



RESOLUCIÓN EXENTA N° 1090

LA SERENA

SAC/lcb

Int. N° 371

22 MAR. 2016

VISTOS:

El D.F.L. N°1/05 que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N°2763 de 1979, D.S. N° 140 de 2004 sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, la Resoluciones N° 1600/08 y 759/03 ambas de la Contraloría General de la República, D.S. 22/15 del Ministerio de Salud y,

CONSIDERANDO:

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; dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1°.- **APRUEBASE** el Convenio de fecha 14.03.16., suscrito entre la **MUNICIPALIDAD DE SALAMANCA**, representada por su Alcalde **D. GERARDO ROJAS ESCUDERO** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, representado por su Director **D. ERNESTO JORQUERA FLORES**, relativo al Programa de Resolutividad en APS 2016, según se detalla en el presente instrumento.

CONVENIO

**PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2016
SALAMANCA**

En La Serena a....14.03.16.... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director **D. ERNESTO JORQUERA FLORES**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE SALAMANCA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en calle Bulnes N°599, Salamanca, representada por su Alcalde **D. GERARDO ROJAS ESCUDERO** 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: "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°1232 del 31 de Diciembre del 2015**, que se describe en el presente protocolo. Se distribuyen los recursos del Programa según la **Resolución exenta N° 391 del 01 de febrero del 2016**, ambas emanadas por el Ministerio de Salud.

TERCERA: El Servicio de Salud, conviene en asignar al Establecimiento recursos destinados a financiar los siguientes componentes del "Programa de Resolutividad en APS":

Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

- Unidades de Atención Primaria Oftalmológicas (UAPO)
- Otorrinolaringología

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 **\$61.472.200 (Sesenta y un millones, cuatrocientos setenta y dos mil, doscientos pesos.-)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior, conforme a los montos que ha asignado el Ministerio de Salud para ello.

El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste, para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en 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 (\$)
1	COMPONENTE 1.3 UAPO	Operación 12 mese UAPO Continuidad	1	61.472.200
		Consultas oftalmólogo Vicio de Refracción	300	
		Consultas Nuevas oftalmólogo Glaucoma	10	
		Controles oftalmólogo Glaucoma	20	
		Otras consultas oftalmólogo	300	
		Total Actividades Oftalmólogo*	630	
		Consultas Vicio Tecnólogo Médico*	1500	
		Lentes	Según demanda Interna UAPO	
	Fármacos glaucoma			
	Lubricantes oculares			
	TOTAL COMPONENTE 1.3		61.472.200	
	COMPONENTE 1.4 Otorrinolaringología	Canastas integrales	50	Abril 2016
		TOTAL COMPONENTE 1.4		Abril 2016
		TOTAL PROGRAMA (\$)		61.472.200

*Consultas UAPO comprometidas para evaluación de Programa (Ver Indicadores)

SEXTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria y cada Servicio de Salud:

En 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.
- Procurar que las prestaciones realizadas por el programa efectivamente signifiquen un aumento real en la oferta de horas de especialidad y no se superpongan con actividades habituales de los prestadores, cuando dichas actividades son realizadas por los mismos profesionales del establecimiento u otro del Servicio de Salud.
- 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.

En relación al Sistema de registro de este Programa, el Departamento de Salud estará encargado de:

- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa.
- Mejorar los registros de demanda de consultas médicas de especialidades.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Mejorar los registros de Listas de Espera para cada especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud.
- Se deben registrar todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud y además registrar las interconsultas resueltas o derivadas 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.

NOTA: Para las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador deberá entregar un informe de atención a cada paciente y una copia la establecimiento de salud o comuna, con el fin de que esta información quede registrada en la ficha clínica como medio verificador. 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 2016**. El envío del Informe a la encargada del Servicio de Salud será con corte al **10 mayo 2016**. 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 2016**. 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.

- **La tercera evaluación y final**, se efectuará al **31 de diciembre 2016**, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

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

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. **Indicador:** Cumplimiento de la actividad proyectada en Consulta de Medico O Tecnólogo Medico (Canasta Integral de Oftalmología)
 - Fórmula de cálculo: (N° de Consultas realizadas por el Programa / N° de Consultas comprometidas en el Programa)*100
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
2. **Indicador:** Porcentaje de Resolución de Lista de Espera por consulta Nueva de Especialidad Oftalmológica Ingresada hasta el 31.12.14
 - Forma de Cálculo: (N° de personas en LE consulta nueva especialidad oftalmológica con fecha de ingreso hasta el 31.12.14 existentes al 31.12.16/ N° de personas en Lista de espera de consulta nueva de oftalmología con fecha de ingreso al 31.12.14, existentes al corte del 31.12.15)*100
 - Medio de Verificación: (RNLE)
3. **Indicador:** Cumplimiento de la actividad proyectada en Otorrinolaringología
 - Fórmula de cálculo:(N° de Consultas realizadas por el Programa / N° de Consultas comprometidas en el Programa)*100
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
4. **Indicador:** Porcentaje de Resolución de LE por consulta nueva de Espacialidad de Otorrinolaringología Ingresada hasta el 31.12.14
 - Forma de Cálculo: (N° de personas en LE nueva de Especialidad Otorrinolaringológica con fecha de Ingreso hasta el 31.12.14 existentes al 31.12.16/ N° de personas el Lista de espera de consulta nueva de Otorrinolaringología con fecha de ingreso al 31.12.14, existentes al corte del 31.12.15)*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)

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud, en 2 cuotas: 70% contra convenio y el 30% restante contra evaluación en 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: La Municipalidad se obliga a enviar al Servicio, mensualmente, a partir de esta fecha, un informe de gastos de la ejecución de las actividades asociadas al presente convenio, que debe ser enviado dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente al informado. Este informe deberá incluir, al menos: estado de avance en la ejecución de actividades destinadas para los fines señalados; una rendición financiera de la ejecución de los fondos traspasados que señale los medios verificadores utilizados y cualquier otro antecedente que sea requerido por el Servicio.
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.

NOVENA: El Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio respectivo.

DECIMA: Sin perjuicio de lo dispuesto en la cláusula sexta, finalizado el período de vigencia y en caso que la evaluación final de cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio reliquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos la Municipalidad devolver y reintegrar al Servicio los montos del convenio que no hayan sido ejecutados oportunamente.

DECIMA 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 2016. Mediante convenios complementarios podrán modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad en conformidad con el mismo, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en el de la Municipalidad y los dos restantes en la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

Firmas ilegibles

D. GERARDO ROJAS ESCUDERO
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD SALAMANCA

D. ERNESTO JORQUERA FLORES
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

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

ANOTESE Y COMUNIQUESE.


ERNESTO JORQUERA FLORES
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

DISTRIBUCIÓN:

- Municipalidad de SALAMANCA
- División de Atención Primaria MINSAL
- Subdepto. Gestión Financiera DSSC.
- Subdepto. APS DSSC.
- Depto. Asesoría Jurídica DSSC.
- Archivo


MINISTRO DE SALUD
DIRECCION
SERVICIO
DE SALUD


MINISTRO DE SALUD
TRANSCRITO FIELMENTE

Gloria Sepúlveda Ojeda