



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE  
 DEPTO. ASESORÍA JURÍDICA  
 SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA  
 SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL  
 DR. LLC / LMB / JUR / JAC / DR. JBS / DRA. MVZ / YKA / YKA

**CONVENIO DE EJECUCIÓN**  
**“PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA 2015”**  
**ENTRE SERVICIO DE SALUD IQUIQUE Y LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CAMIÑA.**

En Iquique a 29 de diciembre de 2014, entre el **SERVICIO DE SALUD IQUIQUE**, persona jurídica de derecho público, RUT. 61.606.100-3, con domicilio en calle Aníbal Pinto N° 815 de la ciudad de Iquique, representado por su Director (T y P) Dr. **LUIS LÓPEZ CABRERA**, chileno, Cédula Nacional de Identidad N° 9.202.553-5, del mismo domicilio del servicio público que representa, en adelante el **“SERVICIO”**, por una parte; y por la otra, la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CAMIÑA**, persona jurídica de derecho público, RUT 88.017.500-8, representada por su Alcalde Don **SIXTO GARCÍA CÁCERES**, chileno, Cedula Nacional de Identidad N° 8.229.314-0 ambos domiciliados en calle Arturo Prat S/N, Camiña, 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° 118 del 2007, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma agregando la forma en que se materializa 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, que relevan a la atención Primaria como área y pilar relevante de la salud pública, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el **“Programa de Resolutividad en Atención Primaria”**, en adelante el **“PROGRAMA”**.

El referido **“PROGRAMA”** ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1182 de fecha 26 de noviembre de 2014, 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.

Se deja establecido que para los fines del presente convenio, la **“MUNICIPALIDAD”** administra entre otros establecimientos asistenciales de atención primaria, los siguientes dispositivos de salud: CGR Camiña.

**TERCERA:** El Ministerio de Salud, a través del **“SERVICIO”**, conviene en asignar a la **“MUNICIPALIDAD”** recursos destinados a financiar todas o algunos de los siguientes componentes del **“PROGRAMA”**, que tiene por objetivo general mejorar la capacidad resolutiva de la Atención Primaria de Salud, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones de especialidad considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos y de control epidemiológico, con un enfoque de salud familiar e integral:

1. **Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias:** cuyo objetivo específico es otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad favoreciendo el acceso en forma oportuna a

especialidades de gran demanda en la Atención Primaria de Salud y que hoy en día presentan listas y tiempos de espera significativos, y que pueden ser resueltas en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria, a través de las siguientes estrategias:

1.1. Médico Gestor de la Demanda: busca mejorar la atención integral de los usuarios haciendo efectiva la integración de las Redes Asistenciales, en aspectos de referencia y contra referencia, de solicitud de interconsultas (SIC), exámenes diagnósticos y/o terapéuticos y toda otra necesidad de atención inter niveles. Se deberá potenciar las consultorías y reuniones clínicas que aporten mejoría de capacidad diagnóstica a los equipos de salud.

- Manejar y difundir en la red local, protocolos y flujogramas de derivación de patologías según compromisos y requerimientos de la red local.
- 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 IPS) para su seguimiento.
- Recoger las SIC no pertinentes devueltas desde especialidades y reorientar la atención de usuarios.
- Asegurar continuidad de la atención en la Red de salud local.

1.2. Oftalmología: orientada al diagnóstico de vicios de refracción (personas hasta 64 años), ojo rojo, tumores benignos (chalazión, pterigión) y atención integral del paciente con diabetes; se podrá incluir a personas de otras edades si existe el requerimiento local que lo amerite.

1.3. Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO): orientada al diagnóstico de vicios de refracción (personas hasta 64 años), ojo rojo, tumores benignos (chalazión, pterigión) y atención integral del paciente con diabetes; se podrá incluir a personas de otras edades si existe el requerimiento local que lo amerite; según orientaciones técnicas específicas que incluye el cambio de funciones establecidas en la Ley N° 20.470.

1.4. Tele – Oftalmología: orientadas a dar coberturas a los exámenes de fondo de ojo en usuarios diabéticos y poder detectar y derivar a tiempos a los pacientes con retinopatía diabética.

1.5. Otorrinolaringología: orientado al diagnóstico y tratamiento de hipoacusia (hasta 64 años), síndrome vertiginoso y otitis aguda (15 años y más). Se podrá incluir a personas de otras edades y con otras patologías según requerimiento local que lo amerite.

1.6. Gastroenterología: busca erradicar la infección por h.pylori, cuando se asocie a esofagitis, úlcera duodenal, úlcera gástrica, gastritis linfonodular, gastritis atrófica (personas 15 años y más), como método de detección precoz del cáncer gástrico.

1.7. Dermatología: orientadas a tratar farmacológicamente a pacientes con patologías dermatológicas, evaluadas a través de la estrategia de teledermatología.

*Las personas que accedan a las prestaciones del “PROGRAMA”, deberán ser aquellas que se encuentren en lista de espera para atención, en primera instancia aquellas que se encuentren en lista de espera prolongada (más de 120 días) y luego aquellas con tiempo inferior. No obstante, se deberá considerar el criterio de prioridad médico clínico.*

2. **Componente 2: Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad**: busca otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad, susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria:

- Disminuir progresivamente la lista de espera.
- Disminuir progresivamente los tiempos de espera.
- Incrementar el número absoluto de procedimientos resolutivos a nivel local.

**CUARTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el “SERVICIO”, conviene en asignar a la “MUNICIPALIDAD”, desde la fecha de total tramitación de la resolución aprobatoria del presente convenio, la suma anual y única de \$ 938.124 (novecientos treinta y ocho mil ciento veinticuatro pesos), para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes señalados en la cláusula anterior, financiamiento que será proporcionado por el Ministerio de Salud.

**QUINTA:** La “MUNICIPALIDAD”, está obligada a cumplir las coberturas definidas en este convenio, así como también se compromete a cumplir las acciones señaladas para las estrategias específicas.

Asimismo, está obligada a implementar y otorgar las prestaciones que corresponden a la atención primaria, señaladas en el “PROGRAMA”, para las personas válidamente inscritas en la comuna.

La “MUNICIPALIDAD”, está obligada a utilizar los recursos obtenidos según el siguiente detalle de objetivos, productos y metas específicas, en cada uno de los establecimientos señalados en la cláusula precedente:

COMPONENTE	OBJETIVO	ACTIVIDAD	CAMIÑA
			META N°
Componente N° 1 : 1.2 Oftalmología	Otorgar prestaciones de especialidad de oftalmología favoreciendo el acceso en forma oportuna en establecimientos primarios	Canastas integrales oftalmología *	22 Consultas
<b>TOTAL PROGRAMA</b>			<b>\$ 938.124</b>

(a): En base a canasta de especialidad ambulatoria (Anexo N° 1: canasta y valores 2015).

**SEXTA:** El proceso de fiscalización y evaluación del cumplimiento del presente convenio por parte del “SERVICIO”, se realizará tres veces en el año según el siguiente detalle:

- La **primera evaluación**, se efectuará con fecha 10 de junio siendo el corte al 31 de mayo de 2015.
- La **segunda evaluación** se efectuará con fecha 15 de septiembre, siendo el corte al 31 de agosto del año 2015. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la transferencia de la segunda cuota en el mes de Octubre si es que su cumplimiento es inferior al 60 % de acuerdo al siguiente cuadro:

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2ª CUOTA DEL 30%
60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%

- La **tercera evaluación** y final, se efectuará con fecha 20 de enero de 2016, siendo el corte al 31 de diciembre del año 2015, fecha en que el “PROGRAMA” deberá tener ejecutado el 100 % de los prestaciones comprometidas.

La evaluación del cumplimiento se realizará de acuerdo a los indicadores y pesos relativos:

COMPONENTE	ESTRATEGIA	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	PESO RELATIVO PROGRAMA	PESO RELATIVO COMPONENTE	PESO RELATIVO PROGRAMA	MEDIO VERIFICACIÓN
Especialidades ambulatorias	Oftalmología	1. Cumplimiento de la actividad proyectada en Oftalmología	$(N^{\circ} \text{ consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ consultas comprometidas en el Programa}) * 100$	100%	100%	100%	REM / Programa / Visita Supervisión

Los datos considerados en las evaluaciones del “PROGRAMA” serán recolectados a través del Departamento TIC e Información en Salud, mediante el sistema de “Registros Estadísticos mensuales” (REM), Rayen, SIGGES y visitas inspectoras por parte de referentes técnicos del “SERVICIO”, cuando correspondiere. Por lo anterior, la “MUNICIPALIDAD”, deberá contar con informes de detalles de fácil acceso, que respalden la información ingresada al REM y/o SIGGES y/o Rayen según corresponda.

Las unidades administrativas que no ingresen los datos de cumplimiento del “PROGRAMA”, según los plazos establecidos se consideraran con cumplimiento mínimo.

El “SERVICIO” evaluará el cumplimiento de las actividades del “PROGRAMA” y realizará recomendaciones para su correcta ejecución. Podrá realizar, asimismo, la fiscalización de recursos, mediante, visitas inspectivas, recepción de informes, y demás medios previstos por las normas y procedimientos de auditoría aceptados a través del Departamento respectivo.

**SEPTIMA:** Los recursos mencionados en la cláusula cuarta financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al “PROGRAMA”, teniendo presente la definición de objetivos, estrategias, metas e indicadores. Los recursos se entregarán en dos cuotas, de acuerdo a la siguiente manera y condiciones:

- La primera cuota, correspondiente al 70% del total de los recursos del convenio una vez aprobada la resolución exenta que aprueba el presente instrumento y en la medida que el Ministerio de Salud haya transferido los recursos al “SERVICIO”.
- La segunda cuota, corresponderá al 30% restante del total de recursos y se enviará en el mes de octubre 2015. Según resultados obtenidos en la segunda evaluación definida en la cláusula anterior.
- O de acuerdo a transferencias realizadas por el Ministerio de Salud y, dependiendo de que se haya realizado la correspondiente rendición de gasto por parte de la “MUNICIPALIDAD”.

**OCTAVA:** El “SERVICIO” 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 los efectos de este convenio, ella asumirá el mayor gasto resultante.

**NOVENA:** El “SERVICIO”, requerirá a la “MUNICIPALIDAD”, el envío de un informe financiero mensual respecto de los gastos ejecutados que deberá ser remitido al Departamento de Finanzas del “SERVICIO”. Así mismo, la “MUNICIPALIDAD” deberá preparar un informe financiero final en la siguiente fecha:

- Informe final: Fecha límite 30 de enero de 2016, el que deberá señalar, el monto total de los recursos recibidos, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible al 31 de diciembre de 2015, y en consecuencia de existir remanente, procederá a su reintegro al “SERVICIO”.

Dicho informe Financiero Final, deberá ser presentado a través de los formularios de Rendición de Cuentas que se adjuntan en los Anexos N° 2 y Anexo N° 3, los cuales deberán informar sólo gastos que tengan documentación de respaldo, y que se encuentren en estado devengado y pagado. Asimismo toda la documentación de respaldo deberá estar disponible toda vez que el “SERVICIO” así lo requiera para su auditoría en caso de ser necesario; se transcriben ambos anexos.

	<p><b>ANEXO N° 2</b>  <b>INFORME DE TRANSFERENCIAS Y RENDICIÓN DE CUENTA</b></p> <p><b>PROGRAMA:</b> _____</p>	
<p><b>SERVICIO DE SALUD:</b> _____</p> <p><b>COMUNA O ESTABLEC. :</b> _____</p> <p><b>PERIODO INFORMADO:</b> _____</p>		
<p><b>I.- IDENTIFICACIÓN DE LOS FONDOS TRANSFERIDOS AL MUNICIPIO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD</b></p>		
<p>A) INSTITUCIÓN OTORGANTE : <b>MINISTERIO DE SALUD</b></p> <p>B) FINALIDAD DE LOS FONDOS : FINANCIAMIENTO ACTIVIDADES PROGRAMA</p> <p>C) RESOLUCIÓN Y CONVENIO QUE APROBÓ LOS FONDOS: _____ :</p>		
RESOLUCION N°	FECHA	MONTO (\$)
<p><b>II.- TRANSFERENCIAS AL MUNICIPIO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN EL PERIODO</b></p>		
<p><b>A) IDENTIFICACIÓN TRANSFERENCIAS AL MUNICIPIO O ESTABLECIMIENTO, EN EL PERIODO</b></p>		
NÚMERO DE CHEQUE O EGRESO	FECHA	MONTO (\$)

<b>TOTAL TRANSFERENCIAS</b>	\$								
<b>B) SALDO POR RENDIR DEL PERIODO ANTERIOR</b>	\$								
<b>C) TOTAL A RENDIR CUENTA ( A + B )</b>	\$								
<b>III.- RENDICIÓN DE CUENTA DEL PERIODO SEGÚN RELACIÓN ADJUNTA</b>									
RENDICIÓN DE CUENTA - ANEXO N° 2	\$								
<b>IV.- SALDO POR RENDIR PARA EL PERIODO SIGUIENTE ( II - III )</b>									
SALDO POR RENDIR PARA EL PERIODO SIGUIENTE	\$								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">NOMBRE PROFESIONAL RESPONSABLE:</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td>CARGO:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>DEPENDENCIA:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>FIRMA Y TIMBRE:</td> <td></td> </tr> </table>	NOMBRE PROFESIONAL RESPONSABLE:		CARGO:		DEPENDENCIA:		FIRMA Y TIMBRE:		
NOMBRE PROFESIONAL RESPONSABLE:									
CARGO:									
DEPENDENCIA:									
FIRMA Y TIMBRE:									



**ANEXO N° 3**  
**RENDICION DE CUENTA**

PROGRAMA: \_\_\_\_\_

SERVICIO DE SALUD	:
COMUNA O ESTABLEC.	:
RESOLUCIÓN Y CONVENIO N°	:
FECHA	:
PERIODO	:

**PRESTADORES**

CHEQUE / EGRESO	BOL./FACT./CONTRATO	FECHA DE PAGO	RUT PRESTADOR	PRESTADOR DE SERVICIO	DETALLE DE RENDICION DE CUENTA	TIPO DE CONTRATO HS - CS- o CPF	MONTO BRUTO
N°	N°						
<b>SUBTOTAL GASTOS (A)</b>							\$

\*Ingresar en orden cronológico, prestadores con cargo a la glosa.

\*\*Luego ingresar en orden cronológico, prestadores cuyos servicios son pagados con cargo al Subtítulo 22 (bienes y servicios)

**PROVEEDORES**

CHEQUE / EGRESO	BOL./FACT./CONTRATO	FECHA DE PAGO	RUT PRESTADOR	PRESTADOR DE SERVICIO	DETALLE DE RENDICION DE CUENTA	TIPO DE CONTRATO HS - CS- o CPF	MONTO BRUTO
N°	N°						



conformidad a lo señalado en el presente convenio. Lo anterior según se detalla en la Ley de Bases N°19.880 artículo 52.

Mediante convenios complementarios, podrá modificarse anualmente los montos a transferir a la "MUNICIPALIDAD", en conformidad con el mismo, respecto de las prestaciones que este incluye y otros ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

**DÉCIMO TERCERA:** Finalizado el período de vigencia del presente convenio, la "MUNICIPALIDAD", deberá restituir la totalidad de los recursos transferidos no rendidos por concepto de no ejecución y/o no cumplimiento de metas incluidas en el "PROGRAMA" objeto de este instrumento.

**DÉCIMO CUARTA:** Referido a registro de información, para efectos de prestaciones y solicitud u órdenes de atención, éstas deberán ser registradas en REM, RAYEN y/o SIGGES y/o plataforma web MINSAL, según corresponda, único medio de verificación de atención de pacientes FONASA.

**DÉCIMO QUINTA:** Las partes fijan su domicilio en la comuna de Iquique, sometiéndose a la competencia de sus tribunales de Justicia.

**DÉCIMO SEXTA:** El gasto que irrogue el presente convenio se imputará al Ítem N° 24-03 298-002 Programa Reforzamiento Municipal del Presupuesto del "SERVICIO".

**DÉCIMO SÉPTIMA:** La personería del Dr. Luis López Cabrera para representar al "SERVICIO", consta en el Decreto del Ministerio de Salud N° 142 del 09 de septiembre de 2014. La representación de Don Sixto García Cáceres, para actuar en nombre de la "MUNICIPALIDAD", emana del Acto de proclamación del 04 de diciembre de 2012 de la I. Municipalidad de Camiña.

Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes.

**DÉCIMO OCTAVA:** El presente Convenio se firma en tres ejemplares, quedando uno en el poder de la "MUNICIPALIDAD", uno en poder del "SERVICIO" y uno en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud

  
**D. SIXTO GARCÍA CÁCERES**  
 ALCALDE  
 I. MUNICIPALIDAD DE CAMIÑA

  
**DR. LUIS LÓPEZ CABRERA**  
 DIRECTOR (TyP)  
 SERVICIO DE SALUD IQUIQUE