



SERVICIO DE SALUD VALDIVIA

Depto. Jurídico: 4177

CPA/DVF/CST/cst



**CONVENIO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS – AÑO 2017**

SERVICIO DE SALUD VALDIVIA – I. MUNICIPALIDAD DE RÍO BUENO

28 DIC. 2016

En Valdivia, a.....entre el Servicio de Salud Valdivia, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Chacabuco N° 700, Valdivia, representado por su Director Dr. Patricio Rosas Barrientos, del mismo domicilio, en adelante el “**Servicio**” y la Ilustre Municipalidad de Río Bueno, Registro Persona Jurídica N° 2, del 27 de enero de 2004, domiciliada en Comercio N° 603, Río Bueno, representada por su Alcalde Don Luis Reyes Álvarez de ese mismo domicilio, en adelante la “**Municipalidad**”, se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA:

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

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 154 de fecha 23 de diciembre de 2015 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 Resolutividad en APS.

El referido Programa es aprobado por el Ministerio de Salud, mediante Resolución Exenta N° 1232 de fecha 31 de diciembre de 2015. La difusión de dicho documento será de responsabilidad del Referente Técnico del Servicio de Salud, quien deberá hacer llegar copia del mismo, al Jefe del Departamento de Salud Municipal, para su posterior distribución en los establecimientos de su administración.

TERCERA:

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

1. Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

- Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)
- Oftalmología
- Teleoftalmología
- Teledermatología
- Gastroenterología
- Otorrinolaringología.
- Médico Gestor de la demanda

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

CUARTA:

El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar anualmente recursos a la Municipalidad, destinados a financiar objetivos, metas, componente y/o estrategias contenidas en el Programa. Por lo anterior, y con el fin de asegurar la continuidad del programa respectivo, el Servicio de Salud, establecerá en primera instancia, la suma total de \$ 147.435.796.- (ciento cuarenta y siete millones

cuatrocientos treinta y cinco mil setecientos noventa y seis pesos), para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en el presente convenio.

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.

Los recursos mencionados serán modificados de acuerdo a la Resolución Exenta del Ministerio de Salud, que aprueba y distribuya recursos para el año 2017. Por tanto, se entiende que las cláusulas financieras del presente instrumento, deberán ser modificadas de igual forma.

QUINTA:

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

Comuna	Nº	Componente	Estrategia	Actividad	Nº de Actividades o Meta	Monto (\$)	
					Total	Total	
Rio Bueno	1	ESPECIALIDADES AMBULATORIAS	UAPO	RRHH + Gastos Operacionales (12 meses)	Anexo...	90.504.254	
				Actividad Oftalmologo			
				Nº Consultas VR	100		
				Nº Consultas Nuevas Glaucoma	50		
				Nº Controles Glaucoma	350		
				Nº Otras Consultas	100		
				Sub Total Act. Oftalmologo	600		
				Actividad Tecnologo Medico			
				Nº Consultas VR	1.200		
				Procedimientos	1.800		
				Sub Total Act. Téc. Médico	3.600		
				Nº Lentes	1.248		
				Nº Farmacos Glaucoma Anual	4.800		
				Nº Lubricantes Oculares	1.440		
	Otorrino	Nº Canastas Integrales Otorrinolaringología	150	18.045.750			
	Gastroenterología	Nº Procedimientos	200	19.600.000			
	Medico Gestor	11 hrs./semanales Medico Gestor	según normativa	4.292.606			
	Total Componente 1						132.442.610
	2	PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	Intervenciones Quirúrgicas de Baja Complejidad	Nº Cirugías	650	14.993.186	
				Total Componente 2			
TOTAL PROGRAMA (\$)						147.435.796	

(*) CANASTAS Y VALORES REFERENCIALES

Los recursos mencionados serán modificados de acuerdo a Resoluciones Exentas del Ministerio de Salud, que aprueba Programa con orientaciones técnicas y que aprueba y distribuya recursos para el año 2017.

Componente:

- a) **Teledermatología:** el Servicio de Salud Valdivia realizará la entrega del servicio de especialista dermatólogo de la red asistencial por lo que se asegura la continuidad de la atención; también proveerá

de la canasta de fármacos asociados a las consultas de tele dermatología, que serán traspasados por este servicio de Salud según las recetas dispensadas a usuarios atendidos por esta estrategia.

La comuna deberá resguardar lo siguiente:

- Disponibilidad de Horas médicas y de personal administrativo mensualmente para la ejecución de esta estrategia.
- Que el personal reciba la capacitación pertinente a la estrategia.
- Velar por el cumplimiento de las orientaciones técnicas "para la optimización de la Atención ambulatoria en la especialidad de dermatología con apoyo de telemedicina", Resolución Exenta N° 1198 del 28 de diciembre de 2015.
- Velar por el cumplimiento de los protocolos de referencia y contra referencia asegurando la continuidad de la atención.
- Envío mensual de referente de Programa Resolutividad Servicio de Salud, de programación de horas destinadas a tele dermatología.
- Que los pacientes atendidos por esta estrategia sean aquellos con mayor tiempo de antigüedad en lista de espera.
- Que los medicamentos considerados en la canasta se utilicen exclusivamente para tele dermatología, para esto se proveerá de stock crítico que posteriormente se irá reponiendo según lo utilizado.
- Se entregue un reporte mensual de fármacos utilizados y saldos disponibles.
- Una vez terminado o escindido el convenio se deberá devolver el remanente de fármacos según reporte mensual.
- Dar las facilidades pertinentes para que, cuando eventualmente se requiera, el dermatólogo pueda realizar actividades presenciales en el establecimiento.

b) **Tele oftalmología:** las prestaciones de esta estrategia están orientadas a dar cobertura a los exámenes de fondos de ojos en usuarios diabéticos, poder detectar y derivar a tiempo a los pacientes con retinopatía diabética.

El Servicio de Salud distribuirá los fondos de ojos por tele oftalmología, en los establecimientos de atención primaria de la red asistencial de manera de contribuir a aumentar la cobertura de fondo de ojo vigente en población diabética. Este aporte viene a contribuir y no reemplaza la obligatoriedad de la comuna en dar acceso a esta prestación a la población crónica cardiovascular. Para el registro de esta prestación se utilizara la plataforma RAS del Servicio de Salud Valdivia.

c) **Médico Gestor de la Demanda:** preferentemente debe ejecutar el cargo un médico de familia, su objetivo está orientado a mejorar la atención integral de los usuarios haciendo efectiva la integración de las redes asistenciales, en aspectos de referencia y contrarreferencia, de solicitud de interconsulta (SIC), exámenes diagnósticos y/o terapéuticos y toda otra necesidad de atención inter niveles mediante el uso racional de los recursos de especialidades para resolver integralmente las atenciones. Especial esfuerzos deberá realizarse en potenciar las consultorías y reuniones clínicas que aporten mejoría de capacidad diagnóstica a los equipos de salud.

Dentro de las funciones deberá:

- Manejar y difundir en la red local protocolos y flujogramas de derivación de patologías según compromisos y Requerimientos de su red.
- Tomar conocimiento, revisar y validar las SIC originadas en la microred e ingresadas al módulo de listas de espera.
- Colaborar en la reformulación de SIC mal emitidas y orientar su correcta emisión.
- Recoger y gestionar contra referencias (informes proceso diagnóstico IPD) para su seguimiento.
- Recoger las SIC no pertinentes devueltas desde especialidades y reorientar la atención de los usuarios.
- Participar en reuniones técnicas con especialistas controladores del nivel secundario.
- Liderar el proceso de gestión de solicitudes de interconsultas emitidas en el establecimiento. (Anexo N°5).

Componente 2.-

Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad: Los procedimientos realizados en esta estrategia son aquellos de baja complejidad y de corta duración, siendo lesiones benignas menores de 3 cms de diámetro. Los tipos de intervenciones a realizar se encuentran definidos en las orientaciones del programa.

La comuna deberá resguardar:

- La realización de los procedimientos en salas de procedimientos con autorización sanitaria vigente.
- Facilitar la actualización y capacitación de los médicos de APS que realizan los procedimientos.

- Los registros tanto de consentimiento informado y del procedimiento en ficha clínica del usuario. Contar con protocolos internos que resguarden la continuidad de la atención del procedimiento y seguimiento en caso de biopsias.
- * Velar por el cumplimiento del Manual de "procedimiento, registro y envío de muestra de biopsias en Salas de Procedimientos Quirúrgicos de Baja Complejidad.

El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria y cada Servicio de Salud:

En el proceso de monitoreo y evaluación es importante considerar la responsabilidad que le compete al Gestor de Red en la coordinación de la Red Asistencial. Al respecto se recomienda:

Trabajar en el Consejo Integrador de la Red Asistencial, la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando a este Consejo a los equipos técnicos de los Servicios de Salud encargados de los temas para definir claramente los criterios de referencia.

Incorporar las actividades del Programa a la planificación del establecimiento, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme demanda y oferta.

Procurar que las prestaciones realizadas por el programa efectivamente signifiquen un aumento real en la oferta de horas de especialidad y no se superpongan con actividades habituales de los prestadores, cuando dichas actividades son realizadas por los mismos profesionales del establecimiento u otro del Servicio de Salud.

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

Realizar auditorías técnicas.

- La canasta integral del componente Resolución de Especialidades Ambulatorias constituye una referencia y asegura el acceso a prestaciones requeridas. No obliga a otorgar la totalidad de las prestaciones, pues la frecuencia es referencial. En el caso de la canasta de tele dermatología esta podrá ser modificada de acuerdo a la realidad local, pero manteniendo la línea de fármacos, etc.
- Para las prestaciones realizadas por compra de servicios, el prestador deberá entregar un informe de atención al paciente y al establecimiento de salud o comuna, con el fin de que esta información quede registrada en su ficha clínica. Este informe deberá ser entregado en un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.
- En relación al Sistema de registro de este Programa, los establecimientos estarán encargados de:
 - ✓ Mantener la adecuada gestión clínico administrativa del programa.
 - ✓ Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa, que deberá ser reportado a la unidad de gestión de la información, en forma mensual.
 - ✓ 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.
 - ✓ Resguardar en la licitación de la compra de servicios de especialidad Oftalmología, dentro de las obligaciones del oferente, que en aquellas atenciones que originen una derivación para Procedimiento o Intervención Quirúrgica en el Hospital Base Valdivia, sean enviadas con la documentación correspondiente (Interconsulta u Orden de Ingreso) a Jefe SOME de dicho Establecimiento, para que sea ingresada directamente a la lista espera correspondiente, de igual modo, se deberá egresar de la lista espera del establecimientos de origen, dado que ya fue atendido por especialista de la misma región.
 - ✓ 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.
 - ✓ Cumplir con lo establecido en el manual de Proceso de registros de lista de espera no GES.
 - ✓ Cumplir con las normas de registro de egresos administrativos de lista de espera No GES.
 - ✓ Las personas que accedan a las prestaciones del programa deberán ser aquellas que se encuentren en lista de espera para la atención (registradas en repositorio nacional de lista de espera) y será en primera instancias aquellas que se encuentran en lista de espera prolongada (más de 120 días) y luego aquellas que tengan un tiempo inferior. No obstante se debe considerar el criterio de prioridad clínica cuando corresponda.



En el caso de que esta atención sea resuelta por el programa Resolutividad, el paciente egresado de la lista de espera, utilizando la causal que se indique en la norma técnica. En sistema Informático RAS Valdivia: debe ser seleccionado atención realizada por Resolutividad. En el caso de tele dermatología, debe ser seleccionado atención realizada por telemedicina.

Cada establecimiento deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, RNLE y plataforma web, según corresponda.

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

La nómina de usuarios priorizados en la atención de cada una de las estrategias del componente 1 del programa será entregada por la encargada de lista de espera No GES del Servicio de Salud, vía correo electrónico. En el caso del componente 2 del Programa cada encargado de lista de espera del establecimiento deberá extraer del sistema informático RAS los pacientes derivados a lista de espera de cirugía para su atención.

Transferencia:

Los recursos serán transferidos en dos cuotas: **70% contra resolución aprobatoria** y el **30% restante en octubre**, de acuerdo a los resultados de la 2ª evaluación.

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 **30 de abril de 2017** y envío de informe a encargado de programa del Servicio de Salud el 5 de mayo. en esta evaluación se requerirá el envío de un informe detallando las comunas en convenio, horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicios adjudicadas.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al **31 de agosto de 2017**. De acuerdo 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 50%, de acuerdo al siguiente cuadro:

COMPONENTE	ESTRATEGIA	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META ANUAL	PESO RELATIVO ESTRATEGIA	PESO RELATIVO COMPONENTE	PESO RELATIVO PROGRAMA
Especialidades Ambulatorias	Oftalmología	1. Indicador Cumplimiento de la actividad Proyectada en oftalmología	- Fórmula de cálculo (Nº de consultas realizadas por el programa/ Nº de consultas comprometidas en el programa)*100	100%	40%	40%	
		2. Indicador: % resolución de LE por consulta nueva de especialidad oftalmológica ingresada hasta 31.12.2014 Nota: considera LE comunal y en relación a diagnósticos que aborda el programa	- Fórmula de cálculo (Nº de personas en LE consulta nueva de especialidad oftalmológica con fecha de ingreso hasta 31.12.2014 existentes al 31.12.2016. Denominador: (Nº de personas en lista de espera de consulta nueva de oftalmología con fecha de ingreso al 31.12.2014 existentes al corte del 31.12.2015	60%	15%		
		3. Indicador: Cumplimiento de la actividad tecnólogo medico proyectada en UAPO (procedimiento)	- Fórmula de cálculo (Nº de procedimientos de tecnólogo medico realizadas en UAPO/Nº de procedimientos de tecnólogo medico comprometidos en UAPO) *100	100%	25%		
		4. Indicador Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología	- Fórmula de cálculo (Nº de informes de FO realizados por tele oftalmología/Nº de informes de fondo de ojo comprometidos por tele oftalmología en UAPOS) *100	100%	20%		
	Otorrinolarin-gología	5. Indicador Cumplimiento de la actividad Proyectada en	- Fórmula de cálculo (Nº de consultas realizadas por el programa/ Nº de consultas comprometidas en el	100%	25%		90%



		otorrinolaringología	programa)*100				
		6. Indicador: % resolución de LE por consulta nueva de especialidad otorrinolaringológica ingresada hasta 31.12.2014 Nota: considera LE comunal y en relación a diagnósticos que aborda el programa	- Fórmula de cálculo (N° de personas en LE consulta nueva de especialidad otorrinolaringológica con fecha de ingreso hasta 31.12.2014 existentes al 31.12.2016. Denominador: (N° de personas en lista de espera de consulta nueva de otorrinolaringología con fecha de ingreso al 31.12.2014 existentes al corte del 31.12.2015	60%	10%		
	Gastroenterología	7. Indicador Cumplimiento de la actividad Proyectada en gastroenterología	- Fórmula de cálculo (N° de consultas realizadas por el programa/ N° de consultas comprometidas en el programa)*100	100%	20%		
		8. Indicador Cumplimiento de la actividad Proyectada en teledermatología	- Fórmula de cálculo (N° de consultas realizadas por el programa/ N° de consultas comprometidas en el programa)*100	100%	25%		
	Tele dermatología	9. Indicador: % resolución de LE por consulta nueva de especialidad dermatológica ingresada (fecha convenida en programación) Nota: considera LE comunal y en relación a diagnósticos que aborda el programa	- Fórmula de cálculo (N° de personas en LE consulta nueva de especialidad dermatológicas con fecha de ingreso convenida en programación, existente al corte del 31.12.2016 Denominador: (N° de personas en lista de espera de consulta nueva de dermatología con fecha de ingreso convenida en programación, existente al corte del 31.12.2015	60%	10%	60%	
	SIC	10. Indicador Cumplimiento de SIC revisadas y gestionadas	- Fórmula de cálculo (N° de SIC revisadas por médico gestor de la demanda/ N° de SIC generadas en APS y proyectadas)*100	100%	10%		
PROC. CUTANEOS QX. DE BAJA COMPLEJIDAD	Procedimientos cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad	1. Indicador Cumplimiento de la actividad programada	- Fórmula de cálculo (N° Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados/ N° de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos)*100	100%	100%	100%	10%

En caso que no aplique una o varias metas los pesos relativos deben ponderarse de acuerdo a la estrategia o componente correspondiente.

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

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre de 2017 si es que su cumplimiento es **inferior al 50%**, de acuerdo al siguiente cuadro:

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

Porcentaje cumplimiento Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota del (30%)
50,00%	0%
Entre 40,00% y 49,99%	50%

Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%
0%	Rescindir convenio



Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

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

En el caso de comunas o establecimientos dependientes, que reciben recursos adicionales, como parte de la redistribución que se realice en octubre, tendrán plazo hasta el 31 de diciembre del año en curso, para finalizar su ejecución.

Cada Servicio de Salud deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM por parte de los establecimientos respectivos.

Se requiere el **envío mensual** de los pacientes atendidos en el programa. El envío, antes del día 5 de cada mes de planilla.

Componente UAPO, deberá remitir planilla con pacientes atendidos en forma mensual. Además, se requerirá en el último corte evaluativo envío de informe final de acciones realizadas durante el año e impacto comunal.

Indicadores

Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:

- Indicador:** Cumplimiento de la actividad proyectada en **Consulta de médico o tecnólogo Medico**

 - Fórmula de cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de Consultas realizadas por el Programa}}{\text{N}^\circ \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}} * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa.)
- Indicador:** Porcentaje de resolución de lista de espera por consulta nueva de especialidad oftalmológica ingresada hasta el 31.12.2014

 - Fórmula de cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas en LE consulta nueva especialidade oftalmológica con fecha de ingreso hasta 31.12.2014 existentes al 31.12.2016}}{\text{N}^\circ \text{ de personas en lista de espera de consulta nueva de oftalmologia con fecha de ingreso al 31.12.2014, existentes al corte del 31.12.2015}} * 100$
 - Medio de verificación: (RNLE)
- Indicador:** Cumplimiento de la actividad tecnólogo medico proyectada en **UAPO (PROCEDIMIENTO)**

 - Fórmula de cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de procedimientos de tecnólogo medico realizadas en UAPO}}{\text{N}^\circ \text{ de procedimientos comprometidas en UAPO}} * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
- Indicador:** Cumplimiento de la actividad de **Tele oftalmología**

 - Fórmula de cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de informes de fondos de ojos realizados por tele oftalmología}}{\text{N}^\circ \text{ de informes de fondos de ojo comprometidos por tele oftalmología en UAPO}} * 100$
 - Medio de verificación: (Plataforma RAS Valdivia)
- Indicador:** Cumplimiento de la actividad proyectada en **Otorrinolaringología**

 - Fórmula de cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de Consultas realizadas por el Programa}}{\text{N}^\circ \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}} * 100$



Medio de verificación: (REM / Programa)

Indicador: porcentaje de resolución de lista de espera por consulta nueva de especialidad otorrinolaringológica ingresada hasta el 31.12.2014

Fórmula de cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas en LE consulta nueva especialidad otorrinolaringología con fecha de ingreso hasta el } 31.12.2014 \text{ existentes al } 31.12.2016}{\text{N}^\circ \text{ de personas en lista de espera de consulta nueva de otorrinolaringológica com fecha de ingreso al } 31.12.2014, \text{ existentes al corte del } 31.12.2015}$

- Medio de verificación: (RNLE)

7. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en **Gastroenterología**

- Fórmula de cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de Consultas realizadas por el Programa}}{\text{N}^\circ \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}} * 100$

- Medio de verificación: (REM / Programa)

8. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de **Tele-dermatología**

- Fórmula de cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de Consultas realizadas por el Programa}}{\text{N}^\circ \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}} * 100$

- Medio de verificación: (Plataforma RAS Valdivia).

9. Indicador: porcentaje de resolución de lista de espera por consulta nueva de especialidad dermatológica ingresada hasta el 31.12.2014

- Fórmula de cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas en LE consulta nueva especialidad dermatológica con fecha de ingreso convenida en programación existente al } 31.12.2016}{\text{N}^\circ \text{ personas em LE de consulta nueva dermatológica con fecha de ingreso convenida en programación, existentes al corte del } 31.12.2015.} * 100$

- Medio de verificación: (RNLE)

10. Indicador: Cumplimiento de SIC revisadas y gestionadas

- Fórmula de cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de consultas realizadas por el programa}}{\text{N}^\circ \text{ de consultas generadas y proyectadas en el programa}} * 100$

- Medio de verificación: (Informe segundo corte/REM)

Cumplimiento del Objetivo Especifico N°2:

1. Indicador: Cumplimiento de actividad programada.

- Fórmula de cálculo: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados}}{\text{N}^\circ \text{ de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}} * 100$

- Medio de verificación: (REM / Programa)

Por su parte, el Servicio evaluará el grado de cumplimiento conforme a las metas definidas en el Programa por cada establecimiento, de acuerdo al Indicador de Cumplimiento mencionado, el cual podría presentar modificaciones de acuerdo a las Orientaciones establecidas en el Programa para el año 2017. Por tanto, se entiende que las cláusulas técnicas del presente instrumento, podrían ser modificadas de igual forma.

SÉPTIMA:

Los recursos asociados a este Programa se entregarán en dos cuotas, según se indica, los cuales permitirán financiar los gastos ejecutados desde el **01 de enero al 31 de diciembre de 2017:**

La primera cuota, correspondiente al **70%** de los fondos por un monto de **\$ 103.205.057.- (ciento tres millones doscientos cinco mil cincuenta y siete pesos)**, una vez que se encuentre totalmente tramitado el acto administrativo que aprueba el convenio entre el Servicio de Salud y la Municipalidad que ejecuta el

programa, se entregue dicho documento en el Ministerio de Salud y se recepcione la transferencia de recursos.

La segunda cuota correspondiente al 30% de los fondos por un monto de \$ 44.230.739.- (cuarenta y cuatro millones doscientos treinta mil setecientos treinta y nueve pesos), se traspasará en el mes de octubre conforme al grado de cumplimiento del Programa, de acuerdo a la evaluación señalada en la cláusula sexta y se recepcione transferencia de recursos desde el Ministerio de Salud, siendo condición necesaria para la transferencia, la entrega oportuna de los informes financieros y comprobantes de ingreso, lo anterior, de acuerdo a los requerimientos establecidos en Resolución N°30 del 11 de marzo de 2015 de la Contraloría General de la República, que se detallan en la cláusula novena del presente instrumento.

Cabe mencionar que, para las cuotas establecidas en la presente cláusula, el Servicio de Salud se compromete a transferir los recursos en el mismo mes que son recepcionados desde el Ministerio de Salud.

Los recursos mencionados serán modificados de acuerdo a la Resolución Exenta del Ministerio de Salud, que aprueba y distribuya recursos para el año 2017. Por tanto, se entiende que las cláusulas financieras del presente instrumento, deberán ser modificadas de igual forma.

OCTAVA:

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la Ley N° 19.378, la Entidad Administradora de Salud Municipal, podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa ley, o bien a honorarios acorde a lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

NOVENA:

Será responsabilidad de la Municipalidad, velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en las diferentes unidades de salud. Lo anterior, independiente de las atribuciones que le competen al Servicio de Salud Valdivia, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar, en términos aleatorios el departamento que para tales efectos se designe, instancia que contará con plenas facultades para llevar a cabo dicha fiscalización.

DÉCIMA:

La Municipalidad deberá dar cumplimiento a las normas y procedimientos establecidos por la Contraloría General de la República en Resolución N° 30 del 11 de marzo de 2015, sobre rendición de cuentas, es decir:

1. Remitir Informe Financiero Mensual de gastos al Servicio de Salud, dentro de los primeros quince (15) días hábiles del mes siguiente al de ejecución, el que deberá señalar, el monto total de los recursos recibidos a la fecha, el monto detallado de los gastos e inversiones realizadas, y el saldo disponible a la fecha.
2. La Rendición de Cuenta Final de cada Programa deberá señalar, el monto total de los recursos recibidos, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible a la fecha de finalización del convenio. En el caso de existir saldo, éste se deberá depositar en cuenta corriente del Servicio de Salud Valdivia N° 72109121054 Banco Estado y adjuntar a Rendición de Cuenta Final el comprobante de dicho depósito, salvo que en los convenios celebrados quede reflejado expresa y excepcionalmente la posibilidad que los saldos de dichos recursos serán utilizados para dar continuidad a los programas de salud, efecto para el cual se deberá celebrar el convenio complementario respectivo.
3. Remitir en un plazo máximo de 15 días a contar de la fecha de realización de la transferencia, al Subdepartamento de Recursos Financieros del Servicio de Salud Valdivia, copia del comprobante de ingreso mediante el cual, la Municipalidad recepcionó la entrega de los fondos señalados en este convenio. Por lo anterior, y con el fin de monitorear, controlar y asegurar la oportuna entrega de recursos a la Entidad Administradora de Salud Municipal (Departamento de Salud), la Municipalidad deberá adjuntar al documento anterior, copia de: Decreto de Pago Municipal y Comprobante de Ingresos del Departamento de Salud Municipal.

La Municipalidad deberá utilizar formato de "informe financiero" que entregará el Servicio de Salud Valdivia validado por Resolución Exenta N° 3332 de fecha 20 de agosto de 2015, a través del cual podrán presentar únicamente gastos pertinentes, de acuerdo a los objetivos, estrategias y/o actividades contempladas en el programa y que previo a su ejecución, hayan sido validados por el Referente Técnico del Servicio de Salud.

Sin perjuicio de lo anterior y con el objeto de velar por la correcta utilización de los recursos públicos, la Unidad de Recursos Financieros APS, del Subdepartamento de Recursos Financieros del Servicio de Salud

Valdivia, podrá realizar revisiones mensuales en terreno de forma aleatoria por programa y por municipio, de acuerdo a planificaciones trimestrales, las cuales deberán contemplar los doce municipios de la Región de Los Ríos y podrá solicitar documentación de respaldo adicional que sustente los gastos, en soporte papel o soporte electrónico.

DÉCIMA PRIMERA:

El "Servicio", podrá requerir a la "Municipalidad", los datos e informes relativos a la ejecución del "Programa" y sus estrategias, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo, sea por instancias de línea operativa como de Asesoría y Control Interno, para cuyos efectos el Municipio y establecimientos de salud relacionados deberán prestar su más amplia y oportuna colaboración.

Asimismo, el "Servicio" deberá impartir pautas técnicas y financieras para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos, estrategias y/o actividades del presente convenio.

Los Referentes Técnicos del programa, a nivel de Servicio, se reservan el derecho de rechazar todo aquel gasto que no tenga relación directa con las actividades contempladas en el convenio, o que no hayan sido previamente autorizados por el Referente Técnico del Servicio de Salud, acorde a lo estipulado en la cláusula décima.

DÉCIMA SEGUNDA:

El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este convenio se señala. Por ello, en caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados para los efectos de este convenio, esta deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución.

DÉCIMA TERCERA:

Finalizado el periodo de vigencia anual del presente convenio y en el caso que la comuna no haya cumplido con el 100% de la ejecución de los fondos del programa para el año respectivo, el Servicio procederá a solicitar a la comuna el reintegro de dichos saldos en los términos señalados en la cláusula décima.

Sin perjuicio de lo anterior, excepcionalmente y en forma fundada, las partes podrán de común acuerdo – mediante la suscripción de los actos administrativos correspondientes – utilizar estos saldos para dar continuidad por una vez durante la anualidad siguiente al cumplimiento de las metas del programa de salud materia de este convenio, el que no deberá superar a 6 meses. La petición de la utilización de estos saldos por parte de la Municipalidad para los fines antes previstos se debe realizar hasta el día 31 de octubre del año respectivo, considerándose éste, como último día de recepción de solicitudes formales.

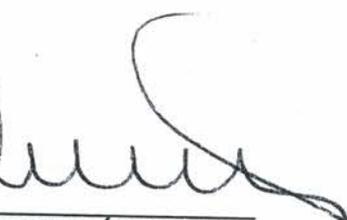
DÉCIMA CUARTA:

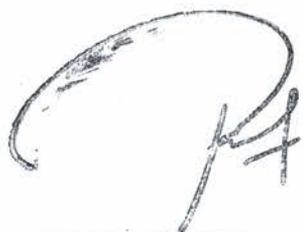
El presente convenio tendrá vigencia para su ejecución, desde el **01 de enero al 31 de diciembre de 2017** y para la entrega del informe financiero final, los primeros quince (15) días hábiles del mes siguiente.

DÉCIMA QUINTA

El presente convenio se firma en **tres ejemplares**, quedando uno en poder Oficina de Partes del Servicio de Salud, un ejemplar en la Unidad de Gestión de Recursos - Depto de Administración y Gestión de la Información y un ejemplar al Depto APS y Redes Ambulatorias ambas de la División de Integración de Redes - Subsecretaría de Redes Asistenciales. Por su parte, el Servicio de Salud se compromete a enviar copia de este documento a la Municipalidad respectiva.

En comprobante firman:



LUIS REYES ÁLVAREZ
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE RÍO BUENO


DR. PATRICIO ROSAS BARRIENTOS
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA