

DECRETO D.A.S. N° 921

CHIGUAYANTE, 17 JUN 2014

**VISTOS:** Estos antecedentes; la Ley N°19.378, de fecha 13 de abril de 1995 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud; Decreto alcaldicio N°26 de fecha 5 de enero de 1998, que crea el Departamento de Administración de Salud Municipal de Chiguayante; el **“Convenio Programa Complementario GES APS Municipal”** de fecha 21 de febrero de 2014, suscrito por la I. Municipalidad de Chiguayante y el Servicio de Salud de Concepción; y en uso de las facultades que me confiere el D.F.L. N°1 de fecha 26 de Julio de 2006, que fija el texto refundido de la Ley N°18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades;

**DECRETO:** 1) Ratifíquese el **“Convenio Programa Complementario GES APS Municipal”** de fecha 21 de febrero de 2014, suscrito por la I. Municipalidad de Chiguayante y el Servicio de Salud de Concepción, en los términos en él indicados.

2) Déjese constancia que el Convenio referido forma parte del presente Decreto Alcaldicio.

3) Los gastos que irrogue la ejecución e implementación del presente Convenio, singularizado en el número uno de este acto administrativo, serán imputados a la cuenta N° 11550503006002, denominada "Aportes Afectados", del Presupuesto anual vigente de la Ilustre Municipalidad de Chiguayante, por concepto de aprobación del Convenio individualizado en el punto 1 de este Decreto.-

**ANÓTESE, COMUNÍQUESE, REGISTRESE Y EN SU OPORTUNIDAD, ARCHÍVESE.**



LISANDRO TAPIA SANDOVAL  
SECRETARIO MUNICIPAL



JOSE ANTONIO RIVAS VILLALOBOS  
ALCALDE

DISTRIBUCION:

- Alcaldía
- Secretaria Municipal
- Dirección Jurídica
- Dirección De Control
- Jurídico D.A.S.
- Archivo D.A.S.

JARV/LTS/JRV/IFVO/PPB/GDR/gdr





SUBDIRECCIÓN GESTIÓN ASISTENCIAL  
DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

DRA. CPJ/DRA. BCS/C.A. EGR/mh

24 MAR 2014 1726

**RESOLUCIÓN EXENTA 2.R \_\_\_\_\_ /**

**CONCEPCIÓN,**

**VISTOS:**

1. Resolución Exenta N°08 de fecha 08 de Enero de 2014 Ministerio de Salud, que aprueba Programa Complementario Ges.
2. Resolución Exenta N°46 de fecha 24 de Enero de 2014 Ministerio de Salud, que aprueba Recursos Programa Complementario Ges.
3. Convenio de fecha 21 de Febrero de 2014 de Programa Complementario Ges, celebrado entre el Servicio de Salud Concepción y la I. Municipalidad de Chiguayante.

**Y TENIENDO PRESENTE:**

1. Los artículos 22 y 23 letra h) del DFL N°1 del Ministerio de Salud que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. 2763/79, de las leyes N°18.933 y N°18.469.
2. Los artículos Art. 6 y 8 del D.S. N°140/05, del Ministerio de Salud que establece Reglamento Orgánico del Servicio de Salud.
3. Artículo 9, D.S. N°140/05 del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, que establece subrogación legal del cargo de Director.
4. Resolución Exenta 4C2/0153 de fecha 23 de Abril de 2013 que designa como Subdirectora Médica del Servicio de Salud Concepción.
5. Artículo 80, D.F.L. 29/2004, del Ministerio de Hacienda, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la ley N°18.834, sobre Estatuto Administrativo.
6. Resolución 1600/2008 de la Contraloría General de la República, que conforme a lo anterior dicto lo siguiente:

**RESOLUCIÓN:**

**1.- APRUEBASE;** convenio de fecha 21 de Febrero del 2014, celebrado entre el **SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN Y LA I. MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE**, para la Ejecución del **PROGRAMA COMPLEMENTARIO GES.**

**2.- IMPÚTESE:** el gasto que irroge el cumplimiento del presente convenio al ítem 24-03-298-02 Atención Primaria.

**ANOTESE Y COMUNIQUESE,**



**DRA. MARIA PURISHMA ALARCON BRAVO**  
**DIRECTORA SUBROGANTE**  
**SERVICIO DE SALUD CONCEPCIÓN**



RESOL. INT.2R/ 341 / 17.03.2014

**DISTRIBUCION:**

- Subdirección de Gestión Asistencial
- Depto. Finanzas SSC
- Depto. Asesoría Jurídica



**RICARDO ESPINOSA RIOS**

Lo que transcribo fielmente

MINISTRO DE FE



SUBDIRECCION GESTION ASISTENCIAL  
DPTO. ATENCION PRIMARIA EN SALUD

DRA. BCS/MAT.XVM/B.Q.PZA/C.A.EGR

## CONVENIO PROGRAMA COMPLEMENTARIO GES APS MUNICIPAL

En Concepción, a 21 de Febrero de 2014 entre el **SERVICIO DE SALUD CONCEPCION**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Rengo N° 345, representado por su Directora Subrogante **DRA. MARIA PURISIMA ALARCON BRAVO**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE**, representada por su Alcaldesa Subrogante **SRA. LISSETTE ALLAIRE SOTO**, domiciliado en calle Orozimbo Barboza N°104, Comuna de Chiguayante, 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° 94 de 20 de Diciembre de 2013, 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 de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Laboratorio Complemento GES.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N°08 de fecha 08 de Enero 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.

**TERCERA:** El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar las prestaciones que se definen en los siguientes componentes del Programa de Complementario GES:

**Componente N° 1:** Complementar exámenes de Laboratorio Básico.

**Tabla N° 1**

Problemas de Salud con GES	Nombre Examen
Epilepsia	<b>Perfil hepático:</b> Incluye: Toma de muestra, tiempo de protrombina, bilirrubina total y conjugada, fosfatasas alcalinas totales, GGT, Transaminasas GOT y CPT
	<b>Niveles plasmáticos de fármacos y/o drogas:</b> Niveles plasmáticos de alcohol, anorexígenos, antiarrítmicos, antibióticos, antidepresivos, antiepilépticos, antihistamínicos, antiinflamatorios y analgésicos, estimulantes respiratorios, tranquilizantes mayores y menores, etc.
Insuficiencia Renal Crónica Terminal	<b>Electrolitos plasmáticos:</b> Sodio, potasio, cloro
	<b>Microalbuminuria cuantitativa</b>
	<b>Creatinina cuantitativa</b>
Programa de Salud Cardiovascular	<b>Perfil lipídico</b>
	<b>Electrolitos plasmáticos</b>
	<b>Microalbuminuria cuantitativa</b>
	<b>Hemoglobina glicosilada</b>
	<b>Urocultivo en embarazadas con menos de 14 semanas de gestación</b>

**Componente N° 2:** Contratación de recurso humano con perfil administrativo en jornada de 44 horas en cada establecimiento de APS, para el registro en el sistema SIGGES de los respectivos formularios y/o las prestaciones trazadoras de los usuarios con patología GES.

**Tabla N° 2**

Nombre de Establecimientos
CESFAM PINARES CESFAM CHIGUAYANTE CESFAM LA LEONERA

**Componente N° 3:** Complementar los procesos de adquisición de medicamentos e insumos, para el tratamiento de los pacientes pertenecientes a los programas de salud mental, cardiovascular y otros. La tabla N° 2 enumera los medicamentos que se incluyen en dicho complemento.

**Tabla N° 3:** Medicamentos incluidos en el Programa Complementario GES

Problemas de Salud con GES	Nombre Medicamentos
Programa de Salud Cardiovascular	Metformina 850mg
	Glibenclamida 5mg
Programa de Salud Mental	Venlafaxina 75mg
	Sertralina 50mg
	Paroxetina 20mg

**CUARTA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, la suma anual y única de **\$60.268.159 (sesenta millones doscientos sesenta y ocho mil ciento cincuenta y nueve pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de los componentes y estrategias del "Programa Complementario Ges Aps Municipal" que se entiende forma parte integrante el Programa antes citado, luego de cumplirse los siguientes requisitos copulativos:

- Desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria
- Desde la fecha de la transferencia de recursos para el programa desde el MINSAL.
- Que la transferencia se realice en cumplimiento de fechas de programación de transferencias de recursos del Servicio de Salud Concepcion, establecidas por el Dpto. de Finanzas.

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 las siguientes actividades y metas:

**Componente N° 1:**

**Tabla N°4**

NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	NUMERO EXAMENES COMPROMETIDOS	MONTO (\$)
EPILEPSIA < 15 años y >= 15 años	PERFIL HEPATICO	96	757.440
	NIVELES PLASMATICOS	96	400.512
	<b>TOTAL</b>	<b>192</b>	<b>1.157.952</b>
PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR	ELP	428	1.163.304

PREVENCIÓN INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA TERMINAL (IRC) > =15 años	ELP	167	453.906
	MICROALBUMINURIA	1.509	3.295.656
	CREATININA CUANTITATIVA	1.509	1.647.828
	PERFIL LIPIDICO	1.509	6.994.215
<b>TOTAL</b>		<b>4.694</b>	<b>12.391.605</b>
EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA (EMP): embarazadas < 14 semanas, glicemia > 15 años, colesterol >= 40 años	UROCULTIVO	648	1.761.912
	GLICEMIA	2.666	2.636.674
	COLESTEROL	1.382	1.408.258
<b>TOTAL</b>		<b>4.696</b>	<b>5.806.844</b>
<b>TOTAL FINAL</b>		<b>15.977</b>	<b>\$ 38.283.808</b>

### Componente N° 2

Tabla N° 5

Número de Establecimientos	Número de contratos 44 horas	Total mensual c/u \$	Total \$ Anual c/u	Total comuna Anual \$
3	3	\$311.420	\$3.737.046	\$11.211.138

### Componente N° 3

Tabla N° 6

COMUNA	Sertralina (730comp)	Paroxetina (730comp)	Venlafaxina (730comp)	Total Fármacos Depresión, subtítulo 24 (\$)	Metformina 730comp	Glibenclamida 1095comp	Total Fármacos Diabetes, subtítulo 24 (\$)	Total Fármacos subtítulo 24, (\$)
CHIGUAYANTE	93.931	364.416	242.944	\$701.291	7.544.759	2.527.163	\$10.071.922	\$10.773.213

**SEXTA:** El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas en la cláusula precedente, de acuerdo al punto

**Monitoreo y Evaluación** del programa que forma parte integrante de este convenio:

#### Evaluación:

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al 31 de Agosto del año en curso.
  - **Indicador N° 1:** De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas del Programa, componente 1	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota del 40%
60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%

- **Indicador N° 2:** De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 100%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas del Programa, componente 2	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota del 40%
100,00%	0%
Entre 80,00% y 99,99%	50%
Entre 60,00% y 79,99%	75%
Menos del 60%	100%

- **Indicador N° 3:** De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento de Metas del Programa, componente 3	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota del 40%
60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%

En relación con esto último, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

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

## INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

### ▪ Cumplimiento del Objetivo Específico 1:

Indicador: Exámenes realizados por el programa para patologías GES y EMP

- Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{N° de exámenes realizados}}{\text{N° de exámenes comprometidos}} * 100$$

- Medio de verificación: Planilla Excel

### ▪ Cumplimiento del Objetivo Específico 2:

Indicador N° 2: Cumplimiento contratación de Recurso Humano, con perfil administrativo en jornada de 44 horas, contratado en cada establecimiento de APS para el registro de información en SIGGES

- Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{N° de contratos de digitador SIGGES}}{\text{N° de establecimientos comprometidos con digitador}} * 100$$

- Medio de verificación: Nómina informada por los establecimientos.

▪ **Cumplimiento del Objetivo Específico 3:**

Otorgar cobertura en la compra de medicamentos e insumos como apoyo a la atención y tratamiento de las siguientes patologías GES: diabetes mellitus 2 y depresión

Indicador N° 3: Cumplimiento de fármacos comprados por el programa para patologías GES.

- Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{Recursos comprometidos con órdenes de compra de medicamentos e insumos a la fecha de evaluación}}{\text{Recursos asignados para compra de medicamentos e insumos}} * 100$$

- Medio de verificación: Planilla Excel

**SEPTIMA:** Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas:

- a) La primera cuota, correspondiente al 60% del total de los recursos del convenio se transferirán una vez cumplidos los siguientes requisitos copulativos:
  - Desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria
  - Desde la fecha de la transferencia de recursos para el programa desde el MINSAL.
  - Que la transferencia se realice en cumplimiento de fechas de programación de transferencias de recursos del Servicio de Salud Concepcion, establecidas por el Dpto. de Finanzas

Para la debida implementación de las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos señalados en el convenio.

- b) La segunda cuota, contra el grado de cumplimiento del Programa al 31 de Agosto

**OCTAVA:** En el caso de que el Municipio se exceda de los fondos destinados por el Servicio para los efectos de este convenio, deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución de acuerdo a lo indicado por el Servicio.

**NOVENA:** El Servicio de Salud realizará un seguimiento y monitoreo técnico-financiero con una frecuencia de dos veces al año, lo que no excluye a la Municipalidad una rendición de cuenta mensual, dentro de los cinco días hábiles siguientes al mes a que corresponda, entendiéndose para estos efectos de lunes a viernes o en las fechas que la ley excepcionalmente contemple, verificando el cumplimiento de metas y de los gastos involucrados en las actividades comprometidas en este convenio, en acuerdo a las orientaciones técnicas y administrativas entregadas.

**DECIMA:** El Servicio podrá auditar aleatoriamente los programas y la correcta utilización de los fondos transferidos a través de su Departamento de Auditoria. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N°759 de 2003, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio respectivo.

**DECIMA PRIMERA:** El presente convenio tendrá vigencia desde el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre del año 2014 para los componentes N°1 y N°3, cabe mencionar que el componente N°2 tendrá vigencia desde el 01 de Julio 2014 hasta el 30 de Junio 2015, en el evento que al 15 de Noviembre del año suscrito la Municipalidad no hubiere utilizado y rendido el total de los recursos transferidos, estos saldos, siempre que no sean superiores al 30% de lo traspasado, podrán ser utilizados en actividades propias del programa, durante el primer trimestre del año 2015, es decir desde el 01 de Enero al 31 de Marzo, esto previa solicitud fundada de la Municipalidad visada por el Director de Servicio, en caso contrario los saldos deberán ser transferidos al Servicio de Salud Concepcion y posteriormente al Ministerio de Salud.

**DECIMA SEGUNDA:** El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en la Municipalidad y los dos restantes en el Ministerio de Salud; en la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.



*[Handwritten signature in blue ink]*  
SRA. LISSETE ALLAIRE SOTO  
ALCALDESA-SUBROGANTE  
I. MUNICIPALIDAD DE CHIGUAYANTE

*[Handwritten signature in black ink]*  
DRA. MARIA PURISIMA ALARCON BRAVO  
DIRECTORA SUBROGANTE  
SERVICIO DE SALUD CONCEPCION

N° INT. 2R / 256