

REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CAÑETE
DEPARTAMENTO DE SALUD

3861

DECRETO N° _____/

CAÑETE,

09 ABR. 2018

VISTOS

- :
- La Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y las facultades que me confiere.-
 - La Ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.-

CONSIDERANDO

- :
- El Convenio de fecha 06 de Marzo del año 2018, suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Cañete representada por su Alcalde Sr. Jorge Radonich Barra y el Servicio de Salud Arauco representado por su Director Sr. Víctor Valenzuela Álvarez, Convenio Programa de Resolutividad en APS 2018.-
 - La Resolución Exenta N° 790 de fecha 15 de Marzo del año 2018, que aprueba dicho Convenio.-

DECRETO

- :
- 1.- APRUEBASE, el Convenio Programa de Resolutividad en APS 2018 entre la Ilustre Municipalidad de Cañete y el Servicio de Salud Arauco.-
 - 2.- IMPUTASE, los ingresos y gastos del que irroga la ejecución del presente Decreto Alcaldicio, al Convenio Programa de Resolutividad en APS 2018.-

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE



YESSICA ALEJANDRA CAMPOS SOTO
SECRETARIA MUNICIPAL



JAM/AEFH/lpaj
DISTRIBUCION

- Secretaría Municipal
- Unidad de Control
- Departamento de Salud Municipal
- Unidad de Finanzas Depto. Salud
- IDDOC N° 219847

I. MUNICIPALIDAD DE CAÑETE
DEPTO. SALUD
RECIBIDO

Fecha: 28-03-18

Nº: 200

796

RESOLUCIÓN EXENTA Nº - - - - -
MAT.: Aprueba Convenio Resolutividad año 2018.-

LEBU,

15 MAR. 2018

VISTOS:

1. Las atribuciones previstas en el Decreto con Fuerza de Ley Nº1 del año 2005 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº2.763 del año 1979.-
2. La Ley 19.414 de 1995, del Ministerio de Salud, que otorga facultades para la creación del Servicio de Salud Arauco.-
3. El D.S. 140 de 2004 del Ministerio de Salud que aprueba el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.-
4. El Decreto con Fuerza de Ley Nº 1 de 1996 del Ministerio de Salud, que crea al Servicio de Salud Arauco.-
5. El Decreto Supremo número 55 de fecha 24 de marzo de 2015 y Decreto Supremo Nº 07 de fecha 13 de abril de 2017, ambos del Ministerio de Salud, que designa Director Titular del Servicio de Salud Arauco a don Víctor Valenzuela Álvarez.-
6. La Ley 21.053 Presupuestos del Sector Público para el año 2018.-
7. La Resolución Nº 30 del año 2015 de Contraloría General de la Republica, que establece Normas de Procedimiento de Rendición de Cuentas;
8. La Resolución Nº 1600 del año 2008 y la Resolución Nº 10 del año 2017, ambas de la Contraloría General de la República.-

CONSIDERANDO:

1. La necesidad de mejorar la capacidad resolutive de la Atención Primaria, potenciando la calidad, oportuna, pertinencia diagnóstica en la derivación y la calidad técnica de la atención, es que celebra convenio programa Resolutividad en APS.-
2. El memorándum de solicitud de convenio Nº 194 de fecha 13 de febrero de 2018 de Jefa Subrogante Depto. Atención Primaria de Salud y Gestión Asistencial.-
3. El convenio celebrado entre el Servicio de Salud Arauco e I. Municipalidad de Cañete, Programa Resolutividad en APS, de fecha 06 de marzo de 2018.-

RESUELVO:

1. **APRUEBASE** Convenio Programa Resolutividad en APS año 2018, celebrado el 06 de marzo de 2018 con I. Municipalidad de Cañete y el traspaso de los recursos para financiar dicho programa.-
2. **AUTORÍZASE** la transferencia a la I. Municipalidad de Cañete la suma de \$89.329.524.- (ochenta y nueve millones trescientos veintinueve mil quinientos veinticuatro pesos) de acuerdo a lo establecido en la cláusula cuarta del convenio que por este acto se aprueba.-
3. **IMPÚTASE** el gasto que irroque la presente resolución aprobatoria al ítem 2403298 "Atención Primaria" Ley 19.378.-

ANÓTESE, COMUNÍQUESE y ARCHÍVESE.-


SR. VÍCTOR VALENZUELA ALVAREZ
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD ARAUCO

DISTRIBUCIÓN:

- ◆ I. Municipalidad de Cañete.
- ◆ Das. Cañete.
- ◆ Depto. APS y Gestión Asistencial-SSA
- ◆ Depto. Recursos Financieros-SSA
- ◆ Depto. Asesoría Jurídica-SSA
- ◆ Oficina de Partes - SSA


TRANSMITIDO FIELMENTE
MINISTRO DE FE
ARAUCO



DEPTO. ASESORIA JURIDICA

CONVENIO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2018
CON
MUNICIPALIDAD DE CAÑETE

En Lebu a 06 de Marzo de 2018, entre el **Servicio de Salud Arauco**, persona jurídica de derecho público, Rut 61.954.500-1, domiciliado en calle J.M. Carrera N° 302 de la ciudad de Lebu, representado por su **Director Sr. Víctor Valenzuela Álvarez**, del mismo domicilio, en adelante "El Servicio" y la **I. Municipalidad de Cañete**, Rut 69.160.500-0, domiciliado en calle Arturo Prat N° 220, Cañete, representada por su **Alcalde don Jorge Radonich Barra**, de ese mismo domicilio, en adelante "La Municipalidad", se ha acordado celebrar el siguiente 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° 82 del 2012, 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° 1353 del 29 de noviembre de 2017, 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 Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes estrategias del "Programa de Resolutividad en APS":

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 encuentre 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, se debe considerar el criterio de prioridad clínica cuando corresponda.

El paciente será egresado de lista 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, de acuerdo a lo descrito en el documento de Orientaciones Técnicas.

Estrategias:

1) Fomentar el acceso oportuno a prestaciones ambulatorias para el manejo de patologías en el ámbito de las siguientes especialidades, a los beneficiarios del Sistema Público de Salud:

a) Médico Gestor de la Demanda: Preferentemente debe ejecutar el cargo un médico de familia.

Su objetivo está orientado a mejorar la atención integral de los usuarios haciendo efectiva la integración de las Redes Asistenciales, en aspectos de referencia y contra referencia, de solicitud de interconsulta (SIC), exámenes diagnósticos y/o terapéuticos y toda otra necesidad de atención inter niveles, mediante el uso racional de los recursos de especialidades para resolver integralmente las atenciones.

Especial esfuerzo deberá realizarse en potenciar las Consultorías y reuniones clínicas que aporten mejoría de capacidad diagnóstica los equipos de salud.

Principales Actividades

- Manejar y difundir en la red local protocolos y flujogramas de derivación de patologías según compromisos y requerimientos de su red.
- Tomar conocimiento, revisar y validar las SIC originadas en la microred, e ingresadas al módulo de listas de espera.
- Colaborar en la reformulación de SIC mal emitidas, y orientar su correcta emisión.
- Recoger y gestionar contra referencias (informes proceso diagnóstico IPD) para su seguimiento.
- Recoger las SIC no pertinentes devueltas desde especialidades, y reorientar la atención de los usuarios.

b) Oftalmología: Orientado al diagnóstico y tratamiento de los siguientes problemas de salud ocular en todas las edades: Vicios de Refracción, calificación de urgencia oftalmológica, ojo rojo, glaucoma, sospecha de cataratas, procedimientos quirúrgicos menores y Atención Integral del paciente con Diabetes.

La entrega de las prestaciones oftalmológicas se realiza mediante dos modalidades:

- La canasta integral, programada en comunas que no cuentan con la especialidad de oftalmología dentro de su cartera de prestaciones.
- La Unidad de atención primaria oftalmológica (UAPO), que cuenta con un equipo profesional especialista junto con el equipamiento necesario para dar resolución integral a problemas de salud Oftalmológica. .

La canasta integral incluye: consulta médica, consulta de tecnólogo médico y evaluación integral (examen de agudeza visual, tonometría ocular, optometría, etc.), entrega de medicamentos y la entrega de 1,2 pares de lentes (como referencia) de cualquier dioptría. La cartera de servicios para la canasta integral está orientada básicamente para la resolución de Vicio de Refracción, y otras patologías agudas según requerimiento local que lo amerite; y se encuentren identificadas en RNLE.

La Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO), tiene Orientaciones Técnicas específicas que definen sus objetivos, cartera de servicio, infraestructura, recurso humano y flujo de atención.

En el caso que en la evaluación integral del profesional se produzca un hallazgo de una patología con Garantía Explícita en Salud (GES), se deberán elaborar todos los documentos establecidos por la regulación vigente, y generarse la sospecha diagnóstica o confirmación de la patología, y su tratamiento o derivación a nivel secundario cuando corresponda, dependiendo de la cartera de servicios y mapa de red. Asimismo, se deberá cautelar que el registro en SIGGES se cumpla de acuerdo a los plazos establecidos, para no comprometer el cumplimiento de la garantía. Las actividades de la UAPO deberán ser programadas de acuerdo a las Orientaciones Técnicas que describen su funcionamiento. Esta estrategia está orientada a la resolución de casos No GES, no obstante, se podrán incorporar usuarios con patologías GES, previo requisito de que exista cumplimiento de las actividades programadas según las

orientaciones técnicas. La atención de patologías GES deberá ser respaldada mediante la generación de un convenio de compra de servicio entre la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud, y el Servicio de Salud.

La UAPO cuenta con la estrategia de Tele-Oftalmología, que consiste en un screening para la pesquisa precoz de retinopatía diabética en usuarios del programa cardiovascular, con el uso de cámara fotográfica retinal no midriática asociado a la interpretación de la fotografía por oftalmólogo a distancia mediante plataforma.

Las derivaciones y tratamiento de los usuarios con sospecha de retinopatía diabética deben ser de acuerdo a la guía clínica GES de retinopatía diabética MINSAL. En consecuencia, es el oftalmólogo de la UAPO o bien del nivel secundario quién debe examinar al paciente cuya fotografía ha sido informada, ya sea como sospechoso de tener retinopatía diabética o bien como no interpretable y sólo en ese momento clasificar su severidad y determinar la necesidad de derivación o tratamiento.

Esta prestación considera un servicio software y mantenimiento para su implementación, la que estará circunscrita a los Servicios en que se desarrolle, de acuerdo a las disponibilidades presupuestarias.

La UAPO considera todos los insumos necesarios para realizar la actividad, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la mantención de equipos utilizados en dicha estrategia, y reposición de equipamiento menor, asegurando el cumplimiento de las metas programadas.

c) Otorrinolaringología: está orientado al diagnóstico y tratamiento de la Hipoacusia en personas hasta los 64 años, Síndrome Vertiginoso, Epistaxis, Otitis aguda y crónica (personas de 15 y más años). **Se podrá incluir a personas de otras edades si existe el requerimiento local que lo amerite.**

La Canasta integral incluye: consulta médica, audiometría y entrega de audífono cuando corresponda y a lo menos 1 control de seguimiento a los pacientes beneficiarios de audífonos. En el caso de Síndrome Vertiginoso y Otitis se entregarán fármacos específicos orales y tópicos respectivamente.

d) Gastroenterología: Erradicar la infección por *Helicobacter pylori* cuando se asocie a esofagitis, úlcera duodenal, úlcera gástrica, gastritis linfonodular, gastritis atrófica. (Personas de 15 y más años) como método de detección precoz del cáncer gástrico. (Guía clínica cáncer gástrico, MINSAL)

La canasta integral incluye: examen endoscópico digestivo alto con biopsia y test de ureasa.

e) Dermatología: Las prestaciones de esta especialidad están orientadas a la evaluación y tratamiento de pacientes de toda edad con patología dermatológica; a través de la estrategia de Tele dermatología. Para ello, los establecimientos de atención primaria u Hospitales de la Familia y Comunidad, contarán con una programación de atenciones y una canasta de fármacos para el tratamiento de los pacientes, de acuerdo a la indicación entregada por el especialista. Esta Canasta de fármacos debe estar disponible en todos los establecimientos de Atención Primaria que utilizan la estrategia. La estrategia de Tele dermatología deberá funcionar de acuerdo a las Orientaciones Técnicas que complementan el presente programa.

Nota: La canasta integral del componente Resolución de Especialidades Ambulatorias constituye una referencia y asegura el acceso a prestaciones requeridas. No obliga a otorgar la totalidad de las prestaciones; pues la frecuencia es referencial. En el caso de la canasta de Dermatología, ésta podrá ser modificada de acuerdo a la realidad local, pero manteniendo la línea de los fármacos, etc.

1) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad.

La incorporación de procedimientos mínimamente invasivos a realizar en Atención Primaria, ha significado una reducción en la lista de espera de patologías, especialmente dermatológicas, que por su nivel de baja complejidad estaban siendo postergadas en su resolución.

La experiencia nacional e internacional demuestra la alta resolutivez y bajo costo de esta actividad, disminución de la demanda a niveles de mayor complejidad, y aporte a la

satisfacción de las necesidades de los usuarios.

Estos procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales o estructuras fácil merite accesibles, bajo anestesia local, y tras los que no se espera que existan complicaciones post quirúrgicas importantes.

En general, pueden abordarse en Atención Primaria lesiones benignas menores de 3 cm. de diámetro en la piel y tejidos subcutáneos, descartando aquellas que, por su urgencia, posible riesgo o complicación, ameriten ser resueltas en un Servicio de Urgencia o en un Policlínico de Especialidades Quirúrgicas. No se recomienda la extirpación de lesiones sospechosas de malignidad, estos pacientes deberán ser derivados al Especialista.

De resolución ambulatoria y electiva se consideran los siguientes tipos de intervenciones: Papilectomías, Nevus benignos, Verrugas, Angiomas, Granuloma Piógeno, Onicectomia y Fibromas. La realización de biopsias diagnósticas, deberán hacerse por los médicos especialistas. Esta indicación no excluye el hecho de que todas las lesiones extirpadas a Nivel de Atención Primaria sean enviadas a análisis histopatológico.

Las intervenciones señaladas, idealmente deben ser realizadas por médicos de Atención Primaria u otros, con entrenamiento adecuado, aumentando de esta manera su resolutivead.

Estrategia:

A través de la implementación de las salas de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y de la capacitación de los médicos de Atención Primaria, por parte de los médicos especialistas Dermatólogos y/o Cirujanos de la Red de salud local, con protocolos y guías clínicas consensuadas, conocidas y compartidas, logrando un trabajo conjunto y colaborativo, con una distribución del trabajo según complejidad, garantizando un acceso oportuno de los pacientes con patologías malignas o graves, a la especialidad.

La estrategia considera todos los insumos necesarios para realizar la actividad. En caso de cumplir las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud la autorización para la mantención y reposición de equipos utilizados en dicha estrategia, adjuntando todos los antecedentes necesarios que avalan esta solicitud.

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de \$ 89.329.524.- (ochenta y cuatro millones trescientos veintinueve mil quinientos veinticuatro pesos).

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:

| ACTIVIDAD | CANTIDAD | PRESUPUESTO MENSUAL | PRESUPUESTO ANUAL | |
|--|-----------------|------------------------------|--------------------------------|------------------------|
| Oftalmólogo | | 11 Hrs. semanales x 12 meses | \$ 1.084.318.- | \$13.011.816 |
| Tecnólogo Médico | | 44 Hrs. Semanales x 12 meses | \$ 1.115.267.- | \$13.383.204 |
| TPM | | 44 Semanales 12 meses | \$ 490.789.- | \$5.889.468 |
| Insumos | | | | \$3.256.736 |
| Total Meses Operación UAPO 12 meses | | | | 35.541.224.- |
| Consultas vicio Oftalmólogo | | 150 | | |
| Consultas Glaucoma nuevas | | 25 | | |
| Consultas Glaucoma controles | | 50 | | |
| Otras Oftalmólogo | | 1000 | | |
| Consultas vicio Tec. Médico | | 1500 | | |
| Otros Tecnólogo Médico | | 200 | | |
| Fondos de Ojo | | 2800 | | |
| Lentes | | 1500 | \$13.474 (valor referencial) | 20.211.000 |
| Fármacos | | 800 | \$8.451 (valor referencial) | 6.760.800 |
| Lubrificantes Oculares | | 2760 | \$1.300 (valor referencial) | 3.588.000 |
| TOTAL UAPO | | | | 66.101.024 |
| ACTIVIDAD | CANTIDAD | | | PRESUPUESTO |
| Canastas Otorrinolaringología | 100 | | \$ 127.135 (valor referencial) | \$ 12.713.500 |
| Gastroenterología | 90 | | \$ 110.000 (valor referencial) | \$ 9.900.000 |
| Médico Gestor | 1 | | 5 Hrs. | \$ 615.000 |
| TOTAL OTROS COMPONENTES RESOLUTIVIDAD | | | | \$ 23.228.500 |
| TOTAL DAS CAÑETE | | | | \$ 89.329.524.- |

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.
- Realizar Auditorías Técnicas.

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

- 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.
- 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.

Nota: Para las prestaciones realizadas por la 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. Este informe deberá ser entregado con un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación

Evaluación y Monitoreo:

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 abril y envío de informe a encargado Programa de nivel central al 15 de mayo. En esta evaluación se requerirá el envío de un informe detallando las comunas en convenio, horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicio adjudicadas, según formato Anexo N°2. Este informe es generado desde el Servicio de Salud al nivel central.

- **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 su cumplimiento es inferior al 50%, de acuerdo al siguiente cuadro:

| COMPONENTE | INDICADOR | FORMULA DE CALCULO | META ANUAL | PESO RELATIVO ESTRATEGIA | PESO RELATIVO COMPONENTE |
|----------------------------|--|---|------------|--------------------------|--------------------------|
| ESPECIALIDADES AMBULATORIA | Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmológica, Otorrinolaringológica y procedimiento Gastroenterología | Numerador (N): N° de consultas y procedimientos realizados por el programa. Denominador (D): N° de consultas procedimientos comprometidos en el programa | 100% | 20% | 90% |
| | Cumplimiento de la actividad de Tele Oftalmología y Tele Dermatología | N: N° de informes y consultas comprometidos D: N° de informes y consultas programados | 100% | 10% | |

| | | | | | |
|---|---|---|------|-----|-----|
| | <p>% de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica, otorrinolaringológica y causal 17 de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el SS. En el RNLE y acordada en el convenio.</p> <p>NOTA: considera LE comunal y establecimientos de APS dependientes del SS., en relación a diagnósticos que aborda el programa.</p> | <p>N: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondientes a LE Oftalmológica, otorrinolaringológica y causal 17 de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el SS. En el RNLE y acordada en el convenio vigente.</p> <p>D: N° de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, otorrinolaringología y dermatología según convenio vigente con el SS.</p> | 100% | 50% | |
| | <p>% cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de fondo de Ojo y Endoscopia digestiva alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de salud en el RNLE y acordada en el convenio.</p> <p>Nota: Considera LE comunal y establecimientos de APS dependientes del SS., en relación a diagnósticos que aborda el programa.</p> | <p>N: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente.</p> <p>D: N° de procedimientos de Fondo de Ojo y endoscopia digestiva alta programados como oferta de especialidad de Oftalmología y Gastroenterología según convenio vigente con el SS.</p> | 100% | 20% | |
| PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD | <p>1 Indicador: cumplimiento de actividad programada</p> | <p>N: Número de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados.</p> <p>D: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos.</p> | 100% | 50% | |
| | <p>% de cumplimiento de la programación del año 2018 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el SS. en el RNLE y acordada en el convenio.</p> <p>Nota: Considera LE comunal y establecimiento de APS dependientes del Servicio de Salud.</p> | <p>N: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el SS. en el RNLE y acordada en el convenio vigente.</p> <p>D: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el SS.</p> | 100% | 50% | 10% |

En caso que no aplique una o varias metas los pesos relativos deben ponderarse proporcionalmente de acuerdo a la estrategia o componente correspondiente. 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.

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 al siguiente cuadro:

| Porcentaje cumplimiento de Metas por Actividad | Porcentaje de Descuento de recursos 2° 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 los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales señalados, 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 respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar al Minsal la No reliquidación del Programa.**

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 las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

- **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.

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 REM, RNLE y plataforma web por parte de los establecimientos.

Indicadores y Medios de Verificación:

Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:

1.- Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de Oftalmología, Otorrinolaringología y procedimientos de Gastroenterología.

Fórmula de cálculo: (N° de Consultas realizadas por el Programa / N° Total de Consultas comprometidas en el Programa) *100

Medio de verificación: (REM / Programa)

2.- Indicador: Cumplimiento de la actividad de Tele Oftalmología y Tele Dermatología.

Fórmula de cálculo: N° de informes y consultas comprometidos/N° de informes y consultas Programados.

Medio de verificación: Plataforma Web Minsal y/o plataforma local SS / Programa

3.- Indicador: % de cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en convenio.

Fórmula de cálculo: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a la LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de salud en RNLE y acordada en convenio vigente / N° de consultas programadas como oferta de especialidad Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud*100

Medio de verificación: RNLE

4.- Indicador: % cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 y 17 de la LE por procedimiento de fondo de Ojo y Endoscopía digestiva alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de salud en el RNLE y acordada en el convenio.

Fórmula de cálculo: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y Endoscopía Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente / N° de procedimientos de Fondo de Ojo y endoscopía digestiva alta programados como oferta de especialidad de Oftalmología y Gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud.

Medio de verificación: RNLE.

Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:

1.- Indicador: Cumplimiento de la actividad programada

Fórmula de cálculo: Número de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados / N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos*100

Medio de verificación: (REM / Programa).

2.- Indicador: % de cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el Servicio de salud en el RNLE y acordada en el convenio.

Fórmula de cálculo: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de salud en el RNLE y acordada en el convenio vigente / N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud.

Medio de verificación: (RNLE)

Nota: La lista de espera de mayor antigüedad deberá resolverse por el programa, esta se establecerá de la existente en cada comuna y establecimientos de APS dependiente del SS. Solo en el caso de no tener lista de espera antigua podrá abordar lista más reciente. La validación de los egresos requerirá el cumplir con la publicación de los registros de responsabilidad APS en el RNLE, los medios de verificación asociados podrán ser auditados.

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos a los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas (70% - 30%), la 1° cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la 2° cuota contra el grado de cumplimiento especificado en la cláusula anterior.

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público antes citada, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N° 19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa misma ley o bien a honorarios acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

Los recursos asociados a este programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización.

OCTAVA: El Servicio, requerirá a la municipalidad, 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 deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

NOVENA: Será responsabilidad de la Municipalidad, velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en las diferentes unidades de Salud. Lo anterior, independientemente 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 revisiones que

pudiese efectuar, si así fuera el caso, en términos aleatorios, a través del Departamento de Auditoría del Servicio.

Sin perjuicio de lo anterior, las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, 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 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 en curso, sin embargo, se podrá renovar 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 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.

El siguiente convenio podrá ser prorrogado por solicitud de Alcalde de la comuna, antes del 30 de noviembre del año en curso, a través de solicitud al Director del Servicio de Salud.

- Dicha solicitud se autorizará solo por una vez para los recursos asignados del año presupuestario 2018.

- El Servicio se reserva el derecho de aceptar o denegar la solicitud de prórroga, informando las razones técnicas y/o financieras de la decisión en un plazo máximo de 15 días hábiles desde la recepción de la solicitud.

DÉCIMA TERCERA: El Servicio de Salud Arauco y el Municipio acuerdan otorgar mandato al Servicio Salud Arauco para que este modifique de manera unilateral el presente convenio solo en cuanto dicha modificación tenga por objeto beneficio para el municipio: Modificación que importe mayor asignación de recursos, rebaja de los indicadores o cumplimiento de metas, bastando para ello la dictación de la Resolución Exenta que modifica el convenio, entendiéndose formar parte integrante del convenio primitivo

DECIMA CUARTA: La personería del Director Sr. Víctor Valenzuela Álvarez, para actuar en representación del Servicio de Salud Arauco consta en Decreto Supremo número 55 de fecha 24 de marzo de 2015 y Decreto Supremo N° 07 de fecha 13 de abril, ambos del Ministerio de Salud, que le designó como tal.

Se deja constancia que la personería del Alcalde don Jorge Radonich Barra, consta en Decreto Alcaldicio N°10731 de fecha 06 de Diciembre de 2016.

DÉCIMA QUINTA: 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, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria.


ALCALDE JORGE RADONICH BARRA
CAÑETE
I. MUNICIPALIDAD DE CAÑETE


SR. VÍCTOR VALENZUELA ALVAREZ
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD ARAUCO

REPUBLICA DE CHILE
ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CAÑETE
DEPARTAMENTO DE SALUD

DECRETO N° 3860

CAÑETE,

09 ABR. 2018

VISTOS :

- La Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y las facultades que me confiere.-
- La Ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.-

CONSIDERANDO :

- El Convenio de fecha 20 de Febrero del año 2018, suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Cañete representada por su Alcalde Sr. Jorge Radonich Barra y el Servicio de Salud Arauco representado por Su Director (S) Sr. Carlos González Arcos, Convenio Plan de Invierno 2018.-
- La Resolución Exenta N° 790 de fecha 15 de Marzo del año 2018, que aprueba dicho Convenio.-

DECRETO :

- 1.- APRUEBASE, el Convenio Plan de Invierno 2018 entre la Ilustre Municipalidad de Cañete y el Servicio de Salud Arauco.-
- 2.- IMPUTASE, los ingresos y gastos del que irroga la ejecución del presente Decreto Alcaldicio, al Convenio Plan de Invierno 2018.-

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE



YESSICA ALEJANDRA CAMPOS SOTO
SECRETARIA MUNICIPAL



JORGE RADONICH BARRA
ALCALDE CAÑETE

JAM/AEPH/lpaj
DISTRIBUCION

- Secretaría Municipal
- Unidad de Control
- Departamento de Salud Municipal
- Unidad de Finanzas Depto. Salud
- IDDOC N° 219849 /