



Ilustre Municipalidad de  
La Serena

LA SERENA,

17 de Abril de 2015

DECRETO Nº

1102

**VISTOS Y CONSIDERANDO:**

La Resolución Exenta Nº 937 de fecha 19 de marzo de 2015 del Servicio de Salud Coquimbo, mediante la cual se aprueba Convenio suscrito entre el Servicio de Salud Coquimbo y la Municipalidad de La Serena; el Memorándum Nº 164 de fecha 07 de abril de 2015 de la Directora Departamento de Salud, mediante el cual remite Convenio firmado; lo dispuesto en Texto Refundido de la Ley 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades, y en uso de las atribuciones que me confiere la Ley.

**DECRETO:**

**APRUEBESE** Convenio de fecha 10 de marzo de 2015, suscrito entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, representado por su Director (T.P.) D. **ERNESTO JORQUERA FLORES** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA SERENA**, representada por su Alcalde, don **ROBERTO JACOB JURE**, relativo al Programa de Resolutividad en APS 2015 La Serena.

Anótese, comuníquese a quien corresponda y archívese.



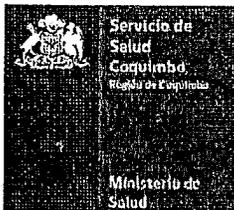
**LUCIANO MALUENDA VILLEGAS**  
SECRETARIO MUNICIPAL



**ROBERTO JACOB JURE**  
ALCALDE DE LA SERENA

Distribución:

- ◆ Servicio Salud Coquimbo
  - ◆ Corporación Municipal  
"Gabriel González Videla"
  - ◆ Asesoría Jurídica
  - ◆ Departamento de Finanzas
  - ◆ Oficina de Partes
- RJJ/LMV/MPVV/acc



**CONVENIO**  
**PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2015**  
**LA SERENA**

En La Serena a 10 MAR 2015, 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 (T.P.) D. **ERNESTO JORQUERA FLORES**, 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° 94 del 2013, 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°1182 del 26 de noviembre del 2014**, que se describe en el presente protocolo. Se distribuyen los recursos del Programa según la **Resolución exenta N° 17 del 08 de enero del 2015**, 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":

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

- Médico Gestor
- Unidades de Atención Primaria Oftalmológicas (UAPO)
- Otorrinonaringología
- Gastroenterología
- Tele-oftalmología



**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 **\$118.609.648 (Ciento dieciocho millones, seiscientos nueve mil, seiscientos cuarenta y ocho 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 (\$) Subtitulo 24
1	COMPONENTE 1.1 Médico gestor	Gestión de referencia y contra referencia	11 horas semanales	4.041.293
	COMPONENTE 1.3 UAPO	Operación 12 mese UAPO Continuidad	1	74.190.925
		Consultas oftalmólogo Vicio de Refracción	400	
		Consultas Nuevas oftalmólogo Glaucoma	16	
		Controles oftalmólogo Glaucoma	48	
		Otras consultas oftalmólogo	585	
		Lentes	2832	
		Fármacos Glaucoma, insumos e instrumental oftalmológicos	592	
		Lubricantes oculares	2118	
		Consultas Vicio Tecnólogo Médico	2250	
Atenciones y Procedimientos Tecnólogo Médico	1200			
COMPONENTE 1.4 Otorrinolaringología	Canastas integral	220	24.917.640	
COMPONENTE 1.6 Gastroenterología	Canasta Integral	35	2.430.190	
<b>TOTAL COMPONENTE Nº 1 (\$)</b>				<b>105.580.048</b>
2	COMPONENTE Nº 2.1 Cirugía	Procedimientos Cutáneos	600	13.029.600
<b>TOTAL COMPONENTE Nº 2 (\$)</b>				<b>13.029.600</b>
<b>TOTAL PROGRAMA (\$)</b>				<b>118.609.648</b>

**SEXTA:** 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 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, 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 2015**.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al **31 de Julio del 2015**. 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:

- I. Si es que su cumplimiento es inferior al 60%, para los componentes de Especialidades Ambulatorias (UAPO, Otorrino, Gastroenterología) y 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 (30%)
60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir convenio

- II. 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 (30%)
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 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 2015**, 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 al corte de agosto 2015, será considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

#### **Informe de Cumplimiento y Reliquidación:**

Para aquellas comunas que administren Salud Municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de Octubre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto 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 2015, para finalizar su ejecución.

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

### • 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: 70% contra convenio y el 30% restante contra evaluación en octubre, de acuerdo a las siguientes tablas de rebaja:

- I. Si es que su cumplimiento es inferior al 60%, para los componentes de Especialidades Ambulatorias (UAPO, Otorrino, Gastroenterología) y 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 (30%)
60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir convenio

- II. 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 (30%)
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; 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.

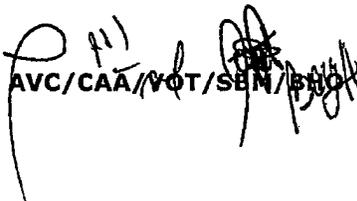
**DECIMA PRIMERA:** El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

**DÉCIMA SEGUNDA:** El presente convenio tendrá vigencia desde el 1 de Enero hasta el 31 de diciembre del año 2015. 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.

  
**D. ROBERTO JACOB JURE**  
**ALCALDE**  
**I. MUNICIPALIDAD LA SERENA**

  
  
**D. ERNESTO JORQUERA FLORES**  
**DIRECTOR (T.P.)**  
**SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**

  
  
  
  
**AVC/CAA/VOT/SEM/...**

**ANEXO N° 1: Medio verificador de SIC Revisadas**

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

