



VISTOS Y CONSIDERANDO:

- 1.- El D.S. N° 1698 de fecha 23 de Mayo de 1995, que aprueba Convenio que modifica traspaso de Establecimientos Asistenciales entre el Servicio de Salud y la I. Municipalidad de Villa Alegre;
- 2.- Lo establecido en la Ley N° 19.378 de Abril del 1995, "Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal";
- 3.- La Resolución Exenta N° 3229 de fecha 09/05/2023, que aprueba Convenio suscrito entre el Servicio de Salud del Maule y la I. Municipalidad de Villa Alegre;
- 4.- La Sesión de Instalación del Honorable Concejo Municipal, efectuada el 28 de junio de 2021, en conformidad a las sentencias de calificación de la elección y actas de proclamación de Alcaldes y Concejales, de fecha 15 de junio 2021, del Tribunal Electoral Regional del Maule;
- 5.- Las atribuciones que me otorga la Ley N° 18.695, modificada por la Ley N° 19.602 de 1999, he resuelto dictar el siguiente:

DECRETO:

Exento del Trámite de Registro

1.- **RATIFICASE Y APRUEBASE,** Convenio Programa de Salud, suscrito entre la I. Municipalidad de Villa Alegre, representado por su Alcalde Don Pablo Fuentes Vallejos y el Directora del Servicio de Salud Doña Marta Caro Andía, con el objeto de contribuir a mejorar la salud de la población beneficiaria y aumentar la eficacia en la gestión y administración local.

Res. Exenta	Fecha	Convenio
3229	09/05/2023	Convenio Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria para el año 2023.

"ANOTESE, COMUNÍQUESE AL DEPARTAMENTO COMUNAL DE SALUD, DESE COPIA A ENCARGADA DE CONVENIOS Y ARCHIVASE"



CLAUDIA BERRÍOS NILO
INGENIERO CONSTRUCTOR
MINISTRO DE FE
SECRETARIO MUNICIPAL

PFV/CBN/AMH/ecg.

DECRETO N° 820



PABLO FUENTES VALLEJOS
ALCALDE



SERVICIO DE SALUD MAULE
DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA Y PROGRAMAS DE SALUD

I. MUNICIPALIDAD DE VILLA ALEGRE			
OFICINA DE PARTES			
	DIA	MES	AÑO
ENTRADA	17	05	2023
SALIDA	18	05	2023

CESFAM "JORGE DEL CAMPO AMARO"
22 MAY 2023
RECIBIDA:
DESPACHADA:

3229

RESOLUCIÓN EXENTA Nº

INT.: 607

Fecha: 03.05.2023

TALCA,

09 MAY 2023

VISTO Y TENIENDO PRESENTE:

El **Convenio Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria 2023**, suscrito con fecha 17 de abril de 2023 entre este Servicio de Salud y la I. Municipalidad de **VILLA ALEGRE**. Resolución Exenta Nº 02 de fecha 04 de enero del 2021 que aprueba el programa y la Resolución Exenta Nº 66 de fecha 03 de febrero de 2023 que distribuye los recursos, ambas del Ministerio de Salud. Ley de Presupuesto 21.516 de fecha 20 de diciembre 2022. Las facultades que me confieren los artículos 6, 7 y 8 del D.S. Nº 140 de 2004 del MINSAL. Lo dispuesto en los artículos 56 y 57 de la Ley 19.378. Resolución Nº 7 del 2019 y Nº 14 del año 2022 ambas de la Contraloría General de la República. Decreto Afecto Nº 10 de fecha 11 de abril de 2023 del Ministerio de Salud.

CONSIDERANDO

1. Que, 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 de Salud 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 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA AÑO 2023".
2. Que, el referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta Nº 02 de fecha 04 de enero del 2021.
3. Que, con fecha 03 de febrero de 2023 el Ministerio de Salud dictó Resolución Exenta Nº 66 que distribuye los recursos para el Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria.
4. Que, en virtud de lo anteriormente expuesto y de las facultades del cargo que estoy investida, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

I.- APRUÉBASE:

El **Convenio Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria para el año 2023**, suscrito con fecha 17 de abril de 2023, entre este Servicio de Salud y la I. Municipalidad de **VILLA ALEGRE**, cuyo texto es el siguiente:

"CONVENIO PROGRAMA MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ATENCION PRIMARIA 2023"

En Talca a 17 de abril de 2023 entre el Servicio de Salud Maule, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle 5 Oriente Nº 1492, 2do piso Edificio España Talca, representado por su Directora Dra. **MARTA CARO ANDÍA**, Cirujano Dentista, RUT Nº 7.459.669-K, del mismo domicilio, o quien legalmente la reemplace, en adelante el "**Servicio**" y la Ilustre Municipalidad de **VILLA ALEGRE**, persona jurídica de derecho público domiciliado en Avenida España Nº 196, Villa Alegre, representada por su Alcalde Don **PABLO FUENTES VALLEJOS**, RUT. Nº 11.523.478-1, de ese mismo domicilio, o quien legalmente lo reemplace, en adelante la "**Municipalidad**", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA:

El artículo 49 de la Ley Nº 19.378 "Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal" establece que cada entidad de salud municipal recibirá mensualmente un aporte estatal, el cual se determinará anualmente mediante decreto fundado del Ministerio de Salud.

El artículo 56 de la citada ley, señala que con este aporte los establecimientos municipales de atención primaria cumplirán las normas técnicas, planes y programas que sobre la materia imparta el Ministerio de Salud. Además, agrega que en 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.

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 "Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria".

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 02 de fecha 04 de enero del 2021 y la Resolución Exenta N° 66 de fecha 03 de febrero de 2023 que distribuye los recursos, ambas del Ministerio de Salud, 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 los siguientes objetivos de Programa "Modelo de Atención Integral Salud Familiar y comunitaria en atención primaria":

- a) Evaluar la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, con la aplicación del "Instrumento para la evaluación y Certificación del desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria".
- b) Realizar mejoras, en base a la brecha identificada y los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en los establecimientos de atención primaria de salud.
- c) Implementar el cuidado integral según nivel de riesgo, a personas con condiciones crónicas.

CUARTA:

Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación del último acto administrativo, la suma de \$ **7.955.542**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de los objetivos señalados en la cláusula anterior.

COMUNA	ESTABLECIMIENTO	Total por establecimiento 2023
VILLA ALEGRE	CESFAM VILLA ALEGRE	\$ 3.182.219
	CECOSF LOMA DE LAS TORTILLAS	\$ 1.591.108
	PSR ESTACION	\$ 636.443
	PSR PUTAGAN	\$ 636.443
	PSR PEÑUELAS	\$ 636.443
	PSR LAGUNILLAS	\$ 636.443
	PSR ESPERANZA	\$ 636.443
	TOTAL	\$ 7.955.542

QUINTA:

La Municipalidad se compromete a utilizar los recursos transferidos para financiar los siguientes componentes:

Componente N°1

Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario.

La aplicación del instrumento de evaluación deberá realizarse cada 2 años, pudiendo realizarse anualmente si la comuna lo solicita y el Servicio de Salud cuenta con los recursos para llevar a cabo la evaluación.

Estrategias:

-Elaboración de cronograma de trabajo conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud), de 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, para aquellas comunas que incorporen nuevos centros en la evaluación del desarrollo del modelo, o aquellas que deban repetir la evaluación realizada en años anteriores de sus centros.

-En el caso que se incorporen nuevos centros: El establecimiento de salud deberá realizar su preevaluación (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 centro de salud 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.

-Las evaluaciones y/o preevaluaciones deben ser subidas a la plataforma web del programa 1 vez al año.

Componente N°2

Implementar, 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 participativa de cronograma conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud/comunidad).

-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.

-Los planes de mejora deben ser subidos a la plataforma web del programa.

En los establecimientos con continuidad del programa, es decir con inicio de ejecución año previo, la aplicación del instrumento de evaluación del desarrollo del modelo, es optativa, dado que debe seguir implementando el plan elaborado el año anterior y ajustarlo si se requiere, con un nuevo cronograma para cumplir los objetivos planteados.

Componente N°3

Implementar, el cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en los establecimientos de atención primaria de salud en coordinación con los otros niveles de atención.

Estrategias:

-Estratificar según riesgo, la población de 15 y más años beneficiaria de atención primaria, en los siguientes estratos: G0, población sana o sin condición crónica identificada; G1, con una condición crónica; G2, entre 2 a 4 condiciones crónicas; G3, con 5 o más condiciones.

-En los CESFAM definidos se incorpora la actualización del equipo de salud en herramientas para la implementación del cuidado integral centrado en las personas en cronicidad, elementos conceptuales para el automanejo, gestión de casos entre otros.

-En los CESFAM definidos se incorpora para las personas con multimorbilidad, la gestión de casos mediante profesional y técnico, el agendamiento con tiempo diferenciado, un registro único integrado para facilitar la gestión clínica, alerta de consultas en servicio de urgencia, plan de cuidados colaborativo. Todo ello con la finalidad de pasar de una atención fragmentada a un cuidado integral centrado en las personas.

-Para la población sin condición crónica o aun no diagnosticada, se fortalecen las acciones de promoción y prevención primaria anticipatorias al daño.

-Comenzar de forma paulatina con la atención de usuarios según Programación 2023.

SEXTA:

La evaluación de cumplimiento se realizará en forma global para el programa, definiendo pesos relativos por indicador.

- Indicadores de gestión y de impacto para la reliquidación del programa

Componente	Indicador	Formula	Meta	Medio verificación	Peso relativo	Peso relativo	Peso relativo	Peso relativo
Componente 1 Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario.	Porcentaje de Centros de Salud evaluados y/o autoevaluados conforme instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo en el modelo, dictado por el Minsal. Este indicador es solo para nuevos centros de salud (CESFAM, Postas de Salud Rural y Hospitales Comunitarios) incorporados o los que	Numerador: N° de centros de salud evaluados y/o autoevaluados conforme instrumentos definidos Denominador: N° de Centros de Salud comprometidos a evaluar o autoevaluar.	100% de los centros de salud comprometidos con aplicación del instrumento definido.	"Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria" aplicado al centro de salud.	Este indicador se solicita cada 2 años, por lo tanto, en el caso que se aplique este indicador, el peso relativo sería el siguiente: 20%	Cuando no aplique este indicador.	Este indicador se solicita cada 2 años, por lo tanto, en el caso que se aplique este indicador, el peso relativo sería el siguiente: 20%	Cuando no aplique este indicador.

	opcionalmente se quieran reevaluar.							
	Comunas con Resolución dictada en abril del año en curso		Comuna con convenio firmado	Plataforma de convenios	15%	25%	15%	30%
Componente 2 Implementar 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.	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 plan de mejoras.	100% de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma plan de mejora.	Informe de avances cualitativo de establecimiento, comuna, emitido por Servicio de Salud.	25%	35%	65%	70%
Componente 3 Implementar el cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en los establecimientos de atención primaria de salud en coordinación con los otros niveles de atención.	Agendamiento según nivel de estratificación.	Numerador: N° de establecimientos con agendamiento según nivel de estratificación Denominador: N° total establecimientos comprometidos.	100% de los establecimientos comprometidos con agendamiento según nivel de estratificación.	Informe de avances cualitativo de establecimiento, comuna, emitido por Servicio de Salud.	20%	20%	Cuando no aplique este indicador.	Cuando no aplique este indicador.
	Ingresos a Cuidado integral centrado en las personas con riesgo moderado o alto que cuenten con plan de cuidado integral consensuado.	Numerador: N° de ingresos a cuidado integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto que cuenten con plan de cuidado integral consensuado Denominador: N° total de ingresos a cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto.	100% de los ingresos con plan de cuidados integral.	REM A05	20%	20%	Cuando no aplique este indicador	Cuando no aplique este indicador

SEPTIMA:

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 y respecto a la planificación de las actividades considerar lo siguiente:

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

-La primera evaluación se realizará con corte al 30 de abril del año en curso: El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa a los respectivos Servicios de Salud, donde se indiquen los establecimientos de salud comprometidos para la implementación del programa, mediante la firma de convenios entre el Servicio de Salud y las Comunas correspondientes. Este informe debe ser enviado hasta el quinto día hábil del mes de mayo del año respectivo; a su vez, los Servicios de Salud deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 20 de mayo del año en curso, el informe consolidado.

Además, deberán estar realizadas en plataforma la autoevaluación por establecimiento comprometido y su plan de mejora correspondiente.

-La segunda evaluación, se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. De acuerdo a los indicadores y pesos relativos definidos en el apartado 10 Indicadores y medios de verificación del programa.

El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa a los respectivos Servicios de Salud, hasta el quinto día hábil del mes de septiembre del año respectivo; a su vez, los Servicios de Salud deberán 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.

La reliquidación se hará efectiva en el mes de octubre, si es que el cumplimiento del indicador de la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud es inferior al 60%. En tal caso, se aplicará un descuento proporcional al porcentaje de incumplimiento.

En relación a los recursos producto de la reliquidación, que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, dichos recursos podrán ser reasignados por el Servicio de Salud a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo programa.

-La tercera evaluación y final, se efectuará al 31 de diciembre del año en curso, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las acciones comprometidas.

OCTAVA:

Habiéndose cumplido las metas establecidas en el convenio y existiendo recursos disponibles producto de una eficiente gestión, estos podrán utilizarse en las estrategias y/o componentes definidos en el programa, según las necesidades de la comuna, previa autorización del referente técnico del Servicio de Salud Maule.

NOVENA:

Los recursos serán transferidos por el Servicio, en 2 cuotas (70% - 30%), la 1ª cuota contra total tramitación del último acto administrativo y la 2ª cuota en el mes de octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación del Programa y la respectiva rendición de cuenta mensual al Departamento de Finanzas del Servicio.

DECIMA:

El Servicio, requerirá de la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes especificados en la cláusula quinta de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, debiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio, a través de su referente respectivo, deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

DÉCIMA PRIMERA:

El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos transferidos a la Municipalidad, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 5º de la ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado. Sin perjuicio de lo anterior estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir **mensualmente** los recursos transferidos, los primeros quince días hábiles del mes siguiente al que se reporta, rendición que deberá contar con la aprobación del Referente Técnico y Financiero del Servicio.

El Servicio no entregará nuevos fondos, mientras la Municipalidad no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta mensual de la inversión de los fondos ya concedidos.

Asimismo, se especifica que por razones de buen servicio y por tener como objetivo este Programa, consolidar el Modelo de atención en los establecimientos de la red que hayan cumplido con los componentes ya señalados; y por tratarse de un programa de continuidad en el sentido que se desarrolla durante todo el año calendario, se deja establecido que, en la rendición de cuenta de los gastos efectuados en este programa, podrá incluirse gastos realizados, en el presente año, con anterioridad a la total tramitación del último acto administrativo, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 13 de la Resolución N° 30 de año 2015 de la Contraloría General de la República.

DÉCIMA SEGUNDA:

Finalizado el período de vigencia del presente convenio, la Municipalidad deberá restituir a la Tesorería General de la República, el valor correspondiente a la parte pagada y no ejecutada, no rendida o rechazada del Programa objeto de este instrumento, antes del 31 de enero del año siguiente, de acuerdo a lo dispuesto en la ley de presupuesto. Para estos efectos, el Departamento de Recursos Financieros del Servicio informará, mediante oficio, a la Municipalidad los montos que debe reintegrar correspondientes a las partidas señaladas en esta cláusula. La Municipalidad por su parte, deberá enviar a este Servicio, copia del comprobante de pago efectuado a la Tesorería General de la República, con la validación respectiva una vez que reintegre los fondos.

DÉCIMA TERCERA:

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 la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante, el que no podrá verse reflejado en las rendiciones respectivas.

DÉCIMA CUARTA:

El presente convenio comenzará a regir a partir de la total tramitación del último acto administrativo y se extenderá, para efectos de ejecución, hasta el 31 de diciembre del 2023. Sin perjuicio de lo anterior, la entrega de la rendición y revisión final, deberá ser realizada hasta los primeros quince días hábiles del mes de enero de 2024.

La vigencia del presente acuerdo de voluntades se extenderá hasta el completo cumplimiento de las obligaciones que de él derivan, incluyendo aquellas que deban llevarse a efecto con posterioridad al plazo fijado para su ejecución.

Déjese establecido que este convenio, podrá prorrogarse en forma automática en la medida que el presente programa y sus respectivas modificaciones o aquella que se encuentre vigente a la fecha de emisión del presente acto administrativo, cuenten con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año en curso. Para formalizar esta prórroga, el Servicio deberá dictar una resolución en la cual señale las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo.

En caso que la Municipalidad no esté de acuerdo con esta prórroga automática, podrá manifestarlo por escrito, en un plazo de 10 días hábiles contados desde la recepción de la respectiva resolución, de lo contrario se entenderá por aceptadas las nuevas condiciones.

DÉCIMA QUINTA:

El presente convenio sólo podrá ser modificado o revocado por acuerdo de las partes que lo suscriben.

DÉCIMA SEXTA:

El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio y uno en el de la Municipalidad.

DÉCIMA SEPTIMA:

La Personería Jurídica de la Dra. Marta Caro Andía, para representar al Servicio, consta en Decreto Afecto N° 10 de fecha 11 de abril de 2023 del Ministerio de Salud. La Personería Jurídica de Don Pablo Fuentes Vallejos, para representar a la I. Municipalidad de Villa Alegre, consta en Decreto Alcaldicio N° 934 del 29 de junio 2021. Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes.

II.- IMPÚTESE el gasto del Programa al subtítulo 24-03-298-002 del año 2023, de esta Dirección de Servicio.

ANOTESE Y COMUNIQUESE.


DR. RBR/MM/MCMC/NCR/LIS/JVD/ksg


DIRECTORA
DRA. MARTA CARO ANDÍA
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD MAULE

DISTRIBUCIÓN:

- ⇨ Sr. Alcalde I. Municipalidad de Villa Alegre
- ⇨ Ministerio de Salud (División Atención Primaria)
- ⇨ Archivo OF. Partes

Copia Digital:

- ⇨ Depto. de Auditoría DSSM
- ⇨ U. de Tesorería DSSM
- ⇨ Depto Jurídico DSSM
- ⇨ U.C.R.A Hospital de Linares
- ⇨ Asesor del Programa
- ⇨ Gestión de Recursos APS


Transcribo fielmente el original
MINISTRO DE FE



SERVICIO DE SALUD MAULE
DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA Y PROGRAMAS DE SALUD
CDF/JVD/AVV

"CONVENIO PROGRAMA MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ATENCION PRIMARIA 2023"

En Talca a 17 de abril de 2023 entre el Servicio de Salud Maule, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle 5 Oriente N° 1492, 2do piso Edificio España Talca, representado por su Directora Dra. **MARTA CARO ANDÍA**, Cirujano Dentista, RUT N° 7.459.669-K, del mismo domicilio, o quien legalmente la reemplace, en adelante el "**Servicio**" y la Ilustre Municipalidad de **VILLA ALEGRE**, persona jurídica de derecho público domiciliado en Avenida España N°196, Villa Alegre, representada por su Alcalde Don **PABLO FUENTES VALLEJOS**, RUT. N°11.523.478-1, de ese mismo domicilio, o quien legalmente lo reemplace, en adelante la "**Municipalidad**", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA:

El artículo 49 de la Ley N° 19.378 "Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal" establece que cada entidad de salud municipal recibirá mensualmente un aporte estatal, el cual se determinará anualmente mediante decreto fundado del Ministerio de Salud.

El artículo 56 de la citada ley, señala que con este aporte los establecimientos municipales de atención primaria cumplirán las normas técnicas, planes y programas que sobre la materia imparta el Ministerio de Salud. Además, agrega que en 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.

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 "Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria".

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 02 de fecha 04 de enero del 2021 y la Resolución Exenta N° 66 de fecha 03 de febrero de 2023 que distribuye los recursos, ambas del Ministerio de Salud, 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 los siguientes objetivos de Programa "Modelo de Atención Integral Salud Familiar y comunitaria en atención primaria":

- a) Evaluar la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, con la aplicación del "Instrumento para la evaluación y Certificación del desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria".
- b) Realizar mejoras, en base a la brecha identificada y los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario en los establecimientos de atención primaria de salud.
- c) Implementar el cuidado integral según nivel de riesgo, a personas con condiciones crónicas.

CUARTA:

Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación del último acto administrativo, la suma de \$ **7.955.542**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de los objetivos señalados en la cláusula anterior.

COMUNA	ESTABLECIMIENTO	Total por establecimiento 2023
VILLA ALEGRE	CESFAM VILLA ALEGRE	\$ 3.182.219
	CECOSF LOMA DE LAS TORTILLAS	\$ 1.591.108
	PSR ESTACION	\$ 636.443
	PSR PUTAGAN	\$ 636.443
	PSR PEÑUELAS	\$ 636.443
	PSR LAGUNILLAS	\$ 636.443

	PSR ESPERANZA	\$	636.443
	TOTAL	\$	7.955.542

QUINTA:

La Municipalidad se compromete a utilizar los recursos transferidos para financiar los siguientes componentes:

Componente N°1

Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario.

La aplicación del instrumento de evaluación deberá realizarse cada 2 años, pudiendo realizarse anualmente si la comuna lo solicita y el Servicio de Salud cuenta con los recursos para llevar a cabo la evaluación.

Estrategias:

-Elaboración de cronograma de trabajo conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud), de 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, para aquellas comunas que incorporen nuevos centros en la evaluación del desarrollo del modelo, o aquellas que deban repetir la evaluación realizada en años anteriores de sus centros.

-En el caso que se incorporen nuevos centros: El establecimiento de salud deberá realizar su preevaluación (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 centro de salud 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.

-Las evaluaciones y/o preevaluaciones deben ser subidas a la plataforma web del programa 1 vez al año.

Componente N°2

Implementar, 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 participativa de cronograma conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud/comunidad).

-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.

-Los planes de mejora deben ser subidos a la plataforma web del programa.

En los establecimientos con continuidad del programa, es decir con inicio de ejecución año previo, la aplicación del instrumento de evaluación del desarrollo del modelo, es optativa, dado que debe seguir implementando el plan elaborado el año anterior y ajustarlo si se requiere, con un nuevo cronograma para cumplir los objetivos planteados.

Componente N°3

Implementar, el cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en los establecimientos de atención primaria de salud en coordinación con los otros niveles de atención.

Estrategias:

-Estratificar según riesgo, la población de 15 y más años beneficiaria de atención primaria, en los siguientes estratos: G0, población sana o sin condición crónica identificada; G1, con una condición crónica; G2, entre 2 a 4 condiciones crónicas; G3, con 5 o más condiciones.

-En los CESFAM definidos se incorpora la actualización del equipo de salud en herramientas para la implementación del cuidado integral centrado en las personas en cronicidad, elementos conceptuales para el automanejo, gestión de casos entre otros.

-En los CESFAM definidos se incorpora para las personas con multimorbilidad, la gestión de casos mediante profesional y técnico, el agendamiento con tiempo diferenciado, un registro único integrado para facilitar la gestión clínica, alerta de consultas en servicio de urgencia, plan de cuidados colaborativo. Todo ello con la finalidad de pasar de una atención fragmentada a un cuidado integral centrado en las personas.

-Para la población sin condición crónica o aun no diagnosticada, se fortalecen las acciones de promoción y prevención primaria anticipatorias al daño.

-Comenzar de forma paulatina con la atención de usuarios según Programación 2023.

SEXTA:

La evaluación de cumplimiento se realizará en forma global para el programa, definiendo pesos relativos por indicador.

- Indicadores de gestión y de impacto para la reliquidación del programa

Componente	Indicador	Formula	Meta	Medio verificación	Peso relativo	Peso relativo	Peso relativo	Pero relativo
Componente 1 Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario.	Porcentaje de Centros de Salud evaluados y/o autoevaluados conforme instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo en el modelo, dictado por el Minsal. Este indicador es solo para nuevos centros de salud (CESFAM, Postas de Salud Rural y Hospitales Comunitarios) incorporados o los que opcionalmente se quieran reevaluar.	Numerador: N° de centros de salud evaluados y/o autoevaluados conforme instrumentos definidos Denominador: N° de Centros de Salud comprometidos a evaluar o autoevaluar.	100% de los centros de salud comprometidos con aplicación del instrumento definido.	"Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria" aplicado al centro de salud.	Este indicador se solicita cada 2 años, por lo tanto, en el caso que se aplique este indicador, el peso relativo sería el siguiente: 20%	Cuando no aplique este indicador.	Este indicador se solicita cada 2 años, por lo tanto, en el caso que se aplique este indicador, el peso relativo sería el siguiente: 20%	Cuando no aplique este indicador.
	Comunas con Resolución dictada en abril del año en curso		Comuna con convenio firmado	Plataforma de convenios	15%	25%	15%	30%
Componente 2 Implementar 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.	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 plan de mejoras.	100% de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma plan de mejora.	Informe de avances cualitativo de establecimiento, comuna, emitido por Servicio de Salud.	25%	35%	65%	70%
Componente 3 Implementar el cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en	Agendamiento según nivel de estratificación.	Numerador: N° de establecimientos con agendamiento según nivel de estratificación Denominador: N° total establecimientos comprometidos.	100% de los establecimientos comprometidos con agendamiento según nivel de estratificación.	Informe de avances cualitativo de establecimiento, comuna, emitido por Servicio de Salud.	20%	20%	Cuando no aplique este indicador.	Cuando no aplique este indicador.

los establecimientos de atención primaria de salud en coordinación con los otros niveles de atención.	Ingresos a Cuidado integral centrado en las personas con riesgo moderado o alto que cuenten con plan de cuidado integral consensuado	Numerador: N° de ingresos a cuidado integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto que cuenten con plan de cuidado integral consensuado Denominador: N° total de ingresos a cuidado Integral centrado en las personas con riesgo moderado y/o alto.	100% de los ingresos con plan de cuidados integral.	REM A05	20%	20%	Cuando no aplique este indicador	Cuando no aplique este indicador
---	--	--	---	---------	-----	-----	----------------------------------	----------------------------------

SEPTIMA:

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 y respecto a la planificación de las actividades considerar lo siguiente:

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

-La primera evaluación se realizará con corte al 30 de abril del año en curso: El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa a los respectivos Servicios de Salud, donde se indiquen los establecimientos de salud comprometidos para la implementación del programa, mediante la firma de convenios entre el Servicio de Salud y las Comunas correspondientes. Este informe debe ser enviado hasta el quinto día hábil del mes de mayo del año respectivo; a su vez, los Servicios de Salud deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 20 de mayo del año en curso, el informe consolidado.

Además, deberán estar realizadas en plataforma la autoevaluación por establecimiento comprometido y su plan de mejora correspondiente.

-La segunda evaluación, se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. De acuerdo a los indicadores y pesos relativos definidos en el apartado 10 Indicadores y medios de verificación del programa.

El informe deberá ser remitido por las comunas participantes del Programa a los respectivos Servicios de Salud, hasta el quinto día hábil del mes de septiembre del año respectivo; a su vez, los Servicios de Salud deberán 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.

La reliquidación se hará efectiva en el mes de octubre, si es que el cumplimiento del indicador de la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud es inferior al 60%. En tal caso, se aplicará un descuento proporcional al porcentaje de incumplimiento.

En relación a los recursos producto de la reliquidación, que provengan de aquellas comunas y establecimientos que no cumplan con las prestaciones y metas proyectadas, dichos recursos podrán ser reasignados por el Servicio de Salud a comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación a la fecha del corte del año en curso, en el mismo programa.

-La tercera evaluación y final, se efectuará al 31 de diciembre del año en curso, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las acciones comprometidas.

OCTAVA:

Habiéndose cumplido las metas establecidas en el convenio y existiendo recursos disponibles producto de una eficiente gestión, estos podrán utilizarse en las estrategias y/o componentes definidos en el programa, según las necesidades de la comuna, previa autorización del referente técnico del Servicio de Salud Maule.

NOVENA:

Los recursos serán transferidos por el Servicio, en 2 cuotas (70% - 30%), la 1ª cuota contra total tramitación del último acto administrativo y la 2ª cuota en el mes de octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación del Programa y la respectiva rendición de cuenta mensual al Departamento de Finanzas del Servicio.

DECIMA:

El Servicio, requerirá de la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes especificados en la cláusula quinta de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, debiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio, a través de su referente respectivo, deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

DÉCIMA PRIMERA:

El Servicio deberá velar por la correcta utilización de los fondos transferidos a la Municipalidad, en cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 5º de la ley N° 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado. Sin perjuicio de lo anterior estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir **mensualmente** los recursos transferidos, los primeros quince días hábiles del mes siguiente al que se reporta, rendición que deberá contar con la aprobación del Referente Técnico y Financiero del Servicio.

El Servicio no entregará nuevos fondos, mientras la Municipalidad no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta mensual de la inversión de los fondos ya concedidos.

Asimismo, se especifica que por razones de buen servicio y por tener como objetivo este Programa, consolidar el Modelo de atención en los establecimientos de la red que hayan cumplido con los componentes ya señalados; y por tratarse de un programa de continuidad en el sentido que se desarrolla durante todo el año calendario, se deja establecido que, en la rendición de cuenta de los gastos efectuados en este programa, podrá incluirse gastos realizados, en el presente año, con anterioridad a la total tramitación del último acto administrativo, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 13 de la Resolución N° 30 de año 2015 de la Contraloría General de la República.

DÉCIMA SEGUNDA:

Finalizado el período de vigencia del presente convenio, la Municipalidad deberá restituir a la Tesorería General de la República, el valor correspondiente a la parte pagada y no ejecutada, no rendida o rechazada del Programa objeto de este instrumento, antes del 31 de enero del año siguiente, de acuerdo a lo dispuesto en la ley de presupuesto. Para estos efectos, el Departamento de Recursos Financieros del Servicio informará, mediante oficio, a la Municipalidad los montos que debe reintegrar correspondientes a las partidas señaladas en esta cláusula. La Municipalidad por su parte, deberá enviar a este Servicio, copia del comprobante de pago efectuado a la Tesorería General de la República, con la validación respectiva una vez que reintegre los fondos.

DÉCIMA TERCERA:

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 la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante, el que no podrá verse reflejado en las rendiciones respectivas.

DÉCIMA CUARTA:

El presente convenio comenzará a regir a partir de la total tramitación del último acto administrativo y se extenderá, para efectos de ejecución, hasta el 31 de diciembre del 2023. Sin perjuicio de lo anterior, la entrega de la rendición y revisión final, deberá ser realizada hasta los primeros quince días hábiles del mes de enero de 2024.

La vigencia del presente acuerdo de voluntades se extenderá hasta el completo cumplimiento de las obligaciones que de él derivan, incluyendo aquellas que deban llevarse a efecto con posterioridad al plazo fijado para su ejecución.

Déjese establecido que este convenio, podrá prorrogarse en forma automática en la medida que el presente programa y sus respectivas modificaciones o aquella que se encuentre vigente a la fecha de emisión del presente acto administrativo, cuenten con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año en curso. Para formalizar esta prórroga, el Servicio deberá dictar una resolución en la cual señale las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo.

En caso que la Municipalidad no esté de acuerdo con esta prórroga automática, podrá manifestarlo por escrito, en un plazo de 10 días hábiles contados desde la recepción de la respectiva resolución, de lo contrario se entenderá por aceptadas las nuevas condiciones.

DÉCIMA QUINTA:


El presente convenio sólo podrá ser modificado o revocado por acuerdo de las partes que lo suscriben.

DÉCIMA SEXTA:

El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio y uno en el de la Municipalidad.

DÉCIMA SEPTIMA:

La Personería Jurídica de la Dra. Marta Caro Andía, para representar al Servicio, consta en Decreto Afecto N° 10 de fecha 11 de abril de 2023 del Ministerio de Salud. La Personería Jurídica de Don Pablo Fuentes Vallejos, para representar a la I. Municipalidad de Villa Alegre, consta en Decreto Alcaldicio N° 934 del 29 de junio 2021. Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes.



ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD VILLA ALEGRE



DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD MAULE

