

DECRETO N° 211

TEMUCO,

23 JUN. 2010

VISTOS:

- 1.- Lo dispuesto en el D.F.L. N° 13063 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.- Convenio Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar de Atención Primaria de Salud CESFAM Santa Rosa, de fecha 12.05.10, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco
- 5.- Certificado emitido por la Directora (S) del Departamento de Salud, Sra. Delta Cuevas Beltrán, que compromete al Departamento a utilizar los recursos aportados por el Convenio Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar de Atención Primaria de Salud CESFAM Santa Rosa, de fecha 12.05.10, 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 Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar de Atención Primaria de Salud CESFAM Santa Rosa, de fecha 12.05.10, 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

MIGUEL BECKER ALVEAR  
ALCALDE

DIRECTOR  
SERVICIOS INCREMENTALES  
HIPV/LCEB/MSE/faq

DISTRIBUCION:

Cf. de Furtos Municipal  
Departamento de Salud(2)







MUNICIPALIDAD DE  
**TEMUCO**

**CERTIFICADO**

Quien suscribe, Sra. Delta Cuevas Beltrán, Directora (S) del Departamento de Salud Municipal de Temuco, se compromete a utilizar los recursos aportados por Convenio Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar de Atención Primaria de Salud CESFAM Santa Rosa, de fecha 12.05.10, 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 2010.



**Sra. Delta Cuevas Beltrán.**  
**Directora (S)**  
**Depto. Salud Municipal Temuco**

**TEMUCO, 02 de Junio de 2010.**



Gobierno de  
**CHILE**  
Ministerio de Salud

DRA.MABSCH/JCC/MJA

RESOLUCION EXENTA N° ...  
TEMUCO; 18 JUN 2010

MUNICIPALIDAD DE TEMUCO	
OFICINA DE PARTES 4692	
PROVIDENCIA	
FECHA ENTRADA	21 JUN 2010
F DOC N°	
RESPONDER ANTES DE	Salud

**VISTOS; estos antecedentes:**

- 1.- Convenio de Traspaso de establecimientos de Salud a la **MUNICIPALIDAD DE TEMUCO** .- de acuerdo a las normas del D. F. L. N° 1.3063/80 del Ministerio de Salud y sus modificaciones posteriores.-
- 2.- Correos Electrónicos de fecha 12 de Mayo de 2010 del Sr. Jefe Dpto. Atención Primaria y Salud Rural solicitando al Dpto. Jurídico la suscripción de Convenios Estimulo Cesfam 2010,-
- 3.- Correo Electrónico de fecha 17-05-2010 de la Sra. Jefe Dpto. Jurídico Dirección del Servicio.-

**CONSIDERANDO:**

- 1.- Que conforme lo establecido en el Decreto con Fuerza de Ley N° 1-3063 de 1980, del Ministerio del Interior, y sus normas complementarias, a lo acordado con los convenios celebrados en virtud de dichas normas entre el Servicio y la Municipalidad, especialmente el denominado Convenios de Apoyo a la Gestión a Nivel Local y a lo dispuesto por la ley 18.378, la Municipalidad Administra establecimientos asistenciales de atención primaria.
- 2.- Que, la ley 19.378, artículo 57 faculta a los Directores de los Servicios para celebrar convenios con las respectivas Municipalidades, de traspaso de funcionarios y recursos para apoyar la gestión y administración de salud local y para promover el establecimiento de sistemas locales de salud; convenios que se basarán en la participación social, la intersectorialidad y el desarrollo local.
- 3.- En el marco de la Reforma de la Salud, cuyos principios orientadores son Equidad y Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios un Area relevante es el MODELO DE ATENCION CON ENFOQUE FAMILIAR, modelo que tiene por objeto proporcionar al individuo, familia y comunidad el cuidado de la salud que responda a sus necesidades de manera integral.-

**TENIENDO PRESENTE, lo dispuesto en:**

- 1.- DL.2763/79 que crea los Servicios de Salud.
- 2.- DS.140/04 del M. de Salud que reglamenta los Servicios de Salud.
- 3.- DS. 49/2010 del M. de Salud .
- 4.- DFL. 1/19.414/97.-
- 5.- Art. 57 de la Ley 19.378.- Estatuto de Atención Primaria Municipal.-
- 6.- Ley 18.575 sobre Bases Generales de la Administración del Estado.
- 7.- Resolución N° 1.600/2008 de la Controlaría General de la República

**RESOLUCION:**

1.- **APRUEBASE** el Convenio de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal : **PROGRAMA MODELO DE ATENCION CON ENFOQUE FAMILIAR EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD- 2010**, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR** y la **I. MUNICIPALIDAD DE TEMUCO** de fecha **12 de Mayo de 2010**, en virtud del cual el Servicio, con el objeto de aumentar la eficacia en la gestión y administración local de salud, tendiente a proporcionar a las personas beneficiarias de la ley N° 18.469 una

mejoría en la Equidad, Participación Descentralización y Satisfacción Usuario y su grupo familiar, Traspasa Fondos destinados a **MODELO DE ATENCION CON ENFOQUE FAMILIAR EN ATENCION PRIMARIA A TRAVES DE LOS CESFAM**, que se contemplan en el Convenio que por este instrumento se aprueba y que es del siguiente tenor :

**CONVENIO PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN CON ENFOQUE FAMILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**

En Temuco a 12 de mayo del 2010, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en Arturo Pratt 969 de Temuco, representado por su Directora Suplente **DRA MARIA ANGELICA BARRIA SCHULMEYER** del mismo domicilio, en adelante el Servicio y la **MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Av. Arturo Prat N° 650 Temuco, representada por el Alcalde **D. MIGUEL BECKER ALVEAR**, de ese mismo domicilio, en adelante la Municipalidad, se acuerda celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

**PRIMERA:** Conforme a lo establecido en el decreto con fuerza de ley N° 1-3063, de 1980, del Ministerio del Interior y sus normas complementarias; a lo acordado en los convenios celebrados en virtud de dichas normas entre el Servicio y la Municipalidad, especialmente el denominado convenio per cápita, aprobado por los correspondientes decretos supremos del Ministerio de Salud; y a lo dispuesto en la ley N° 19.378, que aprueba el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, la Municipalidad administra, entre otros establecimientos asistenciales de atención primaria, el CESFAM:

Nombre del **CESFAM: Santa Rosa**

Dirección: **Pircunche 0316 Temuco**

Teléfono: **220194**

Población inscrita validada del establecimiento: **32.423**

**SEGUNDA:** Las partes dejan constancia que de acuerdo a lo establecido en el inciso segundo del artículo 56 de la ley N° 19.378 y en el decreto N° 181 del 2004, del Ministerio de Salud, que determina aporte estatal a las entidades administradoras de salud municipal, el aporte estatal mensual puede incrementarse en el caso que las normas técnicas, planes y programas que imparte el Ministerio de Salud importe un mayor gasto para la municipalidad.

**TERCERA:** En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores son Equidad, Participación, Descentralización, y Satisfacción de los Usuarios, una de las áreas relevantes está representada por la Atención Primaria. Esta incorpora en su proceso de reforma y modernización la entrega de prestaciones de salud a las personas, a través del Programa aprobado por Resolución Exenta N° 292, con fecha 11 de Marzo del año 2003, que se modifica con la Resolución N° 423 del 24 de mayo del año 2005, denominado "**Modelo de Atención con Enfoque Familiar**" que se entiende forma parte integrante del presente convenio.

Dicho Programa tiene como objetivo proporcionar a los individuos, familia y comunidad, el cuidado de la salud que responda a sus necesidades de manera integral, continua, oportuna, accesible y de calidad.

**CUARTA:** La Municipalidad se compromete en la implementación del referido Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar en el establecimiento señalado en la cláusula Primera.

**QUINTA:** La Municipalidad se compromete a otorgar las prestaciones que aparecen en el Programa

Modelo de Atención con Enfoque Familiar, con la denominación "Plan de Salud con Garantías". Dicho Plan señala las prestaciones del decreto N° 181 del 22 diciembre del año 2004 y publicado el 24 de Enero del año 2005 en el diario oficial.

**SEXTA:** El Servicio de Salud en representación del Ministerio, se compromete a efectuar un aporte adicional anual al financiamiento habitual, determinado de acuerdo a las normas contempladas en el artículo 49 de la Ley N°19.378. Dicho aporte se definirá anualmente de acuerdo a los recursos existentes, calculadas sobre la base del total de la población inscrita validada del establecimiento, señalada en la cláusula Primera, que en el caso del **CESFAM Santa Rosa** corresponde a un total de \$ 8.979.258

**SEPTIMA:** La primera remesa, correspondiente al 70% del total de recursos, se transferirá una vez tramitada la firma del presente convenio y la segunda en **Octubre del 2010**. Esta última entrega estará supeditada a la evaluación efectuada por el Servicio de Salud al corte del **30 de septiembre 2010**, según la siguiente tabla:

ÀMBITO: EQUIPO DE SALUD				
Criterios de evaluación	Medio de verificación	Indicador		Observaciones
Equipo de cabecera	Sistema de comunicación formal con población a cargo.	SI	NO	Los equipos de cabecera deben tener implementado un sistema de comunicación con su población a cargo: Ej: Buzón, línea telefónica, mail, etc.
ÀMBITO: PROCESOS				
Criterios de evaluación	Medio de verificación	Indicador		Observaciones
Satisfacción usuaria	Alcanza un 75% de aprobación	SI	NO	El equipo conoce los resultados de la encuesta y dispone de un plan de trabajo para mejoras los niveles de satisfacción
Gestión de la agenda	Documento anual que contenga análisis de: horas directas, indirectas, cupos totales, cupos programados, cupos citados, cupos efectivamente usados y no usados; rechazo.	SI	NO	El establecimiento debe disponer información mensual con cada uno de los verificadores señalados
Trabajo con familias	Uso de cartola familiar en grupos de riesgo seleccionados. (Ej. Ingreso ChCC, familias con integrante postrado, ingreso programa depresión, etc.).	Número de cartolas con datos familiares (80%)		Las cartolas o carpetas familiares están disponibles y corresponden al 80% de las familias en grupos de riesgo
	El equipo multidisciplinario realiza Estudios de Familia (EF) a lo menos 1 mensual	Nº de EF realizados		Deben estar disponibles las actas, los consentimientos informados y los estudios EF realizados



	10 % de Visitas Domiciliarias Integrales realizadas (REM 26)	Número de VDI realizadas / familias inscritas * 100		Se considera el Nº de inscritos /4 para la estimación de familias y el Nº de VDI según registro Rem 26
	Uso de guías anticipatorias existentes por ciclo vital.	SI	NO	Además de las Guías del CHCC disponen de otras adecuadas al ciclo vital
<b>Monitoreo gestión</b>	Dispone de set de indicadores claves para la evaluación global de la gestión del centro.	SI	NO	Equipo dispone de indicadores: Acceso (tiempo de espera, demanda insatisfecha, gestión de agenda) Capacidad resolutive /atención familiar. Calidad técnica (auditorías)
<b>Infraestructura</b>	Dispone de box que permitan trabajo con familias por sector	SI	NO	Dispone de Box para el trabajo con familias
<b>Resolutividad</b>	Cuenta con mecanismos que mejoran la Resolutividad	SI	NO	El equipo realiza Consultorías, usa telemedicina, plataforma digital, dispones de guías de referencia y contrarreferencia, etc.
<b>Gestión financiera</b>	Conoce balance presupuestario de su centro	SI	NO	La dirección del centro y consejo técnico dispone de información relacionada con gastos de funcionamiento, de operación y fondos de incentivo Cesfam.
<b>Calidad</b>	Conformación de equipo de calidad	SI	NO	Acta de conformación del equipo encargado de planificar, monitorear y coordinar las acciones para el mejoramiento continuo de la calidad.

**ÁMBITO: CAPACITACIÓN**

<b>Criterios de evaluación</b>	<b>Medio de verificación</b>	<b>Indicador</b>		<b>Observaciones</b>
<b>Plan de capacitación</b>	Plan incluye capacitaciones en modelo dirigidas al cierre de brecha	SI	NO	Está documentado cuáles son las brechas del equipo y las actividades de capacitación programadas para el cierre de las mismas.
<b>Capacitación básica</b>	Capacitación básica del 90% de los funcionarios.	SI	NO	Disponer listado total de funcionarios y señalar los que están capacitados
<b>Capacitación</b>	Capacitación avanzada del 40 % de los líderes del proceso	SI	NO	Disponer listado de funcionarios líderes de

avanzada				procesos (Consejo técnico) y señalar los que tienen capacitación avanzada
	Diseño de proyectos de en base a capacitación recibida (avanzadas)	SI	NO	
<b>ÁMBITO: RESULTADOS</b>				
<b>Criterios de evaluación</b>	<b>Medio de verificación</b>	<b>Indicador</b>		<b>Observaciones</b>
<b>Resultados de gestión</b>	Derivación a nivel secundario menor o igual a 10% de las consultas	SI	NO	Existe documento donde se analiza la relación entre el N° de IC en lista de espera y el N° de consultas de morbilidad realizadas y su relación % mensualmente

**OCTAVA:** Los fondos transferidos a la Municipalidad en virtud del presente convenio sólo podrán ser destinados al financiamiento de las actividades señaladas en el Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar en el establecimiento señalado en la cláusula Primera del presente convenio, lo que será evaluado por el referente técnico en el análisis de la ejecución presupuestaria.

**NOVENA:** El Municipio se compromete a ejecutar el Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar al 100% de la población inscrita validada.

**DECIMA:** El Servicio de Salud realizará seguimiento, monitoreo y evaluación conforme a los indicadores establecidos en la cláusula séptima y según la pauta de Certificación de centros de Salud familiar. La Municipalidad por su parte, se compromete a entregar la información que le sea solicitada por el Servicio de Salud, conforme a los indicadores señalados y que se entiende forman parte integrante del presente convenio.

**DECIMA PRIMERA:** La evaluación se realizará con corte al **30 de Septiembre** del año en curso, debiendo remitirse los resultados de ella al nivel central a más tardar el **30 de Octubre del mismo año**. Se aplicará la Pauta de certificación Cesfam 2009 según grado de avance la que fue validada para su aplicación durante el presente año a través del Ord. C51/N° 827 del 8 de marzo 2010.

**DECIMA SEGUNDA:** La notificación del porcentaje de cumplimiento alcanzado se entregará al Municipio en el mes de Octubre. La certificación de acuerdo al grado de avance se hará usando la siguiente escala de cumplimiento de la pauta de certificación:

1. **Cumple entre el 80% - 100%: Certifica en nivel superior**
2. **Cumple entre el 70% - 79%: Certifica en nivel medio superior**
3. **Cumple con menos del 70%: Certifica en nivel medio**

**DECIMA TERCERA:** Los establecimientos que certifican en un nivel inferior al alcanzado el año anterior se les transferirá el valor de la segunda remesa proporcional al porcentaje de cumplimiento y además deberán presentar un Plan de Acción tendiente a corregir las brechas en un plazo máximo de 3 meses y remitir un informe a la Dirección del Servicio de Salud Araucanía Sur al finalizar dicho período.

**DECIMA CUARTA:** El presente convenio tiene como plazo de vigencia desde su fecha de aprobación hasta el 31 Diciembre del año vigente.

**DECIMA QUINTA :** El gasto que irrogue el presente convenio se imputará al ITEM 24.03.298.01

**DECIMA SEXTA:** La personería de **D. MIGUEL BECKER ALVEAR**, para actuar en representación del Municipio de Temuco, consta de acta de instalación del Concejo Municipal de fecha 06-12-2008 y en el Decreto Alcaldicio N° 3.341 de 09-12-2008. Por su parte la personería de la Dra. **MARIA ANGELICA BARRIA SCHULMEYER** para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur consta en la Resolución Nro. 49 de 30 de abril de 2010 del Ministerio de Salud.

**DECIMA SÉPTIMA:** El presente convenio se firma en doce ejemplares, quedando uno en poder de la Municipalidad, dos en poder del Servicio uno en poder de la Dirección del Establecimiento y uno en poder del Departamento de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

2.- **IMPUTESE**, el gasto que irrogue el presente convenio al ITEM 24.03.298 Atención Primaria Ley 19.378, del Presupuesto del Servicio, año 2010, según la naturaleza del gasto.-

3.- **NOTIFIQUESE** la presente Resolución al Sr. Alcalde de la **MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**, remitiéndole copia íntegra de la misma y del Convenio.

**ANOTESE , Y COMUNIQUESE**



*Maria Angelica Barria Schulmeyer*  
**DRA MARIA ANGELICA BARRIA SCHULMEYER**  
**DIRECTORA SUPLENTE**  
**SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR**

- N° 1003 de 24-05-2010
- DISTRIBUCION :
- MUNICIPALIDAD DE TEMUCO(2)
- SUBSECRETARIA REDES ASISTENCIALES MINSAL
- DIV. PRESUPUESTO E INVERS. MINDAL
- DPTO. DE ATENCION PRIMARIA MINSAL
- SUBDIRECCION MEDICA D. S. S. A. S
- DPTO. JURIDICO
- DPTO. FINANZAS
- DPTO. AUDITORIA
- DPTO ATENCION PRIMARIA Y SALUD RURAL
- ARCHIVO





DIVISIÓN DE GESTIÓN DE LA RED ASISTENCIAL  
DEPARTAMENTO DE MODELO DE ATENCIÓN  
SERVICIO SALUD ARAUCANIA SUR-DPTO. JURIDICO

DRA. MABSCH/JCC/MJA

### CONVENIO PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN CON ENFOQUE FAMILIAR EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



En Temuco a 12 de mayo del 2010, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en Arturo Pratt 969 de Temuco, representado por su Directora Suplente **DRA MARIA ANGELICA BARRIA SCHULMEYER** del mismo domicilio, en adelante el Servicio y la **MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Av. Arturo Prat N° 650 Temuco, representada por el Alcalde **D. MIGUEL BECKER ALVEAR**, de ese mismo domicilio, en adelante la Municipalidad, se acuerda celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

**PRIMERA:** Conforme a lo establecido en el decreto con fuerza de ley N° 1-3063, de 1980, del Ministerio del Interior y sus normas complementarias; a lo acordado en los convenios celebrados en virtud de dichas normas entre el Servicio y la Municipalidad, especialmente el denominado convenio per cápita, aprobado por los correspondientes decretos supremos del Ministerio de Salud; y a lo dispuesto en la ley N° 19.378, que aprueba el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, la Municipalidad administra, entre otros establecimientos asistenciales de atención primaria, el CESFAM:

Nombre del **CESFAM: Santa Rosa**  
Dirección: **Pircunche 0316 Temuco**  
Teléfono: **220194**

Población inscrita validada del establecimiento: **32.423**

**SEGUNDA:** Las partes dejan constancia que de acuerdo a lo establecido en el inciso segundo del artículo 56 de la ley N° 19.378 y en el decreto N° 181 del 2004, del Ministerio de Salud, que determina aporte estatal a las entidades administradoras de salud municipal, el aporte estatal mensual puede incrementarse en el caso que las normas técnicas, planes y programas que imparte el Ministerio de Salud importe un mayor gasto para la municipalidad.

**TERCERA:** En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores son Equidad, Participación, Descentralización, y Satisfacción de los Usuarios, una de las áreas relevantes está representada por la Atención Primaria. Esta incorpora en su proceso de reforma y modernización la entrega de prestaciones de salud a las personas, a través del Programa aprobado por Resolución Exenta N° 292, con fecha 11 de Marzo del año 2003, que se modifica con la Resolución N° 423 del 24 de mayo del año 2005, denominado "**Modelo de Atención con Enfoque Familiar**" que se entiende forma parte integrante del presente convenio.

Dicho Programa tiene como objetivo proporcionar a los individuos, familia y comunidad, el cuidado de la salud que responda a sus necesidades de manera integral, continua, oportuna, accesible y de calidad.

**CUARTA:** La Municipalidad se compromete en la implementación del referido Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar en el establecimiento señalado en la cláusula Primera.







**QUINTA:** La Municipalidad se compromete a otorgar las prestaciones que aparecen en el Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar, con la denominación "Plan de Salud con Garantías". Dicho Plan señala las prestaciones del decreto N° 181 del 22 diciembre del año 2004 y publicado el 24 de Enero del año 2005 en el diario oficial.

**SEXTA:** El Servicio de Salud en representación del Ministerio, se compromete a efectuar un aporte adicional anual al financiamiento habitual, determinado de acuerdo a las normas contempladas en el artículo 49 de la Ley N°19.378. Dicho aporte se definirá anualmente de acuerdo a los recursos existentes, calculadas sobre la base del total de la población inscrita validada del establecimiento, señalada en la cláusula Primera, que en el caso del **CESFAM Santa Rosa** corresponde a un total de **\$ 8.979.258**

**SEPTIMA:** La primera remesa, correspondiente al 70% del total de recursos, se transferirá una vez tramitada la firma del presente convenio y la segunda en **Octubre del 2010**. Esta última entrega estará supeditada a la evaluación efectuada por el Servicio de Salud al corte del **30 de septiembre 2010**, según la siguiente tabla:

ÁMBITO: EQUIPO DE SALUD				
Criterios de evaluación	Medio de verificación	Indicador		Observaciones
Equipo de cabecera	Sistema de comunicación formal con población a cargo.	SI	NO	Los equipos de cabecera deben tener implementado un sistema de comunicación con su población a cargo: Ej: Buzón, línea telefónica, mail, etc.
ÁMBITO: PROCESOS				
Criterios de evaluación	Medio de verificación	Indicador		Observaciones
Satisfacción usuaria	Alcanza un 75% de aprobación	SI	NO	El equipo conoce los resultados de la encuesta y dispone de un plan de trabajo para mejorar los niveles de satisfacción
Gestión de la agenda	Documento anual que contenga análisis de: horas directas, indirectas, cupos totales, cupos programados, cupos citados, cupos efectivamente usados y no usados; rechazo.	SI	NO	El establecimiento debe disponer información mensual con cada uno de los verificadores señalados
Trabajo con familias	Uso de cartola familiar en grupos de riesgo seleccionados. (Ej. Ingreso ChCC, familias con integrante postrado, ingreso programa depresión, etc.).	Número de cartolas con datos familiares (80%)		Las cartolas o carpetas familiares están disponibles y corresponden al 80% de las familias en grupos de riesgo
	El equipo multidisciplinario realiza Estudios de Familia (EF) a lo menos 1 mensual	Nº de EF realizados		Deben estar disponibles las actas, los consentimientos informados y los estudios EF realizados
	10 % de Visitas Domiciliarias Integrales realizadas (REM 26)	Número de VDI realizadas / familias inscritas * 100		Se considera el Nº de inscritos /4 para la estimación de familias y el Nº de VDI según registro Rem 26
	Uso de guías anticipatorias existentes por ciclo vital.	SI	NO	Además de las Guías del CHCC disponen de otras adecuadas al ciclo vital





<b>Monitoreo gestión</b>	Dispone de set de indicadores claves para la evaluación global de la gestión del centro.	SI	NO	Equipo dispone de indicadores: Acceso (tiempo de espera, demanda insatisfecha, gestión de agenda) Capacidad resolutive /atención familiar. Calidad técnica (auditorías)
<b>Infraestructura</b>	Dispone de box que permitan trabajo con familias por sector	SI	NO	Dispone de Box para el trabajo con familias
<b>Resolutividad</b>	Cuenta con mecanismos que mejoran la Resolutividad	SI	NO	El equipo realiza Consultorías, usa telemedicina, plataforma digital, dispones de guías de referencia y contrarreferencia, etc.
<b>Gestión financiera</b>	Conoce balance presupuestario de su centro	SI	NO	La dirección del centro y consejo técnico dispone de información relacionada con gastos de funcionamiento, de operación y fondos de incentivo Cefsam.
<b>Calidad</b>	Conformación de equipo de calidad	SI	NO	Acta de conformación del equipo encargado de planificar, monitorear y coordinar las acciones para el mejoramiento continuo de la calidad.

**AMBITO: CAPACITACIÓN**

<b>Criterios de evaluación</b>	<b>Medio de verificación</b>	<b>Indicador</b>		<b>Observaciones</b>
<b>Plan de capacitación</b>	Plan incluye capacitaciones en modelo dirigidas al cierre de brecha	SI	NO	Está documentado cuáles son las brechas del equipo y las actividades de capacitación programadas para el cierre de las mismas.
<b>Capacitación básica</b>	Capacitación básica del 90% de los funcionarios.	SI	NO	Disponer listado total de funcionarios y señalar los que están capacitados
<b>Capacitación avanzada</b>	Capacitación avanzada del 40 % de los líderes del proceso	SI	NO	Disponer listado de funcionarios líderes de procesos (Consejo técnico) y señalar los que tienen capacitación avanzada
	Diseño de proyectos de en base a capacitación recibida (avanzadas)	SI	NO	

**AMBITO: RESULTADOS**

<b>Criterios de evaluación</b>	<b>Medio de verificación</b>	<b>Indicador</b>		<b>Observaciones</b>
<b>Resultados de gestión</b>	Derivación a nivel secundario menor o igual a 10% de las consultas	SI	NO	Existe documento donde se analiza la relación entre el Nº de IC en lista de espera y el Nº de consultas de morbilidad realizadas y su relación % mensualmente

**OCTAVA:** Los fondos transferidos a la Municipalidad en virtud del presente convenio sólo podrán ser destinados al financiamiento de las actividades señaladas en el Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar en el establecimiento señalado en la cláusula Primera del presente convenio, lo que será evaluado por el referente técnico en el análisis de la ejecución presupuestaria.







**NOVENA:** El Municipio se compromete a ejecutar el Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar al 100% de la población inscrita validada.

**DECIMA:** El Servicio de Salud realizará seguimiento, monitoreo y evaluación conforme a los indicadores establecidos en la cláusula séptima y según la pauta de Certificación de centros de Salud familiar. La Municipalidad por su parte, se compromete a entregar la información que le sea solicitada por el Servicio de Salud, conforme a los indicadores señalados y que se entiende forman parte integrante del presente convenio.

**DECIMA PRIMERA:** La evaluación se realizará con corte al **30 de Septiembre** del año en curso, debiendo remitirse los resultados de ella al nivel central a más tardar el **30 de Octubre del mismo año**. Se aplicará la Pauta de certificación Cesfam 2009 según grado de avance la que fue validada para su aplicación durante el presente año a través del Ord. C51/Nº 827 del 8 de marzo 2010.

**DECIMA SEGUNDA:** La notificación del porcentaje de cumplimiento alcanzado se entregará al Municipio en el mes de Octubre. La certificación de acuerdo al grado de avance se hará usando la siguiente escala de cumplimiento de la pauta de certificación:

- 1. **Cumple entre el 80% - 100%: Certifica en nivel superior**
- 2. **Cumple entre el 70% - 79%: Certifica en nivel medio superior**
- 3. **Cumple con menos del 70%: Certifica en nivel medio**

**DECIMA TERCERA:** Los establecimientos que certifican en un nivel inferior al alcanzado el año anterior se les transferirá el valor de la segunda remesa proporcional al porcentaje de cumplimiento y además deberán presentar un Plan de Acción tendiente a corregir las brechas en un plazo máximo de 3 meses y remitir un informe a la Dirección del Servicio de Salud Araucanía Sur al finalizar dicho período.

**DECIMA CUARTA:** El presente convenio tiene como plazo de vigencia desde su fecha de aprobación hasta el 31 Diciembre del año vigente.

**DECIMA QUINTA :** El gasto que irroge el presente convenio se imputará al ITEM 24.03.298.01

**DECIMA SEXTA:** La personería de **D. MIGUEL BECKER ALVEAR**, para actuar en representación del Municipio de Temuco, consta de acta de instalación del Concejo Municipal de fecha 06-12-2008 y en el Decreto Alcaldicio Nº 3.341 de 09-12-2008. Por su parte la personería de la Dra. **MARIA ANGELICA BARRIA SCHULMEYER** para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur consta en la Resolución Nro. 49 de 30 de abril de 2010 del Ministerio de Salud.

**DECIMA SÉPTIMA:** El presente convenio se firma en doce ejemplares, quedando uno en poder de la Municipalidad, dos en poder del Servicio uno en poder de la Dirección del Establecimiento y uno en poder del Departamento de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

*[Handwritten signature of Miguel Becker Alvear]*

**MIGUEL BECKER ALVEAR**  
**ALCALDE T. MUNICIPALIDAD**  
**DE TEMUCO**



*[Handwritten signature of Maria Angelica Barria Schulmeyer]*

**MARIA ANGELICA BARRIA SCHULMEYER**  
**DIRECTORA SUPLENTE**  
**SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR**

