



Ilustre Municipalidad de
La Serena

LA SERENA, 18 FEB. 2014

DECRETO N° 774/14,

VISTOS Y CONSIDERANDO:

El Convenio de fecha 16 de Enero de 2014, suscrito entre la Ilustre Municipalidad de La Serena y el Servicio de Salud Coquimbo; La Resolución Exenta N° 141 de fecha 16 de Enero de 2014 del Servicio de Salud Coquimbo que aprueba el convenio; el Memorandum N° 077 de 11 de Febrero de 2014, del Departamento de Salud de la Corporación Municipal "Gabriel González Videla", mediante el cual remite el convenio firmado para su aprobación; lo dispuesto en el Texto Refundido de la Ley 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades; la Ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado y las facultades propias de mi cargo:

DECRETO:

APRUÉBESE el Convenio de fecha 16 de Enero de 2014, suscrito entre la ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA SERENA, representada por su Alcalde don Roberto Jacob Jure y el SERVICIO DE SALUD COQUIMBO, representada por su Director (S) don Sergio Ansietta Calderón, relativo al Programa de Resolutividad en APS 2014.

Anótese, comuníquese a quien corresponda, publíquese y archívese en su oportunidad.



JESSICA RIVERA SIRVENT
SECRETARIO MUNICIPAL (S)



ROBERTO JACOB JURE
ALCALDE DE LA SERENA

Distribución:

- Servicio de Salud Región Coquimbo
 - Depto de Salud Municipal
 - Corporación G. G. Videla
 - Departamento de Finanzas
 - Asesoría Jurídica
 - Oficina de Partes
- RJJ/JRS/MPVV/CAMT



SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

**CONVENIO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2014**

16 ENE 2014

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 (S) D. **SERGIO ANSIETA CALDERÓN**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA SERENA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Prat N° 451, La Serena, representada por su Alcalde D. **ROBERTO JACOB JURE**, 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° 59 del 2011, 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.

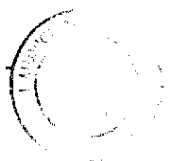
El referido Programa que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento, ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1189 de 18 de Diciembre de 2013, del Ministerio de Salud.

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

1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

- Medico Gestor
- Unidades de Atención Primaria Oftalmológicas (UAPO)
- Otorrinología
- Gastroenterología

4



Handwritten signature

2) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad a realizarse en tres salas de tres CESFAM.

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 **\$112.797.052**(ciento doce millones, setecientos noventa y siete mil, cincuenta y dos.-) 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 1.1 Médico gestor	Gestión de referencia y contra referencia	11 horas semanales	3.923.585
	COMPONENTE 1.3 UAPO	Consultas oftalmólogo Vicio de Refracción	400	70.231.232
		Consultas Nuevas oftalmólogo Glaucoma	16	
		Controles oftalmólogo Glaucoma	48	
		Otras consultas oftalmólogo	585	
		Lentes	2.832	
		Fármacos, insumos e instrumental oftalmológicos	varios	
		Lubricantes oculares	2.118	
		Consultas Vicio Tecnólogo Médico	2.550	
		Atenciones y Procedimientos Tecnólogo Médico	1.200	
		COMPONENTE 1.4 Otorrinolaringología	Canastas integral	
	COMPONENTE 1.6 Gastroenterología	Canasta Integral	25	1.799.975
TOTAL COMPONENTE Nº 1 (\$)				96.223.067
2	COMPONENTE Nº 2.1 Cirugía	Procedimientos Cutáneos	600	12.650.400
TOTAL COMPONENTE Nº 2 (\$)				12.650.400
TOTAL PROGRAMA (\$)				112.797.052

W

Joe

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

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 Servicio 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, según planilla (Anexo N° 1).
- 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.

Evaluación:

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 31 de Mayo 2014.
- La segunda evaluación, se efectuará con corte al 31 de Julio del 2014. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, de acuerdo a:
 1. Si es que su cumplimiento es inferior al 40%, para los componentes de Especialidades Ambulatorias (UAPO, Otorrino, Gastroenterología) y



Y

JOB

Procedimientos Quirúrgicos Cutáneos de Baja Complejidad, se aplicará la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (40%)
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%
0%	Rescindir convenio

- I. Si es que su cumplimiento es inferior al 100%, para el componente de Especialidades Ambulatorias (Medico Gestor de la demanda), se aplicará la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (40%)
100,00%	0%
Entre 90,00% y 99,99%	50%
Entre 80,00% y 89,99%	75%
Menos del 80%	100%

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

- La tercera evaluación y final, se efectuará al 31 de Diciembre 2014, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

La evaluación se realizará en forma independiente para cada actividad de acuerdo al indicador señalado del Programa, excepto la actividad de UAPO que se evaluará con 2 indicadores, cada uno tendrá un peso relativo del 50%.

El grado de incumplimiento anual, 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 Julio del año correspondiente.

En el caso de comunas o establecimientos dependientes, que reciben recursos adicionales, como parte de la redistribución que se realice en Octubre, tendrán plazo hasta el 31 de Diciembre del año 2014, para finalizar su ejecución.



41

[Handwritten signature]

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

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

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

1. Indicador: Cumplimiento de la actividad medica proyectada en UAPO
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas medicas realizadas en UAPO} / N^{\circ} \text{ de consultas medicas comprometidas en UAPO}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
2. Indicador: Cumplimiento de la actividad tecnólogo medico proyectada en UAPO
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas de tecnólogo medico realizadas en UAPO} / N^{\circ} \text{ de consultas de tecnólogo medico comprometidas en UAPO}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
3. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Otorrinolaringología
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
4. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Gastroenterología.
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
5. Indicador: Cumplimiento de SIC revisadas y gestionadas.
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de SIC revisadas y gestionadas por medico gestor de demanda de la comuna} / N^{\circ} \text{ de SIC generadas en la comuna}) * 100$
 - Medio de verificación: (Registro Local, anexo N° 1)

▪ **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)

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos por el Servicio en 2 cuotas: 60% contra convenio y el 40% restante contra evaluación en octubre, de acuerdo a las siguientes tablas de rebaja:

- I. Si es que su cumplimiento es inferior al 40%, para los componentes de Especialidades Ambulatorias (UAPO, Otorrino, Gastroenterología) y Procedimientos Quirúrgicos Cutáneos de Baja Complejidad, se aplicará la siguiente tabla:



4

Jaco

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (40%)
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%
0%	Rescindir convenio

- I. Si es que su cumplimiento es inferior al 100%, para el componente de Especialidades Ambulatorias (Medico Gestor de la demanda), se aplicará la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (40%)
100,00%	0%
Entre 90,00% y 99,99%	50%
Entre 80,00% y 89,99%	75%
Menos del 80%	100%

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, 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; 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.



7

for

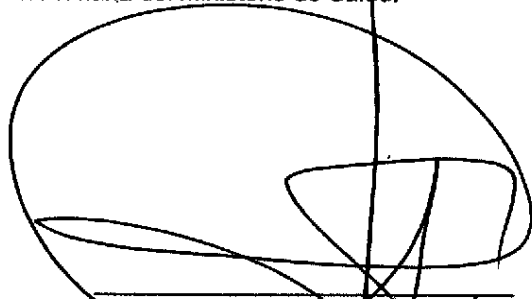
DÉCIMA SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1 de Enero hasta el 31 de diciembre del año 2014, sin embargo se renovará automática y sucesivamente por períodos iguales si el Servicio no da aviso con treinta días de anticipación a su fecha de vencimiento, su voluntad de no perseverar en él.

Sin perjuicio de la renovación automática del convenio, 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.

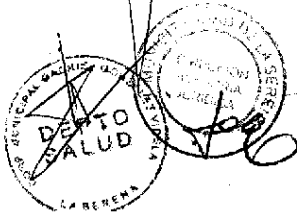
DÉCIMA TERCERA: El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en el de la Municipalidad y los dos restantes en la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.



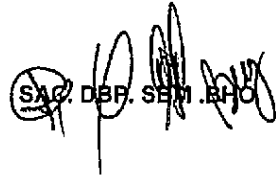
ALCALDE
ROBERTO JACOB JURE
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA



D. SERGIO ANSIETTA CALDERÓN
DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD



SAC. DBF. SEM. BHO



ANEXO N° 1: Medio verificador de SIC Revisadas

MES	SIC generadas en la comuna de APS (REM A07, Sección A.6)	SIC revisadas y gestionadas medico gestor (registro interno municipio)	Medio . verificador
ENERO			
FEBRERO			
MARZO			
ABRIL			
MAYO			
JUNIO			
JULIO			
AGOSTO			
SEPTIEMBRE			
OCTUBRE			
NOVIEMBRE			
DICIEMBRE			

4

Jaco