



RESOLUCION EXENTA N° 944

CASTRO, 03 MAR. 2016

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: La necesidad de aprobar "**CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA MUNICIPAL**", suscrito con fecha 11 de Febrero de 2016, entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, en virtud del cual el Ministerio de Salud a través Servicio de Salud Chiloé conviene en asignar a la Municipalidad recursos mediante Resolución Exenta N° 391 de fecha 01 de Febrero de 2016 del Ministerio de Salud, que distribuye recursos con el objeto de financiar el Programa de Resolutividad en Atención Primaria Municipal, fondos presupuestarios que ascienden a la suma total de \$ **3.722.621**. **CONSIDERANDO:** La necesidad de aprobar mediante la presente resolución el convenio recién referido, a fin de que produzca todos sus efectos como en derecho corresponde. **Y TENIENDO PRESENTE:** Lo dispuesto en el D.F.L. N° 29 de 2005 del Ministerio de Hacienda, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo, DFL N° 1 de 2006 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2.763 de 1979; Ley 19.378; Ley 20.229 de 2007 que otorga facultades para la creación del Servicio de Salud Chiloé, Ley 18.575 de Bases Generales de la Administración del Estado, Decreto Supremo N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento de los Servicios de Salud; D.F.L. N° 1 del 13 de febrero de 2008 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial el 28 de junio de 2008, que crea el Servicio de Salud Chiloé; D.S. 406 de fecha 08 de Septiembre del 2015, del Ministerio de Salud, que establece orden de subrogancia del cargo de Director del Servicio de Salud de Chiloé y lo previsto en la Resolución N° 1600 de 2008 de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente,

RESOLUCION

- 1. APRUÉBESE, "CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA MUNICIPAL",** suscrito con fecha 11 de Febrero de 2016, entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, mediante el cual el Servicio de Salud Chiloé traspasa a la Municipalidad, la suma de \$ **3.722.621**, a fin de ejecutar las actividades que se detallan en el Convenio señalado.
- 2. IMPUTESE** el gasto que irroque el cumplimiento de este convenio al ítem 24-03-298-002, **PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA MUNICIPAL**.

ANOTESE Y COMUNIQUESE.



SRA. MARCELA CÁRCAMO HEMMELMANN
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

MCH/ABB/EGB/ABOGADO/JVM/mbs

Distribución:

- I. Municipalidad de Dalcahue.
- Dpto. Finanzas, S.S. Chiloé
- Subdirección. APS, S.S. Chiloé
- Dpto. Jurídica, S.S. Chiloé





MCH/ABB/ESB/PAC/ALR/mjs

CONVENIO

PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA MUNICIPAL MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE/ SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

En Castro a 11 de Febrero de 2016 entre el **Servicio de Salud Chiloé**, persona jurídica de derecho público, RUT Nº 61.979.210-6, domiciliado en calle O'Higgins Nº 504, en la ciudad de Castro, representado por su Directora **Sra. Marcela Cárcamo Hemmelmann**, Cédula de Identidad Nº 8.738.546-9, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**, persona jurídica de derecho público, RUT Nº 69.230.300-8, domiciliada en calle Pedro Montt Nº 105, ciudad de Dalcahue, representada por su Alcalde **Sr. Juan Pérez Muñoz**, Cédula de Identidad Nº 5.453.703-4, en adelante la "Municipalidad", 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 Nº 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 6º del Decreto Supremo Nº 202 del 26 de Diciembre de 2014, 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 Resolutividad en Atención Primaria

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta Nº1232 de fecha 31 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud. Anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

[Firma]

TERCERA: De los componentes

El Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todas las siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:

1) Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias:

Este componente considera la compra o entrega de prestaciones integrales en la atención primaria de Salud, a través del financiamiento destinado para tal efecto.

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.

Las personas que accedan a las prestaciones del programa deberán ser aquellas que se encuentren en lista de espera para atención (registradas en repositorio nacional de lista de espera) y serán en primera instancia aquellas que se encuentren en lista de espera prolongada (más de 120 días) y luego aquellas que tengan un tiempo inferior. No obstante debe aplicarse el criterio de prioridad clínica cuando corresponda.

En caso que la atención sea resuelta por el Programa Resolutividad, el paciente será egresado de la lista de espera, utilizando la causal que se indique en la norma técnica. Para el caso específico de Tele dermatología aplicará la causal de egreso N° 17, en las circunstancias descritas en el documento de Orientaciones Técnicas.

Estrategias:

1.1. Oftalmología: esta estrategia incluye la Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) y la prestación de Teleoftalmología. Orientados al diagnóstico y tratamiento de problemas de salud ocular (Vicios de refracción en personas de hasta 64 años, ojo rojo, tumores benignos y atención integral al paciente diabético). Es posible incluir a personas de otras edades si existe un requerimiento local que lo amerite.

1.2. Otorrinolaringología: orientado al diagnóstico y tratamiento de Hipoacusia en personas de hasta 64 años, Síndrome vertiginoso y otitis aguda (personas de 15 años y más).

1.3. Gastroenterología: Cuyo objetivo es erradicar la infección por *Helicobacter pylori* cuando se asocie a esofagitis, úlcera duodenal, úlcera gástrica, gastritis linfonodular, gastritis atrófica en personas de 15 años y más como método de detección precoz del cáncer gástrico. La canasta integral incluye examen endoscópico con biopsia y test de ureasa.

1.4. Dermatología, a través de la plataforma de Tele dermatología.

2) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad

Contempla procedimientos quirúrgicos de baja complejidad (minimamente invasivos), de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local y donde se espera que no existan complicaciones post quirúrgicas.

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Servicio de Salud, viene en asignar a "la Municipalidad", desde la fecha total de tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de \$ 3.722.621 (tres millones setecientos veintidós mil seiscientos veintiún pesos), para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

El total se desglosa de la siguiente manera:

\$2.127.026 para la estrategia de Otorrinolaringología; para Gastroenterología y Procedimientos cutáneos de baja complejidad, \$1.595.595.

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en dos cuotas. La primera cuota del 70% será transferida contra la total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la segunda cuota, referida al 30% restante, será transferida contra el grado de cumplimiento técnico del programa.

QUINTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar todas las estrategias mencionadas en la cláusula tercera, cuyas actividades y metas son las siguientes:

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ESTRATEGIA	Nº DE ACTIVIDADES O META
1	COMPONENTE 1.2	OTORRINOLARINGOLOGIA	40
	COMPONENTE 1.3	GASTROENTEROLOGIA	38
2	COMPONENTE Nº 2.1	P. CUTANEOS	35
TOTAL PROGRAMA \$3.722.621			

SEXTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas en la Cláusula Quinta, de acuerdo a los siguientes Medios de Evaluación, Indicadores y Medios de Verificación.

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.
- Realizar auditorías técnicas.

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

- Mantener la adecuada gestión clínico administrativa del programa.
- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el programa, que deberá ser reportado a la unidad de gestión de la información, en forma mensual.
- Monitorear el registro rutificado de las personas atendidas en el Programa, que será entregado por el CESFAM, cada vez que se compren servicios.
- 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.



- 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.
- Para las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador deberá entregar un informe de atención al paciente y al establecimiento de salud o comuna, con el fin de que esta información quede registrada en su ficha clínica. Informe que deberá ser entregado en un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.

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 30 de Abril y envío de informe al Servicio de Salud, indicando horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicio adjudicadas, etc., el día 05 de mayo.
- La segunda evaluación, se efectuará 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 el cumplimiento es inferior al 50%, de acuerdo al siguiente cuadro:

- Si es que su cumplimiento es inferior al 50%, para los componentes de Especialidades Ambulatorias (Oftalmología, UAPO, Otorrino, Tele-Dermatología) y Procedimientos Quirúrgicos Cutáneos de Baja Complejidad, se aplicará la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2ª 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, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales señalados en la cláusula cuarta del presente convenio, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud Chiloé, acompañando un plan de trabajo que comprometa el cronograma de cumplimiento de las metas. Con estos antecedentes el servicio de Salud Chiloé podrá acoger o no la solicitud.

No obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del programa al 31 de diciembre y la comuna mantiene en toda circunstancia la obligación de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

Finalmente el no cumplimiento de las actividades y/o estrategias, y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

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.

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 en curso, para finalizar su ejecución.

Cada Servicio de Salud deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, RNLE y plataformas web 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 médico (oftalmólogo)

Fórmula de cálculo:	Medio de verificación:	
(Nº de Consultas realizadas por el Programa / Nº de Consultas comprometidas en el Programa)*100	(REM /Programa)	Lentes : REM

2. Indicador: % de resolución de Lista de espera por consulta nueva de especialidad oftalmológica Ingresada hasta 31.12.2014 (considera LE comunal y en relación al diagnóstico que aborda el programa.

Fórmula de cálculo:	Medio de verificación:
(Nº de personas en LE consulta nueva de especialidad oftalmológica con fecha de ingreso hasta 31.12.2014, existentes al corte 31.12.2016/ Nº de personas en LE consulta nueva de oftalmología con fecha de ingreso hasta 31.12.2014, existentes al corte 31.12.2015)*100	RNLE

3. Indicador: Cumplimiento de la actividad tecnólogo medico proyectada en UAPO (PROCEDIMIENTOS)

Fórmula de cálculo:	Medio de verificación:
(Nº de procedimientos de tecnólogo medico realizadas en UAPO /Nº de procedimientos de tecnólogo medico comprometidas en UAPO)*100	REM /Programa.

af.

4. Indicador: Cumplimiento de la actividad de Teleoftalmología.

Fórmula de cálculo:	Medio de verificación:
$\left(\frac{\text{Nº de Informes de fondo de ojo realizados por teleoftalmología}}{\text{Nº de Informes de fondo de ojo comprometidos por teleoftalmología en UAPO}} \right) * 100$	Plataforma web Minsal www.teleoftalmologia.cl

5. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Otorrinolaringología

Fórmula de cálculo:	Medio de verificación:
$\left(\frac{\text{Nº de Consultas realizadas por el Programa}}{\text{Nº de Consultas comprometidas en el Programa}} \right) * 100$	REM / Programa Audífonos: REM Audiometrías: REM

6. Indicador: % de resolución de Lista de espera por consulta nueva de especialidad Otorrinolaringológica Ingresada hasta 31.12.2014 (considera LE comunal y en relación al diagnóstico que aborda el programa.

Fórmula de cálculo:	Medio de verificación:
$\left(\frac{\text{Nº de personas en LE consulta nueva de especialidad otorrinolaringológica con fecha de ingreso hasta 31.12.2014, existentes al corte 31.12.2016}}{\text{Nº de personas en LE consulta nueva de otorrinolaringología con fecha de ingreso hasta 31.12.2014, existentes al corte 31.12.2015}} \right) * 100$	RNLE

7. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Gastroenterología (endoscopías y biopsias)

Fórmula de cálculo:	Medio de verificación:
$\left(\frac{\text{Nº de Consultas realizadas por el Programa}}{\text{Nº de Consultas comprometidas en el Programa}} \right) * 100$	REM / Programa

[Handwritten signature]

8. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de Tele-dermatología

Fórmula de cálculo:	Medio de verificación:
$\left(\frac{\text{Nº de Consultas realizadas por el Programa}}{\text{Nº de Consultas comprometidas en el Programa}} \right) * 100$	- REM / Programa - Plataforma web Minsal www.Teledermatologia.cl

9. Indicador: % de resolución de Lista de espera por consulta nueva de especialidad Dermatológica ingresada. (considera LE comunal y en relación al diagnóstico que aborda el programa.

Fórmula de cálculo:	Medio de verificación:
$\left(\frac{\text{Nº de personas en LE consulta nueva de especialidad dermatológica, existentes al corte 31.12.2016}}{\text{Nº de personas en LE consulta nueva de dermatología, existentes al corte 31.12.2015}} \right) * 100$	RNLE

10. Indicador: Cumplimiento de SIC revisadas y gestionadas.

Fórmula de cálculo:	Medio de verificación:
$\left(\frac{\text{Nº de consultas realizadas por el programa}}{\text{Nº de consultas generadas y proyectadas por el programa}} \right) * 100$	Informe segundo corte/REM

• Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:

1. Indicador: Cumplimiento de actividad programada

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

SEPTIMA: El Servicio, podrá requerir a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y sus componentes específicos de acuerdo a la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso efectuando evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio supervisará el cumplimiento de los objetivos del presente

convenio, así como también disponer las medidas administrativas para velar por la correcta utilización de los fondos traspasados.

Sin perjuicio de lo anterior, la Municipalidad deberá rendir cuenta de las actividades efectuadas, con los respectivos respaldos documentales que correspondan, de acuerdo a lo establecido en la Circular N° 30 del año 2015 de la Contraloría General de la República que "Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas".

La obligación de rendir cuenta señalada en el inciso precedente, subsistirá aún en el caso, de que la Municipalidad ejecute las actividades, a través de su Corporación de Salud, en cuyo caso la Municipalidad, deberá arbitrar las medidas administrativas que sean necesarias, para que dicha Corporación también le rinda cuenta, tanto de los recursos como de las actividades realizadas.

OCTAVA: Será de responsabilidad de la Municipalidad velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en las diferentes unidades de salud. Lo anterior independiente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las eventuales revisiones que pudiese efectuar, en términos aleatorios, el Departamento de Auditoría del Servicio.

NOVENA: Finalizado el periodo de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada u observada o no rendida del programa objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la Municipalidad al Servicio dentro del mes de enero de 2017 o cuando sea solicitado por el Servicio.

Los fondos transferidos a la Municipalidad sólo podrán ser destinados a los objetivos y actividad que determina la cláusula tercera de este instrumento.

Por otra parte los recursos transferidos deberán ser utilizados para el cumplimiento de las prestaciones mínimas establecidas en el presente convenio, sin embargo en el caso de que la Municipalidad cumpla con lo acordado y optimice el gasto de dichos recursos, se podrán utilizar en la realización de las mismas prestaciones dentro de los parámetros establecidos en este convenio, previa autorización del Servicio.

DÉCIMA: 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.

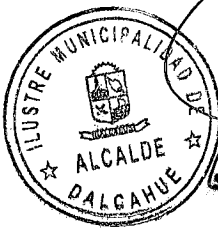
DÉCIMA PRIMERA: El presente convenio de transferencias de recursos regula las actividades, acciones y gastos del mismo, y entrará en vigor una vez que se encuentre tramitado el acto último administrativo que lo apruebe y tendrá vigencia hasta el cumplimiento de las obligaciones que emana del mismo. Sin embargo, la ejecución de las actividades será hasta el 31 de Diciembre de 2016.

Las partes dejan constancia que por tratarse de un programa unilateral que se ejecuta todos los años, las actividades descritas se comenzaron a realizar desde el 01 de enero de 2016,



razón por la cual dichas actividades podrán imputarse a los recursos que se transferirán en conformidad a lo señalado en el presente convenio.

DÉCIMA SEGUNDA: El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando dos en poder del Servicio en Atención Primaria y Oficina de Partes, uno en la Municipalidad y otro en la División de Atención Primaria del Ministerio.



SR. JUAN PEREZ MUÑOZ

ALCALDE

I. MUNICIPALIDAD DE DALGAHUE



SRA. MARCELA CÁRCAMO HEMMELMANN

DIRECTORA

SERVICIO DE SALUD CHILOE



M. B. Asesor Jurídico, S.S. Chiloé