



DSD / MFG / MCR / ctz

ORIGINAL
DIRECCIÓN S. SALUD COQUIMBO

1838

RESOLUCIÓN EXENTA N° _____/

LA SERENA,

11 MAYO 2017

Int. N° 037

VISTOS:

El D.F.L. N° 1/05 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.S. N°2.753 de 1979, D.S. N°140 de 2004 sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, la resolución N°1.600/08 y 759/03 ambas de la Contraloría General de la República y D.S. N°22/15 del Ministerio de Salud; y

CONSIDERANDO:

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1208 del 16 de Noviembre del 2016**, el que se describe en el presente protocolo y se entiende forma parte integrante del mismo. Se distribuyen los recursos del Programa según la **Resolución exenta N° 106 del 23 de enero del 2017**, ambas emanadas por el Ministerio de Salud; dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1°.- **APRUEBASE** el convenio de fecha 28.03.2017 suscrito entre la **I. MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO**, representado por su Alcalde **D. MARCELO PEREIRA PERALTA** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director **D. ERNESTO JORQUERA FLORES**, relativo al Programa de Resolutividad en Atención Primaria de Salud 2017, según se detalla en el presente instrumento.

**CONVENIO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2017
COQUIMBO**

En La Serena a28.03.2017....., entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, representado por su Director D. **ERNESTO JORQUERA FLORES**, ambos domiciliados en Avda. Francisco de Aguirre N°795, La Serena, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Bilbao N°348, Coquimbo, representada por su Alcalde **DR. MARCELO PEREIRA PERALTA** de ese mismo domicilio, 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°1208 del 16 de Noviembre del 2016**, el que se describe en el presente protocolo y se entiende forma parte integrante del mismo. Se distribuyen los recursos del Programa según la **Resolución exenta N° 106 del 23 de enero del 2017**, ambas emanadas por el Ministerio de Salud.

1) **TERCERA:** El Servicio de Salud, ha convenido asignar al Municipio a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS: **Componente 1: Especialidades Ambulatorias:**

- Médico Gestor
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Gastroenterología

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 **\$175.247.837.- (ciento setenta y cinco millones doscientos cuarenta y siete mil ochocientos treinta y siete pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior, conforme a los montos que ha asignado el Ministerio de Salud para ello.

El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste, para estrategias específicas, se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

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

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O META ANUAL	MONTO (\$) Subtitulo 24
1	COMPONENTE 1.1 Médico gestor	Gestión de referencia y contra referencia	11 horas semanales	6.000.000
	COMPONENTE 1.3 UAPO	Implementación y Habilitación UAPO	1	123.963.649
		Operación 10 meses UAPO Continuidad	1	
		Consultas oftalmólogo Vicio de Refracción	300	
		Consultas Nuevas oftalmólogo Glaucoma	16	
		Controles oftalmólogo Glaucoma	48	
		Otras consultas oftalmólogo	585	
		Total actividad oftalmólogo*	949	
		Lentes	2.736	
		Fármacos Glaucoma, insumos e instrumental oftalmológicos	768	
		Lubricantes oculares	2.124	
		Consultas Vicio Tecnólogo Médico	2.550	
		Otras consultas Tecnólogo Médico	1.200	
		Fondos de Ojo según PBC Diabética	2.832	
		Atenciones y Procedimientos Tecnólogo Médico*	6.582	
COMPONENTE 1.4 Otorrinolaringología	Canastas integral	192	23.791.488	
COMPONENTE 1.6 Gastroenterología	Canasta Integral (en licitación centralizada por Servicio de Salud)	55	6.050.000	
TOTAL COMPONENTE Nº 1 (\$)				159.805.137
2	COMPONENTE Nº 2.1 Cirugía	Procedimientos Cutáneos	650	15.442.700
TOTAL COMPONENTE Nº 2 (\$)				15.442.700
TOTAL PROGRAMA (\$)				175.247.837

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.

Para el proceso de monitoreo y evaluación es importante considerar la responsabilidad que le compete al Gestor de Red en la coordinación de la Red Asistencial. Al respecto se recomienda:

- Trabajar en el *Consejo Integrador de la Red Asistencial*, la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando a este Consejo a los equipos técnicos de los Servicios de Salud encargados de los temas para definir claramente los criterios de referencia.
- Incorporar las actividades del Programa a la planificación del establecimiento, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme demanda y oferta.
- Propiciar la compra de las atenciones médicas aplicando economía de escala, logrando bajar precios por volúmenes de prestaciones y otorgando la posibilidad de reinvertir en otras prestaciones dentro del mismo programa.
- Que al menos el 80% de los pacientes de Oftalmología y Otorrinolaringología provengan de la Lista de Espera de Consultas Nuevas de Especialidad Médica, ingresadas con fecha igual o anterior al **31 de diciembre del 2015**.
- Los fondos de ojos, serán monitorizados y evaluados por la plataforma de tele oftalmología.

En relación al Sistema de registro de este Programa, la Municipalidad estará encargada de:

- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa.
- Mejorar los registros de demanda de consultas médicas de especialidades.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Mejorar los registros de Listas de Espera para cada especialidad, con el fin de proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas en la comuna.
- Registrar todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud y las interconsultas revisadas y validadas por el Médico Gestor.
- Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a los medios de verificación, RNLE y REM, según corresponda.
- 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 2017**. El envío del Informe a la encargada del Servicio de Salud será con corte al **10 mayo 2017**. En esta evaluación se requerirá el envío de un informe detallando, Horas de profesionales contratadas según estrategia, compra de servicios adjudicadas, según formato **Anexo N° 1**.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al **31 de agosto del 2017**. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si el cumplimiento de la sumatoria de las ponderaciones de los respectivos componentes según el cuadro adjunto en **Anexo N°2**, es inferior al 50%, se aplicará la siguiente tabla de descuentos:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (30%)
50,00%	0%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%
0%	Rescindir convenio

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.

El grado de incumplimiento al corte de agosto, será considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

- **La tercera evaluación** y final, se efectuará al **31 de diciembre 2017**, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellos comunas que administren Salud Municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de Octubre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente.

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

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

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

- 1.1 Indicador:** *Cumplimiento de la actividad proyectada en Consulta de Oftalmología, Otorrinolaringología y procedimiento Gastroenterología.*
- Fórmula de cálculo: (N° de Consultas realizadas por el Programa / N° de Consultas comprometidas en el Programa)*100
 - Medio de verificación: (REM 29/ Programa)
 - Medio de verificación local: RNLE
- 1.2 Indicador:** (consultas realizadas de LE de CNE del corte 31.12.15 / total de consultas realizadas)*100
- Medio de verificación local: RNLE
- 2. Indicador:** *Cumplimiento de la actividad Tele Oftalmología*
- Forma de Cálculo: (N° de consultas e informes comprometidos/ N° de consultas e informes programados)*100
 - Medio de Verificación:
Plataforma web MINSAL (www.teleoftalmologia.cl) y/o plataforma local servicio de salud/Programa).
- 3. Indicador:** *Porcentaje de Cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y Causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio:*
- Fórmula de cálculo:(N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente / Número de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringológica y Dermatológica según convenio vigente con el Servicio de Salud)*100
 - Medio de verificación: (RNLE)
- 4. Indicador:** *Porcentaje de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en convenio:*
- Forma de Cálculo: (N° de pacientes egresado por causal 16 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y Endoscopia Alta, de mayor antigüedad)*100
 - Medio Verificador: (RNLE)
- **Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:**
- 1. Indicador:** *Cumplimiento de actividad programada*
- Fórmula de cálculo: (Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados / Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos)*100
 - Medio de verificación: (REM / Programa)

SÉPTIMA: Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud, en 2 cuotas, la primera de un 70% con la total tramitación del convenio y el 30% restante de acuerdo al grado de cumplimiento de la evaluación de octubre. Si el **cumplimiento total del programa es menor al 50%** se aplicará rebaja de acuerdo a la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (30%), Subt. 24
60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir convenio

OCTAVA: El Municipio autoriza al Servicio de Salud a retener la suma de **\$6.050.000 (seis millones cincuenta mil pesos)**, para la compra centralizada de Servicios de **Canastas Integrales de Gastroenterología** para pacientes en lista de espera en el nivel primario de atención, según se detalla en el siguiente cuadro:

ACTIVIDAD	NUMERO DE CANASTAS	TOTAL SUBTITULO 24
Canastas integrales de Gastroenterología	55	6.050.000

El Servicio, requerirá que la Municipalidad realice las gestiones de búsqueda y citación de pacientes y coordinación con oferentes. Junto con lo anterior, el establecimiento requerirá un informe de gastos relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos detallados en la cláusula tercera de este protocolo, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente protocolo.

NOVENA: Las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos.

Para tal efecto, el Municipio estará obligado a 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 diez (10) 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.

DÉCIMA: Finalizado el periodo de vigencia anual del presente convenio y en el caso que el Municipio no haya cumplido con el 100% de la ejecución de los fondos del programa para el año respectivo, el Servicio procederá a solicitar a la comuna el reintegro de dichos fondos. Sin perjuicio de lo anterior, excepcionalmente y en forma fundada, las partes podrán de común acuerdo, mediante la suscripción de los actos administrativos correspondientes, utilizar estos saldos para dar continuidad durante la anualidad siguiente a este programa de salud. La petición de la utilización de estos saldos por parte de la Municipalidad para los fines antes previstos se realizará a más tardar el día 15 de noviembre del año en curso.

DÉCIMA PRIMERA: 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 SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del año 2017.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio se firma 1 ejemplar, quedando en poder del Servicio de Salud.

Firmas Ilegibles

DR. MARCELO PEREIRA PERALTA
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD COQUIMBO

D. ERNESTO JORQUERA FLORES
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

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

ANOTESE Y COMUNIQUESE.



D. ERNESTO JORQUERA FLORES
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

DISTRIBUCIÓN:

- Archivo

SUBDEPTO. INTEGRACION DE LA RED ASISTENCIAL
AV.FCO. DE AGUIRRE 795 LA SERENA FONOS: (51) 333763
FONO RED MINSAL: 513756
mary.cea@redsalud.gov.cl



CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2017 COQUIMBO

En La Serena a **128 MAR 2017**, entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, representado por su Director D. **ERNESTO JORQUERA FLORES**, ambos domiciliados en Avda. Francisco de Aguirre N°795, La Serena, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Bilbao N°348, Coquimbo, representada por su Alcalde **DR. MARCELO PEREIRA PERALTA** de ese mismo domicilio, 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°1208 del 16 de Noviembre del 2016**, el que se describe en el presente protocolo y se entiende forma parte integrante del mismo. Se distribuyen los recursos del Programa según la **Resolución exenta N° 106 del 23 de enero del 2017**, ambas emanadas por el Ministerio de Salud.

1) **TERCERA:** El Servicio de Salud, ha convenido asignar al Municipio a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS: **Componente 1: Especialidades Ambulatorias:**

- Médico Gestor
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Gastroenterología

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 **\$175.247.837.-(ciento setenta y cinco millones doscientos cuarenta y siete mil ochocientos treinta y siete pesos)**. para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior, conforme a los montos que ha asignado el Ministerio de Salud para ello.

El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste, para estrategias específicas, se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

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

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O META ANUAL	MONTO (\$) Subtítulo 24
1	COMPONENTE 1.1 Médico gestor	Gestión de referencia y contra referencia	11 horas semanales	6.000.000
	COMPONENTE 1.3 UAPO	Implementación y Habilitación UAPO	1	123.963.649
		Operación 10 meses UAPO Continuidad	1	
		Consultas oftalmólogo Vicio de Refracción	300	
		Consultas Nuevas oftalmólogo Glaucoma	16	
		Controles oftalmólogo Glaucoma	48	
		Otras consultas oftalmólogo	585	
		Total actividad oftalmólogo*	949	
		Lentes	2.736	
		Fármacos Glaucoma, insumos e instrumental oftalmológicos	768	
		Lubricantes oculares	2.124	
		Consultas Vicio Tecnólogo Médico	2.550	
		Otras consultas Tecnólogo Médico	1.200	
		Fondos de Ojo según PBC Diabética	2.832	
		Atenciones y Procedimientos Tecnólogo Médico*	6.582	
COMPONENTE 1.4 Otorrinolaringología	Canastas integral	192	23.791.488	
COMPONENTE 1.6 Gastroenterología	Canasta Integral (en licitación centralizada por Servicio de Salud)	55	6.050.000	
TOTAL COMPONENTE Nº 1 (\$)				159.805.137
2	COMPONENTE Nº 2.1 Cirugía	Procedimientos Cutáneos	650	15.442.700
TOTAL COMPONENTE Nº 2 (\$)				15.442.700
TOTAL PROGRAMA (\$)				175.247.837

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.

Para el proceso de monitoreo y evaluación es importante considerar la responsabilidad que le compete al Gestor de Red en la coordinación de la Red Asistencial. Al respecto se recomienda:

Vº Bº
MUNICIPIO
DEPTO. SALUD

- Trabajar en el *Consejo Integrador de la Red Asistencial*, la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando a este Consejo a los equipos técnicos de los Servicios de Salud encargados de los temas para definir claramente los criterios de referencia.
- Incorporar las actividades del Programa a la planificación del establecimiento, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme demanda y oferta.
- Propiciar la compra de las atenciones médicas aplicando economía de escala, logrando bajar precios por volúmenes de prestaciones y otorgando la posibilidad de reinvertir en otras prestaciones dentro del mismo programa.
- Que al menos el 80% de los pacientes de Oftalmología y Otorrinolaringología provengan de la Lista de Espera de Consultas Nuevas de Especialidad Médica, ingresadas con fecha igual o anterior al **31 de diciembre del 2015**.
- Los fondos de ojos, serán monitorizados y evaluados por la plataforma de tele oftalmología.

En relación al Sistema de registro de este Programa, la Municipalidad estará encargada de:

- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa.
- Mejorar los registros de demanda de consultas médicas de especialidades.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Mejorar los registros de Listas de Espera para cada especialidad, con el fin de proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas en la comuna.
- Registrar todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud y las interconsultas revisadas y validadas por el Médico Gestor.
- Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a los medios de verificación, RNLE y REM, según corresponda.
- 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 2017**. El envío del Informe a la encargada del Servicio de Salud será con corte al **10 mayo 2017**. En esta evaluación se requerirá el envío de un informe detallando, Horas de profesionales contratadas según estrategia, compra de servicios adjudicadas, según formato **Anexo N° 1**.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al **31 de agosto del 2017**. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si el cumplimiento de la sumatoria de las ponderaciones de los respectivos componentes según el cuadro adjunto en **Anexo N°2**, es inferior al 50%, se aplicará la siguiente tabla de descuentos:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (30%)
50,00%	0%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%
0%	Rescindir convenio

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.

El grado de incumplimiento al corte de agosto, será considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

- **La tercera evaluación** y final, se efectuará al **31 de diciembre 2017**, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellos comunas que administren Salud Municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de Octubre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente.

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

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

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

1.1 Indicador: *Cumplimiento de la actividad proyectada en Consulta de Oftalmología, Otorrinolaringología y procedimiento Gastroenterología.*

- Fórmula de cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / \text{N}^\circ \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
- Medio de verificación: (REM 29/ Programa)
- Medio de verificación local: RNLE

1.2 Indicador: (consultas realizadas de LE de CNE del corte 31.12.15 / total de consultas realizadas)*100

- Medio de verificación local: RNLE

2. Indicador: *Cumplimiento de la actividad Tele Oftalmología*

- Forma de Cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ de consultas e informes comprometidos} / \text{N}^\circ \text{ de consultas e informes programados}) * 100$
- Medio de Verificación:
Plataforma web MINSAL (www.teleoftalmologia.cl) y/o plataforma local servicio de salud/Programa).

3. Indicador: *Porcentaje de Cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y Causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio:*

- Fórmula de cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente} / \text{Número de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringológica y Dermatológica según convenio vigente con el Servicio de Salud}) * 100$
- Medio de verificación: (RNLE)

4. Indicador: *Porcentaje de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en convenio:*

- Forma de Cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ de pacientes egresado por causal 16 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y Endoscopia Alta, de mayor antigüedad}) * 100$
- Medio Verificador: (RNLE)

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

1. **Indicador:** *Cumplimiento de actividad programada*

- Fórmula de cálculo: $(\text{Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados} / \text{Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}) * 100$
- Medio de verificación: (REM / Programa)

SÉPTIMA: Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud, en 2 cuotas, la primera de un 70% con la total tramitación del convenio y el 30% restante de acuerdo al grado de cumplimiento de la evaluación de octubre. Si el **cumplimiento total del programa es menor al 50%** se aplicará rebaja de acuerdo a la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (30%), Subt. 24
60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir convenio

OCTAVA: El Municipio autoriza al Servicio de Salud a retener la suma de **\$6.050.000 (seis millones cincuenta mil pesos)**, para la compra centralizada de Servicios de **Canastas Integrales de Gastroenterología** para pacientes en lista de espera en el nivel primario de atención, según se detalla en el siguiente cuadro:

ACTIVIDAD	NUMERO DE CANASTAS	TOTAL SUBTITULO 24
Canastas integrales de Gastroenterología	55	6.050.000

El Servicio, requerirá que la Municipalidad realice las gestiones de búsqueda y citación de pacientes y coordinación con oferentes. Junto con lo anterior, el establecimiento requerirá un informe de gastos relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos detallados en la cláusula tercera de este protocolo, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente protocolo.

NOVENA: Las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos.

Para tal efecto, el Municipio estará obligado a 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 diez (10) 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.

DÉCIMA: Finalizado el periodo de vigencia anual del presente convenio y en el caso que el Municipio no haya cumplido con el 100% de la ejecución de los fondos del programa para el año respectivo, el Servicio procederá a solicitar a la comuna el reintegro de dichos fondos. Sin perjuicio de lo anterior, excepcionalmente y en forma fundada, las partes podrán de común acuerdo, mediante la suscripción de los actos administrativos correspondientes, utilizar estos saldos para dar continuidad durante la anualidad siguiente a este programa de salud. La petición de la utilización de estos saldos por parte de la Municipalidad para los fines antes previstos se realizará a más tardar el día 15 de noviembre del año en curso.

DÉCIMA PRIMERA: 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 SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del año 2017.




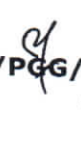
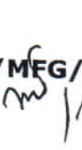

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio se firma 1 ejemplar, quedando en poder del Servicio de Salud.


DR. MARCELO PEREIRA PERALTA
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD COQUIMBO


D. ERNESTO JORQUERA FLORES
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO



Vº Bº
JEFE DE DEPTO. SALUD


 DSD/CYA/CAA/PGG/MFG/MCR
    

ANEXO N° 1: PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA

COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION
<p>Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias</p> <p>Este componente considera la compra o entrega de prestaciones integrales en la Atención Primaria de Salud, a través del financiamiento destinado para tal efecto.</p> <p>Las actividades que contempla esta estrategia, de acuerdo al concepto de prestación integral, se consolidan en una "canasta integral" para cada una de las especialidades y están dirigidas a la resolución de patologías específicas que pueden ser abordadas de manera ambulatoria.</p> <p>Estrategias:</p> <p>1) Fomentar el acceso oportuno a prestaciones ambulatorias para el manejo de patologías en el ámbito de las siguientes especialidades, a los beneficiarios del sistema público de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oftalmología. - Otorrinolaringología. - Gastroenterología. - Dermatología. 	<p>Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:</p> <p>Productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución de listas de espera y tiempos de espera para atención de especialidad y realización de procedimientos diagnósticos. - Atención cerrada al territorio geográfico de los beneficiarios. - Atención resolutive. - Asegurar continuidad de atención en la Red Local. 	<p>Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:</p> <p>Indicador 1: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmológica, Otorrinolaringológica y procedimiento Gastroenterología</p> <p>Formula Indicador: $\frac{\text{N° de consultas realizadas por el Programa}}{\text{N° de consultas y procedimientos comprometidos en el Programa}} * 100$</p> <p>Indicador 2: Cumplimiento de la actividad Tele Oftalmología y Tele Dermatología.</p> <p>Formula Indicador: $\frac{\text{N° de Informes y consultas realizadas}}{\text{N° de informes y consultas programadas}} * 100$</p> <p>Indicador 3: % de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de la Le Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio.</p> <p>Formula Indicador: $\frac{\text{N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 del a LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente/N° de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud}}{\text{N° de consultas programadas}} * 100$</p> <p>Indicador 4: % de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de salud en el RNLE y acordada en el convenio.</p> <p>Formula Indicador: $\frac{\text{N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente/N° de procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta programados como oferta de especialidad de Oftalmología y Gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud}}{\text{N° de procedimientos programados}} * 100$</p>	<p>Indicador N°1: REM/Programa</p> <p>Indicador N°2: REM/Programa</p> <p>Indicador N°3: RNLE</p> <p>Indicador N°4: RNLE</p>

MOP

 MINISTERIO DE SALUD

COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION
<p>Componente 3: Procedimientos quirúrgicos de Baja Complejidad.</p> <p>Estos procedimientos de baja complejidad y de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local y tras los que no se espera que existan complicaciones posquirúrgicas importantes.</p> <p>Estrategia:</p> <p>A través de la implementación de las salas de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y de la capacitación de los médicos de Atención Primaria, por parte de los médicos especialistas Dermatólogos y/o cirujanos de la red de salud local, con protocolos y guías clínicas consensuadas, conocidas y compartidas, logrando un trabajo conjunto y colaborativo con una distribución del trabajo según complejidad, garantizando un acceso oportuno de los pacientes con patologías malignas o graves a la especialidad.</p>	<p>Cumplimiento del Objetivo Específico 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.</p> <p>Productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución progresiva de la lista de espera. - disminución progresiva del tiempo de espera. <p>Incremento absoluto del número de procedimientos resolutivos a nivel local.</p>	<p>Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:</p> <p>Indicador 1: Cumplimiento de la actividad programada</p> <p>Formula Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}} * 100$</p> <p>Indicador 2: % de Cumplimiento de la programación del año 2017 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 RNLE y acordada en el convenio.</p> <p>Formula indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneo quirúrgicos de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente/ N}^\circ \text{ de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el servicio de Salud}} * 100$</p>	<p>Medio de verificación:</p> <p>Indicador N°1: REM/Programa</p> <p>Indicador N°2: RNLE</p>

ANEXO N° 2: Cuadro de Ponderaciones Según Componentes

COMPONENTE	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META ANUAL	PESO REALTIVO ESTRATEGIA	PESO RELATIVO COMPONENTE
ESPECIALIDADES AMBULATORIAS	Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmológica, Otorrinolaringológica y procedimiento Gastroenterología.	Numerador: N° de consultas realizadas por el Programa Denominador: N° de consultas y procedimientos comprometidos en el Programa.	100%	30%	90%
	Cumplimiento de la actividad Tele Oftalmología y Tele Dermatología.	Numerador: N° de Informes y consultas realizadas Denominador: N° de Informes y consultas programadas	100%	20%	
	% de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en el convenio vigente.	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 del a LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente. Denominador: N° de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud	100%	30%	
PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	% de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de salud en el RNLE y acordada en el convenio.	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente. Denominador: N° de procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta programados como oferta de especialidad de Oftalmología y Gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud.	100%	20%	10%
	Cumplimiento de la actividad programada.	Numerador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizadas. Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos.	100%	50%	
	% de Cumplimiento de la programación del año 2017 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 RNLE y acordada en el convenio.	Numerador: 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 RNLE y acordada en convenio vigente. Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el servicio de Salud)	100%	50%	