

293

DECRETO N°

TEMUCO, 03 AGO. 2015

VISTOS:

- 1.- La Ley N° 19.378 de 1995, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
- 2.- el Decreto Alcaldicio N°- 4.820 del 11 de Diciembre de 2014, que aprueba el Presupuesto del Departamento de Salud para el año 2015.
- 3.- Plan de mejora de Salud Cesfam Pedro de Valdivia año 2015.-
- 4.- Res. Exta. N° 3598 del 15.07.2015 que aprueba Convenio "Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria 2015" (Cesfam Pedro de Valdivia), suscrito el 09.06.2015, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.
- 5.- Las facultades contenidas en la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

1.- Apruébese, Convenio "Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria 2015" (C.Costo 32.71.00), suscrito el 09.06.2015 entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco. El Profesional Responsable de la Coordinación y Ejecución del Programa será la Doctora Carmen Aranguiz, Directora del Establecimiento Cesfam Pedro de Valdivia.

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

CVF/MSR/yds.

DISTRIBUCION:

- El indicado
- Of. de Partes Municipal
- Departamento de Salud



MIGUEL BECKER ALVEAR
ALCALDE



R	M	V	W

Existencia de Brecha	Actividad	Fecha de Mejora	Recursos Involucrados	Medio de Verificación
Si	Habilitación en Rayen para registro de la actividad entrega de guía anticipatoria en el perfil de los profesionales involucrados	31 de Agosto		Comprobar en Rayen
	Registro de entrega de guía anticipatoria en Rayen al 100% de los niños que hayan tenido control de 2 meses, a partir del 1° de Julio de 2015	31 de Diciembre		Comprobar en registro fichas Rayen
Si	Habilitación en Rayen para registro de la actividad entrega de guía anticipatoria en el perfil de los profesionales involucrados	31 de Agosto		Comprobar en Rayen
	No se puede comprometer el registro en Rayen en niños mayores de 1 año porque la guía anticipatoria cubre todo el período preescolar (0 a 6 años), por lo tanto ya se entrego sin registro Rayen			
Si	Revisión y corrección de guías anticipatorias de acuerdo a observaciones efectuadas en proceso de evaluación. Entrega de guía revisada al DSM para su validación	31 de Agosto		Documento Guia Anticipatoria
Si	Habilitación en Rayen para registro de la actividad entrega de guía anticipatoria en el perfil de los profesionales involucrados	31 de Agosto		
	Dado que el cumplimiento de este indicador depende del accionar del DSM Temuco, el CESFAM no se compromete a plantear fecha de entrega de Guía Anticipatoria			
Si	Conformación de Comité de Promoción en CESFAM con representatividad funcionaria de cada sector. Solicitud a la dirección del DSM de decreto Municipal para formalización de este comité	31 de Agosto		Acta de conformación. Correo de solicitud de Decreto
	Decreto Vigente Elaboración de documento con detalle de responsabilidades y funciones de los integrantes del Comité de Promoción. Elaboración de calendario de reuniones.	31 de Diciembre		Decreto, Documento Manual de Comité de Promoción, Calendario de Reuniones, Acta de las reuniones realizadas

Requerimientos mínimos	Existencia de Brecha	Fecha de Mejora	Actividad	Recursos Involucrados	Medio de Verificación
3 de las 5 fichas auditadas, presentan plan de acompañamiento en el cual se identifica: objetivos de la intervención, actividades planificadas, actividades realizadas, metas, responsables, seguimiento	Sí	31 de Agosto	Definición de criterios para la aplicación del Plan de acompañamiento a familias con riesgo		Documento con definición de criterios consensuados por el Equipo
		31 de Diciembre	Elaboración de un plan de acompañamiento tipo para familias con riesgo		Plan de acompañamiento a familias definidas según criterios consensuados por el equipo
El establecimiento realiza consejerías familiares a familias con integrante con patología crónica.	Sí	31 de Agosto	Establecer Línea Base para identificar a pacientes con patología crónicas (GES)		Listado de Pacientes en Control por Programa
		31 de Diciembre	Obtener base de datos que identifica familias que presentan integrantes con patología crónica		N° de Familias inscritas con Integrantes con Patología Crónica
El establecimiento realiza EMP en horarios de extensión (Continuidad de la Atención) o en lugares de trabajo. Lo anterior, se refleja en la agenda de los profesionales o técnicos que realizan las actividades	Sí	31 de Agosto	Solicitar pago de horas extraordinarias profesional para realizar EMP en horario de Extensión horaria con recursos de este convenio	¿Existe Factibilidad ?	Solicitud y respuesta autorizada por correo
		31 de Diciembre	Realizar al menos una extensión de 2 horas a la semana para efectuar EMP * 4 meses.	Pago de horas extraordinarias	Agenda Profesional
El establecimiento elabora Plan de Cuidado al cuidador, para todos aquellos que están a cargo de personas dependientes. Al menos 3 de las 5 fichas de Adultos mayores dependientes cuenta con el registro de Plan de Cuidado del cuidador	Sí	31 de Agosto	Elaboración de Plan de Cuidados al Cuidador de Postrados		Documento Plan de Cuidados al Cuidador
		31 de Diciembre	Registro de la aplicación del Plan de Cuidados al Cuidador en pacientes atendidos a partir del 01 de Septiembre 2015	Compra de Notebook para Programa Atención Domiciliaria a Postrados	Registro Asistencia a Talleres Registro en Ficha Clínica de paciente Postrado Severo

Requerimientos mínimos	Existencia de Brecha	Actividad	Fecha Mejora	Recursos Involucrados	Medio de Verificación
El establecimiento cuenta con un documento, guía de abordaje o protocolo para asistir a familias que estén atravesando alguna crisis normativa. Al menos, se espera que tengan 2 protocolos de crisis normativas (de mayor prevalencia en el establecimiento, detectado mediante diagnóstico participativo, epidemiológico u otro) con guías de abordaje o protocolo en funcionamiento.	Sí	Diagnóstico de detección de crisis normativas de mayor prevalencia, según experiencia de profesionales del CESFAM	31 de Agosto		Resultado de Encuestas Realizadas a Equipo Profesional
		Elaboración de guía anticipatorias de crisis normativa	31 de Diciembre		Producto: Guía Anticipatoria para crisis normativas de mayor prevalencia según encuesta
En la auditoría de 5 fichas clínicas, al menos 3 evidencian la aplicación del protocolo respectivo por miembros del equipo de salud	Sí	Registro en Rayen de aplicación de protocolo de guía anticipatoria de crisis normativa	Evaluar para 2016		
El establecimiento cuenta con un documento, guía de abordaje o protocolo para asistir a familias con algún integrante, que haya sido hospitalizado o que lo esté aún, u otra crisis no normativa a definir.	Sí	Diagnóstico de detección de crisis no normativas de mayor prevalencia, según experiencia de profesionales del CESFAM	31 de Agosto		Resultado de Encuestas Realizadas a Equipo Profesional
		Elaboración de guía anticipatoria de crisis no normativa consensuada por Equipos de Cabeceras	31 de Diciembre	Gestionar Capacitación Intervención en Crisis	Producto: Guía Anticipatoria para crisis no normativa
En la auditoría de 5 fichas clínicas, al menos 3 evidencian la aplicación del protocolo respectivo por miembros del equipo de salud	Sí	Registro en Rayen de aplicación de protocolo de guía anticipatoria de crisis no normativa	Evaluar para 2016		
El establecimiento cuenta con protocolos instalados para realizar estudios de familia abreviados para familias con riesgo leve o moderado que requieren intervención	Sí		Revisar para el 2016		
En la auditoría de 5 fichas clínicas, al menos 3 evidencian registro de los planes de abordaje familiar integral aplicados según protocolo local					
El establecimiento realiza talleres de, mínimo, 3 sesiones para personas con patología crónica no cardiovascular que estimula la participación de adultos significativos (se constata la asistencia del acompañante al menos a un taller)	Sí	a) Identificación de pacientes que presentan patología crónica no cardiovascular. b) Inicio del taller con una sesión al menos realizada	31 de Agosto	Data, DVD, Pendrive e insumos para talleres	a) Listado de pacientes con patología crónica no cardiovascular b) Lista de asistencia ratificada
		1 taller realizado a pacientes con patología crónica no cardiovascular (3 sesiones)	31 de Diciembre		Programa de Contenidos del Taller Lista de Asistencia de pacientes y acompañantes a talleres
El establecimiento realiza talleres de, mínimo, 3 sesiones para personas con patología crónica cardiovascular que estimula la participación de adultos significativos (se constata la asistencia del acompañante al menos a un taller)	No (Pero cumplimiento parcial)	Sólo realizaba Talleres CECOF El Salar CESFAM Pedro de Valdivia programa inicio de talleres	31 de Agosto		Lista de asistencia
		1 taller realizado a pacientes con patología crónica cardiovascular (3 sesiones)	31 de Diciembre	Insumos y productos para demostraciones de Alimentación Saludable en Talleres de Pacientes Cardiovasculares	Programa de Contenidos del Taller Lista de Asistencia de pacientes y acompañantes a talleres

Requerimientos mínimos	Existencia de Brecha	Actividad	Fecha Mejora	Recursos involucrados	Medio de Verificación
El establecimiento identifica a sus usuarios inscritos y policonsultantes (más de 7 consultas anuales) en SAPU o Servicio de Urgencia hospitalaria.	Sí	Obtención de información para identificar usuarios inscritos y policonsultantes en SAPU con más de 10 consultas anuales y con identificación del motivo de consulta	31 de Agosto		Listado de pacientes con motivo de consulta
		Elaboración y ejecución de plan de intervención definido para los usuarios identificados en la línea base	31 de Diciembre	Hrs. Extraordinarias Chofer para citaciones de pacientes involucrados	Plan de Intervención
El establecimiento solicita al nivel secundario el reporte de las interconsultas prioridad 1 (P1) emitidas por éste, que hayan sido evaluadas antes de 10 días.	Sí	No se puede comprometer el cumplimiento del indicador ya que la información necesaria para ello no depende del CESFAM			
El establecimiento cuenta con un plan de mejora encaminado a fortalecer una cultura de calidad que enfrente problemas pesquisados en Diagnósticos Participativos, OIRS, en estudios de satisfacción usuaria, análisis de coberturas, resultados, entre otros.	Sí	Actualización de Plan de Mejora, elaborado a partir del Diagnóstico Participativo, con el detalle del gestiones realizadas y sus resultados	31 de Agosto	Difusión en salas de espera de tareas incluidas en el Plan, (TV, Pendrive). Tarimas para contar con escenario en actividades masivas de participación con la comunidad y en Diagnósticos Participativos	Plan de Mejora elaborado a partir del Diagnóstico Participativo actualizado al 31 de Julio
		Evaluación anual de cumplimiento de Plan de Mejora de Tareas producto de Diagnóstico Participativo	31 de Diciembre		Plan de Mejora con evaluación anual

EJE INTERSECTORIALIDAD Y TERRITORIALIDAD

Código componente	Medio de Verificación	Requerimientos mínimos	Existencia de Brecha	Actividad	Fecha Mejora	Recursos Involucrados	Mecanismos de Evaluación
1.1	Existencia de protocolo de derivación y auditoría de 5 Fichas clínica de personas inscritas en el establecimiento, donde conste que hayan recibido algún tipo de intervención desde el Intersector.	El establecimiento trabaja en Red para abordar el bienestar de las personas inscritas. Al menos, se espera demostrar que trabajan con 1 institución definida localmente, mediante la definición de protocolos locales para la derivación de pacientes que requieran intervenciones intersectoriales y que en auditoría de fichas clínicas, al menos 3 evidencias registro de derivación al Intersector	Si	a) Habilitación en Rayen para registro de la actividad Gestión Externa en el Perfil de Asistentes Sociales	31 de Agosto		Rayen
				b) Plantear como requerimiento a Saydex para que genere la actividad de gestión externa para los otros profesionales (Hoy sólo opera para Asistentes Sociales)			Correo con solicitud
				Elaborar y aplicar protocolo de derivación en instituciones definidas para intervenciones del intersector	31 de Diciembre		Documento de Protocolo de Derivación
				Contar con Registro en Rayen del 100% de los usuarios que fueron derivados al Intersector partir del 15 de Julio 2015 por Asist. Sociales.			Registro Ficha Rayen

CENTRADO EN ATENCIÓN ABIERTA

Codigo componente	Medio de Verificación	Requerimientos mínimos	Existencia de Brecha	Actividad	Fecha Mejora	Recursos Involucrados	Medio de Verificación
1.1	Solicitud de Informe mensual de egresos hospitalarios por NM, DM2, amputaciones por DM2, IAM, articulado por el Servicio de Salud. Actas de reuniones de coordinación de la Red	Presentación de al menos 4 Informes o solicitud de informes de egresos hospitalarios por las causas indicadas y/o actas de reuniones de coordinación de la red, articuladas por el Servicio de Salud, donde se aborde esta temática	Si	No se puede comprometer el cumplimiento del indicador ya que la información necesaria para ello no depende del CESFAM			
1.2	Revisión de 5 fichas de usuarios inscritos, seleccionados aleatoriamente, que hayan sido dados de alta del Hospital por causa de IAM y/o AVE, donde se constate la existencia del plan de cuidado y que el centro de salud ha dado seguimiento a dicho plan.	El establecimiento cuenta con un protocolo de acompañamiento y rehabilitación para sus usuarios inscritos que hayan sido dados de alta, principalmente por diagnóstico de IAM y AVE, desarrollado en red.	Si	Formulación de protocolo de Acompañamiento y rehabilitación para usuarios inscritos que han sido dados de alta de AVE	31 de Agosto	Hrs. Extraordinarias para confección de Protocolos	Documento Protocolo de Acompañamiento
		Al menos 3 de las 5 fichas auditadas cuenta con el plan de cuidados y se evidencia seguimiento de las acciones contempladas, en base a protocolo definido por la red					
2.1	El establecimiento cuenta con protocolo de acompañamiento y en revisión de 5 fichas de personas a los que les haya sido aplicado y ejecutado el plan de cuidado ambulatorio (se espera encontrar objetivos, acciones y responsables de la ejecución de ese plan)	El establecimiento cuenta con protocolo para plan de cuidados ambulatorios para usuarios con problemas de salud de alto riesgo de hospitalización, como mínimo en aquellos adultos mayores que, por lo menos, han tenido un episodio de NM, durante un año calendario y personas con 5 o más patologías	Si	Obtener la información para cuantificar el N° de pacientes que existen con 5 o mas patologías o con alto riesgo de hospitalización para poder evaluar necesidad de recurso disponibles y tenerlo presente en solicitud de recursos para Dotación 2016 (Sept. 2015)	31 de Agosto		Listado de Pacientes
		Al menos 3 de las 5 fichas auditadas cuenta con el plan de cuidados, según protocolo local.					
3.2	Existencia de protocolo de Atención Domiciliaria a personas con dependencia severa	Existencia de protocolo para realizar Atención Domiciliaria a pacientes con dependencia severa	Si	Elaboración de Protocolo de Atención Domiciliaria a postrados severos	31 de Agosto	Hrs. Extraordinarias para confección de Protocolos	Documento de protocolo de Atención Domiciliaria
				Registro de Protocolo de Atención Domiciliaria a postrados severos	31 de Dic.	Notebook y sistema de conexión de internet inalámbrico	Registro en Fichas (cartolas)

Requerimientos mínimos	Existencia de Brecha	Actividad	Fecha Mejora	Recursos Involucrados	Mecanismos de Evaluación
El establecimiento utiliza al menos una estrategia con apoyo de TICs aplicada para la prevención y promoción de salud (incluye uso de redes sociales) a nivel individual, familiar y/o comunitario	No existe Brecha (pero hay que mejorar)	TERMINAR PAGINA WEB			
		a) Designación de personas responsables de entregar información administrativa en relación al funcionamiento del CESFAM Pedro de Valdivia. (horarios, teléfonos, correo electrónico, servicios, prestaciones, etc)	31 de Agosto		Listado de funcionarios responsables, por programa y sector
		Incorporación de la información administrativa en Página WEB	31 de Diciembre	Pago de horas extraordinarias a Informático	Producto Página WEB

PARTICIPACION

Codigo componente	Medio de Verificación	Requerimientos mínimos	Existencia de Brecha	Actividad	Fecha Mejora	Recursos Involucrados	Mecanismos de Evaluación
1.1	Documento de informes de avance cualitativo en relación al plan de participación social, indicando la periodicidad de las actividades y contenido de las mismas.	El establecimiento cuenta con Plan Anual de Participación Social, donde se incluyen, al menos, 3 organizaciones distintas al CDL y que se base en un diagnóstico de determinantes sociales de la salud que operan en el territorio. Asimismo, cuenta con sistematización de las actividades que realiza con la comunidad (incluye actas de reuniones con CDL) y con la evaluación de éstas	Sí	Generar un Acta de Acuerdo de Trabajo Participativo y de Apoyo Mutuo con 2 Organizaciones no incluidas en el CODELO			Actas
				Al término del Año contar con Actas de Acuerdo para trabajo Participativo con al menos 3 Organizaciones no incluidas en el CODELO.			Actas
1.4	Presentación de cuaderno o pantallazo de la agenda del profesional encargado de participación social que refleje tiempos protegidos para trabajo en participación social	Las agendas de profesionales y administrativos cuentan con tiempos protegidos para realizar trabajo en participación social en salud.	Si	Sólo Asist. Sociales. De las 88 hrs. Dotación Asist. Social se dispone de 22 hrs. para Participación Social. El resto de los profesionales asigna horas de acuerdo a programación anual. La dotación asignada desde el DSM no permite tener un profesional con 22 horas exclusivas para Participación Social en Salud			
	Presentación de cuaderno o pantallazo de la agenda de, al menos, 2 profesionales que refleje tiempos protegidos para trabajo en participación social						

EJE DESARROLLO DE LAS PERSONAS

Codigo componente	Medio de Verificación	Requerimientos mínimos	Existencia de Brecha	Actividad de Mejora	Fecha De Mejora	Recursos Involucrados	Medio de Verificación
9.1.1	El establecimiento dispone de un documento actualizado con perfiles y roles de cargos directivos (director comunal de salud, director de establecimientos, equipo gestor, jefe del SOME, entre otros) Los perfiles indicados han sido difundidos (email, memo, ordinario, circulares, diario mural, entre otros) internamente y son conocidos por el equipo.	La entidad administradora de salud o el establecimiento cuenta con roles y perfiles de cargo definidos para, al menos, los siguientes cargos: director comunal de salud, director de establecimientos, equipo gestor, jefe del SOME, entre otros). Éstos son difundidos y conocidos por los equipos.	Si	Responsabilidad DSM	Dic. 2016		
9.1.2 c	Revisión de la dotación en el Plan de Salud Comunal y la Programación de actividades del año en curso para ver concordancia en la definición de horas y calcular razón de horas	Dotación real acorde al plan comunal para el año en curso (Número del total de horas de dotación real por categoría/Total de horas dotación definida en el plan de salud)	Si	Elaboración de informe descriptivo de la dotación real o contratada versus la autorizada por categoría y definida en el PLASAM, en base al resumen de proporcionalidad al 31 de marzo de 2015	31 de Agosto		Documento Comprometido por Jefe de Unidad De RRHH DSM
9.1.4	Documento o Informe con diagnóstico de clima laboral y plan anual de mejoramiento (incluye planes de autocuidado, cuidado del equipo y preventivo laboral)	El establecimiento cuenta con mecanismos para mejorar continuamente el clima laboral de las personas que trabajan en él. En ese sentido, al menos, evalúa el clima laboral cada dos años.	Si	Elaboración de Plan de mejora en ámbito de autocuidado y cuidado de los Equipos de trabajo. Dando énfasis en esta primera etapa al desarrollo de actividades y mejoras que contribuyan a optimizar la cohesión, relaciones interpersonales entre los funcionarios y sus condiciones en los puestos de trabajo	31 de Agosto		Documento Plan de Mejora en Autocuidado
				a) Ejecución de actividades incluidas en el Plan	31 de Diciembre	Recursos para Jornadas de Autocuidado, Capacitaciones, compra de equipamiento para mejorar puestos de trabajo	Registros de Firmas de asistencia, Fotos de Actividades Recreativas, Jornadas, etc.
	b) Ejecución y Resultado de Diagnóstico de Clima Laboral 2015		Instrumento de Medición de Clima Laboral Resultado e Informe de Analisis de Aplicación De Escala Clima Laboral				
	El establecimiento cuenta con carta de compromiso LTPS o Acta de cumplimiento LTPS o Certificado de reconocimiento LTPS	El establecimiento cuenta con documentación para certificar como Lugar de trabajo promotor de la salud	Si	Motivación y Difusión de la estrategia Lugares de Trabajo Promotores de Salud, (LTPS) a todo personal, en instancias de reunión ampliada, sector y de Programas y Comité Paritario Capacitación en HIIT (High Intensity Interval Training) para Personal con factores de riesgo Carta de Compromiso de los Funcionarios para iniciar 2016 proceso de Certificación	31 de Diciembre		Reuniones con Actas y Listado de Firmas de Asistentes Listado de asistencia, Programa, Fotos Documentos Cartas de Compromiso
9.1.5	Existencia Definición de carrera funcionaria considerando todos los componentes de la ley, con reglamento local.	1) Decreto que aprueba reglamento de carrera funcionaria	Si	Responsabilidad DSM	Dic. 2016		
		2) Reglamento carrera funcionaria local, por establecimiento o por entidad administradora de salud.		Responsabilidad DSM	Dic. 2016		

MUNICIPALIDAD DE TEMUCO
Oficina de Partes
Nº 5047
FECHA ENTRADA 20 JUL 2015
Gobierno de Chile Salud
ANTES DE RESPONDER ANTES DE

REF.: Aprueba "CONVENIO PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA 2015, SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR - MUNICIPALIDAD DE TEMUCO".

RESOLUCIÓN EXENTA Nº

3598

MMK/FPH/MLTA

TEMUCO, 15 JUL 2015

VISTOS:

- 1.- Convenio denominado "CONVENIO PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA 2015, SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR - MUNICIPALIDAD DE TEMUCO", de fecha 09 de junio de 2015, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.

CONSIDERANDO:

- 1.- Que, las partes con fecha 09 de junio de 2015, celebraron convenio denominado "CONVENIO PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA 2015, SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR - MUNICIPALIDAD DE TEMUCO", a fin de aumentar la eficacia en el otorgamiento de las acciones de salud por los equipos locales.

TENIENDO PRESENTE:

- 1.- DFL 1/05, que fija el texto refundido del DL: 2763 que crea los Servicios de Salud
- 2.- DS. 140/04, Reglamento del Servicio Salud
- 3.- Reglamento de la Ley 15.076, aprobado por D.S. Nº110, de 1963, del Ministerio de Salud, modificado por el D.S. Nº908, de 1991, del mismo Ministerio.
- 4.- Decreto Nº 32, de 2015, que designa Director Suplente del Servicio de Salud Araucanía Sur.
- 5.- Resolución 1600/08, de la Contraloría Gral. de la República.

RESOLUCION:

1.- **APRUEBASE** Convenio denominado "CONVENIO PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA 2015, SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR - MUNICIPALIDAD DE TEMUCO", de fecha 09 de junio de 2015, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco, conforme al siguiente tenor:

En Temuco, a 09 de junio de 2015, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en Temuco, calle Arturo Prat Nº 969, representado por su Director T y P, Dr. **MILTON MOYA KRAUSE**, del mismo domicilio, en

SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR

DEPARTAMENTO JURIDICO

adelante el "Servicio" y la **LUSTRE MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Temuco, calle Arturo Prat N° 650, representada por su Alcalde don **MIGUEL BECKER ALVEAR**, del mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 202 del 2014, del Ministerio de Salud, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Modelo de Atención con Enfoque Familiar en la Atención Primaria.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1220, de fecha 02 de diciembre del 2014, del Ministerio de Salud y por Resolución Exenta N° 29, de fecha 08 de enero del 2015, del Ministerio de Salud, se distribuyen los recursos del Programa de Modelo de Atención con Enfoque Familiar en Atención Primaria año 2015. Las resoluciones antes citadas se Anexan al presente convenio y se entiende forman parte integrante del mismo, el cual la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en transferir al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria del presente instrumento, la suma anual y única de **\$5.586.150 (Cinco millones quinientos ochenta y seis mil ciento cincuenta pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las actividades señaladas en el Programa de Modelo de Atención con Enfoque Familiar en Atención Primaria año 2015, sancionado por Resolución N° 1.220, de 2014, en el Cesfam Pedro de Valdivia.

El Municipio se compromete a coordinar la definición de las coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para las estrategias específicas y a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

CUARTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar el objetivo general del Programa:

Consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud y reconocer el esfuerzo del equipo de salud y la comuna, a través de la entrega de un estímulo financiero anual, a aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente programa: evaluación, programación y realización de acciones orientadas a materializarlo.

QUINTA: COMPONENTES Y PRODUCTOS ESPERADOS

Componente N 1:

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

Este componente considera la evaluación de los establecimientos mediante la aplicación de instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en e Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, dictado por el Ministerio de Salud.

Estrategias:

- Elaboración de cronograma conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud).
- El establecimiento de salud deberá realizar su pre-evaluación (autoevaluación) mediante el reconocimiento de su situación cotejada con el instrumento* para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.
- El CESFAM y comuna en conjunto con el Servicio de Salud, resolverán la primera evaluación definitiva, identificando sus brechas y un plan de mejora a dos años para la implementación del Modelo, considerando un cronograma de trabajo, con el acompañamiento del Servicio de Salud.

Productos esperados

- Certificación de la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en el establecimiento, conforme porcentaje logrado, en diversos ámbitos del instrumento definido por el Minsal.
 - Determinar brechas en la instalación y desarrollo del Modelo en los Centros de Salud.
- * Para efectos de la evaluación, el instrumento para la evaluación y certificación en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, se considera parte de este convenio.

Componente N 2:

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

Estrategias:

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

Productos esperados

- Planes de mejora implementados, conforme los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario en los establecimientos de atención primaria de salud.
- Transferencia y reliquidación de estímulo financiero, de acuerdo a información aportada por los Servicios de Salud, respecto del nivel de desarrollo alcanzado con la

aplicación del instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

- Evaluación de los avances planificados.

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

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

- La **primera evaluación** se hará con corte al 30 de Mayo: El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa al respectivo Servicio de Salud, hasta el quinto día hábil del mes de junio, a su vez, el Servicios deberá remitir a la Subsecretaria de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 16 de Junio, el informe consolidado, respecto de las comunas de su ámbito territorial participantes del Programa.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación el Servicio de Salud hará las orientaciones y acciones que corresponda para favorecer la óptima implementación del Programa, emitiendo informe al Ministerio de Salud, con el informe de resultados de evaluación y los planes de mejora por establecimiento y comuna, diseñados para disminuir brechas de instalación del Modelo, mejorar adecuar y renovar la gestión.

- La **segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso de acuerdo a los indicadores definidos en la cláusula indicadores y medios de verificación, cláusula séptima del Programa y del presente convenio.

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

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

Conforme a 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 de cumplimiento de Metas de Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2ª cuota del 30%
≥ 60,00%	0%

Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos de 30%	100%

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

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

SEPTIMA: INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Indicadores de gestión y de impacto para la reliquidación del programa

Componente	Indicador	Fórmula	Meta	Medio verificación	Peso relativo
Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.	Porcentaje de Centros de salud evaluados conforme Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo, dictado por el Minsal.	Numerador N de Centros de salud evaluados conforme instrumento definido Denominador N° de centros de salud comprometidos a evaluar.	100% de los CESFAM comprometidos con aplicación del instrumento definido.	"Instrumento para la evaluación y verificación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria"	50%
Componente 2 Elaborar propuesta e implementar plan de mejora.	Mejoras implementadas en los establecimientos de atención primaria, conforme a cronograma.	Numerador N° de actividades del cronograma plan de mejora realizadas. Denominador	100% de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de plan de mejora.	Informe de avances cuali-cauntitativos de establecimiento, común, emitido por Servicio de Salud	50%

		N° actividades comprometidas según cronograma en plan de mejora.			
--	--	--	--	--	--

OCTAVA: Los recursos a que se refiere la cláusula tercera, serán transferidos por el Servicio, en representación del Ministerio de Salud, **en dos cuotas: 70%** contra resolución aprobatoria del convenio emitida por el Servicio y el **30%** restante en Octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el ítem VII del Programa.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos).

NOVENA: El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y sus estrategias señaladas en la cláusula quinta de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, efectuando una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz el objetivo del presente convenio.

DECIMA: El Servicio velará aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio. Dicha rendición debe ser realizada a través del sistema de monitoreo de convenios, disponible en la página web www.ssasur.cl, banner sistemas de convenios.

DECIMA PRIMERA: 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.

DÉCIMA SEGUNDA: El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

DECIMA TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1º de enero hasta el 31 de diciembre del año en curso, sin perjuicio de lo anterior y previa rendición del saldo no ejecutado el Servicio de Salud podrá autorizar excepcionalmente y por razones fundadas, previa solicitud formal de la Municipalidad la posibilidad de que los saldos de dichos recursos sean utilizados para dar continuidad a los programas de salud, durante el plazo que se establecerá para tales efectos. Dicha autorización se formalizará mediante resolución del Servicio de Salud. Conforme al dictamen N°16.037 de fecha 10.04.2008 y N° 11.189, de 2008 de la Contraloría General las partes establecen que por razones de buen servicio las

prestaciones contempladas en este convenio comenzaron a ser otorgadas en la forma pactada, el 01 de enero de 2015.

DÉCIMA CUARTA: El presente convenio se firma en 9 ejemplares, quedando dos en poder de la Municipalidad (Alcaldía y Departamento de Salud Municipal), dos en el Ministerio de Salud (División de Atención Primaria y Departamento Gestión de Recursos Financieros APS) y los cinco restantes en poder del Servicio de Salud (Dpto. de Atención Primaria y Red Asistencial, Departamento de Finanzas, Departamento de Auditoría, Departamento Jurídico y Oficina de Partes).

DÉCIMA QUINTA: La personería de don MIGUEL BECKER ALVEAR para actuar en representación del Municipio de Temuco, consta de acta de instalación del Concejo Municipal de fecha 06 de diciembre de 2012 y en Decreto Alcaldicio N° 4.368, de fecha de 06 Diciembre de 2012. Por su parte, la personería de la Dr. MILTON MOYA KRAUSE, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur emana del Decreto Supremo N°32, de fecha 18 de marzo de 2015, del Ministerio de Salud.

2.- IMPÚTESE, el gasto que irroga el presente Convenio, al presupuesto del Servicio de Salud Araucanía Sur, Ítem, 24 03 298.

3.- NOTIFIQUESE, la presente resolución al Municipio, una vez totalmente tramitada.

ANOTESE y COMUNIQUESE



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

13.07.2015N°1098

DISTRIBUCIÓN:

Municipalidad (2)

Subsecretaría de Redes

División de Atención Primaria

Dpto. Atención Primaria

Dpto. Finanzas

Dpto. Auditoría

Dpto. jurídico

Archivo

SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR

DEPARTAMENTO JURIDICO



**CONVENIO PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR
Y COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA 2015
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR - MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**



En Temuco, a 09 de junio de 2015, entre el **SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en Temuco, calle Arturo Prat N° 969, representado por su Director T y P, Dr. **MILTON MOYA KRAUSE**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **LUSTRE MUNICIPALIDAD DE TEMUCO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Temuco, calle Arturo Prat N° 650, representada por su Alcalde don **MIGUEL BECKER ALVEAR**, del mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 202 del 2014, del Ministerio de Salud, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Modelo de Atención con Enfoque Familiar en la Atención Primaria.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1220, de fecha 02 de diciembre del 2014, del Ministerio de Salud y por Resolución Exenta N° 29, de fecha 08 de enero del 2015, del Ministerio de Salud, se distribuyen los recursos del Programa de Modelo de Atención con Enfoque Familiar en Atención Primaria año 2015. Las resoluciones antes citadas se Anexan al presente convenio y se entiende forman parte integrante del mismo, el cual la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

03 JUL. 2015



TERCERA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en transferir al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria del presente instrumento, la suma anual y única de **\$5.586.150 (Cinco millones quinientos ochenta y seis mil ciento cincuenta pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las actividades señaladas en el Programa de Modelo de Atención con Enfoque Familiar en Atención Primaria año 2015, sancionado por Resolución N° 1.220, de 2014, en el Cesfam Pedro de Valdivia.

El Municipio se compromete a coordinar la definición de las coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para las estrategias específicas y a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.



CUARTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar el objetivo general del Programa:

Consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud y reconocer el esfuerzo del equipo de salud y la comuna, a través de la entrega de un estímulo financiero anual, a aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente programa: evaluación, programación y realización de acciones orientadas a materializarlo.

QUINTA: COMPONENTES Y PRODUCTOS ESPERADOS

Componente N 1:

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

Este componente considera la evaluación de los establecimientos mediante la aplicación de instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, dictado por el Ministerio de Salud.

Estrategias:

- Elaboración de cronograma conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud).
- El establecimiento de salud deberá realizar su pre-evaluación (autoevaluación) mediante el reconocimiento de su situación cotejada con el instrumento* para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.
- El CESFAM y comuna en conjunto con el Servicio de Salud, resolverán la primera evaluación definitiva, identificando sus brechas y un plan de mejora a dos años para la implementación del Modelo, considerando un cronograma de trabajo, con el acompañamiento del Servicio de Salud.

Productos esperados

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

03 JUL. 2015



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

Componente N 2:

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

Estrategias:

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



Productos esperados

- Planes de mejora implementados, conforme los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario en los establecimientos de atención primaria de salud.
- Transferencia y reliquidación de estímulo financiero, de acuerdo a información aportada por los Servicios de Salud, respecto del nivel de desarrollo alcanzado con la aplicación del instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.
- Evaluación de los avances planificados.

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

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

- La **primera evaluación** se hará con corte al 30 de Mayo: El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa al respectivo Servicio de Salud, hasta el quinto día hábil del mes de junio, a su vez, el Servicios deberá remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 16 de Junio, el informe consolidado, respecto de las comunas de su ámbito territorial participantes del Programa.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación el Servicio de Salud hará las orientaciones y acciones que corresponda para favorecer la óptima implementación del Programa, emitiendo informe al Ministerio de Salud, con el informe de resultados de evaluación y los planes de mejora por establecimiento y comuna, diseñados para disminuir brechas de instalación del Modelo, mejorar adecuar y renovar la gestión.

03 JUL. 2015



- La **segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso de acuerdo a los indicadores definidos en la cláusula indicadores y medios de verificación, cláusula séptima del Programa y del presente convenio. El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa al respectivo Servicios de Salud, hasta el quinto día hábil del mes de septiembre, a su vez, el Servicio de Salud deberá remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud hasta el 16 de septiembre, el informe consolidado, respecto de las comunas de su ámbito territorial participantes del Programa.

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

Conforme a 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 de cumplimiento de Metas de Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2ª cuota del 30%
≥ 60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos de 30%	100%

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

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

SEPTIMA: INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Indicadores de gestión y de impacto para la reliquidación del programa

Componente	Indicador	Fórmula	Meta	Medio verificación	Peso relativo
Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.	Porcentaje de Centros de salud evaluados conforme Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo, dictado por el Minsal.	$\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}}$ Numerador: N° de Centros de salud evaluados conforme instrumento definido. Denominador: N° de centros de salud comprometidos a evaluar.	100% de los CESFAM comprometidos con aplicación del instrumento definido.	"Instrumento para la evaluación y verificación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria"	50%



03 JUL. 2015



Componente 2 Elaborar propuesta e implementar plan de mejora.	Mejoras implementadas en los establecimientos de atención primaria, conforme a cronograma.	Numerador N° de actividades del cronograma plan de mejora realizadas. Denominador N° actividades comprometidas según cronograma en plan de mejora.	100% de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de plan de mejora.	Informe de avances cuali-cauantitativos de establecimiento, común, emitido por Servicio de Salud	50%
---	--	---	---	--	-----



OCTAVA: Los recursos a que se refiere la cláusula tercera, serán transferidos por el Servicio, en representación del Ministerio de Salud, **en dos cuotas: 70%** contra resolución aprobatoria del convenio emitida por el Servicio y el **30%** restante en Octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el ítem VII del Programa.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos).

NOVENA: El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y sus estrategias señaladas en la cláusula quinta de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, efectuando una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz el objetivo del presente convenio.

DECIMA: El Servicio velará aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio. Dicha rendición debe ser realizada a través del sistema de monitoreo de convenios, disponible en la página web www.ssasur.cl, banner sistemas de convenios.

DECIMA PRIMERA: 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.

DÉCIMA SEGUNDA: El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

DECIMA TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1º de enero hasta el 31 de diciembre del año en curso, sin perjuicio de lo anterior y previa rendición del saldo

03 JUL. 2015



no ejecutado el Servicio de Salud podrá autorizar excepcionalmente y por razones fundadas, previa solicitud formal de la Municipalidad la posibilidad de que los saldos de dichos recursos sean utilizados para dar continuidad a los programas de salud, durante el plazo que se establecerá para tales efectos. Dicha autorización se formalizará mediante resolución del Servicio de Salud. Conforme al dictamen N°16.037 de fecha 10.04.2008 y N° 11.189, de 2008 de la Contraloría General las partes establecen que por razones de buen servicio las prestaciones contempladas en este convenio comenzaron a ser otorgadas en la forma pactada, el 01 de enero de 2015.

DÉCIMA CUARTA: El presente convenio se firma en 9 ejemplares, quedando dos en poder de la Municipalidad (Alcaldía y Departamento de Salud Municipal), dos en el Ministerio de Salud (División de Atención Primaria y Departamento Gestión de Recursos Financieros APS) y los cinco restantes en poder del Servicio de Salud (Dpto. de Atención Primaria y Red Asistencial, Departamento de Finanzas, Departamento de Auditoría, Departamento Jurídico y Oficina de Partes).

DÉCIMA QUINTA: La personería de don MIGUEL BECKER ALVEAR para actuar en representación del Municipio de Temuco, consta de acta de instalación del Concejo Municipal de fecha 06 de diciembre de 2012 y en Decreto Alcaldicio N° 4.368, de fecha de 06 Diciembre de 2012. Por su parte, la personería de la Dr. MILTON MOYA KRAUSE, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur emana del Decreto Supremo N°32, de fecha 18 de marzo de 2015, del Ministerio de Salud.



MIGUEL BECKER ALVEAR
ALCALDE
MUNICIPALIDAD TEMUCO



MILTON MOYA KRAUSE
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR

03 JUL. 2015

