

DECRETO N° **311**

TEMUCO, **30 JUN. 2016**

VISTOS:

- 1.- Lo dispuesto en el D.F.L. N° 1-3063 de 1980, del Ministerio del Interior.
- 2.- Los D.S. N° 164 de 1981, N° 39 y N° 711 de 1987, del Ministerio de Salud.
- 3.- La Ley N° 19.378 de 1995, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
- 4.- el Decreto Alcaldicio N° 4.089 del 14 de Diciembre de 2015, que aprueba el Presupuesto del Departamento de Salud para el año 2016.
- 5.- Res. Exta. N° 4134 del 15.06.2016 que aprueba Convenio Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria (Cesfam Villa Alegre), suscrito el 09.05.2016, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.
- 6.- Las facultades contenidas en la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

- 1.- Apruébese, Convenio Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria (Cesfam Villa Alegre), (C. Costos 32.74.00), suscrito el 09.05.2016, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.
- 2.- El Gasto estimado de \$ 7.501.000.- será destinado a los fines señalados en la cláusula quinta del Convenio.
- 3.- 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

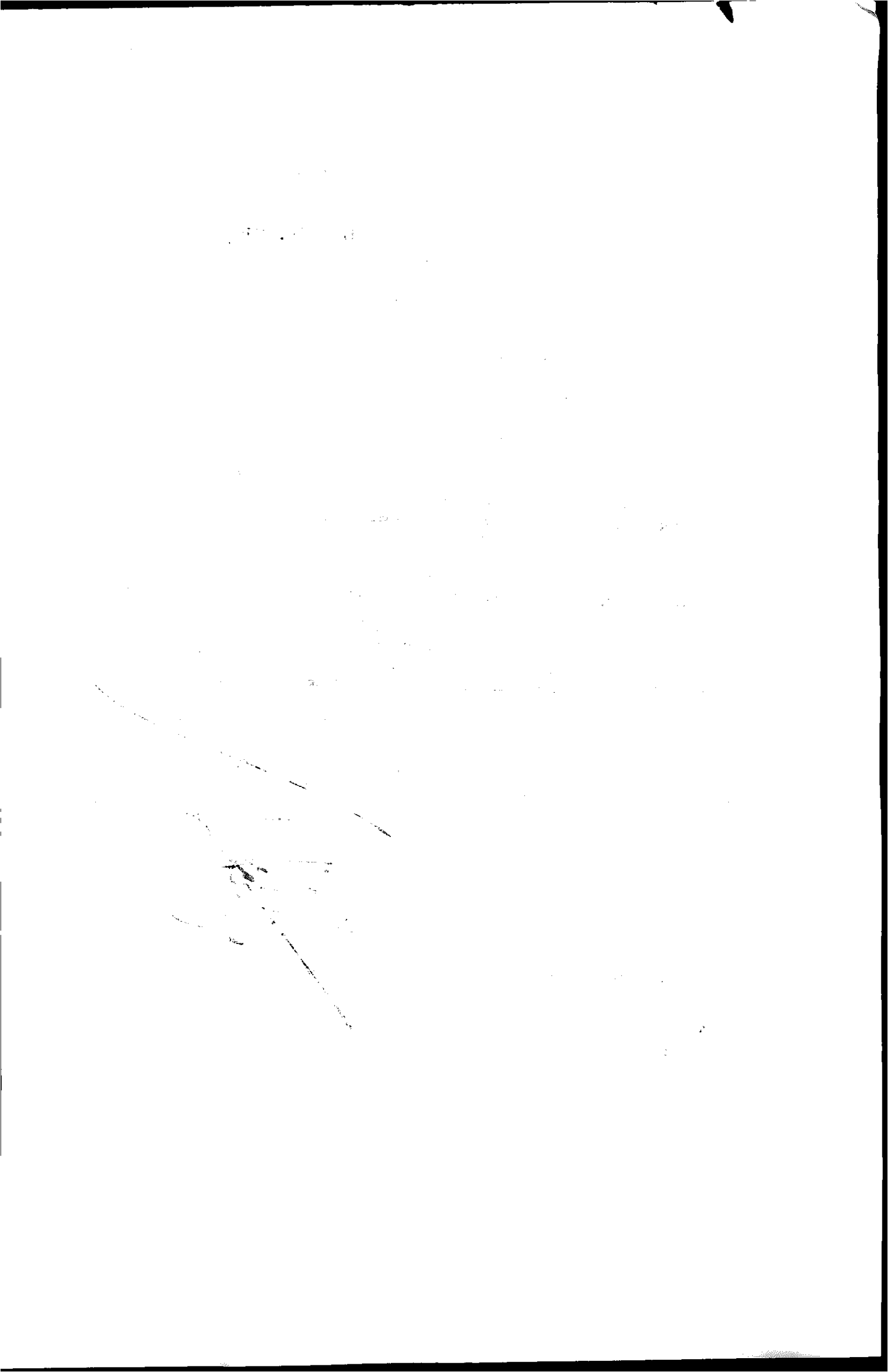


CVE/MSR/yds.

DISTRIBUCION:

- Eludizado
- Of. de Partes Municipal
- Departamento de Salud

R	M	V	W







**REF:** Aprueba Convenio Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria suscrito entre el SSAS y la Municipalidad de Temuco.

**RESOLUCION EXTA. Nº 4134**

**TEMUCO 15 JUN 2016**

**FPH/DFM/cmz**

**VISTOS:** estos antecedentes:

- 1.- Resolución Exenta Nº 1236 de fecha 31.12.2015 del Ministerio de Salud que aprueba Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria.
- 2.- Resolución Exenta Nº 365 de fecha 29.01.2016 que modifica Resolución de vistos Nº 1.
- 3.- Resolución Exta. Nº 447 del 26.02.2016 que distribuye recursos Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria año 2016.
- 4.- Certificado de disponibilidad presupuestaria emitido por el Jefe del Depto. de Finanzas del SSAS de fecha 31 de Mayo de 2016.
- 5.- Convenio Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria año 2016, suscrito entre la Municipalidad de Temuco y el SSAS de fecha 09.05.2016.

**TENIENDO PRESENTE:** lo dispuesto en:

- 1.- DFL Nº 1/05 que fija texto refundido del D. L. Nº 2763/1979, que crea los Servicios de Salud y otras leyes
- 2.- D.S. Nº 140/2004, del Ministerio de Salud que reglamenta los Servicios de Salud.
- 3.- DS. Nº 126/15 del Ministerio de Salud que prorroga designación de Director del Servicio de Salud Araucanía Sur.-
- 4.- D. F. L Nº/19.414/97 del M. de Salud que separa los Servicios de Salud en Araucanía Norte y Sur;
- 5.- Resolución 1600/08 de la Contraloría Gral. de la República; dicto la siguiente:

## **RESOLUCION**

**1.-APRUEBASE,** convenio Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria año 2016, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco de fecha 09 de Mayo de 2016, convenio que es del siguiente tenor:

En Temuco a 09 de Mayo de 2016 entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Arturo Prat Nº 969, representado por su Director **Dr. MILTON MOYA KRAUSE**, del mismo domicilio, en adelante "el Servicio" y la **MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Arturo Prat Nº 650, representada por su Alcalde **D 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° 154 del 2015, del Ministerio de Salud, 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 Modelo de Atención con Enfoque Familiar en la Atención Primaria.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 1236 del 31 de diciembre** del 2015, del Ministerio de Salud, por Resolución Exenta N° 365 del 29 de Enero de 2016, que modifica el objetivo general del programa y por la Resolución Exenta N° 447 del 26 de febrero de 2016, que distribuye los recursos del Programa de Modelo de Atención con Enfoque Familiar en Atención Primaria año 2016; anexos al presente convenio y que se entiende forman parte integrante del mismo, que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

**TERCERA:** 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 **\$7.500.003 (siete millones quinientos mil tres pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las actividades señaladas en la cláusula anterior en el Cesfam Villa Alegre.

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.

**CUARTA** El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los objetivos del Programa.

#### **Objetivo general:**

Consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud, apoyando con la entrega de recursos anuales, única y exclusivamente para el plan de mejora de aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente Programa: evaluación, programación y realización de acciones orientadas a disminuir brechas en su implementación.

#### **Objetivos específicos:**

1. Evaluar la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitaria, detectadas con instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo del modelo Atención Integral de Salud familiar y Comunitaria.

2. Realizar mejoras, en base a la brecha identificada y los principios que sustentan el modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitario en los centros de atención primaria de salud.

## **QUINTA: COMPONENTES Y PRODUCTOS ESPERADOS**

### **Componente N 1:**

Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.

Este componente considera 2 indicadores:

1. Evaluación en los establecimientos mediante la aplicación del instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo del modelo Atención Integral de Salud familiar y Comunitaria, dictado por el Ministerio de Salud, para aquellas comunas que quieran incorporar nuevos centros en la evaluación del desarrollo del modelo, o aquellas que quieran repetir la evaluación realizada durante el año 2015 de sus centros.
2. El segundo indicador corresponde a la importancia de tener los contratos firmados con las respectivas comunas de tal manera de asegurar el traspaso de recursos para el desarrollo oportuno del Programa.

### **Estrategias:**

- ✓ Elaboración de cronograma conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud) del trabajo.
  - En el caso que se incorporen nuevos centros:
- ✓ El establecimiento de salud deberá realizar su pre-evaluación (autoevaluación) mediante el reconocimiento de su situación cotejada con el instrumento\* para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

El CESFAM y comuna en conjunto con el Servicio de Salud, resolverán la primera evaluación definitiva, identificando sus brechas y un plan de mejora a dos años para la implementación del Modelo, considerando un cronograma de trabajo, con el acompañamiento del Servicio de Salud.

### **Productos esperados**

- ✓ Convenios elaborados y firmados con las comunas participantes.
- ✓ Certificación de la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en el establecimiento, conforme porcentaje logrado, en diversos ámbitos del instrumento definido por el Minsal.
- ✓ Determinar brechas en la instalación y desarrollo del Modelo en los Centros de Salud.

Como este Programa se considera la continuidad del Programa que comenzó a ejecutarse el 2015, no es necesario realizar una nueva evaluación del porcentaje de cumplimiento del desarrollo del modelo, sino que es necesario seguir implementando el plan elaborado el año 2015 y ajustarlo en el nuevo cronograma necesario para cumplir los objetivos planteados. **Por lo anterior el componente 1 no se evaluará en los centros de continuidad, solo en aquellos Centros que se incorporen a partir del año 2016.**

\* Para efectos de la evaluación, el instrumento para la evaluación y certificación en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, se considera parte de este convenio.

## **Componente N 2**

Implementar, un plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud.

### **Estrategias:**

- ✓ Elaboración de cronograma conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud).
- ✓ Los planes de mejora deben considerar un desarrollo progresivo de acciones para alcanzar sus objetivos y metas, así como el financiamiento asociado a su logro.

### **Productos esperados**

- ✓ Planes de mejora implementados, conforme los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario en los establecimientos de atención primaria de salud.
- ✓ Evaluación de los avances planificados.

## **SEXTA: MONITOREO Y EVALUACIÓN**

El Monitoreo y Evaluación se orienta a conocer el grado de desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa con el propósito de mejorar la eficiencia y efectividad de sus objetivos.

Aquellos establecimientos que realizaron sus planes de mejora a 2 años, no se hace necesario realizar una nueva evaluación del establecimiento a comienzo de año.

Se realizarán 3 evaluaciones durante la ejecución del Programa en los centros nuevos en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

- ✓ La **primera evaluación** se hará con corte al 30 de Abril: El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa a los respectivos Servicios de Salud, hasta el quinto día hábil del mes de mayo; a su vez, los Servicios de Salud deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 20 de mayo del año en curso, el informe consolidado, respecto a los **convenios firmados** por las comunas participantes del Programa. **Los centros de continuidad no están sujetos a esta primera evaluación como se señaló en la cláusula quinta, debido a que ya que cumplieron con el componente 1 durante el año 2015.**
- ✓ La **segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso de acuerdo a los indicadores y pesos relativos definidos en el apartado VII indicadores y medios de verificación.

El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa a los respectivos Servicios de Salud, hasta el quinto día hábil del mes de septiembre, a su vez, los Servicios de Salud deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud hasta el 16 de septiembre, el informe consolidado, respecto de las comunas de su ámbito territorial participantes del Programa.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación el Servicio de Salud hará las orientaciones y acciones que corresponda para favorecer la óptima implementación del programa, emitiendo el informe al Ministerio de Salud, conjuntamente con el informe de resultados.

La reliquidación se hará efectiva de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que el cumplimiento del indicador de la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud es inferior al 60%. En tal caso, se aplicará un descuento proporcional al porcentaje de incumplimiento.

En relación a los recursos producto de la reliquidación, que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, dichos recursos podrán ser reasignados por el Servicio de Salud a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo programa.

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

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para percibir el total de recursos anuales asociados al presente programa, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del mismo, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan 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 periodo.

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

### **SEPTIMA: INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN**

La evaluación del cumplimiento se realizará en forma global para el Programa, por tanto todos los indicadores tendrán el mismo peso relativo, independiente del componente a que corresponda.

#### **Indicadores de gestión y de impacto para la reliquidación del programa**

Componente	Indicador	Fórmula	Meta	Medio verificación	Peso relativo
Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.	Porcentaje de Centros de salud evaluados conforme Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo, dictado por el	<b>Numerador</b> Nº de Centros de salud evaluados conforme instrumento definido  <b>Denominado</b>	100% de los CESFAM comprometidos con aplicación del instrumento definido.	"Instrumento para la evaluación y verificación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria"	En el caso que se aplique este indicador, el peso relativo sería el siguiente:

	Minsal.  Este indicador es solo para nuevos CESFAM incorporados o los establecimientos que opcionalmente se quieran evaluar.	r  N° de centros de salud comprometidos a evaluar.			Indicadores:  1. 35% 2. 35% 3. 30
	Comunas con resolución dictada en abril del año en curso y con recursos traspasados.		Comuna con traspaso de primera cuota de recursos traspasados.	Plataforma de convenios.	50%
<b>Componente 2</b>  Implementar plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud.	Mejoras implementadas en los establecimientos de atención primaria, conforme a cronograma.	<b>Numerador</b>  N° de actividades del cronograma plan de mejora realizadas.  <b>Denominador</b>  N° actividades comprometidas según cronograma en plan de mejora.	100% de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de plan de mejora.	Informe de avances cualitativos de establecimiento, común, emitido por Servicio de Salud	50%



## **OCTAVA: FINANCIAMIENTO**

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas con el mismo, teniendo presente los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

Los recursos a que se refiere la cláusula tercera, serán transferidos por el servicio, en representación del Ministerio de Salud, **en dos cuotas**: 70% contra convenio (equivalentes a \$ 5.250.003 pesos) y el 30% (\$2.250.000 pesos) restante en Octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en la cláusula séptima del presente Programa.

**NOVENA:** El Servicio, requerirá a la municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus estrategias señaladas 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 el objetivo del presente convenio.

**DECIMA:** 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 Auditoría. 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. Dicha rendición debe ser realizada a través del sistema de monitoreo de convenios, disponible en la página web [www.ssasur.cl](http://www.ssasur.cl), banner sistemas de convenios.

Considerando que las actividades a desarrollar por la Municipalidad y estipuladas en este Convenio son de continuidad a las ejecutadas en el año anterior, se aceptaran las rendiciones de cuentas de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio, de acuerdo a lo estipulado en el artículo N° 13 de la Resolución N° 30 de la Contraloría general de la Republica que fija el procedimiento sobre rendiciones financieras.

**DECIMA PRIMERA:** Finalizado el periodo de vigencia del presente convenio, el servicio solicitara el reintegro de los recursos del valor correspondiente a la parte no ejecutada de las actividades descritas, objeto de este instrumento.

**DECIMA SEGUNDA:** 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.

**DECIMA TERCERA:** El presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre del año en curso. Sin perjuicio de lo anterior y previa rendición del saldo no ejecutado el Servicio de Salud podrá autorizar excepcionalmente y por razones fundadas, previa solicitud formal de la Municipalidad la posibilidad de que los saldos de dichos recursos sean utilizados para dar continuidad a los programas de salud, durante el plazo que se establecerá para tales efectos. Dicha autorización se formalizará mediante resolución del Servicio de Salud.

Ahora bien, conforme al dictamen N° 16.037 de fecha 10.04.2008 y N° 11.189 del 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 del 2016, no obstante la transferencia 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.

**DECIMA CUARTA:** La personería de **don Miguel Becker Alvear** para actuar en representación del Municipio de Temuco, consta en acta de instalación del Concejo Municipal de fecha 06 de Diciembre de 2012 y Decreto Alcaldicio N° 4.368 de fecha de 06 Diciembre de 2012. Por su parte, la personería de **Dr. Milton Moya Krause**, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur emana del Decreto Supremo N° 126 de 2015, del Ministerio de Salud.

**DÉCIMA QUINTA:** El presente convenio se firma en 8 ejemplares, quedando dos en poder de la Municipalidad (Alcaldía y Departamento de Salud Municipal), dos en poder del Ministerio de Salud (División de Atención Primaria y Departamento Gestión de Recursos Financieros APS) y los cuatro restantes en poder del Servicio de Salud (Dpto. de Atención Primaria y Red Asistencial, Departamento de Finanzas, Departamento Jurídico y Oficina de Partes).

**2.- IMPUTESE**, el gasto que irroge el presente convenio al Ítem N° 24-03-298 del Presupuesto del Servicio según la naturaleza del mismo.

**3.- NOTIFIQUESE**, la presente resolución a la Municipalidad, una vez totalmente tramitada.

**ANOTESE Y COMUNIQUESE**



**MILTON MOYA KRAUSE**  
**DIRECTOR (T. y P.)**  
**SERVICIO SALUD ARAUCANIA SUR**

10.06.2016 N° 948

**DISTRIBUCION:**

Municipalidad de Temuco (2)

Depto. división en atención primaria MINSAL

Subsecretaria de Redes Asistenciales MINSAL

Depto. Red Asistencial SSAS

Depto. Jurídico

Depto. Finanzas

Archivo



**CONVENIO**  
**PROGRAMA MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y**  
**COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA**  
**SUSCRITO ENTRE EL**  
**SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR**  
**Y LA MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**



MMK/GIY/FPH/DFM

En Temuco a 09 de Mayo de 2016 entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Arturo Prat N° 969, representado por su Director **Dr. MILTON MOYA KRAUSE**, del mismo domicilio, en adelante "el Servicio" y la **MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Arturo Prat N° 650, representada por su Alcalde **D 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° 154 del 2015, del Ministerio de Salud, 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 Modelo de Atención con Enfoque Familiar en la Atención Primaria.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 1236 del 31 de diciembre** del 2015, del Ministerio de Salud, por Resolución Exenta N° 365 del 29 de Enero de 2016, que modifica el objetivo general del programa y por la Resolución Exenta N° 447 del 26 de febrero de 2016, que distribuye los recursos del Programa de Modelo de Atención con Enfoque Familiar en Atención Primaria año 2016; anexos al presente convenio y que se entiende forman parte integrante del mismo, que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

*Handwritten signature*





**TERCERA:** 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 **\$7.500.003 (siete millones quinientos mil tres pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las actividades señaladas en la cláusula anterior en el Cesfam Villa Alegre.

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.

**CUARTA** El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los objetivos del Programa.

### **Objetivo general:**

Consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud, apoyando con la entrega de recursos anuales, única y exclusivamente para el plan de mejora de aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente Programa: evaluación, programación y realización de acciones orientadas a disminuir brechas en su implementación.

### **Objetivos específicos:**

1. Evaluar la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitaria, detectadas con instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo del modelo Atención Integral de Salud familiar y Comunitaria.
2. Realizar mejoras, en base a la brecha identificada y los principios que sustentan el modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitario en los centros de atención primaria de salud.

## **QUINTA: COMPONENTES Y PRODUCTOS ESPERADOS**

### **Componente N 1:**

Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.

Este componente considera 2 indicadores:

1. Evaluación en los establecimientos mediante la aplicación del instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo del modelo Atención Integral de Salud familiar y Comunitaria, dictado por el Ministerio de Salud, para aquellas comunas que quieran incorporar nuevos centros en la evaluación del desarrollo del modelo, o aquellas que quieran repetir la evaluación realizada durante el año 2015 de sus centros.
2. El segundo indicador corresponde a la importancia de tener los contratos firmados con las respectivas comunas de tal manera de asegurar el traspaso de recursos para el desarrollo oportuno del Programa.

### **Estrategias:**

- ✓ Elaboración de cronograma conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud) del trabajo.



*21/04/11*





- o En el caso que se incorporen nuevos centros:
- ✓ El establecimiento de salud deberá realizar su pre-evaluación (autoevaluación) mediante el reconocimiento de su situación cotejada con el instrumento\* para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.  
El CESFAM y comuna en conjunto con el Servicio de Salud, resolverán la primera evaluación definitiva, identificando sus brechas y un plan de mejora a dos años para la implementación del Modelo, considerando un cronograma de trabajo, con el acompañamiento del Servicio de Salud.

### Productos esperados

- ✓ Convenios elaborados y firmados con las comunas participantes.
- ✓ Certificación de la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en el establecimiento, conforme porcentaje logrado, en diversos ámbitos del instrumento definido por el Minsal.
- ✓ Determinar brechas en la instalación y desarrollo del Modelo en los Centros de Salud.

Como este Programa se considera la continuidad del Programa que comenzó a ejecutarse el 2015, no es necesario realizar una nueva evaluación del porcentaje de cumplimiento del desarrollo del modelo, sino que es necesario seguir implementando el plan elaborado el año 2015 y ajustarlo en el nuevo cronograma necesario para cumplir los objetivos planteados.  
**Por lo anterior el componente 1 no se evaluará en los centros de continuidad, solo en aquellos Centros que se incorporen a partir del año 2016.**

\* Para efectos de la evaluación, el instrumento para la evaluación y certificación en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, se considera parte de este convenio.

### Componente N 2

Implementar, un plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud.

### Estrategias:

- ✓ Elaboración de cronograma conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud).
- ✓ Los planes de mejora deben considerar un desarrollo progresivo de acciones para alcanzar sus objetivos y metas, así como el financiamiento asociado a su logro.

### Productos esperados

- ✓ Planes de mejora implementados, conforme los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario en los establecimientos de atención primaria de salud.
- ✓ Evaluación de los avances planificados.



al 06/11



## **SEXTA: MONITOREO Y EVALUACIÓN**

El Monitoreo y Evaluación se orienta a conocer el grado de desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa con el propósito de mejorar la eficiencia y efectividad de sus objetivos.

Aquellos establecimientos que realizaron sus planes de mejora a 2 años, no se hace necesario realizar una nueva evaluación del establecimiento a comienzo de año.

Se realizarán 3 evaluaciones durante la ejecución del Programa en los centros nuevos en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

- ✓ La **primera evaluación** se hará con corte al 30 de Abril: El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa a los respectivos Servicios de Salud, hasta el quinto día hábil del mes de mayo; a su vez, los Servicios de Salud deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 20 de mayo del año en curso, el informe consolidado, respecto a los **convenios firmados** por las comunas participantes del Programa. **Los centros de continuidad no están sujetos a esta primera evaluación como se señaló en la cláusula quinta, debido a que ya que cumplieron con el componente 1 durante el año 2015.**
- ✓ La **segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso de acuerdo a los indicadores y pesos relativos definidos en el apartado VII indicadores y medios de verificación.

El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa a los respectivos Servicios de Salud, hasta el quinto día hábil del mes de septiembre, a su vez, los Servicios de Salud deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud hasta el 16 de septiembre, el informe consolidado, respecto de las comunas de su ámbito territorial participantes del Programa.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación el Servicio de Salud hará las orientaciones y acciones que corresponda para favorecer la óptima implementación del programa, emitiendo el informe al Ministerio de Salud, conjuntamente con el informe de resultados.

La reliquidación se hará efectiva de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que el cumplimiento del indicador de la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud es inferior al 60%. En tal caso, se aplicará un descuento proporcional al porcentaje de incumplimiento.

En relación a los recursos producto de la reliquidación, que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, dichos recursos podrán ser reasignados por el Servicio de Salud a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo programa.

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



*alvarez*





En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para percibir el total de recursos anuales asociados al presente programa, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del mismo, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan 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 periodo.

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

### **SEPTIMA: INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN**

La evaluación del cumplimiento se realizará en forma global para el Programa, por tanto todos los indicadores tendrán el mismo peso relativo, independiente del componente a que corresponda.

#### **Indicadores de gestión y de impacto para la reliquidación del programa**

Componente	Indicador	Fórmula	Meta	Medio verificación	Peso relativo
Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.	Porcentaje de Centros de salud evaluados conforme Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo, dictado por el Minsal.	<b>Numerador</b> Nº de Centros de salud evaluados conforme instrumento definido	100% de los CESFAM comprometidos con aplicación del instrumento definido.	"Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria"	En el caso que se aplique este indicador, el peso relativo sería el siguiente:  Indicadores: 1. 35% 2. 35% 3. 30
	Este indicador es solo para nuevos CESFAM incorporados o los establecimientos que opcionalmente se quieran evaluar.	<b>Denominador</b> Nº de centros de salud comprometidos a evaluar.			
	Comunas con resolución		Comuna con traspaso de	Plataforma de convenios.	50%



	dictada en abril del año en curso y con recursos traspasados.		primera cuota de recursos traspasados.		
<b>Componente 2</b> Implementar plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud.	Mejoras implementadas en los establecimientos de atención primaria, conforme a cronograma.	<b>Numerador</b> N° de actividades del cronograma plan de mejora realizadas.  <b>Denominador</b> N° actividades comprometidas según cronograma en plan de mejora.	100% de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de plan de mejora.	Informe de avances cuali-cauantitativos de establecimiento, común, emitido por Servicio de Salud	50%

### **OCTAVA: FINANCIAMIENTO**

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas con el mismo, teniendo presente los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

Los recursos a que se refiere la cláusula tercera, serán transferidos por el servicio, en representación del Ministerio de Salud, **en dos cuotas**: 70% contra convenio (equivalentes a \$ 5.250.003 pesos) y el 30% (\$2.250.000 pesos) restante en Octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en la cláusula séptima del presente Programa.

**NOVENA:** El Servicio, requerirá a la municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus estrategias señaladas 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 el objetivo del presente convenio.

**DECIMA:** 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 Auditoría. 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. Dicha rendición debe ser realizada a través del sistema de monitoreo de convenios, disponible en la página web [www.ssasur.cl](http://www.ssasur.cl), banner sistemas de convenios.

Considerando que las actividades a desarrollar por la Municipalidad y estipuladas en este Convenio son de continuidad a las ejecutadas en el año anterior, se aceptarán las



02/04/16





rendiciones de cuentas de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio, de acuerdo a lo estipulado en el artículo N° 13 de la Resolución N° 30 de la Contraloría general de la Republica que fija el procedimiento sobre rendiciones financieras.

**DECIMA PRIMERA:** Finalizado el periodo de vigencia del presente convenio, el servicio solicitara el reintegro de los recursos del valor correspondiente a la parte no ejecutada de las actividades descritas, objeto de este instrumento.

**DECIMA SEGUNDA:** 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.

**DECIMA TERCERA:** El presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre del año en curso. Sin perjuicio de lo anterior y previa rendición del saldo no ejecutado el Servicio de Salud podrá autorizar excepcionalmente y por razones fundadas, previa solicitud formal de la Municipalidad la posibilidad de que los saldos de dichos recursos sean utilizados para dar continuidad a los programas de salud, durante el plazo que se establecerá para tales efectos. Dicha autorización se formalizará mediante resolución del Servicio de Salud.

Ahora bien, conforme al dictamen N° 16.037 de fecha 10.04.2008 y N° 11.189 del 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 del 2016, no obstante la transferencia 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.

**DECIMA CUARTA:** La personería de **don Miguel Becker Alvear** para actuar en representación del Municipio de Temuco, consta en acta de instalación del Concejo Municipal de fecha 06 de Diciembre de 2012 y Decreto Alcaldicio N° 4.368 de fecha de 06 Diciembre de 2012. Por su parte, la personería de **Dr. Milton Moya Krause**, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur emana del Decreto Supremo N° 126 de 2015, del Ministerio de Salud.

**DÉCIMA QUINTA:** El presente convenio se firma en 8 ejemplares, quedando dos en poder de la Municipalidad (Alcaldía y Departamento de Salud Municipal), dos en poder del Ministerio de Salud (División de Atención Primaria y Departamento Gestión de Recursos Financieros APS) y los cuatro restantes en poder del Servicio de Salud (Dpto. de Atención Primaria y Red Asistencial, Departamento de Finanzas, Departamento Jurídico y Oficina de Partes).

**MIGUEL BECKER ALVEAR**  
ALCALDE  
MUNICIPALIDAD TEMUCO

**MILTON MOYA KRAUSE**  
DIRECTOR (T. y P.)  
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR



*Handwritten signature*  
MUNICIPALIDAD TEMUCO  
ALCALDE  
DIRECTOR  
Departamento de Salud Municipal

