



DECRETO EXENTO N° 1.126
RETIRO, Mayo 27 de 2010-

VISTOS :

- 1.- El D.F.L. N° 1.3063 DE 1980, sobre traspaso de Servicios Públicos a las Municipalidades;
- 2.- Ley N° 19.378 del 13/04/95, que fija el texto del "Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal";
- 3.- Resolución Exenta N°976, del Servicio de Salud del Maule, de fecha 14/04/10, que aprueba "Convenio Programa de Resolutividad en Atención Primaria 2010".-
- 4.- Decreto Alcaldicio N° 38 de fecha 01/03/05, que nombra Director Depto., de Salud Municipal de Retiro al Sr. Darwin Maureira Tapia.
- 5.- Decreto Exento N°2520 de fecha 28/12/04, que delega atribuciones a Directores y Jefes de Unidades Municipales
- 6.- Las facultades que me confiere la Ley N°18.695 "Orgánica Constitucional de municipalidades", D.F.L. 1/2006.-

DECRETO

1.- **APRUÉBASE**, "**CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA**", que se adjunta al presente Decreto, suscrito entre el S.S.M. representado por su Director (s) Dr. Luis Felipe Puelma Calvo y la Ilustre Municipalidad de Retiro, representada por don Patricio Contreras Contreras Alcalde de la Comuna. Por un monto \$46.378.290= (cuarenta y seis millones trescientos setenta y ocho mil doscientos noventa pesos).

2.- **IMPÚTESE**, la cancelación perteneciente a la cuenta complementaria 21405, "Administración de Fondos" "Convenio Programa de Resolutividad en Atención Primaria"

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.-

DPTO. SALUD
DARWIN MAUREIRA TAPIA
DIRECTOR SALUD MUNICIPAL

PATRICIO CONTRERAS CONTRERAS
ALCALDE

GERARDO BAYER TORRES
SECRETARIO MUNICIPAL

DISTRIBUCION:

Alcaldía
Archivo Dex. Convenios y Contratos SECMUN
Unidad Control Interno
Archivo Unidad de Finanzas Salud Municipal
Archivo Personal de Salud
Carpeta Proyecto.
PCC/GBT/DMT-DIR.-

G. RAMOS
DECAFTA Y DERIVAN



SERVICIO DE SALUD DEL MAULE

DEPARTAMENTO DE SALUD	
SECRETARIA	
Minuta Ingreso N°	593
Fecha:	19 MAYO 2010
Hora:	Medio
Funcionario que escribe:	
Observaciones:	

18 May 2010
FPC: Dr. Puelma Calvo
este es el convenio

Rumi Retiro

I. MUNICIPALIDAD DE RETIRO

MINUTA 728 FECHA 18.03.10

HORA 11:00 MEDIO PC

EXENTA N° 976

TALCA, 14 Abril 2010

VISTOS Y TENIENDO PRESENTE:

Convenio "Programa de Resolutividad en Atención Primaria 2010", suscrito con fecha 22 de Marzo del 2010", entre este Servicio de Salud y la I. Municipalidad de **RETIRO**; lo dispuesto en los artículos 56 y 57 de la Ley 19.378; las facultades que me confieren los artículos 6,7 y 8 del D.S. N° 140 de 2004 del Minsal; Decreto N° 24 del 18.03.2010 del Minsal; Resolución N° 1.600 de 2008 de la Contraloría General de la República.

RESUELVO

APRUEBASE:

Convenio "Programa de Resolutividad en Atención Primaria 2010", suscrito con fecha a 22 de Marzo del 2010, entre este Servicio de Salud y la I. Municipalidad de **RETIRO**, cuyo texto es el siguiente:

CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA 2010

En Talca, a 22 de Marzo del 2010, entre el Servicio de Salud del Maule, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Uno Oriente N° 936, representado por su Director (S) **DR. LUIS FELIPE PUELMA CALVO**, Médico Cirujano, Rut. N° 7.621.688-6, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Ilustre Municipalidad de **RETIRO**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Avda. Errázuriz N° 240 Retiro, representada por su Alcalde **Don PATRICIO CONTRERAS CONTRERAS**, Profesor, RUT N° 7.390.071-9, 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° 07 del 2009, 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, enamadas 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 Atención Primaria.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 388 del 25 de Febrero

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 estrategias del "Programa de Resolutividad en Atención Primaria":

- 1)- Laboratorios básicos
- 2)- Resolución de Especialidades Ambulatorias
- 3)- Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad
- 4)- Atención domiciliaria de pacientes con discapacidad severa

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de \$46.378.290 para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior.

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

QUINTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos y metas:

1)- Componente 1: Laboratorios Básicos

El Servicio de Salud se obliga a transferir a la Municipalidad para el financiamiento de las prestaciones de laboratorio básico que otorgará a los beneficiarios legales, mensualmente por doce meses, la suma de **\$1.015** por cada beneficiario legal inscrito validado (**18.692 personas**), en los establecimientos asistenciales bajo la administración municipal. En consecuencia, el monto mensual a transferir para esta estrategia, en virtud de este convenio es de \$ 1.581.032.

2)- Componente 2: Resolución de Especialidades Ambulatorias

Nº CONSULTAS HIPOCUSIA	Nº AUDIO METRIA	Nº IMPEDANCIOMETRIA	Nº AUDIFONOS	Nº CONSULTAS SINDROME VERTIGINOSO	Nº CONSULTAS OTITIS	TOTAL \$
17	17	17	3	3	6	2.540.252
MAMOGRAFÍAS MUJERES 35 Y MAS AÑOS	TOTAL \$ MAMOGRAFIA	ECO MAMARIA MUJERES 35 Y MAS AÑOS	TOTAL \$ ECO MAMARIA	TOTAL \$		
175	2.425.500	6	68.196	2.493.696		
Nº CONSULTAS VICIOS R.	Nº LENTES	TOTAL \$				
425	510	9.929.275				
Nº ECO ABDOMINAL	TOTAL \$					

3)- Componente 3: Procedimientos Quirúrgicos Cutáneos de Baja Complejidad

Nº SALAS	Nº CIRUGIAS PROYECTADAS	TOTAL \$
1	250	4.683.247

4)- Componente 4: Atención Domiciliaria de Pacientes con Discapacidad Severa

Para el desarrollo del Programa Atención Domiciliaria a Pacientes con Discapacidad Severa, el Municipio se compromete a poner a disposición del programa el número de horas médicas, de enfermera y de técnico paramédico, junto a los insumos que sean necesarios para su buen funcionamiento.

El Servicio se compromete a traspasar la cantidad de **\$5.961.600** (cinco millones, novecientos sesenta y un mil, seiscientos pesos), para que la Municipalidad proceda al pago de los estipendios a cuidadores domiciliarios, para la atención de **24** postrados severos estimados en la comuna. Esta transferencia se efectuará de acuerdo a informe del registro mensual de cuidadores.

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

Los medios de verificación para evaluar los indicadores que dicen relación a personas atendidas y/ o personas ingresadas a control será únicamente a través de los registros de la información recogida directamente de los REM, Planilla Web, Pagina Web Postrados y de las metas acordadas entre el Servicio de Salud y la División de Atención Primaria.

La evaluación del programa se efectuará en tres etapas:

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al día 30 de Mayo.
- **La segunda evaluación**, se efectuara con corte al 30 de Agosto. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre y reasignación de los recursos.

La evaluación se realizará en forma independiente para cada Componente del Programa y cada indicador tendrá el mismo peso relativo, el cumplimiento se calculará con las metas comprometidas según proyección.

Los recursos correspondientes a los meses de Septiembre a Diciembre o la segunda cuota del 40%, para los programas con remesas duodecimales o programas con remesas con dos cuotas, respectivamente, se transferirá de acuerdo a la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por Componente	Porcentaje de Reliquidación
65%	0%
Entre 55% y 64,99%	10%
Entre 40% y 54,99%	40%
Menos del 40%	60%

- **La tercera evaluación** y final, se efectuará al 30 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones proyectadas.

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellos comunas, 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 30 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 informar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, acerca del cumplimiento del Programa y de cada uno de sus Componentes en las fechas establecidas a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. Lo anterior según el siguiente esquema:

- a) A través de página Web
- b) Ingreso al Registro Estadístico Mensual (REM)
- c) Componente de Atención Domiciliaria, subcomponente Pago a cuidadores

Detalle:

- a) A través de planilla Web

Fecha de Corte	Fecha de Información de las comunas o establecimientos dependientes a la Dirección del Servicio de Salud	Fecha de Información de las del Servicio de Salud a la Subsecretaría de Redes Asistenciales
30 de Mayo	22 Junio	30 Junio
30 de Agosto	22 Septiembre	30 Septiembre
30 de Diciembre	25 Enero	30 Enero

La información anterior, será consolidada a nivel de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y se emitirán informes de cumplimiento de acuerdo a las instrucciones que emita el Subsecretario de Redes Asistenciales. La División de Atención Primaria será responsable de revisar con cada Servicio de Salud los motivos del incumplimiento y establecer estrategias de mejora.

- b) Ingreso al Registro Estadístico Mensual (REM)

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

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

- c) Componente de Atención Domiciliaria

En el caso del subcomponente de pago a cuidadores, se debe considerar:

- Los Municipios deberán realizar el proceso de cierre de mes antes del día 5 de cada mes a través del sistema de registro de cuidadores de pacientes postrados localizado en <http://postrados.minsal.cl>. No obstante, durante los dos primeros meses del año (enero y febrero) funcionará en forma paralela a este registro, el envío de planillas a cada Servicio de Salud, con el propósito de

- Los Servicios de Salud, a su vez, deberán validar la información ingresada por las comunas realizado el cierre de mes antes del día 8 de cada mes a través del sistema de registro de cuidadores de paciente postrados localizado en <http://postrados.minsal.cl>. No obstante, durante los dos primeros meses del año (enero y febrero) funcionará en forma paralela a este registro, el envío de las planillas consolidadas al nivel central.
- Los Servicios de Salud, deben evaluar una vez al año el cumplimiento del programa mediante auditoria en domicilio del 7% de su población bajo control que recibe estipendio.

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos a los Servicios de Salud respectivos, en 12 cuotas iguales ó 2 cuotas (60% - 40%), de acuerdo la naturaleza de cada Componente, y siempre y cuando la evaluación con corte al 30 de agosto así lo amerite para la segunda cuota, tal situación se detalla en el siguiente cuadro:

Componente del Programa /Estrategia	Enero a Agosto Nº de Cuotas	Enero a Agosto Cuota 1º - 60%	Septiembre a Diciembre Cuota 2º - 40%
Laboratorios básicos	8	-	4 Cuotas mensuales, según resultado de cumplimiento evaluación del 30 de Agosto
Estrategia de Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)	8	-	4 Cuotas mensuales, según resultado de cumplimiento evaluación del 30 de Agosto
Pago a Cuidadores	8	-	4 Cuotas mensuales, según resultado de cumplimiento evaluación del 30 de Agosto
Resolución Especialidades Ambulatorias	-	60%	40%, según resultado de cumplimiento evaluación del 30 de Agosto
Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad	-	60%	40%, según resultado de cumplimiento evaluación del 30 de Agosto
Atención domiciliaria de pacientes con discapacidad severa	-	60%	40%, según resultado de cumplimiento evaluación del 30 de Agosto

I. Remesas Duodecimal, para Laboratorios Básicos, Pago de Cuidadores a Postrados y Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO), que serán transferidos al siguiente esquema:

- Las primeras remesas correspondiente a los meses de Enero a Agosto, con total tramitación de los convenios celebrados, entre el respectivo Servicio de Salud y la Municipalidad.
- Las últimas remesas correspondientes a los meses de septiembre a diciembre, estarán sujetan al cumplimiento de las metas, de acuerdo con la evaluación realiza a agosto.

II. Remesas 60% - 40%, para Resolución de Especialidades Ambulatorias, Atención

- a) La primera cuota, correspondiente al 60% del total de los recursos del convenio a la fecha de total tramitación de los convenios celebrados, entre el respectivo Servicio de Salud y los municipios, para la debida implementación de las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos señalados en el convenio.
- b) La segunda cuota, podrá corresponder a un máximo de un 40% restante del total de recursos y estará sujeta a la evaluación de cumplimiento de metas. Asimismo, el grado de cumplimiento de los indicadores, deberá ser oportunamente informado en forma consolidada por los respectivos Servicios al Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

OCTAVA: El Servicio, requerirá a la municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

NOVENA: El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría.

La Municipalidad se compromete a crear cuentas complementarias por cada una de las estrategias del Programa definidas en el presente convenio, y a ingresar los movimientos que generen estas cuentas en el Sistema Administración de Convenios, software que se encuentra disponible a través de conexión Internet en la dirección <http://www.produccion.ssmaule.cl>

DECIMA: 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. Si una vez cumplidas las metas y actividades comprometidas en este convenio se generan excedentes, la municipalidad podrá solicitar autorización por escrito al Servicio para ejecutar estos saldos; el Servicio procederá a contestar por escrito sobre lo solicitado.

DECIMA PRIMERA: 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.

La Municipalidad se obliga al cumplimiento de las disposiciones establecidas por la Contraloría General de la República, en lo particular a la resolución N° 759 del 2003; en lo que dice relación con el envío al Servicio del respectivo comprobante de ingresos de los recursos recibidos y un informe mensual de su inversión, los que deberán ser remitidos al Dpto. Recursos Financieros del Servicio.

Lo anterior, se ratifica en Ordinario N° 5574 del 10 de Diciembre del 2009, enviado a la Municipalidad.

DÉCIMA SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1 de Enero hasta el 31 de diciembre del año en curso, sin embargo se renovará automática y sucesivamente por períodos iguales si el Servicio no da aviso con treinta días de anticipación a su fecha de vencimiento, su voluntad de no perseverar en él.

Sin perjuicio de la renovación automática del convenio, mediante convenios complementarios podrán modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad en conformidad con el mismo, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sea necesario introducirle en su operación.

DECIMA TERCERA: La personería Jurídica del Dr. Luís Felipe Puelma Calvo consta en Decreto 24 de fecha 18.03.2010 del Ministerio de Salud.

La Personería de Don Patricio Contreras Contreras consta en Acta de Instalación del Consejo Municipal de Retiro del 06.12.2008.

DÉCIMA CUARTA: El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en el de la Municipalidad y los dos restantes en la del Ministerio de Salud División de Integración de Redes y Departamento de APS y Redes Ambulatorias.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



Transcribo fielmente el original
MINISTRO DE FE



DR LPC/ DR.MCH / BOG.RMC/ BTA. JMR/ NUT.CPF/cmr

DISTRIBUCIÓN:

- ⇔ Sr. Alcalde I. Municipalidad de RETIRO
- ⇔ Ministerio de Salud (División de Atención Primaria y Departamento de Asignación de Recursos de Atención Primaria)
- ⇔ Sr. Jefe Depto. de Auditoría
- ⇔ Sra. Jefa U. de Tesorería
- ⇔ Sra. Jefa Departamento Articulación y Desarrollo de la Red
- ⇔ Sr. Jefe UCRA Linares
- ⇔ Asesoría Jurídica Regional
- ⇔ Archivo
- ⇔ Oficina de Partes

CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA

En Talca, a 22 de Marzo del 2010, entre el **Servicio de Salud del Maule**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Uno Oriente N° 936, representado por su Director (S) **DR. LUIS FELIPE PUELMA CALVO**, Médico Cirujano, Rut. N° 7.621.688-6, del mismo domicilio, en adelante el "**Servicio**" y la Ilustre Municipalidad de Municipalidad **RETIRO**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Avda. Errázuriz N° 240 Retiro, representada por su Alcalde don **PATRICIO CONTRERAS CONTRERAS**, Profesor, RUT N° 7.390.071-9, 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° 07 del 2009, 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, enmarcadas 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 Atención Primaria.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 388 del 25 de Febrero del 2010, del Ministerio de Salud. Anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

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 estrategias del "Programa de Resolutividad en Atención Primaria":

- 1)- Laboratorios básicos
- 2)- Resolución de Especialidades Ambulatorias
- 3)- Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad
- 4)- Atención domiciliaria de pacientes con discapacidad severa

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de \$46.378.290 para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior.

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

QUINTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos y metas:

1)- Componente 1: Laboratorios Básicos

El Servicio de Salud se obliga a transferir a la Municipalidad para el financiamiento de las prestaciones de laboratorio básico que otorgará a los beneficiarios legales, mensualmente por doce meses, la suma de **\$1.015** por cada beneficiario legal inscrito validado (**18.692 personas**), en los establecimientos asistenciales bajo la administración municipal. En consecuencia, el monto mensual a transferir para esta estrategia, en virtud de este convenio es de \$ 1.581.032.

2)- Componente 2: Resolución de Especialidades Ambulatorias

Nº CONSULTAS HIPOCUSIA	Nº AUDIOMETRIA	Nº IMPEDANCIOMETRIA	Nº AUDIFONOS	Nº CONSULTAS SINDROME VERTIGINOSO	Nº CONSULTAS OTITIS	TOTAL \$
17	17	17	3	3	6	2.540.252
MAMOGRAFIAS MUJERES 35 Y MAS AÑOS	TOTAL \$ MAMOGRAFIA	ECO MAMARIA MUJERES 35 Y MAS AÑOS	TOTAL \$ ECO MAMARIA	TOTAL \$		
175	2.425.500	6	68.196	2.493.696		
Nº CONSULTAS VICIOS R.	Nº LENTES	TOTAL \$				
425	510	9.929.275				
Nº ECO ABDOMINAL	TOTAL \$					
110	1.797.840					

3)- Componente 3: Procedimientos Quirúrgicos Cutáneos de Baja Complejidad

Nº SALAS	Nº CIRUGIAS PROYECTADAS	TOTAL \$
I	250	4.683.247

4)- Componente 4: Atención Domiciliaria de Pacientes con Discapacidad Severa

Para el desarrollo del Programa Atención Domiciliaria a Pacientes con Discapacidad Severa, el Municipio se compromete a poner a disposición del programa el número de horas médicas, de enfermera y de técnico paramédico, junto a los insumos que sean necesarios para su buen funcionamiento.

El Servicio se compromete a traspasar la cantidad de **\$5.961.600** (cinco millones, novecientos sesenta y un mil, seiscientos pesos), para que la Municipalidad proceda al pago de los estipendios a cuidadores domiciliarios, para la atención de **24** postrados severos estimados en la comuna. Esta transferencia se efectuará de acuerdo a informe del registro mensual de cuidadores.

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

Los medios de verificación para evaluar los indicadores que dicen relación a personas atendidas y/ o personas ingresadas a control será únicamente a través de los registros de la información recogida directamente de los REM, Planilla Web, Pagina Web Postrados y de las metas acordadas entre el Servicio de Salud y la División de Atención Primaria.

La evaluación del programa se efectuará en tres etapas:

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al día 30 de Mayo.
- **La segunda evaluación**, se efectuara con corte al 30 de Agosto. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre y reasignación de los recursos.

La evaluación se realizará en forma independiente para cada Componente del Programa y cada indicador tendrá el mismo peso relativo, el cumplimiento se calculará con las metas comprometidas según proyección.

Los recursos correspondientes a los meses de Septiembre a Diciembre o la segunda cuota del 40%, para los programas con remesas duodecimales o programas con remesas con dos cuotas, respectivamente, se transferirá de acuerdo a la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por Componente	Porcentaje de Reliquidación
65%	0%
Entre 55% y 64,99%	10%
Entre 40% y 54,99%	40%
Menos del 40%	60%

- **La tercera evaluación** y final, se efectuará al 30 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones proyectadas.

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

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellos comunas, 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 30 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 informar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, acerca del cumplimiento del Programa y de cada uno de sus Componentes en las fechas establecidas a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. Lo anterior según el siguiente esquema:

- a) A través de página Web
- b) Ingreso al Registro Estadístico Mensual (REM)
- c) Componente de Atención Domiciliaria, subcomponente Pago a cuidadores

Detalle:

- a) A través de planilla Web

Fecha de Corte	Fecha de Información de las comunas o establecimientos dependientes a la Dirección del Servicio de Salud	Fecha de Información de las del Servicio de Salud a la Subsecretaría de Redes Asistenciales
30 de Mayo	22 Junio	30 Junio
30 de Agosto	22 Septiembre	30 Septiembre
30 de Diciembre	25 Enero	30 Enero

La información anterior, será consolidada a nivel de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y se emitirán informes de cumplimiento de acuerdo a las instrucciones que emita el Subsecretario de Redes Asistenciales. La División de Atención Primaria será responsable de revisar con cada Servicio de Salud los motivos del incumplimiento y establecer estrategias de mejora.

- b) Ingreso al Registro Estadístico Mensual (REM)

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

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

- c) Componente de Atención Domiciliaria

En el caso del subcomponente de pago a cuidadores, se debe considerar:

- Los Municipios deberán realizar el proceso de cierre de mes antes del día 5 de cada mes a través del sistema de registro de cuidadores de pacientes postrados localizado en <http://postrados.minsal.cl>. No obstante, durante los dos primeros meses del año (enero y febrero) funcionará en forma paralela a este registro, el envío de planillas a cada Servicio de Salud, con el propósito de permitir la actualización completa de las bases de datos comunales.
- Los Servicios de Salud, a su vez, deberán validar la información ingresada por las comunas realizado el cierre de mes antes del día 8 de cada mes a través del sistema

de registro de cuidadores de paciente postrados localizado en <http://postrados.minsal.cl>. No obstante, durante los dos primeros meses del año (enero y febrero) funcionará en forma paralela a este registro, el envío de las planillas consolidadas al nivel central.

- Los Servicios de Salud, deben evaluar una vez al año el cumplimiento del programa mediante auditoria en domicilio del 7% de su población bajo control que recibe estipendio.

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos a los Servicios de Salud respectivos, en 12 cuotas iguales ó 2 cuotas (60% - 40%), de acuerdo la naturaleza de cada Componente, y siempre y cuando la evaluación con corte al 30 de agosto así lo amerite para la segunda cuota, tal situación se detalla en el siguiente cuadro:

Componente del Programa /Estrategia	Enero a Agosto N° de Cuotas	Enero a Agosto Cuota 1° - 60%	Septiembre a Diciembre Cuota 2° - 40%
Laboratorios básicos	8	-	4 Cuotas mensuales, según resultado de cumplimiento evaluación del 30 de Agosto
Estrategia de Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)	8	-	4 Cuotas mensuales, según resultado de cumplimiento evaluación del 30 de Agosto
Pago a Cuidadores	8	-	4 Cuotas mensuales, según resultado de cumplimiento evaluación del 30 de Agosto
Resolución Especialidades Ambulatorias	-	60%	40%, según resultado de cumplimiento evaluación del 30 de Agosto
Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad	-	60%	40%, según resultado de cumplimiento evaluación del 30 de Agosto
Atención domiciliaria de pacientes con discapacidad severa	-	60%	40%, según resultado de cumplimiento evaluación del 30 de Agosto

- Remesas Duodecimal, para Laboratorios Básicos, Pago de Cuidadores a Postrados y Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO), que serán transferidos al siguiente esquema:

- Las primeras remesas correspondiente a los meses de Enero a Agosto, con total tramitación de los convenios celebrados, entre el respectivo Servicio de Salud y la Municipalidad.

- b) Las últimas remesas correspondientes a los meses de septiembre a diciembre, estarán sujetas al cumplimiento de las metas, de acuerdo con la evaluación realizada a agosto.
- II. Remesas 60% - 40%, para Resolución de Especialidades Ambulatorias, Atención Domiciliaria (Visita domiciliaria integral) y Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad, que serán transferidos de acuerdo al siguiente esquema:
- a) La primera cuota, correspondiente al 60% del total de los recursos del convenio a la fecha de total tramitación de los convenios celebrados, entre el respectivo Servicio de Salud y los municipios, para la debida implementación de las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos señalados en el convenio.
 - b) La segunda cuota, podrá corresponder a un máximo de un 40% restante del total de recursos y estará sujeta a la evaluación de cumplimiento de metas. Asimismo, el grado de cumplimiento de los indicadores, deberá ser oportunamente informado en forma consolidada por los respectivos Servicios al Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

OCTAVA: El Servicio, requerirá a la municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

NOVENA: El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría.

La Municipalidad se compromete a crear cuentas complementarias por cada una de las estrategias del Programa definidas en el presente convenio, y a ingresar los movimientos que generen estas cuentas en el Sistema Administración de Convenios, software que se encuentra disponible a través de conexión Internet en la dirección <http://www.produccion.ssmaule.cl>

DECIMA: 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. Si una vez cumplidas las metas y actividades comprometidas en este convenio se generan excedentes, la municipalidad podrá solicitar autorización por escrito al Servicio para ejecutar estos saldos; el Servicio procederá a contestar por escrito sobre lo solicitado.

DECIMA PRIMERA: 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.

La Municipalidad se obliga al cumplimiento de las disposiciones establecidas por la Contraloría General de la República, en lo particular a la resolución N° 759 del 2003; en lo que dice relación con el envío al Servicio del respectivo comprobante de ingresos de los recursos recibidos y un informe mensual de su inversión, los que deberán ser remitidos al Dpto. Recursos Financieros del Servicio.

Lo anterior, se ratifica en Ordinario N° 5574 del 10 de Diciembre del 2009, enviado a la Municipalidad.

DÉCIMA SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1 de Enero hasta el 31 de diciembre del año en curso, sin embargo se renovará automática y sucesivamente por periodos iguales si el Servicio no da aviso con treinta días de anticipación a su fecha de vencimiento, su voluntad de no perseverar en él.

Sin perjuicio de la renovación automática del convenio, mediante convenios complementarios podrán modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad en conformidad con el mismo, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sea necesario introducirle en su operación.

DECIMA TERCERA: La personería Jurídica del Dr. Luis Felipe Puelma Calvo consta en Decreto 24 de fecha 18.03.2010 del Ministerio de Salud. La Personería de don Patricio Contreras Contreras consta en Acta de Instalación del Consejo Municipal de Retiro del 06.12.2008.

DÉCIMA CUARTA: El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en el de la Municipalidad y los dos restantes en la del Ministerio de Salud División de Integración de Redes y Departamento de APS y Redes Ambulatorias.



ALCALDE



DR. LUIS FELIPE PUELMA CALVO
DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD DEL MAULE

