

APRUEBA CONVENIO c/SERVICIO SALUD

DECRETO EXENTO N° 550

DALCAHUE, 24 de febrero de 2015

VISTOS: La Resolución Exenta N° 382 del 27 de enero de 2015, mediante el cual el Servicio de Salud Chiloé aprueba Convenio Programa de Resolutividad en APS; la Resolución del Tribunal Electoral Regional, Causa Rol 618-12-P-A; los Artículos 2°, 56 y siguientes de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, texto refundido.

DECRETO:

APRUEBASE: En todos sus puntos el Convenio Programa de Resolutividad en APS, suscrito entre el Servicio de Salud Chiloé, representada por su Director Subrogante don Ramón Rebolledo González y la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, representada por el Alcalde Subrogante de la Comuna don Ramón Rebolledo González, mediante el cual se transfiere la suma única y total de \$12.030.920.- (doce millones treinta mil novecientos veinte pesos).

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVASE.



~~CLARA INES VERA GONZALEZ~~
SECRETARIA MUNICIPAL
DALCAHUE

JUAN ALBERTO PEREZ MUÑOZ
ALCALDE DE LA COMUNA
DALCAHUE

DISTRIBUCION:

- Corporación Municipal
- Dirección Administración y Finanzas
- Secretaría Municipal
- Archivo Concejo
- Control Interno
- Transparencia
- Of. Partes



JRV/CM/RRG/IVMP/AC/DA/10/11

CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS

En Castro a 02 Enero de 2015 entre el **Servicio de Salud Chiloé**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.979.210-6, domiciliado en calle O'Higgins N° 504, en la ciudad de Castro, representado por su **Director Sr. Jorge Ramos Vargas**, Cédula de Identidad N° [redacted], del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Valcarenue**, Persona Jurídica de Derecho Público RUT N° 69.230.300-8, domiciliada en Calle Pedro Montt N° 105, de la comuna de Nairanne, representada por su **Alcalde (S) D. Pablo Lemus Peña**, Cédula de Identidad N° [redacted], de ese mismo domicilio, 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 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° 136 del 2004, 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: Programa. 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 de 2014, 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.

TERCERA: 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: Especialidades Ambulatorias:

- Oftalmología
- Unidades de Atención Primaria Oftalmológicas (UAPO)
- Otorrinología
- Gastroenterología

2) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad

Objetivos:

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar a "la Municipalidad", desde la fecha total de tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de \$12.030.920, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

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 las siguientes actividades y metas:

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O META	MONTO (\$)
	COMPONENTE 1.1	OFTALMOLOGIA	105	4.477.410
	COMPONENTE 1.2	UAPO		
	COMPONENTE 1.3	OTORRINOLOGIA	42	4.757.004
	COMPONENTE 1.4	GASTROENTEROLOGIA	9	624.906
TOTAL COMPONENTE Nº 1 (\$)				9.859.320
2	COMPONENTE Nº 2.1	P. CUTANEOS	100	2.171.600
TOTAL COMPONENTE Nº 2 (\$)				2.171.600
TOTAL PROGRAMA (\$)				12.030.920

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 Servicio de Salud estará encargado de:

- Monitorear el registro ratificado de las personas atendidas en el Programa, que será entregado por el CESFAM, cada vez que se compren servicios.
- 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.
- **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.
- **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, de acuerdo a:

1. Si es que su cumplimiento es inferior al 60%, 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%)
60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir convenio

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, 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 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 en curso, 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 proyectada en Oftalmología

Fórmula de cálculo:	Medio de verificación:
$(\text{N}^\circ \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / \text{N}^\circ \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$	(REM A 07 secciones A1, A4, A6, Sección D, B83 / Programa.) Lentes: (REM BM 18 Sección K.1)

2. Indicador: Cumplimiento de la actividad médica proyectada en UAPO

Fórmula de cálculo:	Medio de verificación:
$(\text{N}^\circ \text{ de consultas medicas realizadas en UAPO} / \text{N}^\circ \text{ de consultas medicas comprometidas en UAPO}) * 100$	(REM A07 Secciones A1 y A3 / Programa)

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

Fórmula de cálculo:	Medio de verificación:
$(\text{N}^\circ \text{ de consultas de Vicio de refracción de tecnólogo medico realizadas en UAPO} / \text{N}^\circ \text{ de consultas de tecnólogo medico comprometidas en UAPO}) * 100$	(REM A04 Sección B, Celda 35 / Programa)

3.2 Otras consultas

Fórmula de cálculo:	Medio de verificación:
$(\text{N}^\circ \text{ de consultas de otras consultas de tecnólogo medico realizadas en UAPO} / \text{N}^\circ \text{ de consultas de tecnólogo medico comprometidas en UAPO}) * 100$	(REM A04 Sección B, Celda 36 / Programa)

4. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Otorrinolaringología

Fórmula de cálculo:	Medio de verificación:
$(\text{N}^\circ \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / \text{N}^\circ \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$	(REM A07 Secciones A1 y A3 / Programa) Audífonos: (REM BM 18 Sección K.1) Audiometrías: (REM 18 Sección K.1)

5. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Gastroenterología (endoscopias y biopsias)

Fórmula de cálculo:	Medio de verificación:
$(\text{N}^\circ \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / \text{N}^\circ \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$	(REM 18, Celda C130/ Programa)

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

Fórmula de cálculo:	Medio de verificación:
$(\text{N}^\circ \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / \text{N}^\circ \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$	(REM A07, Celda C106+U106+V106/ Programa)

• **Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:**

1. Indicador: Cumplimiento de actividad programada

Fórmula de cálculo:	Medio de verificación:
$(\text{Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados} / \text{Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}) * 100$	(REM BM 18, Sección K, Celda C102 / 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 lo establecido en este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, efectuando una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio impartirá o supervisará el cumplimiento de pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

El Servicio, velará permanentemente por la correcta utilización de los fondos traspasados. Asimismo podrá fiscalizar aleatoriamente a través de las reparticiones que correspondan. 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 de Salud.

OCTAVA: De acuerdo a lo señalado en el Numeral 5.2 de la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, "la **Municipalidad**" estará obligada a enviar al Servicio, un comprobante de ingresos por los recursos percibidos y un informe mensual de su inversión, que deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible para el mes siguiente, la que deberá hacer llegar dentro de los cinco primeros días del mes siguiente a que haga referencia, al domicilio del Servicio, sin perjuicio de otros antecedentes que se le puedan solicitar formalmente. Al finalizar el convenio, "la **Municipalidad**", deberá entregar una rendición detallada y documentada de los gastos realizados y el cumplimiento de los objetivos y estrategias comprometidas.

Mientras "la **Municipalidad**", no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta de la inversión de los fondos ya concedidos, el Servicio de Salud no entregará nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a la administración de terceros, de conformidad con lo prescrito por el Numeral 5.4, de la resolución ya citada.

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**" a este "Servicio", dentro del mes de enero del año 2015.

Con todo en la medida en que se solicite fundamentado y con una antelación de 30 días a la fecha de vencimiento del convenio, la prórroga del mismo, la Dirección de "Servicio", en

la medida que considere plausible lo argumentado por la solicitante, podrá prorrogar su vigencia hasta el mes de marzo de 2015, dictándose al efecto la resolución respectiva.

DÉCIMA: En el evento que al 30 de noviembre del año en curso "*la Municipalidad*" no hubiere utilizado y rendido el total de los recursos transferidos y que no hayan cumplido con la programación de gastos por razones no imputables a "*la Municipalidad*", estos saldos siempre que no sean superior al 40% de los traspasados, podrán ser utilizados en actividades propias del programa durante el primer trimestre del año 2016, es decir, desde el 01 de Enero al 31 de Marzo de 2016, esto previa solicitud fundada de "*la Municipalidad*". De acuerdo a lo anterior, se deberá explicitar el detalle de actividades a cumplir durante el periodo señalado.

En este acto las partes acuerdan que en el caso de generarse la condición indicada en el párrafo anterior, ella se formalizará con solo una resolución del Director del Servicio, la que será enviada a "*la Municipalidad*" dentro de los 5 días siguientes a su dictación.

Si el monto no utilizado es superior al 40% estos deberán ser restituidos al Servicio de Salud durante la primera quincena de Enero del año 2016.

DÉCIMA 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, sin embargo podrá extenderse por un periodo posterior al año en curso, si la entidad administradora de salud lo solicita expresamente al Servicio de Salud y éste lo estima pertinente. La prórroga deberá solicitarse formalmente, por parte de "*la Municipalidad*" en una fecha anterior a treinta días del vencimiento del Convenio.

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 del Ministerio de Salud División de Integración de la Red Asistencial y División de Atención Primaria.



SR. PABLO LEMUS PEÑA
ALCALDE (S)
I. MUNICIPALIDAD DALCAHUE



SR. JORGE RAMOS YARGAS
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD CHILOE

