



DECRETO N° 132

TEMUCO,

VISTOS: 16 MAYO 2011

1980, del Ministerio del Interior.

de 1987, del Ministerio de Salud.

Atención Primaria de Salud Municipal.

1.- Lo dispuesto en el D.F.L. N° 1-3063 de

2.- Los D.S. N° 164 de 1981, N° 89 y N° 711

3.- La Ley N° 19.378 de 1995, Estatuto de

4.- Convenio con Mandato Programa de Resolutividad en Atención Primaria, de fecha 31.08.11, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.

5.- Certificado emitido por la Directora (S) del Departamento de Salud, Dra. Marisa Villalobos Castillo, que compromete al Departamento a utilizar los recursos aportados por el Convenio con Mandato Programa de Resolutividad en Atención Primaria, de fecha 31.08.11, suscrito 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.- Apruébase Convenio con Mandato Programa de Resolutividad en Atención Primaria, de fecha 31.08.11, suscrito 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

EFV/MVC/EAP/MSR/faq



MIGUEL BECKER ALVEAR
ALCALDE



DISTRIBUCION:

- Of. de Partes Municipal
- Departamento de Salud



- Departamento de Salud
- C.R. de Tercera Municipalidad

DISTRIBUCION:

HELVACSEYAWSKIND
SECRETARIO MUNICIPAL
MUNICIPALIDAD DE TERNOS

VICEDIRECTOR
MIGUEL BECKER VIALBA

VIOLACIONES COMUNICACIONES Y VENCIMIENTOS

contienen formando parte integrante e indispensable al presente Decreto:

1.- Las cláusulas del referido Contrato de

servicio de Salud Municipal con la Municipalidad de Ternos.

Programa de Resoluciones en Atención Primaria, de fecha 21.08.11 suscrito entre el

1.- Ayuntamiento de Ternos con Mandato

DECRETO:

18.002 de 1988, Organica Constitucional de Municipalidades.

2.- Las facultades contenidas en la Ley N°

la Municipalidad de Ternos

en Atención Primaria, de fecha 21.08.11, suscrito entre el servicio de Salud Municipal con la

utilizar los recursos aportados por el Contrato Programa de Resoluciones

Departamento de Salud, Dra. Maria Villalobos Castillo, que compromete al Departamento

3.- Certificado emitido por la Directora (S) del

Atención Primaria con la Municipalidad de Ternos

Resoluciones en Atención Primaria, de fecha 21.08.11, suscrito entre el servicio de Salud

4.- Contrato con Mandato Programa de

Atención Primaria de Salud Municipal.

5.- La Ley N° 10.378 de 1982, Estatuto de

de 1987, del Ministerio de Salud

6.- Los D.S. N° 101 de 1981, N° 30 y N° VII

1981, del Ministerio de Interior.

7.- Lo dispuesto en el D.E.T. N° 13002 de

ARTOS:

TERNOS,

DECRETO N° 138



MUNICIPALIDAD DE
TEMUCO

CERTIFICADO

Quien suscribe, Dra. Marisa Villalobos Castillo, Directora (S) del Departamento de Salud Municipal de Temuco, se compromete a utilizar los recursos aportados por Convenio con Mandato Programa de Resolutividad en Atención Primaria, de fecha 31.03.11, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco, en el cumplimiento de los objetivos y actividades específicas en el Programa a ejecutarse en el año 2011.



Dra. ~~Marisa~~ Villalobos Castillo.
Directora (S)
Depto. Salud Municipal Temuco

TEMUCO, 26 de Abril de 2011.



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

RESOLUCIÓN EXENTA Nº

TEMUCO, 11 MAY 2011

1721

MUNICIPALIDAD DE TEMUCO
OFICINA DE PARTES 3661

PROVIDENCIA _____

FECHA ENTRADA _____

F DOC Nº Soluf 13 MAYO 2011

RESPONDER ANTES DE _____

MABSCH/JCC/CPC

VISTOS ; estos antecedentes :

- 1.- D.F.L. Nº 1.3063, de 1980, del Ministerio del Interior y sus modificaciones posteriores el mediante el cual se efectuó el traspaso de servicios del sector público y su consecuente transferencia de activos, recursos financieros, recursos humanos y normas de administración financiera.
- 2.- Resolución Exenta Nº 53, de fecha 11.02.2011, del Ministerio de Salud, que Aprueba Programa de Resolutividad en la Atención Primaria.
- 3.- Convenio para ejecución del Programa de Resolutividad de fecha 31.03.2011 suscrito entre la Municipalidad de Temuco y el Servicio de Salud Araucanía Sur.
- 4.- Ord. Nº 82 de fecha 19.08.2010 del Departamento de Finanzas al Depto. de Asesoría Jurídica informando la imposibilidad –entre otras- de refrendar las resoluciones que dicen relaciones con transferencias a Municipios dado que los recursos no están disponibles en el Servicio de Salud.

CONSIDERANDO,

- 1.- Que el Programa de Resolutividad tiene por objeto dar respuesta a los problemas de salud en cada uno de los establecimientos que componen la Red, con el mejor grado de calidad y con los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles. Esto implica, para la Atención Primaria de Salud, la capacidad de resolver sin necesidad de derivar a los pacientes a otros componentes de la Red y, por lo tanto, en un lugar más cercano a la población, creando vínculos permanentes con su población a cargo, que verá satisfecha, en un alto porcentaje sus necesidades de salud.

TENIENDO PRESENTE, lo dispuesto en:

- 1.- DFL Nº1/05 que fija el texto refundido del DL. 2763/79 y DS. 140/05 que crea y Reglamenta los Servicios de Salud respectivamente.
- 2.- Decreto Supremo Nº 120, de 2010, del Ministerio de Salud, que me designa como Directora del Servicio de Salud Araucanía Sur.
- 3.- Art. 56 Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria Municipal.
- 4.- Resolución 1.600/08 de la Contraloría General de la República; dicto la siguiente:

RESOLUCION

1.-APRUÉBASE, el Convenio de fecha 31 de marzo de 2011 suscrito en el marco del PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco, que se entiende parte integrante de esta resolución, cuyas cláusulas son las siguientes:

En Temuco a 31 de marzo de 2011 entre el Servicio de Salud Araucanía Sur, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Prat Nº 969, Temuco, representado por su Directora **Dra. MARÍA ANGÉLICA BARRIA SCHULMEYER**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Municipalidad de Temuco persona jurídica de derecho público domiciliada en calle Arturo Prat Nº 650, Temuco, representada por su Alcalde **D. MIGUEL ANGEL BÉCKER ALVEAR** de ese mismo

domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERO: 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° 132 del 27 de Diciembre de 2010, 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".

SEGUNDO: 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 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° 53 de 11 Febrero del 2011, 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.

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

1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

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

2) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad

CUARTO: 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 **\$ 171.589.415** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior.

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.

QUINTO: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

COMPONENTE 1	SUBCOMPONENTES	Tipo de actividad	Número de actividades a realizar	Recursos Asociados	
1.- Resolución de especialidades ambulatorias	1. Oftalmología	Nº consultas vicios r.	1450	34.994.300	
		Nº otras consultas	290	6.998.860	
		Nº lentes extras	242	2.588.432	
	subtotal				44.581.592
	2.- Otorrinolaringología	Nº consultas hipoacusia	274	27.653.724	
		Nº consultas síndrome vertiginoso	20	2.018.520	
		Nº consultas otitis	10	1.009.260	
	subtotal				30.681.504
	UAPO*	Nº equipamiento	0	0	
		Nº habilitación	0	0	
		gastos operacionales	5000	24.031.836	
		Nº lentes	1920	20.536.320	
		total farmacos glaucoma	300	18.594.000	
		total colirios	5000	645.750	
total lagrimas artificiales		5000	9.297.000		
subtotal				73.104.906	
Total Estrategia				148.368.002	

COMPONENTE 2	SUB COMPONENTE	Tipo de actividad	Número de actividades a realizar	Recursos Asociados
Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	Nº Cirugía por continuidad	Nº procedimiento	1200	23.221.413
	Nº Cirugía por expansión	Nº procedimiento	0	0
Total Estrategia				23.221.413

TOTAL PROGRAMA	171.589.415
-----------------------	--------------------

* Lo referido al Componente UAPO, se complementa en la cláusula NOVENA.

SEXTO: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria y el propio 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 del Servicio de Salud encargados de los temas para definir claramente los criterios de referencia.

- Incorporar las actividades del Programa a la planificación de los establecimientos de Atención Primaria de la Municipalidad, identificando claramente las brechas de atención existentes 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 de los establecimientos de Atención Primaria de la Municipalidad u otros 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 efectuara 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 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas por Componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (40%)
60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir convenio

En relación a esto último, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de

recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

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

La evaluación se realizará en forma independiente para cada Componente del Programa y cada indicador tendrá el mismo peso relativo.

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 y que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de Octubre hacia a aquellas comunas de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 30 de Agosto del año correspondiente.

En el caso de que la comunas reciba 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.

El Servicio de Salud deberá informar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, acerca del cumplimiento del Programa y de cada uno de sus Componentes en las fechas establecidas a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. Lo anterior según el siguiente esquema:

- a) Ingreso al Registro Estadístico Mensual (REM)

Fecha de Corte	Fecha de cierre Estadístico DEIS*
31 de Mayo	22 Junio
31 de Agosto	22 Septiembre
31 de Diciembre	25 Enero

* La información de prestaciones realizadas deberá estar ingresada en REM a la fecha de cierre del Departamento de Estadísticas e Información en Salud DEIS.

Indicadores:

▪ **Cumplimiento del Objetivo Específico N° 1:**

1. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Oftalmología
 - Fórmula de cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / \text{N}^\circ \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
2. Indicador: Cumplimiento de la actividad medica proyectada en UAPO
 - Fórmula de cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ de consultas realizadas en UAPO} / \text{N}^\circ \text{ de consultas comprometidas en UAPO}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)

3. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Otorrinolaringología
 - Fórmula de cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / \text{N}^\circ \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
4. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de Tele dermatología
 - Fórmula de cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / \text{N}^\circ \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)

▪ **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)
2. Indicador: Tiempo de respuesta (realización-resultado biopsia) en cirugía trazadora; "Extirpación de nevus"
 - Fórmula de cálculo: $(\text{Fecha de solicitud de la biopsia}) - (\text{Fecha informe de resultado})$
 - Medio de verificación: (Planilla web)

Observación: para efectos de reliquidación el indicador N° 2 no será considerado.

SEPTIMO: La Municipalidad encomienda en forma completa e irrevocable al Servicio de Salud Araucanía Sur la licitación, adjudicación y celebración de los contratos y demás actos administrativos que procedan para la compra de acciones de Resolución de Especialidades Ambulatorias materia del presente convenio (consultas oftalmológicas, lentes, consultas otorrino, audiometrías, Impedanciometrías y audífonos) y otros insumos necesarios para el cumplimiento de ésta estrategia asociada al Programa de Resolutividad en Atención Primaria y resolver la lista de espera de la comuna. A su vez encomienda la licitación de los servicios de digitación asociadas a todas las prestaciones mandatadas tanto en SIGGES como en Agenda Médica.

Los contratistas o proveedores deberán emitir su factura a nombre de la Municipalidad. Estas serán recepcionadas en el Depto. de Recursos Físicos para VB y verificación de conformidad de las prestaciones realizadas, para luego remitirla al Depto. de Finanzas que las cancelarán con los fondos asignados por medio de este convenio, y administrados en la cuenta de administración de fondos complementaria.

El Servicio de salud se obliga a:

- 1.- En el caso de tener que llamarse a licitación, adoptar en las bases administrativas todas las garantías tendientes a la adecuada ejecución de lo mandatado, en particular multas por atrasos, boletas bancarias de garantías por la correcta ejecución de la obra y seriedad de la oferta, terminación anticipada por incumplimiento y anticipados debidamente garantizados en caso de considerarse ello necesario. Además actuará en todo momento con estricta sujeción a las Bases y con pleno respeto al principio de igualdad de los

igualdad de los oferentes.

- 2.- En las Bases se dejará constancia que la documentación y eventual facturación del contratista se efectuara a nombre del Mandante.
- 3.- Pagar directamente y en el plazo de 30 días la factura presentada por el contratista
- 4.- Realizar todas las gestiones Técnicas y administrativas necesarias para la materialización del mandato, lo que comprende desde la elaboración de estudios, expediente técnico, bases administrativas, especificaciones técnicas, llamado, apertura y adjudicación de las propuestas, celebración del contrato correspondiente, con el contratista favorecido, y demás roles de la ejecución de este.
- 5.- Obtener del contratista seleccionado, las garantías estipuladas en las bases administrativas.
- 6.- Rechazar o aprobar los documentos de pago del contratista y remitir oportunamente estos al Mandante, una vez efectuado el pago con cargo a la cuenta de administración de fondos de terceros
- 7.- Velar porque el contratista de cumplimiento a la normativa laboral y provisional.
- 8.- Remitir al Mandante un informe y liquidación final de lo obrado.
- 9.- Responder las consultas y solicitud de informes del Mandante y facilitar la inspección y revisión por parte de este de las rendiciones y cuentas, y aceptar sus sugerencias y recomendaciones
- 10.- Se faculta además al Servicio para redistribuir entre los diversos ítemes descritos en la cláusula quinta de este convenio los recursos que resulten de excedentes producto del menor precio que se pague en ciertas prestaciones, sin perjuicio de mantener el monto total del convenio en los valores totales asignados al Municipio. De la misma forma se valida desde ya que se de circunstancialmente más prestaciones de las consignadas en dicho convenio por el mismo efecto de obtener un mejor precio de una prestación en particular.
- 11.- De existir excedentes en los fondos estos serán devueltos al Municipio o serán destinados a los fines que este determine en relación al objeto de este convenio. Si las ofertas exceden el presupuesto estimado, podrá ser declarada desierta la propuesta, salvo que se obtenga una eventual suplementación de fondos.

OCTAVO: Los recursos destinados a financiar todos los componentes y subcomponentes, **con excepción de UAPO**, serán transferidos por el Servicio en dos cuotas, la 1º cuota correspondiente a un 60% del total de los recursos asignados, una vez totalmente tramitada la resolución aprobatoria del presente convenio y la 2º cuota, correspondiente a un 40% del total asignado, contra el grado de cumplimiento del programa reflejado en la evaluación de agosto, de acuerdo a lo señalado en la cláusula SEXTA.

**NOVENO: NORMAS ESPECIALES RELATIVAS A LA EJECUCIÓN DEL COMPONENTE 1
RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES AMBULATORIAS, SUBCOMPONENTE UNIDADES DE
ATENCIÓN PRIMARIA OFTALMOLÓGICAS (UAPO)**

- 1.- El detalle de la inversión de los recursos otorgados para ejecución de UAPO será el siguiente:

ACTIVIDAD	MONTO ASIGNADO
Gastos Operacionales: Recursos humano Unidad atención primaria oftalmológica por 12 meses	\$ 24.031.836.-
Lentes	\$ 20.536.320.-
Colirios para Glaucoma por 12 meses	\$ 18.594.000.-
Otros colirios y lagrimas artificiales	\$ 9.942.750.-
TOTAL RECURSOS	\$ 73.104.906.-

2.- Los recursos para ejecución de la UAPO serán transferidos en 12 cuotas mensuales de **\$6.092.076**, siendo la primera de ellas la suma de las cuotas anteriores a que se haga efectiva en forma total la tramitación de la resolución aprobatoria de este convenio, y las precedentes desde el mes siguiente a la misma, hasta diciembre de 2011.

El municipio de Temuco deberá resguardar la continuidad de las atenciones desde fin de este convenio hasta el inicio del próximo.

El pago o transferencias mensuales se cursará una vez ingresados satisfactoriamente por parte del CESFAM, los registros de las prestaciones otorgadas en SIGGES (cuando se trate de problemas de salud GES, y Agenda Médica cuando se trate de prestaciones NO GES), visados por el Departamento de Estadísticas y Epidemiología de la Dirección del Servicio de Salud Araucanía Sur.

Los Sistemas de Registro son los siguientes:

- A. Agenda Médica.- Policlínicos creados en ella para cada Oftalmólogo y Tecnólogo Médico y dación de horas por este medio exclusivamente, administrado por SOME del Cesfam Pueblo Nuevo y de responsabilidad exclusiva de la Dirección del mismos y del cual dependerá también la atención de los C. Amanecer, C. Pedro de Valdivia, C. Labranza, C. Santa Rosa, C. Villa Alegre, C. Arquenco, C. El Salar, C. La Quilas y C. Bolleco.
- B. Los Oftalmólogos registrarán la atención de cada paciente en el Sistema Agenda Médica SSAS, RUP Especialidad (Registro único de prestaciones), otro registro no será válido. El Dpto. de Estadística y Epidemiología realizará la capacitación correspondiente y que permita un optimo registro de las prestaciones otorgadas.
- C. Es de responsabilidad del establecimiento asegurar la confección de la confirmación o descarte del presunto diagnóstico mediante la confección del Informe de proceso diagnóstico IPD el cual deb contemplar agudeza visual en los casos que corresponda.
- D. Ingreso a SIGGES por Digitador calificado por el Dpto. de Estadísticas de la Dirección de Servicio, de los casos confirmados o descartados de Sospecha de Patología GES Catarata, Presbicia y Vicio de Refracción. En caso específico de la indicación quirúrgica, ingresará al paciente también a Lista de Espera quirúrgica en Agenda médica SSAS. Además se debe registrar en SIGGES la entrega de lentes en el plazo estipulado por la ley (30 días) Para estos efectos se debe contar con una nómina de respaldo y control de la efectiva entrega de lentes.

3.- El Municipio se compromete a:

- Dar atención oftalmológica primaria a los beneficiarios asignados a la comuna de Temuco, dando cobertura a toda la atención primaria de los establecimientos de Labranza, Pueblo Nuevo, Amanecer, Sta. Rosa, Pedro de Valdivia y Villa Alegre, en un número no inferior a **5.000 consultas nuevas al año, dentro de lo cual se incluye un máximo de 600 pacientes con glaucoma en el mismo periodo. Todos los pacientes son provenientes de la LE oficial del SSASur.**
- Atender solo pacientes que provienen de la Lista de Espera Única del Servicio y que será entregada por el Dpto. de Estadísticas de la Dirección de Servicio.
- Realizar revisión periódica de la Lista de Espera de Interconsultas de los Establecimientos de la Municipalidad de Temuco, con el objetivo de no tener pacientes en espera mas de 3 meses. Esta Lista de Espera será enviada mensualmente por el Dpto. de Estadísticas de la Dirección de Servicio a la Directora del Cesfam y al Director del departamento de Salud.
- Contratar el siguiente recursos humano para dar cumplimiento al convenio:
 - 44 horas oftalmólogo.
 - 44 horas tecnólogo médico con mención en oftalmología.
 - 44 horas paramédicas.
 - 44 horas administrativo para registro en SIGGES.
Deberán enviar al Servicio de Salud, los contratos de los Profesionales y de los Administrativos.
- Atender a todos los pacientes a través de Agenda Médica del Servicio de Salud Araucanía Sur, registrando las prestaciones realizadas y atendiendo pacientes desde la Lista de Espera Única del Servicio con Interconsulta.

4.- Las prestaciones de salud asignadas a este convenio serán la sospecha, resolución o derivación de patologías oculares mediante las siguientes actividades:

- 1.- Calificación de urgencia oftalmológica (ojo rojo doloroso, pérdida brusca de visión) con eventual resolución a nivel primario.
- 2.- Calificación del paciente en vicio de refracción y/o patología (agujero estenopeico).
- 3.- Resolución de vicio de refracción (presbicia pura y otros) con entrega de lentes.
- 4.- Sospecha de patologías GES. Ej.: catarata por rojo pupilar.
- 5.- Ejecución de Fondo de ojos en diabéticos y derivación con "pertinencia" al nivel secundario
- 6.- Detección, tratamiento y control de patologías crónicas (glaucoma, 1.5% a 2% de población > de 40 años), elaboración de receta por 6 meses.
- 7.- Educación a la comunidad por TM y/o Oftalmólogo, considerando la inserción de residentes en el medio comunitario.
8. curva tensión ambulatoria
9. campo visual computarizado

Se estima un rendimiento de 4 pacientes por hora para la atención medica y 6 pacientes por hora para la atención de Tecnólogo medico o enfermera, debiendo considerar además un 20% de los cupos para urgencias a la semana por oftalmólogo.

Se considera también la participación del medico oftalmólogo en reuniones clínicas en el Servicio de oftalmología del Hospital Hernán Henríquez Aravena, y con los Médicos de Atención Primaria que deriva hacia la UAPO las Interconsultas como una forma de mejorar la coordinación entre los distintos niveles de complejidad de Atención Oftalmológica.

Debe, además, considerarse que el Municipio disponga de acompañamiento de óptica en las

atenciones médicas, que además certifique con firma del paciente la recepción conforme de los lentes en forma mensual y un arsenal farmacológico que cubra las necesidades de recetas generadas, como mínimo el arsenal definido por el Servicio para atención primaria y atención oftalmológica, el cual será responsabilidad del Municipio dar cumplimiento a este.

5.- Los roles correspondientes a cada funcionario serán los siguientes:

Rol del Paramédico:

- Recepción del paciente, preparación del paciente con colirios indicados.
- Preparación del paciente, orientación de sus dudas y hacer curaciones.
- Colabora al Médico en el registro de la atención en RUP de Especialidad (sistema informático), colabora en escribir datos del paciente en receta de lentes, receta de colirios etc.

Rol del Tecnólogo Médico en Atención Primaria:

- Evalúa a pacientes realizando anamnesis y examen básico que incluye toma de agudeza visual (agujero estenopeco), autorrefractometría, tonometría ocular, rojo pupilar, estudio sensorio motor (cover test, motilidad ocular, convergencia, Hirschberg) y Test de Amsler.
- Realiza Campos visual a los pacientes que tengan indicación.
- Deriva a pacientes que no cumplan con criterios de "normalidad" como visión menor a 0.5 o factor de riesgo de glaucoma.
- Ordenamiento y prioriza las interconsultas al servicio de oftalmología terciario.
- Realizar educación en temas de prevención de ceguera y cuidado de salud ocular.
- Puede coordinar atenciones de vicios de refracción, operativos de fondo de ojo, operativo de pterigion y chalazion, prevención de ceguera en glaucoma (día G) y entrega de lentes de presbicia.

Rol del Oftalmólogo: Resuelve a nivel primario refracción y patología ocular.

- Resolución de Vicios de refracción.
- Fondo de ojos en pacientes diabéticos bajo control en la población beneficiaria del Municipio.
- Urgencias oftalmológicas de resolución local y
- Manejo de algunas patologías crónicas (glaucoma)
- Cirugías ambulatorias de menor complejidad (aparato lagrimal, pterigion, chalazion)

6.- El programa será evaluado de acuerdo a las metas e indicadores que se indican más abajo, para lo cual los registros deberán ser realizados en el RUP y con lo cual el Departamento de Estadística entregará el informe mensual del N° total de pacientes atendidos en la UAPO, del N° de pacientes con diagnósticos registrados de catarata, retinopatía, presbicie, vicio de refracción, sospecha de glaucoma, N° de pacientes derivados a nivel terciario en el mes. El DSM a su vez deberá enviar el informe firmado por el director del DSM con el N° de pacientes con presbicie con lentes genéricos indicados y la nómina firmada de la recepción conforme de los lentes. El Departamento de SEGYLE, recibirá los informes anteriores y los validará.

Con lo anterior el programa será evaluado de acuerdo a las siguientes metas e indicadores:

- 1) Porcentaje de pacientes con sospecha de glaucoma
- 2) Porcentaje de pacientes con catarata
- 3) Porcentaje de pacientes con retinopatía diabética
- 4) Porcentaje de pacientes con presbicia atendidos
- 5) Porcentaje de pacientes presbítas con lentes genéricos indicados
- 6) Porcentaje de pacientes con vicio de refracción

- 7) Porcentaje de pacientes con vicio de refracción, adjuntando la nómina de pacientes con firma de recepción conforme de lentes recibidos
- 8) Porcentaje de pacientes con resolución de su problema a nivel primario.
- 9) Porcentaje de pacientes atendidos derivados al nivel terciario.

7.- Consideraciones Técnicas especiales:

- 1) Debe existir un **examen preventivo por oftalmólogo** a todo paciente sin evidencia de patología ocular a los 45 años y luego a los 65 años siendo repetido posteriormente cada 5 años, antes de entregar el lente de presbicia.
- 2) Debe existir **NORMA de Screening** para definir la visión de ingreso a la atención oftalmológica: Se propone 0.5 o menos (5/10 en cartilla de snellen).
- 3) Debe existir **NORMA para definir fuerza dióptrica** para receta de lentes con criterio de salud pública (limitación visual). Así también debe definirse: a. Cuando se repite la receta de lentes y cuando se entrega segundo lente. b. Los lentes deben ser entregados en la Unidad de atención oftalmológica, según lo descrito en el punto siguiente.
- 4) Los lentes ópticos que corresponden a presbicie pura serán entregados directamente por el establecimiento en el mismo momento de la atención, y dichos lentes y marcos serán suministrados por la dirección de servicio contra las nominas rutificadas en los registros oficiales con cargo al la compra Centralizada del programa de Presbicia.
- 5) Debe existir **NORMA de Controles** para pacientes refractivos y/o présbitas sin evidencia de patología ocular. De 45 a 55 años cada 5 años, de 56 a 64 años cada 3 años y mayor de 65 años cada 2 años.
- 6) Las consultas y recetas deben tener un **control computacional** en red para eliminar consultas y lentes repetidos. Para evitar esto último incluso se puede evaluar algún copago en segundas recetas que la corporación defina y que será descontado del valor del contrato.

DÉCIMO: El Servicio, a través de su Departamento de Articulación de la Red y Hospitales (Red Asistencial), 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.

DÉCIMO PRIMERO: El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Subdepto. de Gestión de Demanda y Listas de Espera, sin perjuicio de las facultades que se otorguen para tales fines al Departamento de Auditoría.

DECIMO SEGUNDO: 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.

DECIMO TERCERO: 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.

DÉCIMO CUARTO: El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación de la resolución que lo aprueba y hasta el 31 de diciembre del año en curso.

No obstante, se declara que las prestaciones comenzaron a ejecutarse desde el 1º de enero de 2011, en la forma que estaban contempladas en la Resolución Exenta N° 388, de 2010, del

Ministerio de Salud y posteriormente se continuaron prestando una vez entrada en vigencia el Programa para el año 2011.

Cualquier modificación al presente convenio deberá efectuarse por otro convenio suscrito por ambas partes y aprobado por Resolución del Servicio de Salud Araucanía Sur.

DÉCIMO QUINTO: 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 2008 y en Decreto Alcaldicio N° 3.341 de fecha de Diciembre de 2008. Por su parte, la personería de **María Angélica Barría Schultmeyer**, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur emana del Decreto Supremo N° 120 de 2010, del Ministerio de Salud.

DÉCIMO SEXTO: El presente convenio se firma en 10 ejemplares, quedando uno en poder de la Municipalidad, dos en la del Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria y el resto en el Servicio de Salud.

2.- TRANSFERASE la suma de **\$171.589.415** (ciento setenta y un millones quinientos ochenta y nueve mil cuatrocientos quince pesos) para financiar las actividades y metas señaladas en la cláusula QUINTA del presente convenio, en la forma y condiciones señaladas en la cláusula OCTAVA y NOVENA.

3.- DÉJESE EXPRESA CONSTANCIA que el convenio que se aprueba por este acto comenzará a regir desde la total tramitación de la presente resolución.

4.- IMPUTESE el gasto que irroque el presente convenio al Item N° 24-03-298 del presupuesto del Servicio según la naturaleza del mismo.

5.- NOTIFIQUESE la presente Resolución al Sr. Alcalde de la Municipalidad de Temuco, remitiéndole copia íntegra de la misma.

ANOTESE Y COMUNIQUESE



MARIA ANGÉLICA BARRÍA SCHULMEYER
DIRECTORA
SERVICIO SALUD ARAUCANIA SUR

N° 613/ 10.05.2011

Distribución:

- Municipalidad de Temuco
- Subdirección Médica
- Depto. de Articulación de la Red y Hospitales
- SEGYLE
- Depto. de Finanzas
- Depto. de Asesoría Jurídica
- Depto. de Auditoría
- Subsecretaría de Redes Asistenciales
- División de Atención Primaria
- Archivo



SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR
DEPTO. DE ARTICULACIÓN DE LA RED Y HOSPITALES
SUBDEPTO. DE GESTIÓN DE DEMANDA Y LISTAS DE ESPERA
DEPTO. DE ASESORÍA JURÍDICA



MABSCH/FPH/WDO/SGB/CPC/PLC

**CONVENIO CON MANDATO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR
Y
MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**

En Temuco a 31 de marzo de 2011 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 BARRIA SCHULMEYER**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Municipalidad de Temuco persona jurídica de derecho público domiciliada en calle Arturo Prat N° 650, Temuco, representada por su Alcalde **D. MIGUEL ANGEL BÉCKER ALVEAR** de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERO: 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° 132 del 27 de Diciembre de 2010, 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".

SEGUNDO: 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 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° 53 de 11 Febrero del 2011, 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.

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

1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

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

2) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad

CUARTO: 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 \$ **171.589.415** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior.

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.

QUINTO: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

COMPONENTE 1	SUBCOMPONENTES	Tipo de actividad	Número de actividades a realizar	Recursos Asociados
1.- Resolución de especialidades ambulatorias	1. Oftalmología	Nº consultas vicios r.	1450	34.994.300
		Nº otras consultas	290	6.998.860
		Nº lentes extras	242	2.588.432
	subtotal			44.581.592
	2.- Otorrinolaringología	Nº consultas hipoacusia	274	27.653.724
		Nº consultas síndrome vertiginoso	20	2.018.520
		Nº consultas otitis	10	1.009.260
	subtotal			30.681.504
	UAPO*	Nº equipamiento	0	0
		Nº habilitación	0	0
		gastos operacionales	5000	24.031.836
		Nº lentes	1920	20.536.320
		total farmacos glaucoma	300	18.594.000
		total colirios	5000	645.750
		total lagrimas artificiales	5000	9.297.000
subtotal			73.104.906	





Total Estrategia				148.368.002
COMPONENTE 2	SUB COMPONENTE	Tipo de actividad	Número de actividades a realizar	Recursos Asociados
Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	Nº Cirugía por continuidad	Nº procedimiento	1200	23.221.413
	Nº Cirugía por expansión	Nº procedimiento	0	0
	Total Estrategia			23.221.413
TOTAL PROGRAMA				171.589.415

* Lo referido al Componente UAPO, se complementa en la cláusula NOVENA.

SEXTO: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria y el propio 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 del Servicio de Salud encargados de los temas para definir claramente los criterios de referencia.
- Incorporar las actividades del Programa a la planificación de los establecimientos de Atención Primaria de la Municipalidad, identificando claramente las brechas de atención existentes 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 de los establecimientos de Atención Primaria de la Municipalidad u otros 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 efectuara 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 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas por Componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (40%)
60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir convenio

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

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

La evaluación se realizará en forma independiente para cada Componente del Programa y cada indicador tendrá el mismo peso relativo.

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 y que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de Octubre hacia a aquellas comunas de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 30 de Agosto del año correspondiente.



En el caso de que la comunas reciba 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.

El Servicio de Salud deberá informar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, acerca del cumplimiento del Programa y de cada uno de sus Componentes en las fechas establecidas a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. Lo anterior según el siguiente esquema:

a) Ingreso al Registro Estadístico Mensual (REM)

Fecha de Corte	Fecha de cierre Estadístico DEIS*
31 de Mayo	22 Junio
31 de Agosto	22 Septiembre
31 de Diciembre	25 Enero

* La información de prestaciones realizadas deberá estar ingresada en REM a la fecha de cierre del Departamento de Estadísticas e Información en Salud DEIS.

Indicadores:

▪ **Cumplimiento del Objetivo Específico N° 1:**

1. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Oftalmología
 - 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)
2. Indicador: Cumplimiento de la actividad medica proyectada en UAPO
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas realizadas en UAPO} / N^{\circ} \text{ de consultas comprometidas en UAPO}) * 100$
 - 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 consulta de Teledermatología
 - 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)

▪ **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)

2. Indicador: Tiempo de respuesta (realización-resultado biopsia) en cirugía trazadora; "Extirpación de nevus"
 - Fórmula de cálculo: (Fecha de solicitud de la biopsia) – (Fecha informe de resultado)
 - Medio de verificación: (Planilla web)

Observación: para efectos de reliquidación el indicador N° 2 no será considerado.

SEPTIMO: La Municipalidad encomienda en forma completa e irrevocable al Servicio de Salud Araucanía Sur la licitación, adjudicación y celebración de los contratos y demás actos administrativos que procedan para la compra de acciones de Resolución de Especialidades Ambulatorias materia del presente convenio (consultas oftalmológicas, lentes, consultas otorrino, audiometrías, Impedanciometrías y audífonos) y otros insumos necesarios para el cumplimiento de ésta estrategia asociada al Programa de Resolutividad en Atención Primaria y resolver la lista de espera de la comuna. A su vez encomienda la licitación de los servicios de digitación asociadas a todas las prestaciones mandatadas tanto en SIGGES como en Agenda Médica.

Los contratistas o proveedores deberán emitir su factura a nombre de la Municipalidad. Estas serán recepcionadas en el Depto. de Recursos Físicos para VB y verificación de conformidad de las prestaciones realizadas, para luego remitirla al Depto. de Finanzas que las cancelarán con los fondos asignados por medio de este convenio, y administrados en la cuenta de administración de fondos complementaria.

El Servicio de salud se obliga a:

- 1.- En el caso de tener que llamarse a licitación, adoptar en las bases administrativas todas las garantías tendientes a la adecuada ejecución de lo mandatado, en particular multas por atrasos, boletas bancarias de garantías por la correcta ejecución de la obra y seriedad de la oferta, terminación anticipada por incumplimiento y anticipados debidamente garantizados en caso de considerarse ello necesario. Además actuará en todo momento con estricta sujeción a las Bases y con pleno respeto al principio de igualdad de los oferentes.
- 2.- En las Bases se dejará constancia que la documentación y eventual facturación del contratista se efectuara a nombre del Mandante.
- 3.- Pagar directamente y en el plazo de 30 días la factura presentada por el contratista
- 4.- Realizar todas las gestiones Técnicas y administrativas necesarias para la materialización del mandato, lo que comprende desde la elaboración de estudios, expediente técnico, bases administrativas, especificaciones técnicas, llamado, apertura y adjudicación de las propuestas, celebración del contrato correspondiente, con el contratista favorecido, y demás roles de la ejecución de este.
- 5.- Obtener del contratista seleccionado, las garantías estipuladas en las bases administrativas.
- 6.- Rechazar o aprobar los documentos de pago del contratista y remitir oportunamente estos al Mandante, una vez efectuado el pago con cargo a la cuenta de administración de fondos de terceros





- 7.- Velar porque el contratista de cumplimiento a la normativa laboral y provisional.
- 8.- Remitir al Mandante un informe y liquidación final de lo obrado.
- 9.- Responder las consultas y solicitud de informes del Mandante y facilitar la inspección y revisión por parte de este de las rendiciones y cuentas, y aceptar sus sugerencias y recomendaciones
- 10.- Se faculta además al Servicio para redistribuir entre los diversos ítemes descritos en la cláusula quinta de este convenio los recursos que resulten de excedentes producto del menor precio que se pague en ciertas prestaciones, sin perjuicio de mantener el monto total del convenio en los valores totales asignados al Municipio. De la misma forma se valida desde ya que se de circunstancialmente más prestaciones de las consignadas en dicho convenio por el mismo efecto de obtener un mejor precio de una prestación en particular.
- 11.- De existir excedentes en los fondos estos serán devueltos al Municipio o serán destinados a los fines que este determine en relación al objeto de este convenio. Si las ofertas exceden el presupuesto estimado, podrá ser declarada desierta la propuesta, salvo que se obtenga una eventual suplementación de fondos.

OCTAVO: Los recursos destinados a financiar todos los componentes y subcomponentes, con excepción de UAPO, serán transferidos por el Servicio en dos cuotas, la 1º cuota correspondiente a un 60% del total de los recursos asignados, una vez totalmente tramitada la resolución aprobatoria del presente convenio y la 2º cuota, correspondiente a un 40% del total asignado, contra el grado de cumplimiento del programa reflejado en la evaluación de agosto, de acuerdo a lo señalado en la cláusula SEXTA.

NOVENO: NORMAS ESPECIALES RELATIVAS A LA EJECUCIÓN DEL COMPONENTE 1 RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES AMBULATORIAS, SUBCOMPONENTE UNIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA OFTALMOLÓGICAS (UAPO)

1.- El detalle de la inversión de los recursos otorgados para ejecución de UAPO será el siguiente:

ACTIVIDAD	MONTO ASIGNADO
Gastos Operacionales: Recursos humano Unidad atención primaria oftalmológica por 12 meses	\$ 24.031.836.-
Lentes	\$ 20.536.320.-
Colirios para Glaucoma por 12 meses	\$ 18.594.000.-
Otros colirios y lagrimas artificiales	\$ 9.942.750.-
TOTAL RECURSOS	\$ 73.104.906.-

2.- Los recursos para ejecución de la UAPO serán transferidos en 12 cuotas mensuales de \$6.092.076, siendo la primera de ellas la suma de las cuotas anteriores a que se haga efectiva en forma total la tramitación de la resolución aprobatoria de este convenio, y las precedentes desde el mes siguiente a la misma, hasta diciembre de 2011.

El municipio de Temuco deberá resguardar la continuidad de las atenciones desde fin de este convenio hasta el inicio del próximo.



El pago o transferencias mensuales se cursará una vez ingresados satisfactoriamente por parte del CESFAM, los registros de las prestaciones otorgadas en SIGGES (cuando se trate de problemas de salud GES, y Agenda Médica cuando se trate de prestaciones NO GES), visados por el Departamento de Estadísticas y Epidemiología de la Dirección del Servicio de Salud Araucanía Sur.

Los Sistemas de Registro son los Siguietes:

- A. Agenda Médica.- Policlínicos creados en ella para cada Oftalmólogo y Tecnólogo Médico y dación de horas por este medio exclusivamente, administrado por SOME del Cesfam Pueblo Nuevo y de responsabilidad exclusiva de la Dirección del mismos y del cual dependerá también la atención de los C. Amanecer, C. Pedro de Valdivia, C. Labranza, C. Santa Rosa, C. Villa Alegre, C. Arquenco, C. El Salar, C. La Quilas y C. Bolleco.
- B. Los Oftalmólogos registrarán la atención de cada paciente en el Sistema Agenda Médica SSAS, RUP Especialidad (Registro único de prestaciones), otro registro no será válido. El Dpto. de Estadística y Epidemiología realizará la capacitación correspondiente y que permita un optimo registro de las prestaciones otorgadas.
- C. Es de responsabilidad del establecimiento asegurar la confección de la confirmación o descarte del presunto diagnóstico mediante la confección del Informe de proceso diagnóstico IPD el cual deb contemplar agudeza visual en los casos que corresponda.
- D. Ingreso a SIGGES por Digitador calificado por el Dpto. de Estadísticas de la Dirección de Servicio, de los casos confirmados o descartados de Sospecha de Patología GES Catarata, Presbicia y Vicio de Refracción. En caso específico de la indicación quirúrgica, ingresará al paciente también a Lista de Espera quirúrgica en Agenda médica SSAS. Además se debe registrar en SIGGES la entrega de lentes en el plazo estipulado por la ley (30 días) Para estos efectos se debe contar con una nómina de respaldo y control de la efectiva entrega de lentes.

3.- El Municipio se compromete a:

- Dar atención oftalmológica primaria a los beneficiarios asignados a la comuna de Temuco, dando cobertura a toda la atención primaria de los establecimientos de Labranza, Pueblo Nuevo, Amanecer, Sta. Rosa, Pedro de Valdivia y Villa Alegre, en un número no inferior a **5.000 consultas nuevas al año, dentro de lo cual se incluye un máximo de 600 pacientes con glaucoma en el mismo periodo.** Todos los pacientes son provenientes de la LE oficial del SSASur.
- Atender solo pacientes que provienen de la Lista de Espera Única del Servicio y que será entregada por el Dpto. de Estadísticas de la Dirección de Servicio.
- Realizar revisión periódica de la Lista de Espera de Interconsultas de los Establecimientos de la Municipalidad de Temuco , con el objetivo de no tener pacientes en espera mas de 3 meses. Esta Lista de Espera será enviada mensualmente por el Dpto. de Estadísticas de la Dirección de Servicio a la Directora del Cesfam y al Director del departamento de Salud.
- Contratar el siguiente recursos humano para dar cumplimiento al convenio:
 - o 44 horas oftalmólogo.





- o 44 horas tecnólogo médico con mención en oftalmología.
- o 44 horas paramédicas.
- o 44 horas administrativo para registro en SIGGES.

Deberán enviar al Servicio de Salud, los contratos de los Profesionales y de los Administrativos.

- Atender a todos los pacientes a través de Agenda Médica del Servicio de Salud Araucanía Sur, registrando las prestaciones realizadas y atendiendo pacientes desde la Lista de Espera Única del Servicio con Interconsulta.

4.- Las prestaciones de salud asignadas a este convenio serán la sospecha, resolución o derivación de patologías oculares mediante las siguientes actividades:

- 1.- Calificación de urgencia oftalmológica (ojo rojo doloroso, pérdida brusca de visión) con eventual resolución a nivel primario.
- 2.- Calificación del paciente en vicio de refracción y/o patología (agujero estenopecico).
- 3.- Resolución de vicio de refracción (presbicia pura y otros) con entrega de lentes.
- 4.- Sospecha de patologías GES. Ej.: catarata por rojo pupilar.
- 5.- Ejecución de Fondo de ojos en diabéticos y derivación con "pertinencia" al nivel secundario
- 6.- Detección, tratamiento y control de patologías crónicas (glaucoma, 1.5% a 2% de población > de 40 años), elaboración de receta por 6 meses.
- 7.- Educación a la comunidad por TM y/o Oftalmólogo, considerando la inserción de residentes en el medio comunitario.
8. curva tensión ambulatoria
9. campo visual computarizado

Se estima un rendimiento de 4 pacientes por hora para la atención medica y 6 pacientes por hora para la atención de Tecnólogo medico o enfermera, debiendo considerar además un 20% de los cupos para urgencias a la semana por oftalmólogo.

Se considera también la participación del medico oftalmólogo en reuniones clínicas en el Servicio de oftalmología del Hospital Hernán Henríquez Aravena, y con los Médicos de Atención Primaria que deriva hacia la UAPO las Interconsultas como una forma de mejorar la coordinación entre los distintos niveles de complejidad de Atención Oftalmológica.

Debe, además, considerarse que el Municipio disponga de acompañamiento de óptica en las atenciones médicas, que además certifique con firma del paciente la recepción conforme de los lentes en forma mensual y un arsenal farmacológico que cubra las necesidades de recetas generadas, como mínimo el arsenal definido por el Servicio para atención primaria y atención oftalmológica, el cual será responsabilidad del Municipio dar cumplimiento a este.

5.- Los roles correspondientes a cada funcionario serán los siguientes:

Rol del Paramédico:

- Recepción del paciente, preparación del paciente con colirios indicados.
- Preparación del paciente, orientación de sus dudas y hacer curaciones.
- Colabora al Médico en el registro de la atención en RUP de Especialidad (sistema informático), colabora en escribir datos del paciente en receta de lentes, receta de colirios etc.

Rol del Tecnólogo Médico en Atención Primaria:

- Evalúa a pacientes realizando anamnesis y examen básico que incluye toma de agudeza visual (agujero estenopecico), autorrefractometría, tonometría ocular, rojo



pupilar, estudio sensorio motor (cover test, motilidad ocular, convergencia, Hirschberg) y Test de Amsler.

- Realiza Campos visual a los pacientes que tengan indicación.
- Deriva a pacientes que no cumplan con criterios de "normalidad" como visión menor a 0.5 o factor de riesgo de glaucoma.
- Ordenamiento y prioriza las interconsultas al servicio de oftalmología terciario.
- Realizar educación en temas de prevención de ceguera y cuidado de salud ocular.
- Puede coordinar atenciones de vicios de refracción, operativos de fondo de ojo, operativo de pterigion y chalazion, prevención de ceguera en glaucoma (día G) y entrega de lentes de presbicia.

Rol del Oftalmólogo: Resuelve a nivel primario refracción y patología ocular.

- Resolución de Vicios de refracción.
- Fondo de ojos en pacientes diabéticos bajo control en la población beneficiaria del Municipio.
- Urgencias oftalmológicas de resolución local y
- Manejo de algunas patologías crónicas (glaucoma)
- Cirugías ambulatorias de menor complejidad (aparato lagrimal, pterigion, chalazion)

6.- El programa será evaluado de acuerdo a las metas e indicadores que se indican más abajo, para lo cual los registros deberán ser realizados en el RUP y con lo cual el Departamento de Estadística entregará el informe mensual del N° total de pacientes atendidos en la UAPO, del N° de pacientes con diagnósticos registrados de catarata, retinopatía, presbicie, vicio de refracción, sospecha de glaucoma, N° de pacientes derivados a nivel terciario en el mes. El DSM a su vez deberá enviar el informe firmado por el director del DSM con el N° de pacientes con presbicie con lentes genéricos indicados y la nómina firmada de la recepción conforme de los lentes. El Departamento de SEGYLE, recibirá los informes anteriores y los validará.

Con lo anterior el programa será evaluado de acuerdo a las siguientes metas e indicadores:

- 1) Porcentaje de pacientes con sospecha de glaucoma
- 2) Porcentaje de pacientes con catarata
- 3) Porcentaje de pacientes con retinopatía diabética
- 4) Porcentaje de pacientes con presbicia atendidos
- 5) Porcentaje de pacientes présbitas con lentes genéricos indicados
- 6) Porcentaje de pacientes con vicio de refracción
- 7) Porcentaje de pacientes con vicio de refracción, adjuntando la nómina de pacientes con firma de recepción conforme de lentes recibidos
- 8) Porcentaje de pacientes con resolución de su problema a nivel primario.
- 9) Porcentaje de pacientes atendidos derivados al nivel terciario.

7.- Consideraciones Técnicas especiales:

- 1) Debe existir un **examen preventivo por oftalmólogo** a todo paciente sin evidencia de patología ocular a los 45 años y luego a los 65 años siendo repetido posteriormente cada 5 años, antes de entregar el lente de presbicia.
- 2) Debe existir **NORMA de Screening** para definir la visión de ingreso a la atención oftalmológica: Se propone 0.5 o menos (5/10 en cartilla de snellen).
- 3) Debe existir **NORMA para definir fuerza dióptrica** para receta de lentes con criterio de salud pública (limitación visual). Así también debe definirse: a. Cuando se repite la





- receta de lentes y cuando se entrega segundo lente. b. Los lentes deben ser entregados en la Unidad de atención oftalmológica, según lo descrito en el punto siguiente.
- 4) Los lentes ópticos que corresponden a presbicia pura serán entregados directamente por el establecimiento en el mismo momento de la atención, y dichos lentes y marcos serán suministrados por la dirección de servicio contra las nominas rutificadas en los registros oficiales con cargo al la compra Centralizada del programa de Presbicia.
 - 5) Debe existir **NORMA de Controles** para pacientes refractivos y/o présbitas sin evidencia de patología ocular. De 45 a 55 años cada 5 años, de 56 a 64 años cada 3 años y mayor de 65 años cada 2 años.
 - 6) Las consultas y recetas deben tener **un control computacional** en red para eliminar consultas y lentes repetidos. Para evitar esto último incluso se puede evaluar algún copago en segundas recetas que la corporación defina y que será descontado del valor del contrato.

DÉCIMO: El Servicio, a través de su Departamento de Articulación de la Red y Hospitales (Red Asistencial), 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.

DÉCIMO PRIMERO: El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Subdepto. de Gestión de Demanda y Listas de Espera, sin perjuicio de las facultades que se otorguen para tales fines al Departamento de Auditoría.

DECIMO SEGUNDO: 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.

DECIMO TERCERO: 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.

DÉCIMO CUARTO: El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación de la resolución que lo aprueba y hasta el 31 de diciembre del año en curso.

No obstante, se declara que las prestaciones comenzaron a ejecutarse desde el 1º de enero de 2011, en la forma que estaban contempladas en la Resolución Exenta N° 388, de 2010, del Ministerio de Salud y posteriormente se continuaron prestando una vez entrada en vigencia el Programa para el año 2011.

Cualquier modificación al presente convenio deberá efectuarse por otro convenio suscrito por ambas partes y aprobado por Resolución del Servicio de Salud Araucanía Sur.

DÉCIMO QUINTO: 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 2008 y en Decreto Alcaldicio N° 3.341 de fecha de Diciembre de 2008. Por su parte, la personería de **María Angélica Barría Schulmeyer**, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur emana del Decreto Supremo N° 120 de 2010, del Ministerio de Salud.



DÉCIMO SEXTO: El presente convenio se firma en 10 ejemplares, quedando uno en poder de la Municipalidad, dos en la del Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria y el resto en el Servicio de Salud.



[Handwritten signature]
MIGUEL ANGEL BECKER ALVEAR
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE TEMUCO



[Handwritten signature]
MARIA ANGÉLICA BARRIA SCHULMEYER
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR

