



SERVICIO DE SALUD IQUIQUE
 SUBDIRECCION DE GESTIÓN ASISTENCIAL
 DEPTO. ASESORÍA JURIDICA
 DEPTO. FINANZAS
 DEPTO. ATENCIÓN PRIMARIA
 LLC / JBS/ LMB / JUR/ JAG/ MES / NBR

CONVENIO DE EJECUCIÓN
"PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA"
ENTRE SERVICIO DE SALUD IQUIQUE Y LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE CAMIÑA

En Iquique a 22 de diciembre de 2014, entre el 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, Cedula 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 69.251.100-k, 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 de 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 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 Atención Domiciliaria en Personas con Dependencia Severa**"; en adelante el "**PROGRAMA**".

El referido "**PROGRAMA**" ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1271 del 12 de diciembre 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 para lo fines del presente convenio, que 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 todos o algunos de los siguientes componentes del "**PROGRAMA**".

1. Componente 1: Pago a cuidadores de personas con Dependencia Severa: Retribuye monetariamente a la persona que realiza la labor de "Cuidador" de personas con Dependencia Severa y que cumpla con criterios de inclusión y compromisos adquiridos, definidos en el "**PROGRAMA**", anexo al presente convenio.

Criterios de Inclusión para la entrega de Apoyo Monetario a Cuidadores:

1. Que, el usuario presente dependencia severa (beneficiario), para realizar las actividades de la vida cotidiana, según Índice de Barthel, menor o igual a 35 puntos según escala (se adjunta escala en Programa)
2. Que, el beneficiario esté inscrito en su Centro de Salud.
3. Ser beneficiario de Fonasa A o B, o clasificado en alguna de las siguientes alternativas:
 - a) Ficha Protección Social con un puntaje igual o menor a 8500 puntos.
 - b) Pertenecer al Programa Chile Solidario
 - c) Ser beneficiario de una pensión asistencial (PASIS)

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 **\$ 1.798.488 (Un millón setecientos noventa y ocho mil cuatrocientos ochenta y ocho 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 correspondan 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:

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº Cupos/Mes	MONTO (\$)
1	COMPONENTE Nº 1	Pago a cuidadores de personas con dependencia severa	6	\$ 24.979 mensual por persona
Total Componente Nº 1			1	\$ \$ 1.798.488 total anual

Dichas actividades se ejecutarán en los establecimientos dependientes de la "**MUNICIPALIDAD**", individualizados en la cláusula segunda.

SEXTA: El proceso de fiscalización y evaluación del cumplimiento del presente convenio por parte del "SERVICIO", se realizará tres veces en el año, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación, según el siguiente detalle:

- **La Primera Evaluación**, se efectuará con fecha 15 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 a lo siguiente:

Componente N° 1. Pago a Cuidadores de Personas con Dependencia Severa: con la información registrada en plataforma web al 31 de Agosto de 2015, se verificarán los cupos asignados inicialmente a las comunas, en función de los utilizados a este corte. En caso de detectar déficit o superávit, se realizará el ajuste correspondiente de acuerdo a los recursos disponibles, los que se reflejarán en las transferencias a partir del mes de Octubre. Para realizar este ajuste, se mantendrán cupos fijos, para los meses de **Septiembre a Diciembre de 2015**, de acuerdo a la información de esta segunda evaluación (mes de Agosto). Lo anteriormente señalado se informará oportunamente al Servicio de Salud.

- **La Tercera evaluación y final**, se efectuará con fecha 15 de enero 2016, siendo el corte al 31 de diciembre del año 2015, fecha en que el "PROGRAMA" deberá tener ejecutado el 100 % de las prestaciones comprometidas.

El grado de incumplimiento anual, tanto en el registro de datos de cumplimiento del "PROGRAMA", como el retraso en registro en página WEB, serán considerados para la asignación de recursos del año siguiente.

En relación al Sistema de registro de este "PROGRAMA", la "MUNICIPALIDAD", está obligada a:

- Mantener un registro ruficado de las personas atendidas en el "PROGRAMA". El cual debe ser enviado al Servicio de Salud en forma mensual, para la validación de la información ingresada a la página WEB del Programa, al correo electrónico de la Referente Técnico del Programa, nury.basly@redsalud.gov.cl
- Mantener actualizado mensualmente registro en página web: <http://discapacidad-severa.minsal.cl>
- El proceso de cierre mensual, se debe realizar el día 5 de cada mes, por cada comuna y/o establecimiento de salud, a través del sistema de registro de cuidadores de pacientes con dependencia severa en <http://discapacidad-severa.minsal.cl>.
- La información de prestaciones realizadas deberá estar ingresada en REM A26 y REM P3, a la fecha de cierre del Departamento TIC e Información en Salud.

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Indicadores Atención Domiciliaria a Pacientes con Dependencia Severa, para realizar monitoreo del Programa:

NOMBRE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	M. de VERIFICACIÓN
Población con Dependencia Severa atendidos en el Programa por tipo de paciente, sexo y edad.	Existencia al corte de la población bajo control por sexo y edad.		REM P3
Porcentaje de pacientes con escasas	(Nº de pacientes escasos beneficiarios del Programa.)	(Número de personas atendidas en el Programa)*100	REM P3
Porcentaje de cuidadores capacitados del Programa.	(Nº de cuidadores capacitados del Programa)	(Nº total de cuidadores del Programa)*100	REM P3
Porcentaje de visitas domiciliarias integrales.	(Nº de visitas realizadas en domicilio a beneficiarios del Programa)	(Nº de visitas programadas en domicilio a beneficiarios del programa)*100	REM A26

Indicadores Atención Domiciliaria a Pacientes con Dependencia Severa, para realizar la evaluación con efectos de redistribución:

COMPONENTE	NOMBRE INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	M. de Verificación
Pago a cuidadores de personas con Dependencia Severa	La información registrada en plataforma web, al 31 de Agosto de 2015, con la cual se verificarán los cupos asignados inicialmente a las comunas, en función de los utilizados a este corte. En caso de detectar déficit o superávit, se realizará el ajuste correspondiente de acuerdo a los recursos disponibles, los que se reflejarán en las transferencias a partir del mes de Octubre. Para realizar este ajuste, se mantendrán cupos fijos, para los meses de Septiembre a Diciembre de 2015 , de acuerdo a la información de este corte (mes de Agosto). Lo anteriormente señalado se informará oportunamente a cada Servicio de Salud.			- Cupos registrados en página WEB: http://discapacidad-severa.minsal.cl - Cupos asignados: Registro Programa

Los datos considerados para evaluaciones del "PROGRAMA" serán recolectados por el Departamento TIC e Información en Salud mediante el sistema de "Registros Estadísticos Mensuales" (REM), RAYEN, SIGGES y visitas inspectivas 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.

La planilla Rutificada de Control de Pacientes 2015 utilizada como medio de verificación de los indicadores, así como su instructivo, forman parte del Anexo N° 1 de este Convenio. Esta deberá ser enviada al "SERVICIO" todos los días 5 de cada mes. (Referente técnico Sra. Nury Basly Rojas nury.basly@redsalud.gov.cl) Se transcribe a continuación Anexo N°1.

REGISTRO DEL CUADRO DOMICILIARIO DE PERSONAS DE TODA EDAD POSTRASADAS CON DEPENDENCIA SEVERA O PERDIDA DE AUTONOMIA															
ESTABLECIMIENTO	COMUNA				DIRECCION	SITUACION	PERIODO	INICIALES	MUNICIPALIDAD			VALOR	TALLER	ESTADO	ALMACEN
	ESTABLECIMIENTO								MUNICIPALIDAD						
	APELLIDOS	NOMBRES	EDAD	SEXO					APELLIDOS	NOMBRES	EDAD				

Las unidades administrativas que no ingresen los datos de cumplimiento del "PROGRAMA", según los plazos establecidos se considerarán 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.

SÉPTIMA: Los recursos serán transferidos por el "SERVICIO" en 12 cuotas iguales, una vez aprobada la resolución exenta que aprueba el presente instrumento, en la medida que el Ministerio de Salud haya transferido los recursos al "SERVICIO" y dependiendo de que se haya realizado la correspondiente rendición financiera de parte de la "MUNICIPALIDAD". Sin embargo, se realizará una evaluación al 31 de Agosto con la información registrada en la plataforma web, con la cual, se verificarán los cupos asignados inicialmente a las comunas, en función de los utilizados a este corte. En caso de detectar déficit o superávit, se realizará el ajuste correspondiente de acuerdo a los recursos disponibles, los que se reflejarán en las transferencias a partir del mes de Octubre. Para realizar este ajuste, se mantendrán cupos fijos, para los meses de Septiembre a Diciembre, de acuerdo a la información de este corte.

Asimismo respecto de las transferencias de recursos, el "SERVICIO" deberá verificar a lo menos trimestralmente en la comuna, el correcto pago a los cuidadores de las personas con dependencia severa, en cuanto a valores pagados y oportunidad en la entrega del beneficio. En caso de detectar inconformidades en dichas verificaciones, el "SERVICIO" tendrá la facultad de retener los pagos mensuales, hasta que la comuna regularice su situación.

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, 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.

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 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 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:

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

II.- TRANSFERENCIAS AL MUNICIPIO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD, EN EL PERIODO

A) IDENTIFICACIÓN TRANSFERENCIAS AL MUNICIPIO O ESTABLECIMIENTO, EN EL PERIODO

NÚMERO DE CHEQUE O EGRESO	FECHA	MONTO (\$)
TOTAL TRANSFERENCIAS		\$

B) SALDO POR RENDIR DEL PERIODO ANTERIOR

\$

C) TOTAL A RENDIR CUENTA (A + B)

\$

III.- RENDICIÓN DE CUENTA DEL PERIODO SEGÚN RELACIÓN ADJUNTA

RENDICIÓN DE CUENTA - ANEXO Nº 3

\$

IV.- SALDO POR RENDIR PARA EL PERIODO SIGUIENTE (II - III)

SALDO POR RENDIR PARA EL PERIODO SIGUIENTE

\$

NOMBRE PROFESIONAL RESPONSABLE:	
CARGO:	
DEPENDENCIA:	
FIRMA Y TIMBRE:	



ANEXO Nº 3
RENDICION DE CUENTA

PROGRAMA: _____

SERVICIO DE SALUD : _____
 COMUNA O ESTABLEC. : _____
 RESOLUCIÓN Y CONVENIO Nº : _____
 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
Nº	Nº						
SUBTOTAL GASTOS (A)							\$

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 "Reforzamiento Municipal del Presupuesto del Servicio de Salud Iquique".

DÉCIMO SÉPTIMA: Déjese constancia que la personería del Dr. Luis López Cabrera para representar al Servicio de Salud de Iquique, consta en el Decreto del Ministerio de Salud N°142/2014 del Ministerio de Salud. La representación de don Sixto García Cáceres para actuar en nombre de la Municipalidad de Camiña, emana del Acto de proclamación del 04-12-2012 de la Municipalidad de Camiña. Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes.

DÉCIMO OCTAVA: El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando uno en poder del "SERVICIO", uno en la "MUNICIPALIDAD" y el restante en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.

