

MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
Secretaría Municipal

APRUEBA CONVENIO SUSCRITO ENTRE
LA I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
Y EL SERVICIO DE SALUD METROPOLI-
TANO NORTE.-

17 FEB 2015

CONCHALI,

DECRETO EXENTO N° 1991

LA ALCALDIA DECRETO HOY:

VISTOS: Prov. N° 1.106; Convenio de fecha 29.12.2014, suscrito con el Servicio de Salud Metropolitano Norte; Resolución Exenta N° 2702, del 31.12.2014, de dicho Servicio; Certificado Presupuestario N° 124 de 11.02.2015 del Jefe Rentas y Finanzas; y TENIENDO PRESENTE las facultades y atribuciones que me confiere la Ley N°18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades,

DECRETO:

APRUEBASE el Convenio de fecha 29 de Diciembre de 2014, suscrito entre la I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALI, representada por su Alcalde Sr. CARLOS SOTTOLICHIO URQUIZA, por una parte y por la otra el SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE, representado por su Director (S) Dr. EDUARDO SENDRA ARRATIA, 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 ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ATENCION PRIMARIA”.

El Ministerio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria del presente instrumento, la suma anual y única de \$ 23.271.799.-, suma que la Municipalidad distribuirá en los centros de salud familiar, que se indican:

- CESFAM Juanita Aguirre \$ 5.283.093.-
- CESFAM Symon Ojeda \$ 5.593.225.-
- CESFAM Alberto Bachelet \$ 6.835.571.-
- CESFAM Lucas Sierra \$ 5.559.910.-

El presente convenio forma parte de este decreto.

IMPUTACION: 05.03.006.002.078 “Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en atención primaria”.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y TRANSCRIBASE el presente Decreto a los Departamentos Municipales, hecho ARCHIVESE.


 SECRETARIA MUNICIPAL
 (S)
 ALICIA TORO YAÑEZ
 * Secretaria Municipal (S)


 ALCALDE Subrogante
 DANIEL BASTIAS FARIAS
 * Alcalde de Conchalí (S)


 MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
 DIRECTOR (S)
 DIRECC. DE CONTROL

DBE/ATY/jqa.
TRANSCRITO A:
 Control - Jurídico
 SECPLA - Finanzas - CORESAM
 Servicio de Salud Metropolitano Norte
O.P.I.R. - Sec. Municipal - Art. 7° letra g) Ley N° 20.285/

Finanzas - Iten

D 363574
1106

Secmuv

002702 31.12.2014



Dirección
Asesoría Jurídica
N° 2570 31/12/14

REF: 1511/2014.-
CHM/rrm

RES. EX. N° _____/

SANTIAGO,

09 FEB. 2015
Ag: 28 M...



VISTOS : Memorandum N° 719 del 23 de Diciembre de 2014 de la Jefa (S) del Sudepto de Atención Primaria enviado a la Jefa de Asesoría Jurídica, solicitando la elaboración de convenios correspondientes al **Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar en Atención Primaria** de las comunas que indica; Resolución Exenta N° 1220 del 02 de Diciembre de 2014 del MINSAL que aprueba Programa Modelo de Atención con Enfoque Familiar en Atención Primaria; Correo del 17 de Diciembre de la Jefa del Subdepto de Atención Primaria enviando distribución de Recursos para el año 2015 de dicho Programa; Memorando N° 2278 del 30 de Diciembre de 2014 enviado a la Jefa del Subdepto de Atención Primaria remitiendo convenios para la firma de los alcaldes de las comunas que señala; y en uso de las facultades que me confieren los artículos 23° del D.F.L.

I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
CORRESPONDENCIA
1º FEB 2015
RA:
RENTAS Y FINANZAS

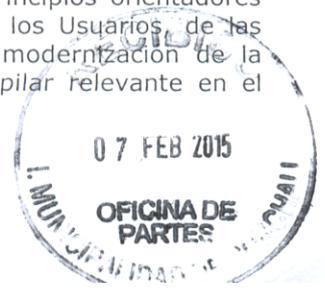
1.- Apruebase el siguiente convenio suscrito entre la **I. Municipalidad de Conchali** y el **Servicio de Salud Metropolitano Norte** correspondiente al **Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria**:

En Santiago a **29 de Diciembre de 2014**, entre el **Servicio de Salud Metropolitano Norte**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Maruri N° 272, Comuna de Independencia, representado por su Director (S) **DR. EDUARDO SENDRA ARRATIA**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Conchalí** persona jurídica de derecho público, domiciliada en Avenida Independencia N° 3499, representada por su **Alcalde D. CARLOS SOTTOLICHIO URQUIZA** de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad ", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 94 del 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, 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° 1220 del 02 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.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa:

➤ **Componente N° 1:** Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en todos los CESFAM comunales

➤ **Componente N° 2:** Implementar mediante, mediante la asignación y entrega de recursos financieros, un plan de mejora, sobre la base y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimiento de atención primaria de la Comuna.

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 de la Resolución aprobatoria del presente instrumento, la suma anual y única de **\$23.271.799 (veintitrés millones doscientos setenta y un mil setecientos noventa y nueve pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior, suma que la Municipalidad distribuirá en los Centros de Salud Familiar que a continuación se indica, de la siguiente forma:

• CESFAM Juanita Aguirre	\$ 5.283.093.-
• CESFAM Symon Ojeda	\$ 5.593.225.-
• CESFAM Alberto Bachelet	\$ 6.835.571.-
• CESFAM Lucas Sierra	\$ 5.559.910.-

La Municipalidad 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: La Municipalidad se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar el objetivo general del Programa:

* Consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud y reconocer el esfuerzo del equipo de salud y la comuna a través de la entrega de un estímulo financiero anual, a aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el Programa: evaluación, programación y realización de acciones orientadas a materializarlo.

SEXTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme al objetivo definido en la cláusula precedente, de acuerdo al punto VII. Monitoreo y Evaluación del Programa, que forma parte integrante de este convenio y contempla además el monitoreo del plan de trabajo contenido en documento Anexo, el cual debe estar cumplido en al menos el 60% para la transferencia de la 2ª cuota a que se refiere la letra b) de la cláusula séptima del presente instrumento.

Se realizarán tres evaluaciones durante la ejecución del Programa:

a) **La primera evaluación** se realizará con corte al 30 de Mayo: el informe deberá ser remitido al Servicio hasta el 5º día hábil del mes de Junio, a su vez el Servicio deberá remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, hasta el 16 de Junio, el informe consolidado, respecto de la Comunas de su ámbito territorial participantes del Programa.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación el Servicio hará las orientaciones y acciones que corresponda para favorecer la óptima implementación del Programa, emitiendo informe al Ministerio de Salud, con el informe de resultados de evaluación y los planes de mejora por establecimiento y comuna, diseñados para disminuir las brechas de instalación del Modelo, mejorar, adecuar y renovar su gestión.

b) **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de Agosto del año en curso, de acuerdo a los indicadores y peso relativo definidos en el punto VII indicadores y medios de verificación.

El informe deberá ser remitido al Servicio hasta el 5º día hábil del mes de Septiembre, a su vez el Servicio deberá remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, hasta el 16 de Septiembre, el informe consolidado, respecto de la Comunas de su ámbito territorial participantes en el Programa.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación el Servicio hará las orientaciones y acciones que correspondan para favorecer la óptima implementación del Programa, emitiendo el informe al Ministerio de salud, conjuntamente con el informe de resultados.

Conforme 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	Porcentaje de descuento de recursos 2ª cuota del 30%
≥ 60,00%	0 %
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50 %
Entre 30,00 y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%

c) **La tercera evaluación** y final se efectuará al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las acciones comprometidas.

La evaluación del cumplimiento se realizará en forma global para el Programa, por tanto todos los indicadores tendrán el mismo peso relativo, independiente del componente a que corresponda.

Indicadores de gestión y de impacto para la reliquidación del Programa

Componente	Indicador	Formula	Meta	Medio Verificación	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 conforme instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo, dictado por el Ministerio de Salud	Numerador: Nº de Centros de Salud evaluados conforme instrumento definido Denominador: Nº de Centros de Salud comprometidos a evaluar	100% de los CESFAM 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 CESFAM	50%
Componente 2 Elaborar propuesta e implementar plan de mejora	Mejoras implementadas en los establecimientos de atención primaria, conforme a cronograma	Numerador: Nº de Actividades del cronograma plan de mejora realizadas. Denominador: Nº de actividades comprometidas según cronograma en plan de mejoras	100 de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de plan de mejora	Informe de avances cuali-cuantitativo de establecimiento, comuna, emitido por el Servicio	50%

SEPTIMA:

Los recursos serán transferidos por el Servicio, en 2 cuotas.

- a) La primera cuota, correspondiente al 70% del total de los recursos se transferirá una vez que se encuentre totalmente tramitada la resolución aprobatoria del presente instrumento.
- b) La segunda cuota por el 30%% restante en Octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el punto VII del Programa.

OCTAVA:

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

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

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.

DECIMA: 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.

DÉCIMOPRIMERA: El presente convenio tendrá vigencia a partir del 01 de Enero de 2015, previa la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba y hasta el 31 de diciembre de 2015.

DECIMOSEGUNDA: La personería del Dr. Eduardo Sendra Arratia consta del Decreto N° 238 del 05 de Agosto de 2008, del Ministerio de Salud y la de D. Carlos Sottolichio Urquiza consta de Acta de Proclamación del Primer Tribunal Electoral de la Región Metropolitana de fecha 30 de noviembre de 2012

DÉCIMOTERCERA: El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio, uno en el de la Municipalidad y los dos restantes en el Ministerio de Salud, División de Atención Primaria y Departamento Gestión de Recursos Financieros APS.

2.- El gasto que irroge la presente Resolución se imputará al Item 24-03-298 del Presupuesto del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

ANOTESE Y COMUNIQUESE




SRA. CONSUELO NAVARRO DUARTE
DIRECTORA (S)
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

DISTRIBUCION:

- Dirección SSMN
- División Atención Primaria, MINSAL (2 convenios)
- **I. Municipalidad (1 convenio)**
- Subdirección Gestión Asistencial
- Subdepto. Atención Primaria SSMN
- Subdepto. Finanzas
- Asesoría Jurídica
- Partes.


Transcribe Fielmente
MINISTRO DE FE

TRANSCRITO FIELMENTE

MINISTRO DE FE
CARLOS CAÑETE SILVA



Dirección
Asesoría Jurídica
N° 2237 .-
REF.: 1511/2014
ESA/CND/GCG/CNM



CONVENIO PROGRAMA MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA

En Santiago a **29 de Diciembre de 2014**, entre el **Servicio de Salud Metropolitano Norte**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Maruri N° 272, Comuna de Independencia, representado por su Director (S) **DR. EDUARDO SENDRA ARRATIA**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Conchalí** persona jurídica de derecho público, domiciliada en Avenida Independencia N° 3499, representada por su **Alcalde D. CARLOS SOTTOLICHIO URQUIZA** de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA:

Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 94 del 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, 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° 1220 del 02 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.

TERCERA:

El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa:

- **Componente N° 1:** Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de



DEPTO.
JURIDICO
CORESAM



Salud Familiar y Comunitaria en todos los CESFAM comunales

➤ **Componente N° 2:** Implementar mediante, mediante la asignación y entrega de recursos financieros, un plan de mejora, sobre la base y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimiento de atención primaria de la Comuna.

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 de la Resolución aprobatoria del presente instrumento, la suma anual y única de **\$23.271.799 (veintitrés millones doscientos setenta y un mil setecientos noventa y nueve pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior, suma que la Municipalidad distribuirá en los Centros de Salud Familiar que a continuación se indica, de la siguiente forma:

- **CESFAM Juanita Aguirre** \$ 5.283.093.-
- **CESFAM Symon Ojeda** \$ 5.593.225.-
- **CESFAM Alberto Bachelet** \$ 6.835.571.-
- **CESFAM Lucas Sierra** \$ 5.559.910.-

La Municipalidad 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: La Municipalidad se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar el objetivo general del Programa:

* Consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud y reconocer el esfuerzo del equipo de salud y la comuna a través de la entrega de un estímulo financiero anual, a aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el Programa: evaluación, programación y realización de acciones orientadas a materializarlo.

SEXTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme al objetivo definido en la cláusula precedente, de acuerdo al punto VII. Monitoreo y Evaluación del Programa, que forma parte integrante de este convenio y contempla además el monitoreo del plan de trabajo contenido en documento Anexo, el cual debe estar cumplido en al menos el 60% para la transferencia de la 2ª cuota a que se refiere la letra b) de la cláusula séptima del presente instrumento.

Se realizarán tres evaluaciones durante la ejecución del Programa:

a) **La primera evaluación** se realizará con corte al 30 de Mayo: el informe deberá ser remitido al Servicio hasta el 5º día hábil del mes de Junio, a su vez el Servicio deberá remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, hasta el 16 de Junio, el informe consolidado, respecto de la Comunas de su ámbito territorial participantes del Programa.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación el Servicio hará las orientaciones y acciones que corresponda para favorecer la óptima implementación del Programa, emitiendo



informe al Ministerio de Salud, con el informe de resultados de evaluación y los planes de mejora por establecimiento y comuna, diseñados para disminuir las brechas de instalación del Modelo, mejorar, adecuar y renovar su gestión.

b) **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de Agosto del año en curso, de acuerdo a los indicadores y peso relativo definidos en el punto VII indicadores y medios de verificación.

El informe deberá ser remitido al Servicio hasta el 5º día hábil del mes de Septiembre, a su vez el Servicio deberá remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, hasta el 16 de Septiembre, el informe consolidado, respecto de la Comunas de su ámbito territorial participantes en el Programa.

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación el Servicio hará las orientaciones y acciones que correspondan para favorecer la óptima implementación del Programa, emitiendo el informe al Ministerio de salud, conjuntamente con el informe de resultados.

Conforme 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	Porcentaje de descuento de recursos 2ª cuota del 30%
≥ 60,00%	0 %
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50 %
Entre 30,00 y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%

c) **La tercera evaluación** y final se efectuará al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las acciones comprometidas.

La evaluación del cumplimiento se realizará en forma global para el Programa, por tanto todos los indicadores tendrán el mismo peso relativo, independiente del componente a que corresponda.

Indicadores de gestión y de impacto para la reliquidación del Programa

Componente	Indicador	Formula	Meta	Medio Verificación	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 conforme instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo, dictado por el Ministerio de Salud	Numerador: Nº de Centros de Salud evaluados conforme instrumento definido Denominador: Nº de Centros de Salud comprometidos a evaluar	100% de los CESFAM 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 CESFAM	50%



DEPTO. JURIDICO CORESAM



Componente 2 Elaborar propuesta e implementar plan de mejora	Mejoras implementadas en los establecimientos de atención primaria, conforme a cronograma	Numerador: N° de Actividades del cronograma plan de mejora realizadas. Denominador: N° de actividades comprometidas según cronograma en plan de mejoras	100 de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de plan de mejora	Informe de avances cuali-cuantitativo de establecimiento, comuna, emitido por el Servicio	50%
--	---	--	---	---	-----



SEPTIMA: Los recursos serán transferidos por el Servicio, en 2 cuotas.

- a) La primera cuota, correspondiente al 70% del total de los recursos se transferirá una vez que se encuentre totalmente tramitada la resolución aprobatoria del presente instrumento.
- b) La segunda cuota por el 30%% restante en Octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el punto VII del Programa.

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

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

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.

DECIMA: 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.

DÉCIMOPRIMERA: El presente convenio tendrá vigencia a partir del 01 de Enero de 2015, previa la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba y hasta el 31 de diciembre de 2015.

DEPTO.
 JURIDICO
 CORESAM



DECIMOSEGUNDA: La personería del Dr. Eduardo Sendra Arratia consta del Decreto N° 238 del 05 de Agosto de 2008, del Ministerio de Salud y la de D. Carlos Sottolichio Urquiza consta de Acta de Proclamación del Primer Tribunal Electoral de la Región Metropolitana de fecha 30 de noviembre de 2012

DÉCIMOTERCERA: El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio, uno en el de la Municipalidad y los dos restantes en el Ministerio de Salud, División de Atención Primaria y Departamento Gestión de Recursos Financieros APS.



DEPTO.
JURIDICO
CORESAM



D. CARLOS SOTTOLICHIO URQUIZA
ALCALDE
I MUNICIPALIDAD DE CONCHALI



DR. EDUARDO SENDRA ARRATIA
DIRECTOR (S)
DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE
NORTE





SUBSECRETARÍA REDES ASISTENCIALES
 DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
 AVS/CCG/JVC/PPA/IVP/ABG/ISL



APRUEBA PROGRAMA DE MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN ATENCIÓN PRIMARIA.

EXENTA N° 1220

SANTIAGO, 02 DIC. 2014

VISTO: lo solicitado por memorando N° 184 de 2014, de la División de Atención Primaria; lo dispuesto en los artículos 4° y 7° del DFL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud; en los artículos 6° y 25 del decreto N° 136 de 2004, del Ministerio de Salud; en la ley N° 19.376 y en la resolución N° 1.600 de 2008 de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

- La necesidad de consolidar el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en los CESFAM, dicto la siguiente:

RESOLUCION:

1°.- **APRUEBASE**, el texto del Programa de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria Municipal.

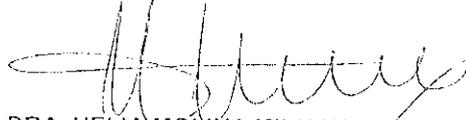
2°.- El programa que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de 9 páginas, cuyo original, visado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, se mantendrá en poder del jefe de la División de Atención Primaria.

Todas las copias del programa en referencia deberán guardar estricta concordancia con el texto original.

3°.- **REMITASE** un ejemplar del Programa de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria Municipal, a los Servicios de Salud del país.

4°.- La presente resolución entrará en vigencia el 1° de enero de 2015. **DEROGASE**, a contar de esa fecha la resolución N° 38 de 2014, del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

ANÓTESE Y COMUNIQUESE


 DRA. HELIA MOLINA MILMAN
 MINISTRA DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:

- Gabinete de la Ministra
 - Subsecretaría de Redes Asistenciales
 - División AP
 - División Jurídica
 - Oficina de Partes
- 20/11/14

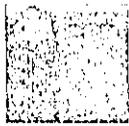


SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCION PRIMARIA

AVS

PROGRAMA
MODELO DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y
COMUNITARIA EN ATENCION PRIMARIA





SUBSECRETARÍA REDES ASISTENCIALES
 DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
 AVS/CCC/JVC/PYA/IVP/ABG/ST

APRUEBA PROGRAMA DE MODELO DE ATENCIÓN
 INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA
 EN ATENCIÓN PRIMARIA.

04910 - 2014

EXENTA N° _____ /

SANTIAGO,

VISTO: lo solicitado por memorando N° 184 de 2014, de la División de Atención Primaria; lo dispuesto en los artículos 4° y 7° del DFL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud; en los artículos 6° y 25 del decreto N° 136 de 2004, del Ministerio de Salud; en la ley N° 19.378 y en la resolución N° 1.600 de 2008 de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

- La necesidad de consolidar el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en los CESFAM, dicto la siguiente:

RESOLUCION:

1°.- **APRUÉBASE**, el texto del Programa de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria Municipal.

2°.- El programa que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de 9 páginas, cuyo original, visado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, se mantendrá en poder del jefe de la División de Atención Primaria.

Todas las copias del programa en referencia deberán guardar estricta concordancia con el texto original.

3°.- **REMITASE** un ejemplar del Programa de Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria Municipal, a los Servicios de Salud del país.

4°.- La presente resolución entrará en vigencia el 1° de enero de 2015 **DE RÓGASE**, a contar de esa fecha la resolución N° 38 de 2014, del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

DRA. HÈLIA MOLINA MILMAN
 MINISTRA DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:

- Gabinete de la Ministra
 - Subsecretaría de Redes Asistenciales
 - División AP
 - División Jurídica
 - Oficina de Partes
- 20/11/14

ÍNDICE

I. ANTECEDENTES	3
II. FUNDAMENTACIÓN	3
III. PROPÓSITO	4
IV. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA	4
V. COMPONENTES Y PRODUCTOS ESPERADOS	5
VI. MONITOREO Y EVALUACIÓN	6
VII. INDICADORES Y MEDIOS VERIFICADORES	7
VIII. FINANCIAMIENTO	8
➤ Establecimientos de dependencia del Servicio de Salud:	8
➤ Establecimientos de dependencia municipal:	8



I. ANTECEDENTES

La Reforma sectorial se orienta a consolidar un sistema de salud que tiene como desafío dar respuesta adecuada a las necesidades sanitarias expresadas por la población, asegurando mejores resultados de salud y satisfacción de las personas, con mayor igualdad y con calidad. Un sistema exitoso en este desafío es un Sistema de Salud con base en Atención Primaria¹, se refuerza la necesidad de fortalecer la Atención Primaria de Salud, y al mismo tiempo la instalación de procesos sistemáticos de evaluación de la mejora progresiva de los centros de salud en su global desempeño.

Es así como desde el Ministerio de Salud se ha generado diversa documentación conceptual y metodológica para, en conjunto con los Servicios de Salud, orientar la práctica y transformación de los Centros de Salud hacia la mayor inclusión de la familia como la unidad de atención, y en un accionar que recoge teoría y práctica, colaboración, retroalimentación y aprendizaje; fundar su quehacer en los principios definidos del "modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria": integralidad de la atención, continuidad de los cuidados, y centrado en las personas².

Esto se expresa en diversas publicaciones como: "De Consultorio a Centros de Salud", publicado en el año 1993, "Modelo de Atención Integral en Salud", en 2005; luego en 2008: "En el camino a Centro de Salud Familiar", hasta las "Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria" el año 2013.

Paralelamente el MINSAL ha instruido pautas para evaluar el curso de transformación de los Centros de Salud; lo que ha permitido reconocer, "certificar" la consecución de niveles de avance en requerimientos sobre ámbitos de procesos, motivación, capacitación, y resultados; el acto de certificar ha estado acompañado de un estímulo pecuniario para los Centros de Salud, mediante convenios entre los Servicios de Salud y los municipios.

Dado, el contexto de reforma sectorial, las acciones para sistematizar: tanto en la forma de documentos orientadores como en la evaluación (voluntaria) de los centros de salud en miras de su certificación, se instaló un proceso evolutivo hacia el modelo de atención integral de salud, que en la actualidad se extiende a lo largo del territorio; ello instó al Ministerio de Salud a redefinir los instrumentos de evaluación, en base a los avances alcanzados y la necesidad de renovar con mayores exigencias, la evaluación del proceso de implementación del Modelo en los centros de salud, sustentado todo ello, en los principios de centralidad en las personas, integralidad en la atención y continuidad en el cuidado.,

II. FUNDAMENTACIÓN

En este modelo, la salud se entiende como un bien social y el sistema de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales.

¹ It's Primary care essential, B, Starfield, Lancet 1994

² Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. 2013



La instalación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, en la Atención Primaria, es un proceso que lleva dos décadas, y por lo tanto exige al sector consolidar las bases y principios que sustentan dicho desarrollo, mediante la actualización programática, la aplicación de instrumentos, que den cuenta del desafío de renovar y profundizar, en conjunto Servicios de salud con los CESFAM y las entidades administradoras de salud, un modelo de relación de los equipos de salud con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio.

Las personas se ubican en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, a fin de otorgar una atención integral y con continuidad en el cuidado.

Para lograr lo descrito, se requiere estimular, en los establecimientos y entidades administradoras de salud, el sentido de mejora continua, la práctica y la renovación de la práctica sobre el desarrollo del Modelo, por lo cual se hace relevante abordar y colaborar y en la disminución de brechas de la instalación del mismo y la promoción de actitudes, planes y proyectos tendientes a avanzar en un Modelo ajustado a las realidades locales y comunitarias donde se emplaza el centro de salud.

III. PROPÓSITO

Contribuir a consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los CESFAM, sobre la base de los principios de un sistema de salud basado en atención primaria: centrado en las personas, con integralidad de la atención y continuidad del cuidado.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

El Programa se encuentra articulado con las actualizaciones presentadas en el documento "Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario" dirigido a Equipos de Salud, elaborado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria, publicado el año 2013. En ese sentido, constituye una estrategia para contribuir en la profundización de la implementación del Modelo, promoviendo el quehacer, métodos, conocimientos y artes (know-how) de los equipos de salud locales y comunales, dirigidas tanto a la disminución de brechas como a la renovación creativa de acciones, permitiendo hacer mejoras continuas desde lo local y desde lo que los actores involucrados en la gestión de la atención primaria requieren. De ese modo, se pretende progresar en la materialización de los principios fundamentales que definen al Modelo (Continuidad de los cuidados, Centrado en la persona e Integralidad) y los ejes que hacen posible lo anterior: Promoción, Prevención en Salud, Enfoque Familiar, Calidad, Intersectorialidad y Territorialidad, Centrado en Atención Abierta, Tecnología, Participación y Desarrollo de las Personas.



□ Objetivo general

Consolidar el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud y reconocer el esfuerzo del equipo de salud y la comuna, a través de la entrega de un estímulo financiero anual, a aquellos establecimientos que hayan cumplido con los requisitos señalados en el presente programa: evaluación, programación y realización de acciones orientadas a materializarlo.

II Objetivos específicos

1. Evaluar la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, detectadas con "Instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.
2. 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.

V. COMPONENTES Y PRODUCTOS ESPERADOS

Componente N° 1

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

Este componente considera la 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.

Estrategias:

- ✓ Elaboración de cronograma conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud).
- ✓ El establecimiento de salud deberá realizar su pre-evaluación (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 CESFAM 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.

Productos esperados

- ✓ Certificación de la evolución del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario en el establecimiento, conforme porcentaje logrado en diversos ámbitos, del instrumento definido por el Minsal.
- ✓ Determinar brechas en la instalación y desarrollo del Modelo en los Centros de Salud.



Componente N° 2

Implementar, mediante la asignación y entrega de recursos financieros, 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 de cronograma conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud).
- ✓ 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.

Productos esperados

- ✓ Planes de mejora implementados, conforme los principios que sustentan el Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitario en los establecimientos de atención primaria de salud.
- ✓ Transferencia y reliquidación de estímulo financiero, de acuerdo a información aportada por los Servicios de Salud, respecto del nivel de desarrollo alcanzado con la aplicación del instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.
- ✓ Evaluación de los avances planificados.

VI. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El Monitoreo y Evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa con el propósito de mejorar la eficiencia y efectividad de sus objetivos.

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 Mayo:** 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 junio; a su vez, los Servicios de Salud deberán remitir a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, hasta el 16 de junio, 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 informe al Ministerio de Salud, con el informe de resultados de evaluación y los planes de mejora por establecimiento y comuna, diseñados para disminuir brechas de instalación del Modelo, mejorar, adecuar y renovar su gestión.

- ✓ **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 VII indicadores y medios de verificación.

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; 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.

Conforme los resultados obtenidos en esta evaluación se harán 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 de Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%
≥60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30 y 39,99 %	75%
Menos del 30%	100%

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

La evaluación del cumplimiento se realizará en forma global para el programa, por tanto todos los indicadores tendrán el mismo peso relativo, independientemente del componente a que corresponda.

VII. INDICADORES Y MEDIOS VERIFICADORES

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

Componente	Indicador	Fórmula	Meta	Medio verificación	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 conforme Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo, dictado por el Minsal.	Numerador: Nº de centros de salud evaluados conforme instrumento definido Denominador: Nº de Centros de Salud comprometidos a evaluar.	100% de los CESFAM 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 CESFAM	50%
Componente 2 Elaborar propuesta e implementar plan de mejora	Mejoras implementadas en los establecimientos de atención primaria, conforme a cronograma.	Numerador: Nº de actividades del cronograma plan de mejora realizadas. Denominador: Nº actividades comprometidas, según	100% de cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de plan de mejora	Informe de avances cuali-cuantitativo de establecimiento, comuna, emitido por Servicio de Salud	50%



Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público antes citada, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N°19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa misma ley o bien a honorarios acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos).

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 70% contra convenio y el 30% restante en Octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el ítem VII de este Programa.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.

El gasto que irroque el Programa deberá ser imputado al ítem 24 03 298.

La tabla de descuento de la segunda cuota es la siguiente:

Porcentaje cumplimiento de Metas de Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%
≥60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30 y 39,99 %	75%
Menos del 30%	100%

Se deja establecido, que estas transferencias se rigen por las normas establecidas en la Resolución N°759 de 2003, de la Contraloría General de la República.



Para efectos de la evaluación se requiere contar con los registros y la información al día.

VI. FINANCIAMIENTO

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público de cada año, Partida 13, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 25 "Transferencias Corrientes" Ley 1810 del 2018. Dicho financiamiento tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses del Enero a Diciembre de cada año.

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en cuotas, en representación del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud, a través de los Servicios de Salud asignará a los Municipios, mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades operativas de este Programa.

VII. INDICADORES

- a. $[(\text{Total transferencia Programa}) / \text{Gasto total realizado en salud}] * 100$
- b. $[\text{Aportación del gasto en cada ítem} / \text{Total transferencia Programa}] * 100$
- c. % de gasto en recursos humanos del programa
- d. % de gasto en medicamentos e insumos del programa
- e. % de gasto en bienes y servicios de consumo del programa



PROGRAMA DE APOYO A LA GESTIÓN A NIVEL LOCAL EN ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL

I. ANTECEDENTES

El Gobierno ha definido como meta prioritaria y ejes estratégicos de la Política Pública del sector salud, el procurar garantizar el derecho a la salud para todos, con un acceso equitativo a la atención según necesidad y sin exclusiones de ningún tipo.

En este marco, se constituye en un eje prioritario el fortalecer las condiciones para mejorar la gestión y las acciones de administración local de salud que deriven en un trabajo más oportuno a las personas y una mayor calidad en las prestaciones, orientado hacia una atención integral y de mayor resolutivez.

El Programa de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria, deberá entenderse, por tanto, como el conjunto de estrategias y actividades destinadas al fortalecimiento y apoyo de las acciones de gestión y administración tendientes a una mejora en la calidad y eficiencia de las acciones e intervenciones sectoriales e intervenciones efectuadas por los equipos de salud, que se efectúan en los distintos establecimientos de Atención Primaria Municipal.

II. PROPÓSITO

Generar un fortalecimiento de las condiciones de gestión y administración de la salud a nivel local, tendiente a aumentar la eficacia de las atenciones de salud otorgadas a la población beneficiaria, contribuyendo así al mejoramiento de la capacidad resolutivez y de la calidad de la Atención Primaria.

III. OBJETIVO GENERAL

Aumentar la eficacia en la gestión y administración local de salud tendiente a proporcionar a las personas beneficiarias de la Ley N° 18.469, una mejoría en la calidad y resolutivez de las atenciones de salud.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Mejorar los estándares de trabajo de los equipos de salud local, respecto de los recursos y insumos necesarios para aumentar la calidad de la atención de salud otorgada en los establecimientos de atención primaria.
2. Mejorar sistemas de administración de salud local tendiente a aumentar la resolutivez de los equipos de salud y la prestación de servicios a la población beneficiaria.
3. Aumentar la eficacia de la gestión local en salud en el cumplimiento de las metas de los programas de salud local.