



DSD / CVA / SBM / sec

ORIGINAL  
DIRECCIÓN S. SALUD COQUIMBO

RESOLUCIÓN EXENTA N° 1109 /

LA SERENA,

27 MAR. 2017

Int. N°165

**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:**

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, enamadas 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 de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa Odontológico Integral; dicto la siguiente:

**RESOLUCIÓN:**

1°.- **APRUEBASE** el Protocolo de fecha 20.03.2017 suscrito entre el **HOSPITAL DE COMBARBALA**, representado por su Directora DRA. **AMY GREEN ALVAREZ** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director D. **ERNESTO JORQUERA FLORES**, relativo al Programa Odontológico Integral, según se detalla en el presente instrumento.

**PROTOCOLO DE ACUERDO  
PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL**

En La Serena a.....20.03.2017.... 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 **ERNESTO JORQUERA FLORES**, del mismo domicilio, personería según D.S. N°22 del 23 de Febrero de 2015 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y el **HOSPITAL DE COMBARBALA**, representado por su Director **DRA. AMY GREEN ALVAREZ**, ambos domiciliados en Comercio N°800, Combarbalá, en adelante el "Hospital" o el "Establecimiento", indistintamente, se ha acordado celebrar un Protocolo de Acuerdo, que consta de las siguientes cláusulas.

**PRIMERA:** En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, enamadas 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 de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el **Programa Odontológico Integral**

**SEGUNDA:** El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1268 del 28 de noviembre del Ministerio de Salud**. Anexo al presente Protocolo de Acuerdo y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que el establecimiento se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Anexo al presente Programa y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que el hospital se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

**TERCERA:** El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar al establecimiento recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes componentes del **Programa Odontológico Integral**

#### COMPONENTE 4: MÁS SONRISAS PARA CHILE

- Altas Odontológicas Integrales **Más Sonrisas para Chile**, en mujeres mayores de 20 años. Esto es otorga atención Odontológica a grupos priorizados especialmente vulnerables.

**CUARTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al establecimiento, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de \$33.095.585 (treinta y tres millones noventa y cinco mil quinientos ochenta y cinco pesos) donde \$13.489.094 para subtítulo 21 y \$19.606.491 para subtítulo 22, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior.

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

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

METAS Y REGISTROS DEL PROGRAMA					
COMPONENTE	META COMUNAL ANUAL	INDICADOR Y FORMULA DE CALCULO	REGISTRO REM	SUBT.21	SUBT. 22
Mas sonrisas para chile	200 Atención odontológica integral Mas sonrisas para Chile	(N° total de altas odontológicas integrales en mujeres beneficiarias Mas Sonrisas para Chile/N° total de altas Odontológicas Integrales en Mas Sonrisas para Chile comprometidas) x 100	SECCIÓN G DEL REM A09	\$ 13.489.094	\$ 19.606.491
<b>TOTL FINANCIAMIENTO (21+22)</b>				<b>\$</b>	<b>33.095.585</b>

**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:

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad.

La evaluación del Programa se efectuará en dos etapas:

**LA PRIMERA EVALUACIÓN**, se efectuara con corte al 31 de Agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 50%, de acuerdo al siguiente cuadro:

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL PROGRAMA	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%
50%	0%
Entre 40 y 49,99 %	25%
Entre 30 y 39,99 %	50%
Entre 25 y 29,99 %	75%
Menos de 25%	100%

En relación a esto último, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

**LA SEGUNDA EVALUACIÓN Y FINAL:** se efectuará al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

Al evaluar el cumplimiento individual de cada estrategia, se debe ponderar el peso relativo por componente, lo que constituirá el cumplimiento global del programa. En caso de que una o varias estrategias no apliquen, se deberán reponderar las que sí apliquen proporcionalmente al peso relativo original, con la finalidad de obtener el cumplimiento final del programa.

#### INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

##### INDICADORES:

##### CUMPLIMIENTO DEL COMPONENTE ODONTOLÓGIA INTEGRAL

**INDICADOR:** Altas Odontológicas Integrales Mas Sonrisas para Chile

**FÓRMULA DE CÁLCULO:** (N° total de altas Odontológicas Mas sonrisas para chile / N° total de altas integrales Mas Sonrisas para Chile comprometidas) x 100

**MEDIO DE VERIFICACIÓN:** REM / Planilla de distribución de metas Programas Odontológicos.

**SEPTIMA:** Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas (70% - 30%), la 1º cuota contra total tramitación del Programa y resolución aprobatoria y la 2º cuota contra el grado de cumplimiento del Programa.

La estrategia considera todos los insumos para realizar la actividad. En el caso de existir recursos disponibles, una vez cumplidas las metas comprometidas, el establecimiento podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la mantención y/o reposición de instrumental y/o equipamiento Odontológico utilizado en dicha estrategia, adjuntando los antecedentes necesarios que avalan esta solicitud.

**OCTAVA:** El Servicio, podrá requerir al establecimiento, 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. Igualmente, el Servicio podrá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

**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:** Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Servicio descontará de la transferencia regular de atención primaria, el valor correspondiente a la parte pagada y no ejecutada del Programa objeto de este instrumento, en su caso.

**DECIMA PRIMERA:** El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Programa se señala. Por ello, en el caso que el establecimiento se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

**DÉCIMA SEGUNDA:** El presente Programa tendrá vigencia desde el **1 de Enero hasta el 31 de diciembre del año en curso.**

**DÉCIMA TERCERA:** El presente Programa se firma en un ejemplar, quedando en poder del Servicio de Salud.

Firmas ilegibles

**DRA. AMY GREEN ALVAREZ**  
DIRECTORA  
HOSPITAL COMBARBALA

**D. ERNESTO JORQUERA FLORES**  
DIRECTOR  
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

**ANOTESE Y COMUNIQUESE.**

  
**ERNESTO JORQUERA FLORES**  
DIRECTOR  
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

**DISTRIBUCIÓN:**

- Archivo



## PROTOCOLO DE ACUERDO PROGRAMA ODONTOLÓGICO INTEGRAL

20 MAR. 2017

En La Serena a..... 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 **ERNESTO JORQUERA FLORES**, del mismo domicilio, personería según D.S. N°22 del 23 de Febrero de 2015 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y el **HOSPITAL DE COMBARBALA**, representado por su Director **DRA. AMY GREEN ALVAREZ**, ambos domiciliados en Comercio N°800, Combarbalá, en adelante el "Hospital" o el "Establecimiento", indistintamente, se ha acordado celebrar un Protocolo de Acuerdo, que consta de las siguientes cláusulas.

**PRIMERA:** En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, enmarcadas 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 de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el **Programa Odontológico Integral**

**SEGUNDA:** El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1268 del 28 de noviembre del Ministerio de Salud**. Anexo al presente Protocolo de Acuerdo y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que el establecimiento se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento. Anexo al presente Programa y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que el hospital se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

**TERCERA:** El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar al establecimiento recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes componentes del **Programa Odontológico Integral**

### COMPONENTE 4: MÁS SONRISAS PARA CHILE

- Altas Odontológicas Integrales **Más Sonrisas para Chile**, en mujeres mayores de 20 años. Esto es otorga atención Odontológica a grupos priorizados especialmente vulnerables.

**CUARTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al establecimiento, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de \$33.095.585 (**treinta y tres millones noventa y cinco mil quinientos ochenta y cinco pesos**) donde **\$13.489.094 para subtítulo 21 y \$19.606.491 para subtítulo 22**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior.

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

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

METAS Y REGISTROS DEL PROGRAMA					
COMPONENTE	META COMUNAL ANUAL	INDICADOR Y FORMULA DE CALCULO	REGISTRO REM	SUBT.21	SUBT. 22
Mas sonrisas para Chile	200 Atención odontológica integral Mas sonrisas para Chile	(N° total de altas odontológicas integrales en mujeres beneficiarias Mas Sonrisas para Chile/N° total de altas Odontológicas Integrales en Mas Sonrisas para Chile comprometidas) x 100	SECCIÓN G DEL REM A09	\$ 13.489.094	\$ 19.606.491
<b>TOTL FINANCIAMIENTO (21+22)</b>				<b>\$</b>	<b>33.095.585</b>

**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:

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad.

La evaluación del Programa se efectuará en dos etapas:

**LA PRIMERA EVALUACIÓN,** se efectuara con corte al 31 de Agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 50%, de acuerdo al siguiente cuadro:

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL PROGRAMA	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2° CUOTA DEL 30%
50%	0%
Entre 40 y 49,99 %	25%
Entre 30 y 39,99 %	50%
Entre 25 y 29,99 %	75%
Menos de 25%	100%

En relación a esto último, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

**LA SEGUNDA EVALUACIÓN Y FINAL:** se efectuará al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

Al evaluar el cumplimiento individual de cada estrategia, se debe ponderar el peso relativo por componente, lo que constituirá el cumplimiento global del programa. En caso de que una o varias estrategias no apliquen, se deberán reponderar las que sí apliquen proporcionalmente al peso relativo original, con la finalidad de obtener el cumplimiento final del programa.

#### INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

##### INDICADORES:

##### CUMPLIMIENTO DEL COMPONENTE ODONTOLÓGIA INTEGRAL

**INDICADOR:** Altas Odontológicas Integrales Mas Sonrisas para Chile

**FÓRMULA DE CÁLCULO:** (N° total de altas Odontológicas Mas sonrisas para Chile / N° total de altas integrales Mas Sonrisas para Chile comprometidas) x 100

**MEDIO DE VERIFICACIÓN:** REM / Planilla de distribución de metas Programas Odontológicos.

**SEPTIMA:** Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas (70% - 30%), la 1º cuota contra total tramitación del Programa y resolución aprobatoria y la 2º cuota contra el grado de cumplimiento del Programa.

La estrategia considera todos los insumos para realizar la actividad. En el caso de existir recursos disponibles, una vez cumplidas las metas comprometidas, el establecimiento podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la mantención y/o reposición de instrumental y/o equipamiento Odontológico utilizado en dicha estrategia, adjuntando los antecedentes necesarios que avalan esta solicitud.

**OCTAVA:** El Servicio, podrá requerir al establecimiento, 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. Igualmente, el Servicio podrá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

**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:** Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Servicio descontará de la transferencia regular de atención primaria, el valor correspondiente a la parte pagada y no ejecutada del Programa objeto de este instrumento, en su caso.

**DECIMA PRIMERA:** El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Programa se señala. Por ello, en el caso que el establecimiento se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

**DÉCIMA SEGUNDA:** El presente Programa tendrá vigencia desde el **1 de Enero hasta el 31 de diciembre del año en curso.**

**DÉCIMA TERCERA:** El presente Programa se firma en un ejemplar, quedando en poder del Servicio de Salud.



*[Handwritten signature of Amy Green Alvarez]*

**DRA. AMY GREEN ALVAREZ**  
**DIRECTORA**  
**HOSPITAL COMBARBALA**



*[Handwritten signature of Ernesto Jorquera Flores]*

**D. ERNESTO JORQUERA FLORES**  
**DIRECTOR**  
**SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**

*[Handwritten signature]*  
**SAC/DBP/CYA/JYO/SEM**