

593934



MUNICIPALIDAD DE TEMUCO

276

DECRETO N°

TEMUCO, 01 JUL. 2013

VISTOS:

- 1980, del Ministerio del Interior.
- 711 de 1987, del Ministerio de Salud.
- Atención Primaria de Salud Municipal.
- APS, suscrito el 18.04.2013, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.
- 5.- Las facultades contenidas en la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

- 1.- Apruébese, Convenio Programa de Resolutividad en APS, suscrito el 18.04.2013, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.
- 2.- Las cláusulas del referido Convenio se entienden formando parte integrante e inherente al presente Decreto.

ANÓTESE COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE



JUAN ARANEDA NAVARRO
SECRETARIO MUNICIPAL



MIGUEL BECKER ALVEAR
ALCALDE



CVT/MSR/ LAP/CFV/elp.

DISTRIBUCION:
- Of. de Partes Municipal
Departamento de Salud

30 ABR. 2013

D.S. N°
Temuco.



REF: Aprueba convenio Programa de Resolutividad en APS, Municipalidad de Temuco.

RESOLUCIÓN N° 0804

TEMUCO, 16 MAY 2013

MABS/JCC

VISTOS: estos antecedentes:

- 1.-Convenio de Traspaso de Establecimientos de salud, de acuerdo con las normas del D.F.L. N° 1.3063/80, del Ministerio de Salud y sus modificaciones posteriores.-
- 2.-Convenio de fecha 18 de abril de 2013, suscrito entre la Municipalidad de Temuco y el Servicio de Salud Araucanía Sur.-
- 3.-Solicitud efectuada por el Dpto. de Atención Primaria y Red Asistencial mediante correo electrónico en orden a tramitar el convenio respectivo.
- 4.-Programa de Resolutividad en APS, aprobado por Resol. Exta. N°370 de 04.02.2013.
- 5.-Resol. Exta. N° 418 de fecha 20.02.2013 que Distribuye Recursos Programa Resolutividad en Atención primaria, año 2013.
- 6.- Certificado de disponibilidad presupuestaria.

CONSIDERANDO:

- 1.- Que, mediante Resolución Exta. N° 370 de 04.02.2013, se aprueba Programa de Resolutividad en APS, para el año 2013, cuyo propósito es que la población que se atiende en establecimientos de Atención Primaria de Salud acceda con mayor oportunidad a una atención cercana, integral y de calidad a través de estrategias de fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud.
- 2.- Que, con fecha 18 de abril de 2013, se suscribe entre la Municipalidad de Temuco y el Servicio de Salud Araucanía Sur, convenio para la ejecución del Programa de Resolutividad en la referida Municipalidad
- 3.- Que, el inicio en la ejecución del programa se efectuó con anterioridad a la suscripción del convenio, atendido que es un Programa anual y de continuidad, por lo cual requiere que las prestaciones se sigan realizando.
- 4.- Lo dispuesto en dictamen N°16.037 de fecha 10.04.2008 y N° 11.189, de 2008 de la Contraloría General.
- 5.- Que, la Municipalidad comenzó a ejecutar las actividades contempladas en el convenio señalado en la forma pactada, el 01 de enero de 2013, no obstante el pago estará condicionado a la total tramitación de la Resolución que lo aprueba, acorde con lo señalado en los dictámenes de la Contraloría General, antes señalados.
- 6.- Por Resol. Exta. N° 418 de fecha 20.02.2013 del Minsal, se aprueba Distribución de recursos del programa de Resolutividad en Atención primaria de Salud, año 2013"

Y TENIENDO PRESENTE : lo dispuesto en:

- 1.-DFL N° 1 que fija texto refundido del D. L. N° 2763/1979, que crea los Servicios de Salud.
- 2.-D.S. N° 140/2004, del Ministerio de Salud.
- 3.-D.S. N° 120/10, del Ministerio de Salud.-
- 4.-D. F. L N° 1/19.414/97 del M. de Salud.-
- 5.-Ley N° 18.575, sobre Bases Generales de la Administración del Estado.-
- 6.-Resolución 1600/08 de la Contraloría Gral. de la República; dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1.-APRUEBASE, CONVENIO de fecha **18 de abril de 2013**, suscrito entre el Servicio Salud Araucanía Sur y la **Municipalidad de Temuco** que se entiende parte integrante de esta Resolución y en cuya virtud se transfieren recursos para la ejecución del referido Programa, convenio que es del siguiente tenor:

En Temuco a 18 de Abril de 2013 entre el Servicio de Salud Araucanía Sur, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Prat N° 969, Temuco, representado por su Directora **DRA. MARÍA ANGÉLICA BARRÍA SCHULMEYER**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Ilustre Municipalidad de Temuco, persona jurídica de derecho público domiciliada en domiciliada en calle Prat N° 650, Temuco, representada por su Alcalde **MIGUEL BECKER ALVEAR** 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° 82 del 24 de Diciembre de 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, enamadas 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° 370 de 04 de Febrero del 2013, 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 los siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:**

1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

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

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

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 \$ **324.136.124**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura 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:

COMPONENTE 1	SUB COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O METAS	MONTO (\$)
Especialidades ambulatorias	Médico Gestor	Nº Médico de 11 Hrs.	1	3.809.306
	Otorrinolaringología	Nº consultas	596	63.628.960
	Gastroenterología	Nº Procedimientos	700	48.932.100
	UAPO	Nº consulta vicio	5.500	183.201.758
		Nº consultas glaucoma nuevo	100	
		Nº glaucoma en control	300	
		Nº otras consultas	400	
		Nº Consultas T. Médico	2.300	
		Gasto operacional	8.600	
		Nº lentes uapo	7.488	
		Nº farmacos glaucoma anual	1.200	
	Nº lubricante Oculares anual	15.120		
Total Estrategia				299.572.124

COMPONENTE 2	SUB COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O METAS	MONTO (\$)
Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	Cirugía menor ambulatoria	Nº Procedimientos	1.200	24.564.000
	Total Estrategia			24.564.000

TOTAL PROGRAMA				324.136.124
-----------------------	--	--	--	--------------------

SIXTA: 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:

- 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.
- 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 Julio 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:

- I. Si es que su cumplimiento es inferior al 40%, para los componentes de Especialidades Ambulatorias (UAPO, Otorrino y 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 (40%)
--	--

40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%
0%	Rescindir convenio

- 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 (40%)
100,00%	0%
Entre 90,00% y 99,99%	50%
Entre 80,00% y 89,99%	75%
Menos del 80%	100%

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

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

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

El grado de incumplimiento anual, será considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

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

En el caso de comunas o establecimientos dependientes, que reciben recursos adicionales, como parte de la redistribución que se realice en Octubre, tendrán plazo hasta el 31 de Diciembre del año 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 medica proyectada en UAPO
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas medicas realizadas en UAPO } / N^{\circ} \text{ de consultas medicas comprometidas en UAPO }) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
2. Indicador: Cumplimiento de la actividad tecnólogo medico proyectada en UAPO
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas de tecnólogo medico realizadas en UAPO } / N^{\circ} \text{ de consultas de tecnólogo medico comprometidas en UAPO }) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
3. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Otorrinolaringología
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa } / N^{\circ} \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
4. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Gastroenterología.
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa } / N^{\circ} \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
5. Indicador: Cumplimiento de SIC revisadas y gestionadas.
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de SIC revisadas y gestionadas por medico gestor de demanda de la comuna } / N^{\circ} \text{ de SIC generadas en la comuna }) * 100$
 - Medio de verificación: (Registro Local)

▪ 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 los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 60% contra convenio y el 40% restante contra evaluación en octubre, de acuerdo a las siguientes tablas de rebaja:

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

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota del (40%)
--	--

40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%
0%	Rescindir convenio

- 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 (40%)
100,00%	0%
Entre 90,00% y 99,99%	50%
Entre 80,00% y 89,99%	75%
Menos del 80%	100%

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.

Para el componente de cirugía menor ambulatoria se deberá observar las normas básicas de aseo y desinfección, como a su vez, el cumplimiento de las Normas Técnicas Básicas de atención abierta para salas de procedimientos y pabellones de cirugía menor.

NOVENA: El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Atención Primaria y Red Asistencial, no obstante lo anterior el Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su del Dpto. de Auditoria 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: 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, existiendo la posibilidad de prorrogarlo, si ambas partes así lo

acuerdan, suscribiendo el convenio respectivo y en el evento que exista la disponibilidad presupuestaria para ello y que sus disposiciones se ajusten al programa vigente, de ser necesario.

Ahora bien, conforme al dictamen N°16.037 de fecha 10.04.2008 y N° 11.189, de 2008 de la Contraloría General las partes establecen que por razones de buen servicio **las prestaciones contempladas en este convenio comenzaron a ser otorgadas en la forma pactada, el 01 de enero de 2013**, no obstante el pago estará condicionado a la total tramitación de la Resolución que lo aprueba, acorde con lo señalado en los dictámenes de la Contraloría General, antes señalados.

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 sea necesario introducirle en su operación.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio se firma en 10 ejemplares, quedando 7 en poder del Servicio de Salud, uno en el de la Municipalidad y los dos restantes en el Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.

DECIMO CUARTA: La personería de Miguel Becker Alvear para actuar en representación del Municipio de Temuco, consta de acta de instalación del Concejo Municipal de fecha 06 de diciembre de 2012 y en Decreto Alcaldicio N° 4.368 de fecha de 06 diciembre de 2012. Por su parte, la personería de María Angélica Barría Schultmeyer, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur emana Decreto Supremo N°120 de 2010, del Ministerio de Salud.

2.-TRANSFIÉRASE el monto de \$ **324.136.124.-** en la forma y de acuerdo a lo señalado en convenio.

3.-IMPUTESE, el gasto que origina el convenio, Item 24-03-298 del Presupuesto del Servicio Salud Araucanía Sur.

4.-NOTIFIQUESE la presente Resolución a la Sr. Alcalde de la Municipalidad, a Dpto. de Atención Primaria y Red Asistencial, remitiéndole copias íntegras de la misma y del Convenio.-

ANOTESE, TOMESE RAZON Y COMUNIQUESE.




MARIA ANGELICA BARRIA SCHULMEYER
DIRECTORA
SERVICIO SALUD ARAUCANÍA SUR

15.05.2013N°772

DISTRIBUCION:

- **CONTRALORIA**
- **MUNICIPALIDAD**
- **SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES/DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA**
- **DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y RED ASISTENCIAL**
- **DPTO. JURÍDICO.**
- **DPTO. FINANZAS.**
- **AUDITORÍA.**
- **ARCHIVO.**



SERVICIO DE SALUD
ARAUCANIA SUR
MPN/FPH/JCC

CONVENIO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS

En Temuco a 18 de Abril de 2013 entre el Servicio de Salud Araucanía Sur, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Prat N° 969, Temuco, representado por su Directora **DRA. MARÍA ANGÉLICA BARRÍA SCHULMEYER**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Ilustre Municipalidad de Temuco, persona jurídica de derecho público domiciliada en domiciliada en calle Prat N° 650, Temuco, representada por su Alcalde **MIGUEL BECKER ALVEAR** 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° 82 del 24 de Diciembre de 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, enamadas 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° 370 de 04 de Febrero del 2013, 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 los siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:

1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

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

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

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 \$ **324.136.124**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias



30 ABR. 2013

señaladas en la clausura 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:

COMPONENTE 1	SUB COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O METAS	MONTO (\$)
Especialidades ambulatorias	Médico Gestor	Nº Médico de 11 Hrs.	1	3.809.306
	Otorrinolaringología	Nº consultas	596	63.628.960
	Gastroenterología	Nº Procedimientos	700	48.932.100
	UAPO	Nº consulta vicio	5.500	183.201.758
		Nº consultas glaucoma nuevo	100	
		Nº glaucoma en control	300	
		Nº otras consultas	400	
		Nº Consultas T. Médico	2.300	
		Gasto operacional	8.600	
		Nº lentes uapo	7.488	
		Nº farmacos glaucoma anual	1.200	
		Nº lubricante Oculares anual	15.120	
		Total Estrategia		

COMPONENTE 2	SUB COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O METAS	MONTO (\$)
Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	Cirugía menor ambulatoria	Nº Procedimientos	1.200	24.564.000

TOTAL PROGRAMA				324.136.124
-----------------------	--	--	--	--------------------

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.



30 ABR. 2013

- Propiciar la compra de las atenciones médicas aplicando economía de escala, logrando bajar precios por volúmenes de prestaciones y otorgando la posibilidad de reinvertir en otras prestaciones dentro del mismo programa.

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

- Mantener un registro ruficado 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.
- 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 Julio 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:
 - I. Si es que su cumplimiento es inferior al 40%, para los componentes de Especialidades Ambulatorias (UAPO, Otorrino y 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 (40%)
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%
0%	Rescindir convenio

- 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 (40%)
100,00%	0%
Entre 90,00% y 99,99%	50%
Entre 80,00% y 89,99%	75%
Menos del 80%	100%



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

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

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

El grado de incumplimiento anual, será considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

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

En el caso de comunas o establecimientos dependientes, que reciben recursos adicionales, como parte de la redistribución que se realice en Octubre, tendrán plazo hasta el 31 de Diciembre del año 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 medica proyectada en UAPO
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas medicas realizadas en UAPO} / N^{\circ} \text{ de consultas medicas comprometidas en UAPO}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
2. Indicador: Cumplimiento de la actividad tecnólogo medico proyectada en UAPO
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas de tecnólogo medico realizadas en UAPO} / N^{\circ} \text{ de consultas de tecnólogo medico comprometidas en UAPO}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
3. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Otorrinolaringología
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
4. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Gastroenterología.
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
5. Indicador: Cumplimiento de SIC revisadas y gestionadas.
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de SIC revisadas y gestionadas por medico gestor de demanda de la comuna} / N^{\circ} \text{ de SIC generadas en la comuna}) * 100$
 - Medio de verificación: (Registro Local)



30 ABR. 2013

▪ **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 los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 60% contra convenio y el 40% restante contra evaluación en octubre, de acuerdo a las siguientes tablas de rebaja:

- I. Si es que su cumplimiento es inferior al 40%, para los componentes de Especialidades Ambulatorias (UAPO, Otorrino y 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 (40%)
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%
0%	Rescindir convenio

- 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 (40%)
100,00%	0%
Entre 90,00% y 99,99%	50%
Entre 80,00% y 89,99%	75%
Menos del 80%	100%

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.

Para el componente de cirugía menor ambulatoria se deberá observar las normas básicas de aseo y desinfección, como a su vez, el cumplimiento de las Normas Técnicas Básicas de atención abierta para salas de procedimientos y pabellones de cirugía menor.

NOVENA: El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Atención Primaria y Red Asistencial, no obstante lo anterior el Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Dpto. 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: 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, existiendo la posibilidad de prorrogarlo, si ambas partes así lo acuerdan, suscribiendo el convenio respectivo y en el evento que exista la disponibilidad presupuestaria para ello y que sus disposiciones se ajusten al programa vigente, de ser necesario.

Ahora bien, conforme al dictamen N°16.037 de fecha 10.04.2008 y N° 11.189, de 2008 de la Contraloría General las partes establecen que por razones de buen servicio las prestaciones contempladas en este convenio comenzaron a ser otorgadas en la forma pactada, el 01 de enero de 2013, no obstante el pago estará condicionado a la total tramitación de la Resolución que lo aprueba, acorde con lo señalado en los dictámenes de la Contraloría General, antes señalados.

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 sea necesario introducirle en su operación.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio se firma en 10 ejemplares, quedando 7 en poder del Servicio de Salud, uno en el de la Municipalidad y los dos restantes en el Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.

DECIMO CUARTA: La personería de Miguel Becker Alvear para actuar en representación del Municipio de Temuco, consta de acta de instalación del Concejo Municipal de fecha 06 de diciembre de 2012 y en Decreto Alcaldicio N° 4.368 de fecha de 06 diciembre de 2012. Por su parte, la personería de María Angélica Barría Schumeyer, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur emana Decreto Supremo N°120 de 2010, del Ministerio de Salud.



MIGUEL BECKER ALVEAR
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE TEMUCO



DRA. MARÍA ANGÉLICA BARRÍA SCHULMEYER
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR

X



30 ABR. 2013