio de Salud en 2 cuotas, de la siguiente forma:

- La primera cuota, correspondiente al 70% del total de los recursos, se transferirá una vez tramitada la resolución aprobatoria de este convenio.
- La segunda, corresponderá a un máximo del 30% restante, monto que estará sujeto a la evaluación de cumplimiento de metas y será proporcional a éste, según se indica en la cláusula sexta.

**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, Ginecología (climaterio) y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al **31 de Diciembre del 2021** (se adjunta como anexo nómina de pacientes en LE). Al 31 de julio de 2022 deberán encontrarse **egresados de LE todos los casos** con ingreso anterior a diciembre del año 2020. Los pacientes que reciban una prestación de cirugía menor o se les realice una Endoscopia Digestiva o un Fondo de Ojo, 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.



- 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.

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 tele dermatología. Meta anual 100% cumplimiento.	• Numerador: N° informes de consultas realizadas e informadas de tele oftalmología y tele dermatología. • 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* 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° de 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%

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 2022**.

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 de acuerdo con la evaluación del Programa de Salud efectuada.

- La tercera evaluación y final, se efectuará al **31 de diciembre 2022**, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas, y deberá haberse egresado de SIGTE a todos los pacientes atendidos a través de éste.

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 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 Septiembre hacia aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto 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 oftalmología, otorrinolaringología y procedimientos gastroenterología.
  - *Fórmula de cálculo:* (N° consultas y procedimientos realizados por el Programa de Salud / N° de consultas y procedimientos comprometidos en el Programa de Salud) \*100.
  - *Medio de verificación numerador:* REM A29, sección A y sección B; REM A32, sección C.
  - *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.
- b. **Indicador N° 2:** Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y tele dermatología.
  - *Fórmula de cálculo:* (N° informes de consultas realizadas e informadas / N° de informes y consultas programadas) \*100
  - *Medio de verificación numerador:* plataforma web indicada por MINSAL y/o plataforma local + REM A30, sección C + REM A30AR, sección A y C.
  - *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.
- 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 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.
  - *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 SS en SIGTE / N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología) \* 100
  - *Medio de verificación numerador:* SIGTE.
  - *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.
- 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 por causal 16 en endoscopia digestiva alta (EDA), ambas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este programa de salud.
  - *Fórmula de cálculo:* (N° de pacientes egresados por causal 16 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 / N° de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología) \*100.
  - *Medio de verificación numerador:* SIGTE.
  - *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.

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

- e. **Indicador N°5:** Cumplimiento de la actividad programada.
  - *Fórmula de cálculo:* (N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados (intervenciones quirúrgicas menores) / N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados (intervenciones quirúrgicas menores); \*100.
  - *Medio de verificación numerador:* REM A 29.
  - *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.
- f. **Indicador N°6:** 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.
  - *Fórmula de cálculo:* (N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por SS en SIGTE / N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta) \*100
  - *Medio de verificación numerador:* SIGTE.
  - *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.

**Nota:** La lista de espera (LE) de mayor antigüedad deberá resolverse por el programa de salud, 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.

#### **Cumplimiento del Objetivo Específico N° 3:**

- g. **Indicador N°7:** Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas y procedimientos ginecología.
  - *Fórmula de cálculo:* (N° consultas y procedimientos ginecológicos realizados por el Programa de Salud / N° de consultas y procedimientos ginecológicos programados en el programa de salud) \*100.
  - *Medio de verificación numerador:* REM A29 sección A y REM A32.
  - *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.



- h. Indicador N°8:** Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16 y 17 de la LE ginecológica (climaterio) de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE / N° de consultas programadas como oferta de especialidad de ginecología (climaterio) \*100

- Medio de verificación: Registro en SIGTE.

**Nota:** La lista de espera (LE) de mayor antigüedad deberá resolverse por el programa de salud, 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 Servicio está facultado a monitorear el estado de avance del Programa en todo momento. La comuna deberá tener un control interno en relación al cumplimiento las actividades del Programa, además de emitir informes en los siguientes periodos:

- El primer informe, se efectuará con corte al día 30 de abril 2022. El envío del Informe a la encargada del Servicio de Salud será con corte al 10 mayo 2022. 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.
- El segundo informe, debe ser emitido con el estado de avance al 31 de agosto del 2022. 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:

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL PROGRAMA	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%
60,00% y más	0%
Entre 50 y 59,99 %	50%
Entre 40 y 49,99 %	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir el convenio

- El tercero y final al 31 de diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones según la meta comprometida.

El Servicio podrá requerir a la municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

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.

**OCTAVA:** El procedimiento para efectuar la rendición de cuentas se encuentra regulado en la resolución N° 30, de 2015, de Contraloría General, la cual contempla la posibilidad de rendir cuentas con documentación auténtica en soporte papel, o bien, en formato electrónico o digital. A fin de contar con medios electrónicos compatibles con los utilizados por la Contraloría General de la República y que cuenten con un nivel de resguardo y seguridad que garantice la autenticidad, integridad y disponibilidad de la información, a partir del presente convenio el municipio deberá rendir los recursos traspasados por el Servicio de Salud Coquimbo a través de la plataforma tecnológica denominada "Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas" o SISREC, para la ejecución de los proyectos antes individualizados y rendir las cuentas con documentación electrónica y digital, para tal efecto deberán designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en el sistema en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, además disponer de los medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas de las tareas, iniciativas y actividades del respectivo Programa de Atención Primaria de Salud, durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para su ejecución.

En casos excepcionales y fundados, en que el ejecutor se vea imposibilitado de rendir a través del SISREC, el Servicio de Salud Coquimbo dispondrá de un procedimiento alternativo para la rendición de los recursos; dichos casos serán informados a la Contraloría para su conocimiento. No obstante, dichas rendiciones deberán ser regularizadas en el SISREC una vez superados los inconvenientes.

**NOVENA:** El Servicio podrá solicitar a la Municipalidad, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

**DÉCIMA:** El Servicio, a través de su Departamento de Auditoría, podrá validar aleatoriamente la correcta utilización de los fondos traspasados. Conjuntamente a ello, cada municipalidad deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado 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.

**DÉCIMA PRIMERA:** Finalizado el período de vigencia del convenio y en caso que la evaluación final dé 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 (antes del 31 de enero del año siguiente), según lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 21.395, enviando comprobantes de dicha operación al Servicio de Salud Coquimbo.

**DÉCIMA SEGUNDA:** 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 TERCERA:** El Servicio de Salud pondrá término anticipado al presente convenio, si se produce incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o si su ejecución se desvía de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo.

Para tales efectos, se enviará aviso por escrito a las contrapartes, mediante carta certificada al domicilio indicado en la comparecencia, expresando las circunstancias que motivan el término del convenio, dentro de los cinco días hábiles siguientes que el Servicio de Salud tome conocimiento de las irregularidades.

La Municipalidad, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de dicha carta, deberá entregar un informe de los gastos efectuados a la fecha. El Servicio deberá revisar dicho informe dentro del plazo de 15 días hábiles, contados desde su recepción y podrá aprobarlo u observarlo. En caso de tener observaciones o requerir aclaraciones por parte de la Municipalidad respecto del informe, éstas deberán notificarse por escrito dentro de los dos días hábiles siguientes al término de la revisión. La Municipalidad tendrá un plazo de 8 días hábiles contados desde la notificación de las observaciones, para hacer las correcciones o aclaraciones pertinentes y entregarlas al Servicio, el que deberá revisarlas y pronunciarse dentro de los 7 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción. La Municipalidad deberá restituir en cualquier caso los saldos no ejecutados, dentro del plazo de 10 días hábiles contados desde el pronunciamiento efectuado por el Servicio de Salud. En el mismo plazo deberá restituir los saldos no rendidos u observados, en caso de que el informe no haya sido aprobado.

**DÉCIMA CUARTA:** El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2022. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera de este convenio, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero del año 2022 por razones de continuidad y/o buen servicio, atendido lo



Las partes acuerdan que el contrato se prorrogará en forma automática y sucesiva, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del sector público del año respectivo, salvo que el convenio termine por las causales señaladas en la cláusula décima segunda o que las partes decidan ponerle término 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 mismo año.

Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a un nuevo convenio de transferencia, cuyo monto a transferir se establecerá mediante Resolución Exenta del Servicio de Salud, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del sector público respectiva.

Por otro lado, y mediante convenios complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

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

**DÉCIMA QUINTA:** El presente convenio se firma en 2 ejemplares del mismo tenor y oficio, quedando uno en poder de cada parte.

**Firmas Ilegibles.**

**D. RAFAEL VERA CASTILLO**  
ALCALDE  
I. MUNICIPALIDAD DE VICUÑA

**DRA. CELIA MORENO CHAMORRO**  
DIRECTORA (S)  
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

2°.- **IMPÚTESE** el gasto que irroque el presente convenio al Ítem N° 24 – 03 – 298 "Atención Primaria, Ley 19.378", del presupuesto vigente del Servicio de Salud Coquimbo para el año 2022.

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.**



**GERMAN LÓPEZ ÁLVAREZ**  
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 2022  
VICUÑA**

En La Serena a..... 15 FEB 2022....., entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, representado por su Directora (S) Dra. **CELIA MORENO CHAMORRO**, ambos domiciliados en Avda. Francisco de Aguirre N°795, La Serena, personería jurídica según Decreto Exento N° 01 del 08 de enero 2021 del Ministerio de Salud, en relación con la Resolución Exenta RA 428/145/2020 del Servicio de Salud Coquimbo, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE VICUÑA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en San Martín N°275, Vicuña, representada por su Alcalde D. **RAFAEL VERA CASTILLO**, de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°3400/21, 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 4° del Decreto Supremo N° 29 del 2020, 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, con el propósito de mejorar su capacidad resolutiva potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones médicas de especialidad.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°942 del 14 de diciembre 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° 26, de fecha 7 de enero de 2022, del Ministerio de Salud.

**TERCERA:** El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos y componentes del Programa de Resolutividad en Atención Primaria:

Objetivos específicos

- a. **N° 1:** Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la APS y que presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden ser resueltas en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.
- b. **N° 2:** Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria.



- c. **N° 3:** Otorgar atención integral y resolutive por médico especialista en ginecología para diagnóstico y tratamiento de sintomatología climatérica en mujeres derivadas, aliviando sintomatología somática, psicológica, genitourinaria y sexual asociada a esta etapa.

Componentes

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

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

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

**3) Componente 3: Atención de Mujeres en Etapa de Climaterio**

**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 **\$21.226.667 (veintiún millones doscientos veintiséis mil seiscientos sesenta y siete pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

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

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O META ANUAL	MONTO (\$) Subtitulo 24
1	COMPONENTE 1.1 Médico Gestor	Nº CESFAM de 11 horas Urbano	1	\$2.081.348
		Nº CESFAM de 5 horas Rural	1	
	COMPONENTE 1.2 Oftalmología	Canasta Integral	270	\$11.749.320
	COMPONENTE 1.3 Otorrinolaringología	Canasta Integral	33	\$4.732.959
		Audífonos usuarios 2021	6	\$1.558.330
	COMPONENTE 1.5 Dermatología	Consulta Tele dermatología	50	\$994.710
		Canasta Tele dermatología	30	
		Adquisición Dermatoscopio	1	\$110.000
	<b>TOTAL COMPONENTE N° 1 (\$)</b>			
<b>TOTAL PROGRAMA (\$)</b>				<b>\$21.226.667</b>

**QUINTA:** Los recursos serán transferidos por el Servicio a la Municipalidad, en representación del Ministerio de Salud en 2 cuotas, de la siguiente forma:



- a) La primera cuota, correspondiente al 70% del total de los recursos, se transferirá una vez tramitada la resolución aprobatoria de este convenio.
- b) La segunda, corresponderá a un máximo del 30% restante, monto que estará sujeto a la evaluación de cumplimiento de metas y será proporcional a éste, según se indica en la cláusula sexta.

**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, Ginecología (climaterio) y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al **31 de Diciembre del 2021** (se adjunta como anexo nómina de pacientes en LE). Al 31 de julio de 2022 deberán encontrarse **egresados de LE todos los casos** con ingreso anterior a diciembre del año 2020. Los pacientes que reciban una prestación de cirugía menor o se les realice una Endoscopia Digestiva o un Fondo de Ojo, 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.
- 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.

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"> <li>• Numerador: N° consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología realizadas por el Programa de Salud</li> <li>• Denominador: N° de consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología comprometidos en el Programa de Salud.</li> </ul>	20%



	<p>1.2 Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y teledermatología.</p> <p>Meta anual 100% cumplimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Numerador:</i> N° informes de consultas realizadas e informadas de tele oftalmología y teledermatología.</li> <li>• <i>Denominador:</i> N° de informes y consultas de tele oftalmología y tele dermatología programadas.</li> </ul>	15%
	<p>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.</p> <p>Meta anual 100% cumplimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <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.</li> <li>• <i>Denominador:</i> N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología.</li> </ul>	20%
	<p>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.</p> <p>Meta anual: 100% cumplimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Numerador:</i> N° de pacientes egresados por causal 16* 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.</li> <li>• <i>Denominador:</i> N° de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología.</li> </ul>	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"> <li>• <i>Numerador:</i> N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados.</li> <li>• <i>Denominador:</i> N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados.</li> </ul>	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>• <i>Numerador:</i> N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por SS en SIGTE. • <i>Denominador:</i> N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta.</p>	<p>15%</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------

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 2022**.

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 de acuerdo con la evaluación del Programa de Salud efectuada.

- **La tercera evaluación** y final, se efectuará al **31 de diciembre 2022**, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas. y deberá haberse egresado de SIGTE a todos los pacientes atendidos a través de éste.

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 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 Septiembre hacia aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto 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 oftalmología, otorrinolaringología y procedimientos gastroenterología.
- *Fórmula de cálculo:* (N° consultas y procedimientos realizadas por el Programa de Salud / N° de consultas y procedimientos comprometidos en el Programa de Salud) \*100.
  - *Medio de verificación numerador:* REM A29, sección A y sección B; REM A32, sección C.
  - *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.
- b. Indicador N° 2:** Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y tele dermatología.
- *Fórmula de cálculo:* (N° informes de consultas realizadas e informadas / N° de informes y consultas programadas) \*100
  - *Medio de verificación numerador:* plataforma web indicada por MINSAL y/o plataforma local + REM A30, sección C + REM A30AR, sección A y C.
  - *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.
- 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 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.
- *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 SS en SIGTE / N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología) \* 100
  - *Medio de verificación numerador:* SIGTE.
  - *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.
- 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 por causal 16 en endoscopia digestiva alta (EDA), ambas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este programa de salud.
- *Fórmula de cálculo:* (N° de pacientes egresados por causal 16 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 / N° de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología) \*100.
  - *Medio de verificación numerador:* SIGTE.
  - *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.

### Cumplimiento del Objetivo Específico N° 2:

- e. Indicador N°5:** Cumplimiento de la actividad programada.
- *Fórmula de cálculo:* (N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados (intervenciones quirúrgicas menores) / N° de procedimientos cutáneos



quirúrgicos de baja complejidad programados (intervenciones quirúrgicas menores); \*100.

- *Medio de verificación numerador:* REM A 29.
  - *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.
- f. Indicador N°6:** 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.
- *Fórmula de cálculo:* (N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por SS en SIGTE / N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta) \*100
  - *Medio de verificación numerador:* SIGTE.
  - *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.

**Nota:** La lista de espera (LE) de mayor antigüedad deberá resolverse por el programa de salud, 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.

### Cumplimiento del Objetivo Específico N° 3:

- g. Indicador N°7:** Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas y procedimientos ginecología.
- *Fórmula de cálculo:* (N° consultas y procedimientos ginecológicos realizados por el Programa de Salud / N° de consultas y procedimientos ginecológicas programados en el programa de salud) \*100.
  - *Medio de verificación numerador:* REM A29 sección A y REM A32.
  - *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.
- h. Indicador N°8:** Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16 y 17 de la LE ginecológica (climaterio) de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE / N° de consultas programadas como oferta de especialidad de ginecología (climaterio) \*100
- *Medio de verificación:* Registro en SIGTE.

**Nota:** La lista de espera (LE) de mayor antigüedad deberá resolverse por el programa de salud, 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 Servicio está facultado a monitorear el estado de avance del Programa en todo momento. La comuna deberá tener un control interno en relación al cumplimiento las actividades del Programa, además de emitir informes en los siguientes períodos:

- a. El primer informe, se efectuará con corte al día 30 de abril 2022. El envío del Informe a la encargada del Servicio de Salud será con corte al 10 mayo 2022. 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.

- b. El segundo informe, debe ser emitido con el estado de avance al 31 de agosto del 2022. 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:

<b>PORCENTAJE CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL PROGRAMA</b>	<b>PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%</b>
60,00% y más	0%
Entre 50 y 59,99 %	50%
Entre 40 y 49,99 %	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir el convenio

- c. El tercero y final al 31 de diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones según la meta comprometida.

El Servicio podrá requerir a la municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

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.

**OCTAVA:** El procedimiento para efectuar la rendición de cuentas se encuentra regulado en la resolución N° 30, de 2015, de Contraloría General, la cual contempla la posibilidad de rendir cuentas con documentación auténtica en soporte papel, o bien, en formato electrónico o digital. A fin de contar con medios electrónicos compatibles con los utilizados por la Contraloría General de la República y que cuenten con un nivel de resguardo y seguridad que garantice la autenticidad, integridad y disponibilidad de la información, a partir del presente convenio el municipio deberá rendir los recursos traspasados por el Servicio de Salud Coquimbo a través de la plataforma tecnológica denominada "Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas" o SISREC, para la ejecución de los proyectos antes individualizados y rendir las cuentas con documentación electrónica y digital, para tal efecto deberán designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en el sistema en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, además disponer de los medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas de las tareas, iniciativas y actividades del respectivo Programa de Atención Primaria de Salud, durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para su ejecución.

En casos excepcionales y fundados, en que el ejecutor se vea imposibilitado de rendir a través del SISREC, el Servicio de Salud Coquimbo dispondrá de un procedimiento alternativo para la rendición de los recursos; dichos casos serán informados a la Contraloría para su conocimiento. No obstante, dichas rendiciones deberán ser regularizadas en el SISREC una vez superados los inconvenientes.

**NOVENA:** El Servicio podrá solicitar a la Municipalidad, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

**DÉCIMA:** El Servicio, a través de su Departamento de Auditoría, podrá validar aleatoriamente la correcta utilización de los fondos traspasados. Conjuntamente a ello, cada municipalidad deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado 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.

**DÉCIMA PRIMERA:** Finalizado el período de vigencia del convenio y en caso que la evaluación final dé 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 (antes del 31 de enero del año siguiente), según lo establecido en el artículo 7º de la Ley Nº 21.395, enviando comprobantes de dicha operación al Servicio de Salud Coquimbo.

**DÉCIMA SEGUNDA:** 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 TERCERA:** El Servicio de Salud pondrá término anticipado al presente convenio, si se produce incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o si su ejecución se desvía de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo.

Para tales efectos, se enviará aviso por escrito a las contrapartes, mediante carta certificada al domicilio indicado en la comparecencia, expresando las circunstancias que motivan el término del convenio, dentro de los cinco días hábiles siguientes que el Servicio de Salud tome conocimiento de las irregularidades.

La Municipalidad, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de dicha carta, deberá entregar un informe de los gastos efectuados a la fecha. El Servicio deberá revisar dicho informe dentro del plazo de 15 días hábiles, contados desde su recepción y podrá aprobarlo u observarlo. En caso de tener observaciones o requerir aclaraciones por parte de la Municipalidad respecto del informe, éstas deberán notificarse por escrito dentro de los dos días hábiles siguientes al término de la revisión. La Municipalidad tendrá un plazo de 8 días hábiles contados desde la notificación de las observaciones, para hacer las correcciones o aclaraciones pertinentes y entregarlas al Servicio, el que deberá revisarlas y pronunciarse dentro de los 7 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción. La Municipalidad deberá restituir en cualquier caso los saldos no ejecutados, dentro del plazo de 10 días hábiles contados desde el pronunciamiento efectuado por el Servicio de Salud. En el mismo plazo deberá restituir los saldos no rendidos u observados, en caso de que el informe no haya sido aprobado.

**DÉCIMA CUARTA:** El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2022. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera de este convenio, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero del año 2022 por razones de continuidad y/o buen servicio, atendido lo señalado en los dictámenes Nº11.189/08 y Nº16.037/08, ambos de la Contraloría General de la República, y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley Nº19.880, y el artículo 13 inciso segundo de la Resolución Nº 30 de la Contraloría General de la República, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para los beneficiarios legales inscritos en los establecimientos de la comuna.

Las partes acuerdan que el contrato se prorrogará en forma automática y sucesiva, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del sector público del año respectivo, salvo que el convenio termine por las causales señaladas en la cláusula décimo segunda o que las partes decidan ponerle término 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 mismo año.

Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a un nuevo convenio de transferencia, cuyo monto a transferir se establecerá mediante Resolución Exenta del Servicio de Salud, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del sector público respectiva.

Por otro lado, y mediante convenios complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

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



**DÉCIMA QUINTA:** El presente convenio se firma en 2 ejemplares del mismo tenor y oficio, quedando uno en poder de cada parte.



**D. RAFAEL VERA CASTILLO**  
**ALCALDE**  
**I. MUNICIPALIDAD DE VICUÑA**



*Celia Moreno*  
**DRA. CELIA MORENO CHAMORRO**  
**DIRECTORA (S)**  
**SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**

*[Handwritten signatures]*  
N/A / MOC / PGG / END / MFG



