



REF.: APRUEBA CONVENIO PROGRAMA DE MEJORA DE LA EQUIDAD EN SALUD RURAL CON MUNICIPALIDAD DE TUCAPEL.

RESOLUCIÓN EXENTA N° 002157 /

LOS ANGELES, 26 MAYO 2011

PLA/Dra. BMM/Dra. MCA/JRV

VISTOS : estos antecedentes, el Convenio del Programa de Mejoría de la Equidad en Salud Rural, suscrito con fecha 29 de Abril del 2011 entre este Servicio de Salud y la Municipalidad de TUCAPEL; la Resolución N° 1600 del 2008 de la Contraloría General de la República; los arts. 20, 21, 22 y 23 del D.L. N° 2763 de 1979 cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el D.F.L. N° 1 del 2005 del Ministerio de Salud; los artículos 8 y 9 del D.S. N° 140 del 2004 del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud y el DS. N° 03 del 04 de Febrero del 2010, del Ministerio de Salud que determinó el orden de subrogancia en el cargo de Director de este Servicio de Salud, dicto la siguiente:

R E S O L U C I O N

1.- APRUÉBASE el Convenio del Programa de Mejoría de la Equidad en Salud Rural, suscrito con fecha 29 de Abril del 2011 entre este Servicio de Salud y la Municipalidad de TUCAPEL, por el cual se asignan recursos por la suma de \$ 9.984.000, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en el mismo.

2.- Impútese el gasto al ítem 24-03-298-002 "Reforzamiento Municipal", del Presupuesto del Servicio de Salud Bio Bio.

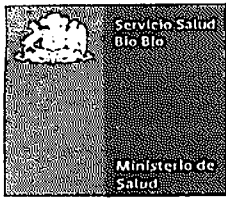


NOTÉSE Y COMUNÍQUESE


PILAR DEL C. LÓPEZ ALARCÓN
DIRECTORA (S)
SERVICIO DE SALUD BIO BIO

Distribución :

- Min. Salud Div. At. Primaria
- Depto. Administración y Gestión de la Información, Min. de Salud
- Sr. Alcalde de TUCAPEL
- Depto. Atención Primaria
- Depto. Finanzas SS BB
- Depto. Asesoría Jurídica SS BB
- Depto. Auditoría SS BB
- Of. Contabilidad SS BB
- Encargada de Proyectos SS BB
- Oficina de Partes



CONVENIO

PROGRAMA DE MEJORA DE LA EQUIDAD EN SALUD RURAL

En Los Ángeles , a 29 de Abril del 2011, entre el Servicio de Salud Biobío, persona jurídica de derecho público con domicilio en Avenida Ricardo Vicuña N° 371, Los Ángeles, representado por su Director Dr. FERNANDO JORGE VERGARA URRUTIA, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Ilustre Municipalidad de TUCAPEL, Rut N° 69.141.802-2, persona jurídica de derecho público con domicilio en calle Diego Portales N° 258, Huépil, representada por su Alcalde don JAIME VELOSO JARA, Rut 9.248.944-2, Ingeniero Civil, 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° 132 del 2010, 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 de Mejoría de la Equidad en Salud rural.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 48 del 09 de Febrero del 2011, 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 siguientes estrategias del "Programa de Mejoría de la Equidad en Salud Rural":

1)- Continuidad en la atención en las Postas de Salud Rural y mejorar la frecuencia de Rondas.

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través

del Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de \$ 9.984.000, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior, de acuerdo al siguiente detalle :



Estrategia	Componente	Monto	Finalidad
Continuidad de la atención	b) Segundos Técnicos Paramédicos	\$ 9.984.000	Contratar por 12 meses, dos 2º Téc. Paramédico.
TOTAL RECURSOS		\$ 9.984.000	

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 los siguientes dispositivos:

- 1.- Continuidad de atención en población rural
 - a. Segundos Técnicos Paramédicos en postas rurales

SEXTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria y el Servicio.

La evaluación del Programa se efectuará en dos etapas :

- La primera evaluación, se efectuará con corte al día 31 de Agosto del año en curso. 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 %, en caso de tener un cumplimiento inferior al 40%, además de no existir transferencia de la segunda cuota, se deberán devolver los fondos enviados en la primera cuota proporcionales al cumplimiento alcanzado, en caso de no registrar actividades se deberá rescindir el Convenio, haciendo exigible la devolución del total de los recursos enviados. Dichas situaciones indicadas anteriormente, se resumen en el siguiente cuadro :

Porcentaje cumplimiento de Metas de Programa	Porcentaje de descuento de recursos 2ª cuota del 30%
60,00 %	0 %
Entre 50,00% y 59,99%	50 %
Entre 40,00% y 49,99%	75 %
Menos del 40%	100 %

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

La evaluación se realizará en forma independiente para cada componente del Programa y cada indicador tendrá el mismo peso relativo, los indicadores son los siguientes :



Nombre de Indicador	Medio de verificación
Porcentaje de cargos TPM 2011 entregados contratados y en funciones al 30 de junio, al 31 de agosto y al 31 de diciembre.	resolución de contrato / convenio
Porcentaje de segundos equipos de ronda 2011 contratados y en funciones al 30 de junio, al 31 de agosto y al 31 de diciembre.	resolución de contrato / convenio
Porcentaje de incremento de Atenciones médicas en postas de salud rural (Controles de Salud, Consulta de Morbilidad, y Exámenes de Medicina Preventiva	REM 04 sección A: Atenciones médicas en establecimientos de APS, por establecimiento (postas de salud rural): Controles de Salud, Consulta de Morbilidad, y Exámenes de Medicina Preventiva.
Porcentaje de teléfonos celulares o fijos adquiridos y operativos al 30 de junio, al 31 de agosto y al 31 de diciembre.	Resolución de compra o convenio.
Porcentaje de vehículos para salud rural adquiridos.	Orden de compra

SEPTIMA Los recursos serán transferidos a los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas (60% - 40%), la primera cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la 2ª cuota contra el grado de cumplimiento especificado en la cláusula anterior.

OCTAVA: El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa técnicos y financieros, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo; conforme se ha establecido en Resolución N° 759 del año 2003 de la Contraloría General de la República. Lo anterior lo faculta para enviar instrucciones y realizar auditorias que estime conveniente a través del Departamento de Auditoria y Control de Gestión, en conjunto con el Departamento Gestión Asistencial quien además podrá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

La forma en que se requerirá la información solicitada por el Servicio se adjunta como anexo en Protocolo Transferencia de Fondos Atención Primaria de Salud que forma parte integrante del presente convenio.

NOVENA: 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, ésta asumirá el mayor gasto resultante.

DECIMA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1 de Enero hasta el 31 de diciembre del año en curso, por lo tanto deberá quedar cerrado desde el punto de vista técnico y financiero durante el año presupuestario. Si por acuerdo de las partes se le da continuidad al convenio en referencia, deberá formalizarse a través de un ADDENDUM Modificadorio el que formará parte del Convenio inicial y será el documento base para dar continuidad a dicho



convenio. El ADDENDUM deberá ser justificado y canalizado a través del asesor territorial con a lo menos treinta días de anticipación a la fecha de expiración del Convenio inicial, de modo que dicho documento esté formalmente tramitado y firmado por las partes antes del vencimiento del convenio original. De no realizar el ADDENDUM; el Servicio descontará de la transferencia regular de atención primaria el valor correspondiente a la parte pagada y no ejecutada del Programa objeto de este instrumento, pudiendo reasignarla a la misma comuna u otras de la Red.

DÉCIMA PRIMERA: El presente convenio tendrá vigencia a partir de la total tramitación del acto administrativo que aprueba el presente convenio y hasta el 31 de diciembre del año en curso.

DECIMA SEGUNDA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Servicio, previa autorización del Ministerio de Salud descontará de la transferencia de la segunda cuota del "Programa" del año siguiente, los montos correspondientes a las partes del convenio no ejecutados y/o de los saldos financieros no rendidos

DECIMA TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 de Diciembre de 2011.

DÉCIMA CUARTA: El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en el de la Municipalidad y los dos restantes en la del Ministerio de Salud División de Integración de Redes y Departamento de APS y Redes Ambulatorias.



MUNICIPALIDAD DE TUCAPEL
ALCALDIA
ALCALDE MUNICIPALIDAD de TUCAPEL



SERVICIO DE SALUD BIO BIO
DIRECTOR
DIRECTOR SERVICIO DE SALUD BIOBIO



MUNICIPALIDAD DE TUCAPEL
ASESOR JURIDICO



MUNICIPALIDAD DE TUCAPEL
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD

Antecedentes

La necesidad de complementar las disposiciones establecidas en los convenios de transferencias de fondos a la Atención Primaria de Salud; así como en todas aquellas materias de custodia o administración de fondos públicos, conforme se ha establecido en Resolución N° 759 del año 2003 de la Contraloría General de la República; el Servicio de Salud Bío Bío define en el siguiente protocolo el manejo y control de transferencias de fondos a la Atención Primaria de Salud (APS).

El presente protocolo de rendición de cuentas formará parte integrante de todos los convenios de transferencia de fondos suscritos a partir del lunes 21 de febrero del 2011:

PRIMERA: La Institución (**Municipalidad**) deberá traspasar a las respectivas cuentas del Departamento de Salud Municipal; en un plazo no superior a un mes contado desde su recepción, todos los recursos recibidos para la ejecución de Acciones de Salud de la Atención Primaria de Salud (APS); principalmente los recursos asociados a Programas de Salud, de modo de asegurar que dichos departamentos cuenten con los recursos necesarios para el cumplimiento de las metas acordadas en dicho convenio. Este factor será considerado para la evaluación de la aprobación de transferencias futuras.

SEGUNDA: La Institución (**Municipalidad u Hospital**) deberá rendir cuenta mensualmente por oficio de la siguiente información:

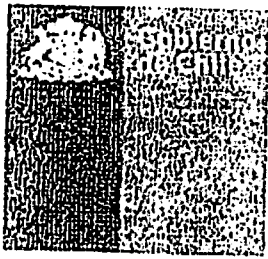
1.- Resúmen de Fondos traspasados, gastados y saldos de este Convenio por subtítulos, a saber 21, 22, 29 (**Hospital**) o 24 (**Municipalidad**), a través del sistema de rendición entregado por el Servicio de Salud Bío Bío (**Planilla excel o sistema de rendición web**).

2.-Deberá notificar y respaldar formalmente la fecha y comprobante de certificado de recepción conforme de transferencia.

3.- Informar la ubicación del lugar donde se encuentran los respaldos físicos de las rendiciones, que deberán tenerlos correctamente ordenados (legajados) y además informar quién es el responsable de su custodia.

4.-Las correcciones a las rendiciones deben hacerse en el mes que se está informando, de modo de evitar modificaciones en los Saldos Finales de cada mes.

TERCERA: En el caso de que la institución que rinda cuenta sea un Establecimiento Hospitalario dependiente del Servicio de Salud Bío Bío, y determine necesario realizar modificaciones a los ítems de gasto, realizando reasignaciones entre subtítulos; dichas modificaciones deben ser analizadas con el asesor territorial asignado, y solicitadas a la Dirección del Servicio de Salud Bío Bío, a fin de que este la canalice al Ministerio de Salud, área de Atención Primaria. Los cambios o reasignaciones solicitadas pasarán a ser oficiales una vez autorizadas por el Ministerio de Salud.



SUBSECRETARÍA REDES ASISTENCIALES

APRUEBA PROGRAMA DE MEJORÍA DE LA EQUIDAD EN SALUD RURAL



DEPTO. ASESORIA JURÍDICA
FBI/MOICMS/SZ/AM/SCH/SL
48

EXENTA N° 48

SANTIAGO, - 9 FEB. 2011

VISTO: lo solicitado por memorando N° 15 de 2011, 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 mejorar las condiciones críticas para la provisión de atenciones de salud a población rural, dicto la siguiente:

RESOLUCION:

1°.- APRUÉBASE, a contar de la fecha de la presente resolución, el texto del Programa de Mejoría de la Equidad en Salud Rural.

2°.- El programa que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de 10 páginas y dos anexos, cuyo original, visado por el Subsecretario de Redes Asistenciales, se mantendrá en poder de la jefa de la División de Atención Primaria.

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

3°.- REMÍTASE un ejemplar del Programa de Mejoría de la Equidad en Salud Rural, a los Servicios de Salud del país.

4°.- DERÓGASE la resolución exenta N° 391 de 2010, del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

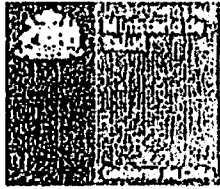


[Firma]
DR. LUIS CASTILLO FUENZALIDA
MINISTRO DE SALUD
SUBROGANTE

DISTRIBUCIÓN:

- Gabinete del Ministro
 - Depto. Asesoría Jurídica
 - División AP
 - Oficina de Partes
- 26/1/11

Dirección Servicio de Salud Bio-Bío		
Oficina de Partes e Informaciones		
Fecha Recop.	14 FEB. 2011	
Destino	Fecha	Firma



SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCION PRIMARIA
DEPTO. DE GESTION DE RECURSOS FINANCIEROS
EN ATENCION PRIMARIA



PROGRAMA
MEJORIA DE LA EQUIDAD EN SALUD RURAL

INDICE



I. ANTECEDENTES:..... 3

II. FUNDAMENTACIÓN:..... 3

III. PROPÓSITO: 4

IV. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA: 4

Objetivo General: 4

Objetivos Específicos: 5

V. COMPONENTES..... 5

VI. PRODUCTOS ESPERADOS 5

VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN: 6

Servicios de Salud: 6

Municipios y entidades administradoras de salud municipal: 6

VIII. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN 7

IX. FINANCIAMIENTO 8

Establecimientos de dependencia del Servicio de Salud 8

Establecimientos de dependencia municipal 8

ANEXO 1: PROGRAMA DE EQUIDAD..... 9

I. ANTECEDENTES:

La inequidad en la salud rural es un hecho que está refrendado por los análisis de indicadores obtenidos de las informaciones del Departamento de Estadísticas en Salud DEIS, los análisis de Epidemiología MINSAL, informaciones contenidas en los Censos de población y vivienda del INE, así como de las Encuestas CASEN MIDEPLAN, los estudios de Índice del Desarrollo Humano de la ONU, estudios de las Escuelas de Salud Pública de Universidades del país, etc. los cuales nos dan a conocer las profundas inequidades que se registran en el acceso a la salud en el sector rural.



Algunas de las inequidades que se pueden mencionar dicen relación con problemas de acceso a atenciones lo que se traduce en tasas bajas o muy bajas de atención de morbilidad, dependiendo del grado de dispersión de las poblaciones analizadas, tardanzas excesivas o falta de acceso a atenciones de especialidades en interconsultas y/o procedimientos diagnóstico / terapéuticos en centros de mayor complejidad, déficit o carencia de horas de especialidades para la población más rural, imposibilidad de acceder oportunamente a atenciones de urgencias en zonas apartadas o de población dispersa, baja o muy baja frecuencia de rondas a establecimientos lejanos, déficit o carencia de profesionales enfermeras, odontólogos y/o médicos en los equipos de salud que hacen rondas, rondas que deben desplazarse por días y días a lugares lejanos, dejando desatendidos sus propios centros de atención donde vive la población más concentrada (Consultorios Generales Rurales), dificultades de desplazamientos de los usuarios rurales que requieren seguir tratamientos continuos o periódicos pero frecuentes, en establecimiento de mayor complejidad (Ej. Diálisis), escasez de horas de Técnicos Paramédicos disponibles para realizar la atención continua en sus PSR (definición del deber ser de una PSR), visitas domiciliarias integrales y/o atención domiciliaria a pacientes postrados, déficit de horas para realizar actividades de educación, promocionales y preventivas con la comunidad, etc.

Lo anterior contribuye a explicar el deterioro de algunos indicadores de salud en el medio rural, en relación a la población concentrada y/o al país, tales como: mortalidad infantil dos o tres veces mayor en zonas rurales y alta presencia indígena (Huara, Colchane, Lolol, Lonquimay). Mortalidad general, medida tanto por los indicadores de Años de Vida Potencial Perdida AVPP como por la Razón Estandarizada de Muerte, REM son mayores que el promedio país (3º y 4º cuartiles) en comunas de ruralidad, pobreza y dispersión (Portezuelo, Yumbel, Trehuaco). Embarazo de adolescentes por sobre el promedio nacional (Arauco, Bio Bio y Coquimbo); enfermedades enterales con valores 3, 4 y 5 veces mayores al promedio país en Regiones VIII y VI, etc.

A partir del año 2008 se formuló el Programa de Equidad en Salud Rural el que tiene como finalidad mejorar las condiciones y acceso a la atención de la población rural, en el marco del modelo de atención integral con enfoque familiar, comunitario e intercultural.

II. FUNDAMENTACIÓN:

Problemas de recursos financieros

En comunas de pequeña población per capitada o comunas de costo fijo, que tienen a su cargo poblaciones muy dispersas, los niveles de gastos son desproporcionadamente altos respecto de los aportes que reciben por el costo que implican las rondas, tanto en transportes como en viáticos y en costo de oportunidad de las acciones que se dejan de realizar en los CGR base.

Problemas de Equipamiento

Carencia o deteriorado estado de equipos electrógenos y/o de células fotovoltaicas que aseguren la electricidad para mantener cadena de frío en establecimientos que realizan el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI y/o acciones de esterilización de materiales. Ineficientes sistemas de comunicación entre las Postas Rurales y los establecimientos de mayor nivel de resolutivez en su red de Salud.

Deficientes recursos para movilización de enfermos o usuarios, consultantes, equipos y técnicos que ocasionalmente provoca graves problemas.



Problemas de Gestión

- Insuficiente capacidad de gestión técnico-administrativa de los encargados comunales de la salud municipalizada.
- Bajos niveles de trabajo en áreas de desarrollo de la comunidad, de promoción, de participación y educación en salud.
- Bajos niveles de utilización de los recursos propios de la comunidad para su cuidado.



Ull

Condiciones Especiales

- Exceso de gastos para las comunas en mantención de vehículos inadecuados para su trabajo, que se deterioran aceleradamente por caminos difíciles y abruptos, lo que debería reconocerse con una depreciación más acelerada que en otros sectores, que permita su baja de inventarios y renovación anticipada, en proyectos de financiamiento.
- Distancias muy largas entre sitios de asentamiento de poblaciones de lejanía extrema (dispersión) y centros de atención de resolutivez adecuada para urgencias, lo que a veces determina muertes evitables que no llegan a atenderse oportunamente, por falta de medios de atención pre hospitalaria.

Déficit de médicos y otros profesionales o alta rotación de los mismos en las zonas rurales, especialmente las más aisladas.

- Médicos Generales de Zonas o en Etapa de Formación y Destinación EDF con escasa adherencia a los cargos lo que determina inestabilidad de los equipos de salud.
- Escasez o inexistencia de horas de enfermera en los Servicios de Salud y/o de equipos de departamentos comunales y en establecimientos, lo que dificulta cumplir compromisos y metas en atenciones, además de poner en riesgos los aspectos de seguridad sanitaria en las acciones de salud por deficiente supervisión y control de cumplimiento de normas en manejo de vacunas, técnicas básicas de enfermería y mantenimiento de leche, alimentos y fármacos.

Insuficiencia en la conformación de los equipos de salud de los Consultorios Generales Rurales, ya que deben compartir la realización de las rondas a localidades lejanas con la atención a la población más concentrada de la localidad base.

Insuficiencia de Técnicos/as paramédicos/as para mantener continuidad de la atención en las postas y el trabajo en terreno simultáneamente (1 por Posta). Los Técnicos/as paramédicos/as tienen menos acceso a capacitación actualizada en el modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario y acerca de sus roles y competencias en la detección y derivación oportuna de patologías GES, y con sobrecarga de trabajo asistencial que ha debilitado en trabajo comunitario.

III. PROPÓSITO:

Contribuir a superar las inequidades en salud detectadas, a través de la mejoría de las condiciones críticas para la provisión de servicios a la población de mayor ruralidad del país y generando condiciones para la aplicación del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario en el medio rural.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:

Objetivo General:

Mejorar las condiciones de funcionamiento de los establecimientos rurales de atención, especialmente de las Postas de Salud Rural, avanzando en el cierre de brechas de recursos humanos, capacitación en el modelo de atención, medios de comunicación y transporte de las Postas Rurales, y ampliando las estrategias de trabajo comunitario.



Objetivos Específicos:

1. Asegurar la continuidad en la atención en las Postas de Salud Rural y mejorar la frecuencia de rondas de salud rural.
2. Contribuir a mejorar los sistemas de transporte y las comunicaciones de las postas de salud rural con la red asistencial.
3. Reforzar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las respectivas comunas.



Urrutia

V. COMPONENTES

Componente 1: Continuidad de atención en población rural

- a. Reforzamiento equipos de rondas
- b. Segundos técnicos paramédicos en postas rurales
- c. Técnicos paramédicos volantes en postas rurales

Componente 2: Contribuir a mejorar los sistemas de transporte y comunicación de postas rurales:

- a. Telefonía de las postas
- b. Vehículos

Componente 3: Innovaciones en el modelo integral de atención de las poblaciones rurales:

- a. Proyectos de trabajo comunitario
- b. Experiencias piloto en salud rural

VI. PRODUCTOS ESPERADOS

Productos asociado al Objetivo Específico Número 1:

Postas de Salud Rural priorizadas que cuentan sólo con un/a Técnico/a Paramédico/a, acceden o mantienen reforzamiento de un segundo recurso humano TPM, que permita garantizar continuidad de la atención y reforzar el trabajo comunitario.

Segundos equipos de ronda en comunas con alto número de PSR y en comunas con vulnerabilidad socio-económica. Se busca cubrir necesidad de continuidad de la atención de la localidad de origen ya que en la actualidad el mismo equipo cubre la población de la localidad concentrada y los centros rurales (postas y estaciones médico-rurales), dejando desprovisto de atención el establecimiento de origen.

Productos asociado al Objetivo Específico Número 2:

Proveer de teléfono celular o fijo según las condiciones locales a las Postas rurales de comunas vulnerables que no cuentan con esos medios de comunicación.

Comunas con mayor número de postas rurales, dispersión de la población y/o vulnerabilidad social y económica cuentan con recursos para renovación de vehículos para mejora de atención de usuarios rurales.

Productos asociado al Objetivo Específico Número 3:

Proyectos comunitarios ejecutados
Experiencias piloto con plan de trabajo ejecutado y evaluado



VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN:

Para el adecuado monitoreo y evaluación del Programa, se cumplirán los siguientes roles y funciones:

Servicios de Salud:

Formular plan de trabajo del Servicio de Salud para la ejecución del Programa
Asignar los recursos comunalmente de acuerdo a los criterios generales y a los diagnósticos y condiciones locales.
Suscribir y tramitar los convenios para transferencia de recursos con los municipios.
Evaluar los resultados del Programa
Monitorear en terreno la ejecución de las acciones comprometidas
Auditoria del uso de los recursos del Programa por parte de los municipios y establecimientos, según corresponda
Informar los resultados del Programa oportunamente al MINSAL de acuerdo a los formatos de informes, plazos e indicadores definidos al efecto.
Asesoría y asistencia técnica a los municipios y departamentos de salud municipal, o establecimientos, según corresponda, para una adecuada ejecución del Programa.



[Handwritten signature]

Municipios y entidades administradoras de salud municipal:

Aportar información sobre la situación de la salud rural para la elaboración de línea base del programa.
Suscribir convenios.
Ejecutar las actividades establecidas en el convenio para el logro de los objetivos acordados según corresponda: contratación de recursos humanos, adquisición de bienes o servicio, ejecución de proyectos de trabajo comunitario, según corresponda
Realizar los registros de actividades en los REM correspondientes
Informar oportunamente al Servicio de Salud respecto a las actividades comprometidas y los recursos traspasados.

La evaluación del programa se efectuará en dos etapas:

La primera evaluación, se efectuará con corte al 31 de Agosto del año en curso. 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 de Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 40%
60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%

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.



VIII. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Cumplimiento del Objetivo Específico N°1: (cada indicador debe medir los productos).

1. Indicador: Porcentaje de incremento de Atenciones médicas en postas de salud rural (Controles de Salud, Consulta de Morbilidad, y Exámenes de Medicina Preventiva)

Fórmula de cálculo: número total de atenciones médicas en postas de salud rural al 30 de agosto del 2011/ número total de atenciones médicas en postas de salud rural al 30 de agosto del 2010 X 100.

Medio de verificación REM 04 sección A: Atenciones médicas en establecimientos de APS, por establecimiento (postas de salud rural): Controles de Salud, Consulta de Morbilidad, y Exámenes de Medicina Preventiva.

Nota: en caso que el refuerzo de ronda no cuente con médico, se evaluará las prestaciones según el profesional contratado. Medio de verificación: REM 04 sección B.



Cumplimiento del Objetivo Específico N°2: Contribuir a mejorar los sistemas de transporte y las comunicaciones de las postas de salud rural con la red asistencial.

Sin Indicador

Cumplimiento del Objetivo Específico N° 3: Reforzar estrategias innovadoras en salud rural en el marco del enfoque comunitario y familiar del modelo de atención de las respectivas comunas.

Indicador: Incremento de acciones educativas en la comunidad

Total de actividades de educación para la salud por TPM Postas de salud rural 2011 /
Total de actividades de educación para la salud por TPM Postas de salud rural 2011 * 100



IX. FINANCIAMIENTO

Establecimientos de dependencia del Servicio de Salud

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 01 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de Enero a Diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

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 y establecimientos dependientes).

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 respectivos Servicios de Salud, asignará a los establecimientos dependientes del Servicio de Salud mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 22.

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas de acuerdo al siguiente esquema de cumplimiento:

- a) La primera cuota, correspondiente al 60% del total de los recursos del convenio a la fecha de total tramitación de los convenios celebrados, entre el respectivo Servicio de Salud y los establecimientos dependientes de este, para la debida implementación de las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos señalados en el convenio.
- b) La segunda cuota, podrá corresponder a un máximo de un 40% restante del total de recursos y estará sujeta a la evaluación de cumplimiento de metas. Asimismo, el grado de cumplimiento de los indicadores, deberá ser oportunamente informado en forma consolidada por los respectivos Servicios al Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Establecimientos de dependencia municipal

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes" Ley N° 19.378, glosa 02 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de Enero a Diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

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 el Servicio de Salud en cuotas, en representación del Ministerio de Salud.

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 irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 24 03 298.

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas de acuerdo al siguiente esquema de cumplimiento:

- a) La primera cuota, correspondiente al 60% del total de los recursos del convenio a la fecha de total tramitación de los convenios celebrados, entre el respectivo Servicio de Salud y los municipios, para la debida implementación de las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos señalados en el convenio.
- b) La segunda cuota, podrá corresponder a un máximo de un 40% restante del total de recursos y estará sujeta a la evaluación de cumplimiento de metas. Asimismo, el grado de cumplimiento de los indicadores, deberá ser oportunamente informado en forma consolidada por los respectivos Servicios al Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

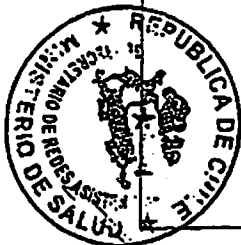


[Handwritten signature]



**ANEXO 1: PROGRAMA DE EQUIDAD
METAS E INDICADORES 2011**

COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p>Componente 1: Continuidad de atención en población rural</p> <p>a. Reforzamiento equipos de rondas</p> <p>b. Segundos técnicos paramédicos en postas rurales</p> <p>c. Técnicos paramédicos volantes en postas rurales</p>	<p>Cumplimiento del Objetivo Específico N° 1:</p> <p>Postas de Salud Rural priorizadas que cuentan sólo con un/a Técnico/a Paramédico/a, acceden o mantienen reforzamiento de un segundo recurso humano TPM, que permita garantizar continuidad de la atención y reforzar el trabajo comunitario.</p> <p>Segundos equipos de ronda en comunas con alto número de PSR y en comunas con vulnerabilidad socio-económica.</p>	<p>Objetivo Específico N° 1:</p> <p>Indicador 1: Porcentaje de incremento de Atenciones médicas en postas de salud rural (Controles de Salud, Consulta de Morbilidad, y Exámenes de Medicina Preventiva</p> <p>Fórmula Indicador 2: número total de atenciones médicas en postas de salud rural al 30 de agosto del 2011/ número total de atenciones médicas en postas de salud rural al 30 de agosto del 2010 X 100.</p> <p>Numerador: número total de atenciones médicas en postas de salud rural al 30 de agosto del 2011</p> <p>Denominador: número total de atenciones médicas en postas de salud rural al 30 de agosto del 2010</p> <p>Nota: en caso que el refuerzo de ronda no cuente con médico, se evaluará las prestaciones según el profesional contratado. Medio de verificación: REM 04 sección B.</p>	<p>Medio de verificación:</p> <p>Indicador N° 1: REM 04 sección A: Atenciones médicas en establecimientos de APS, por establecimiento (postas de salud rural): Controles de Salud, Consulta de Morbilidad, y Exámenes de Medicina Preventiva.</p> <p>Nota: en caso que el refuerzo de ronda no cuente con médico, se evaluará las prestaciones según el profesional contratado. Medio de verificación: REM 04 sección B.</p>
<p>Componente 2: Sistemas de transporte y comunicación de postas rurales.</p> <p>a. Telefonía de las postas</p> <p>b. Vehículos</p>	<p>Cumplimiento del Objetivo Específico N° 2:</p> <p>Proveer de teléfono celular o fijo según las condiciones locales a las Postas rurales de comunas vulnerables que no cuentan con esos medios de comunicación.</p> <p>Comunas con mayor número de postas rurales, dispersión de la población y/o vulnerabilidad social y económica cuentan con recursos para renovación de vehículos para mejora de atención de usuarios rurales.</p>	<p>Objetivo Específico N° 2:</p> <p>Sin indicador</p>	



[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
Componente 3: Innovaciones en el modelo Integral de atención de las poblaciones rurales: a. Proyectos de trabajo comunitario b. Experiencias piloto en salud rural	Cumplimiento del Objetivo Especifico N° 3: Proyectos comunitarios ejecutados Experiencias piloto con plan de trabajo ejecutado y evaluado	Objetivo Especifico N°3 : Indicador: Incremento de acciones educativas en la comunidad Total de actividades de educación para la salud por TPM Postas de salud rural 2011 / Total de actividades de educación para la salud por TPM Postas de salud rural 2011 * 100	Medio de verificación: REM 27, Sección B: Actividades de Educación para la salud según personal que las realiza (Sesiones)

Nota: el o los anexos, son parte integrante del convenio.

