



Río Bueno
ILUSTRE MUNICIPALIDAD

DECRETO EXENTO Nº 880.-/

ID DOC Nº 48307

DEPARTAMENTO DE SALUD

APRUEBA PROGRAMA RESOLUTIVIDAD

– AÑO 2023

Río Bueno, 08 de marzo de 2023

VISTOS:

1. Ley Nº 18.575, Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado.
2. Ley Nº 19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado.
3. Las facultades conferidas a la Srta. Alcaldesa en los Artículos 56, 58, 63, 83 y siguientes de la Ley Nº 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones.
4. La Sentencia de Calificación y proclamación de Alcaldesa de la Comuna de Río Bueno de fecha 08 de junio de 2021 del Tribunal Electoral Regional de la XIV Región de Los Ríos, Rol N°3669-2021 que declara electa como Alcaldesa de la Municipalidad de Río Bueno a doña Carolina Andrea Silva Pérez.
5. El Acta de Sesión de Instalación del Concejo Municipal de Río Bueno, período 2021-2024, de fecha 28 de junio de 2021.
6. Decreto Alcaldicio N°232, de fecha 29 de junio de 2021 que deja constancia que la Alcaldesa de la comuna de Río Bueno asume sus funciones el 28 de junio de 2021 y, por el periodo establecido por la normativa legal y vigente.
7. Y demás normativa legal pertinente

TENIENDO PRESENTE:

La Resolución Exenta 5147 del 30 de Diciembre de 2022, del Servicio de Salud Valdivia, que aprueba convenio "Programa Resolutividad en APS año 2023" de fecha 30 de diciembre de 2022, celebrado entre el Servicio de Salud Valdivia, representado por su Directora Marianela Rubilar Gómez y la Ilustre Municipalidad de Río Bueno, representada por su Alcaldesa Doña Carolina Andrea Silva Pérez.

DECRETO:

1.- APRUEBASE, el convenio "Programa Resolutividad en APS año 2023" de fecha 30 de diciembre de 2022, suscrito entre el Servicio de Salud Valdivia, representado por su Directora Marianela Rubilar Gómez y la Ilustre Municipalidad de Río Bueno, representada por su Alcaldesa Doña Carolina Andrea Silva Pérez.

ANOTESE, COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y ARCHIVESE SEGÚN CORRESPONDA.



ANA MARIA REBOLLEDO PINCHEIRA
SECRETARIA MUNICIPAL

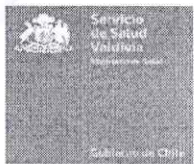


CAROLINA ANDREA SILVA PÉREZ
ALCALDESA

CSP/AMRP/RTH/kbf

Distribución:

- Alcaldía
- Secretaría Municipal
- Archivo Interno



Depto. Asesoría Jurídica: 4003
MRL/DVF/CST/cst



1949284
I. MUNICIPALIDAD DE RÍO BUENO

OFICINA DE PARTES

ID. 479971

05147 * 30.12.2022

RESOLUCION EXENTA N° _____

VALDIVIA,

VISTOS: estos antecedentes: Ordinario C52 N° 4530 de fecha 20 de diciembre de 2022 de Subsecretario de Redes Asistenciales, dirigido a Servicios de Salud del País, que informa continuidad Programas de Reforzamiento (PRAPS) año 2023; Ordinario N° 435 de fecha 21 de diciembre de 2022 de Jefa Subdirección de Gestión Asistencial, dirigido a Jefe Depto. Asesoría Jurídica para solicitar la elaboración de convenios de enlace año 2023, relativo al Programa Resolutividad en APS año 2023, con las I. Municipalidades de la Región de Los Ríos, los que serán modificados una vez recibidas las Resoluciones de Recursos y Orientaciones Técnicas correspondientes al año 2023, desde el Ministerio de Salud; Convenio de enlace suscrito con fecha 30 de diciembre de 2022, entre el Servicio de Salud Valdivia y la I. Municipalidad de Río Bueno; y **TENIENDO PRESENTE:** lo dispuesto en el D.F.L. N° 01 del año 2005 del Ministerio de Salud, el cual fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2763, de 1979; la Ley N° 19.880 Sobre Bases de los Procedimiento Administrativos que rigen los Actos de los órganos de la Administración del Estado; los Decretos Supremos N°s 140 de 2004 y Afecto N° 46 de 2022, ambos del Ministerio de Salud, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN

1°) APRUÉBASE el convenio de Enlace suscrito con fecha 30 de diciembre de 2022, entre el Servicio de Salud Valdivia y la Municipalidad de Río Bueno, relativo al Programa **Resolutividad en APS año 2023**, el cual es del siguiente tenor:

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 Decreto Supremo N° 31 de fecha 27 de diciembre de 2017 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 Resolutividad en APS.

El referido programa es aprobado por el Ministerio de Salud, mediante **Resolución Exenta N° 942 de fecha 14 de diciembre de 2021 y distribuye recursos a través de Resolución Exenta N° 26 de fecha 07 de enero de 2022**. La difusión del documento que aprueba el programa, será de responsabilidad del referente técnico del Servicio de Salud, quien deberá hacer llegar copia del mismo, al Jefe del Departamento de Salud Municipal, para su posterior distribución en los establecimientos de su administración.

TERCERA:

El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:

1. Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias:

- Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)
- Teleoftalmología



- Tele dermatología
- Gastroenterología
- Otorrinolaringología.
- Médico Gestor de la Demanda

2. Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad.

CUARTA:

El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar anualmente recursos a la Municipalidad, destinados a financiar objetivos, metas, componente y/o estrategias contenidas en el Programa. Por lo anterior, y con el fin de asegurar la continuidad del programa respectivo, el Servicio de Salud, establecerá en primera instancia, la suma total de \$ 121.054.386.- (ciento veintiún millones cincuenta y cuatro mil trescientos ochenta y seis pesos) para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en el presente convenio.

El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

Los recursos mencionados serán modificados de acuerdo a la Resolución Exenta del Ministerio de Salud, que aprueba y distribuya recursos para el año 2023. Por tanto, se entiende que las cláusulas financieras del presente instrumento, deberán ser modificadas de igual forma.

QUINTA:

El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

DISTRIBUCION PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD COMUNA DE RIO BUENO 2023

Nº	Componente	Estrategia	Actividad	Nº de Actividades o Meta	Monto (\$)
				Total	Total
1	ESPECIALIDADES AMBULATORIAS	Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)	Actividad Oftalmólogo		121.054.386
			Nº Consultas VR	50	
			Nº Consultas nuevas Glaucoma	40	
			Nº Controles Glaucoma	410	
			Nº Otras Consultas	100	
			Subtotal Actividad Oftalmólogo	600	
			Actividad Tecnólogo Médico		
			Nº Consultas VR	1.500	
			Nº Atenciones y procedimientos	300	
			Nº Fondos de Ojos	1.200	
			Nº Lentes	1.488	
			Nº fármacos Glaucoma Anual	5.240	
			Nº Lubricantes Oculares	1.440	
			Total Componente 1		121.054.386
			TOTAL PROGRAMA (\$)		121.054.386

Canasta y valores referenciales en Anexo N° 1.

Cabe señalar que los recursos asignados para la UAPO, incluyen un monto de \$ 7.548.822.- (siete millones quinientos cuarenta y ocho mil ochocientos veinte y dos pesos) para la contratación de 22 hrs adicionales de Tecnólogo Médico de enero a diciembre 2022, para la realización de retinografías (fondo de ojo) a los diabéticos bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular de la comuna.



Los profesionales contratados para el funcionamiento de la UAPO, deben contar con la certificación correspondiente de la Superintendencia de Salud que acredite la especialidad de Oftalmólogo Tecnólogo Médico con Mención en Oftalmología.

Para la compra de dermatoscopios, se deberán considerar las especificaciones técnicas recomendadas por Hospital Digital, las que serán remitidas a cada comuna por referente técnico, junto a la Res Exenta que aprueba el programa para el presente año.

Si la comuna ha dado cumplimiento a la meta programada y mantiene saldos a favor en alguna estrategia, podrá seguir realizando prestaciones de acuerdo a la demanda asistencial y lista de espera actualizada, previa autorización del referente técnico del Servicio de Salud.

COMPONENTES

COMPONENTE 1: RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES AMBULATORIAS

a. Unidad Atención Primaria Oftalmológica (UAPO):

La Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) cuenta con orientaciones técnicas específicas que definen sus objetivos, cartera de servicio, infraestructura, recurso humano y flujo de atención, por lo que las actividades de esta unidad, deberán ser programadas de acuerdo a las orientaciones técnicas vigentes que describen su funcionamiento. Esta estrategia está orientada a la resolución de casos No GES, no obstante, se podrán incorporar usuarios con patologías GES, previo requisito de que exista cumplimiento de las actividades programadas según las orientaciones técnicas vigentes. La atención de patologías GES deberá ser respaldada mediante la generación de un convenio de compra de servicio u otro (por ejemplo de colaboración), entre la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud y el Servicio de Salud, que asegure los registros requeridos y cumplimiento de garantías de salud para la patología a atender, acorde a los lineamientos entregados por FONASA.

En el caso que en la evaluación integral del profesional se produzca un hallazgo de una patología con Garantía Explícita en Salud (GES), se deberán elaborar todos los documentos establecidos por la regulación vigente y generarse la sospecha diagnóstica o confirmación de la patología y su tratamiento o derivación a nivel secundario cuando corresponda, dependiendo de la cartera de servicios y mapa de red. Asimismo, se deberá cautelar que el registro en SIGGES se cumpla de acuerdo con los plazos establecidos para no comprometer el cumplimiento de la garantía.

El encargado de la UAPO debe enviar mensualmente a referente técnico del Programa de Resolutividad, la nómina de pacientes atendidos en la Unidad, además deberá agregar a los pacientes que fueron derivados a lista de espera quirúrgica, según ANEXO N° 2.

a.1 Tele Oftalmología:

La UAPO cuenta con la estrategia de Tele-Oftalmología, que consiste en un tamizaje para la pesquisa precoz de retinopatía diabética (RD) para prevenir la pérdida visual en personas con diabetes mellitus. Las fotografías se realizan con el uso de cámara fotográfica retinal no midriática, que deben cumplir con las características mínimas requeridas en la orientación técnica vigente. Las fotografías del fondo de ojo tomadas por los tecnólogos médicos de oftalmología en las UAPO son analizadas a través de una plataforma provista por MINSAL, sistema que procesa mediante inteligencia artificial las fotografías, separando las imágenes normales (negativas) de las alteradas (positivas), siendo solo estas últimas derivadas a informe médico por especialista. En otros casos en que el respectivo Servicio de Salud lo determine las fotografías, pueden ser interpretadas por oftalmólogo a distancia mediante plataforma, quien emitirá el informe correspondiente.

Las confirmaciones diagnósticas, derivaciones y tratamiento de los usuarios con sospecha de retinopatía diabética deben ser de acuerdo con la guía clínica GES de retinopatía diabética MINSAL que establece flujos y tiempos diferenciados según la severidad de la RD y lo señalado en el Programa de Resolutividad aprobado por Resolución Exenta N°942 de fecha 14 de Diciembre de 2021.

Tabla N° 1: Clasificación de RD y controles.

RETINOPATÍA DIABÉTICA	HALLAZGOS OBSERVABLES EN OFTALMOLOGÍA DE OJOS DILATADOS	REFERENCIAS
Sin RD aparente	No hay anomalías	Revisión en 1 o 2 años para repeticiones del tamizaje (no requiere oftalmólogo)



RD no proliferativa leve	Solo microaneurismas	Revisión en 1 o 2 años SI hay buen control metabólico
RD no proliferativa moderada	Más que solo micro aneurismas, pero menos que RD severa no proliferativa	Revisión en 6 meses – 1 año o referir al oftalmólogo
RD no proliferativa severa	Cualquiera de los siguientes: ▪ Hemorragias intraretinianas (≥ 20 en cada cuadrante). ▪ Anomalías microvasculares intraretinianas (IRMA) en 1 cuadrante. ▪ Sin signos de RD proliferativa.	Referir al oftalmólogo SEMI URGENTE
RD proliferativa	RD no proliferativo y 1 o más de: ▪ Neovascularización. ▪ Hemorragia vítrea/prerretiniana.	Referir al oftalmólogo URGENTE (1 mes)

Fuente: Guía de práctica clínica GES 2018, MINSAL

Encargado de UAPO deberá enviar reporte mensual con los casos GES derivados a nivel secundario. El establecimiento de salud deberá:

- ✓ Realizar los cierres de casos en plataforma DART
- ✓ Gestionar con prioridad los diagnósticos de retinopatía diabética según normativa vigente.
- ✓ Mantener actualizada la información de su población bajo control con fondo de ojo vigente en REM P4 (corte junio y diciembre).
- ✓ Velar por el cumplimiento del “Programa de Resolutividad Orientaciones Técnico – Administrativas, Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) .

La UAPO considera todos los insumos necesarios para realizar las actividades, no obstante, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la mantención de equipos utilizados en dicha estrategia y reposición de equipos y/o equipamiento menor, con sus respectivos respaldos técnicos, que vaya en directa relación con la atención de los usuarios en la especialidad de oftalmología asegurando siempre el cumplimiento de las metas programadas y la continuidad de la atención. Finalmente, es MINSAL quien deberá aprobar el uso de dichos recursos.

La comuna deberá resguardar:

- ✓ La realización de los procedimientos en salas de procedimientos con autorización sanitaria vigente.
- ✓ Facilitar la actualización y capacitación de los médicos de APS que realizan los procedimientos.
- ✓ Los registros tanto de consentimiento informado y del procedimiento en ficha clínica del usuario.
- ✓ Contar con protocolos internos que resguarden la continuidad de la atención del procedimiento y seguimiento en caso de biopsias.
- ✓ Velar por el cumplimiento del “Manual de procedimiento, registro y envío de muestra de biopsias en Salas de Procedimientos Quirúrgicos de Baja Complejidad”
- ✓ La comuna deberá enviar nómina de pacientes atendidos mensualmente al referente técnico del programa Resolutividad, con todos los datos señalados en Anexo N°2.

Los componentes 1 y 2 del Programa de Salud, consideran todos los insumos y recursos humanos necesarios para realizar las actividades, entre los que se encuentran los elementos de protección personal para la ejecución de las actividades, así como la movilización de los usuarios en aquellas comunas que sólo disponen de canastas integrales o no poseen especialistas en su territorio cercano. No obstante, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, con sus respectivos respaldos técnicos , la autorización para la mantención y/o reposición de equipos o equipamiento menor, adquisición de otros medicamentos e insumos relacionados con los componentes y estrategias del programa y que vayan en directa relación con la atención de los usuarios en la especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y las salas de procedimiento de cirugía menor, asegurando siempre el cumplimiento de las metas programadas y la continuidad de la atención. Finalmente, es MINSAL quien deberá aprobar el uso de dichos recursos

SEXTA:

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

En el proceso de monitoreo y evaluación es importante considerar la responsabilidad que le compete al Gestor de Red en la coordinación de la Red Asistencial. Al respecto se recomienda:



Trabajar en el Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA), la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando al CIRA a los equipos técnicos de los Servicios de Salud encargados de los temas para definir claramente los criterios de referencia.

Incorporar las actividades del Programa de Salud a la planificación del establecimiento, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme demanda y oferta.

- Procurar que las prestaciones realizadas por el Programa de Salud efectivamente signifiquen un aumento real en la oferta de horas de especialidad y no se superpongan con actividades habituales de los prestadores, cuando dichas actividades son realizadas por los mismos profesionales del establecimiento u otros del Servicio de Salud.
- Propiciar la compra de las atenciones médicas aplicando economía de escala, logrando bajar precios por volúmenes de prestaciones y otorgando la posibilidad de reinvertir en otras prestaciones dentro del mismo Programa de Salud.
- El Servicio de Salud podrá establecer pautas para efectuar adquisición de prestaciones a considerar como instrumento base en los procesos de licitación de las comunas pertenecientes a su Red.
- Realizar auditorías técnicas.

En relación con el Sistema de registro de este Programa de Salud, el encargado de Resolutividad en conjunto con el encargado de lista de espera del Establecimiento, deberán velar por:

- ✓ La adecuada gestión clínica administrativa del programa.
- ✓ Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- ✓ Mejorar los registros de Listas de Espera para cada especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud e ingresarlas al SIGTE según normativa vigente.
- ✓ El registro de todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.
- ✓ Las personas que accedan a las prestaciones del programa deberán ser aquellas que se encuentren en lista de espera para la atención (registradas en repositorio nacional de lista de espera) y será en primera instancia aquellas que se encuentran en lista de espera prolongada (más de 120 días) y luego aquellas que tengan un tiempo inferior. No obstante, se debe considerar el criterio de prioridad clínica cuando corresponda.
- ✓ En el caso de que esta atención sea resuelta por el programa Resolutividad, el paciente deberá ser egresado de la lista de espera, utilizando la causal que se indique en la norma técnica. En sistema informático RAS Valdivia: debe ser seleccionado atención realizada por Resolutividad. En el caso de tele dermatología, debe ser seleccionado atención realizada por telemedicina.
- ✓ Cada establecimiento deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, SIGTE y plataforma web, según corresponda.

Será de carácter obligatorio el envío mensual de las nóminas de pacientes atendidos ya sea por el establecimiento o compras de servicio realizadas por la comuna. (enviar a referente técnico del SSV)
ANEXO N° 2

Nota: Para las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador medico deberá estar registrado en la Superintendencia de Salud y deberá entregar un informe de atención al paciente y al establecimiento de salud o comuna, con el fin de que esta información quede registrada en su ficha clínica. Este informe deberá ser entregado con un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

La estrategia de Resolutividad considera todos los insumos necesarios para realizar la actividad, en caso de cumplir las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la mantención y reposición de equipos utilizados en dicha estrategia, adjuntando todos los antecedentes necesarios que avalan esta solicitud



Los recursos serán transferidos en dos cuotas: **70% contra resolución aprobatoria y el 30% restante en octubre**, de acuerdo a los resultados de la 2ª evaluación.

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

La primera evaluación, se efectuará con corte al **día 30 abril del año en curso** y envío de informe al encargado Programa de Salud nivel central al **15 de mayo del año en curso**. Para dar cumplimiento a lo anterior el Establecimiento debe enviar un informe al Referente Técnico del Programa de Resolutividad del Servicio, detallando las comunas en convenio, horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicio adjudicadas, según formato **Anexo N° 4.**, antes del 09 de Mayo del 2022.

▪ La segunda 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 del año en curso, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Peso final estrategia
1. Resolución Especialidades Ambulatorias: Peso relativo componente 60%	1. Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología, otorrinolaringología y procedimientos gastroenterología. Meta anual 100% cumplimiento.	▪ Numerador: N° consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología realizadas por el Programa de Salud ▪ Denominador: N° de consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología comprometidos en el Programa de Salud.	20%
	2. Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y tele dermatología. Meta anual 100% cumplimiento.	▪ Numerador: N° informes de consultas realizadas e informadas de tele oftalmología y tele dermatología. ▪ Denominador: N° de informes y consultas de tele oftalmología y tele dermatología programadas.	10%
	3. Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causal 17* y 19* de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el SS en el SIGTE y acordada en este Programa de Salud. Meta anual 100% cumplimiento.	▪ Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causales 17* y 19* de LE dermatológica; todas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE. ▪ Denominador: N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología.	15%



2. Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad. Peso relativo componente 20%	4. Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE por procedimientos de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta (EDA), ambas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud. Meta anual: 100% cumplimiento Nota: considera LE comunal	▪ Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16* y 19* correspondiente a LE procedimiento fondo de ojo y por causal 16* correspondiente a LE procedimientos EDA; ambos de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE. ▪ Denominador: N° de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología.	15%
	5. Cumplimiento de la actividad programada.	▪ Numerador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados. ▪ Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados.	20%
	6. Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE por procedimientos de cirugía menor ambulatoria, de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud. Meta anual: 100% cumplimiento	▪ Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por SS en SIGTE. ▪ Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta.	20%

Considera las causales de egreso LE vigentes al momento de elaboración del Programa de Salud, de haber modificaciones se considerarán parte del presente Programa de Salud previo envío de resolución y/o documento formal por parte de MINSAL que indique causales.

En caso de aplicar una o más metas, los pesos relativos se ponderarán proporcionalmente de acuerdo con la estrategia o componente correspondiente.

Las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas de acuerdo con la evaluación del Programa de Salud efectuada.

▪ **La tercera evaluación y final**, se efectuará con corte al 31 de diciembre del año en curso, fecha en que el Programa de Salud deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

Se requiere que los Servicios de Salud realicen el seguimiento y monitoreo sistemático de la ejecución del presente Programa de Salud, estableciendo los compromisos para mejorar las áreas necesarias; todo ello independientemente de acciones específicas que corresponde a los Departamentos de Auditoría.

Los recursos para equipamiento y/o implementación no serán sujeto de reliquidación, en el caso que se presente algún grado de ejecución de metas asociadas a estos recursos.

En relación con los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del Programa de Salud, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar a MINSAL la no reliquidación del Programa de Salud, quién determinará en última instancia si procede o no a aceptar solicitudes de no reliquidación.



No obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la asignación financiera y evaluación de las metas al final del período.

Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales (o al corte de julio), podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente Programa de Salud.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la segunda evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de septiembre si es que su cumplimiento es **inferior al 60%**, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (30%)
60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir convenio

El grado de incumplimiento anual, será considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellas comunas que administren Salud Municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de septiembre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente.

En el caso de comunas o establecimientos dependientes, que reciben recursos adicionales, como parte de la redistribución que se realice en octubre, tendrán plazo hasta el 31 de diciembre del año en curso, para finalizar su ejecución.

Cada Servicio de Salud deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, SIGTE y plataformas Web por parte de los establecimientos.

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN.

Cumplimiento del Objetivo Específico N° 1:

a. Indicador N°1: Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología, otorrinolaringología y procedimientos gastroenterología.

Fórmula de cálculo: (N° consultas y procedimientos realizadas por el Programa de Salud / N° de consultas y procedimientos comprometidos en el Programa de Salud) *100.

- Medio de verificación numerador: REM A29, sección A y sección B REM A 32, sección C
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

b. Indicador N° 2: Cumplimiento de la actividad de teleoftalmología y teledermatología.

- Fórmula de cálculo: (N° informes de consultas realizadas e informadas / N° de informes y consultas programadas) *100
- Medio de verificación numerador: plataforma web indicada por MINSAL y/o plataforma local + REM A30 sección C, + REM A30 AR, sección A y C.
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

c. Indicador N° 3: Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16 de la LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causal 17 y 19 de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el SS en el SIGTE y acordada en este Programa de Salud.

- Fórmula de cálculo: (N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causales 17 y 19 de LE dermatológica; todas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE / N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología) * 100.
- Medio de verificación numerador: SIGTE.



- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

Indicador N°4: Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16 de la LE por procedimientos de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta (EDA), ambas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud.

- Fórmula de cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento fondo de ojo y por causal 16 correspondiente a LE procedimientos EDA; ambas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE} / \text{N}^\circ \text{ de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología}) * 100$.
- Medio de verificación numerador: SIGTE.
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

Cumplimiento del Objetivo Específico N° 2:

e. Indicador N°5: Cumplimiento de la actividad programada.

- Fórmula de cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados (intervenciones quirúrgicas menores} / \text{N}^\circ \text{ de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados (intervenciones quirúrgicas menores)}) * 100$
- Medio de verificación numerador: REM A 29.
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

f. Indicador N°6: Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16 de la LE por procedimientos de cirugía menor ambulatoria, de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud.

- Fórmula de cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por SS en SIGTE} / \text{N}^\circ \text{ procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta}) * 100$
- Medio de verificación numerador: SIGTE. ▪ Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

Nota: La lista de espera (LE) de mayor antigüedad deberá resolverse por el Programa de Salud, ésta se establecerá de la existente en cada comuna y establecimientos de APS dependiente del Servicio de Salud. Solo en caso de no tener lista de espera antigua podrá abordar lista más reciente. La validación de los egresos requerirá el cumplir con la publicación de los registros de responsabilidad APS en el SIGTE, los medios de verificación asociados podrán ser auditados.

Por su parte, el Servicio evaluará el grado de cumplimiento conforme a las metas definidas en el Programa por cada establecimiento, de acuerdo al Indicador de Cumplimiento mencionado, el cual podría presentar modificaciones de acuerdo a las Orientaciones establecidas en el Programa para el año 2023. Por tanto, se entiende que las cláusulas técnicas del presente instrumento, podrían ser modificadas de igual forma.

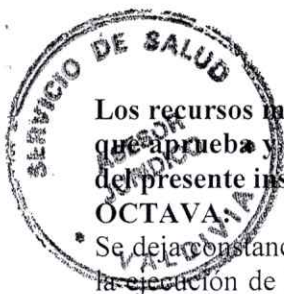
SÉPTIMA:

Los recursos asociados a este Programa se entregarán en dos cuotas, según se indica, los cuales permitirán financiar los gastos ejecutados desde el **01 de enero al 31 de diciembre del año 2023**:

La primera cuota, correspondiente al **70%** de los fondos por un monto de **\$ 84.738.070.- (ochenta y cuatro millones setecientos treinta y ocho mil setenta pesos)**, una vez que se encuentre totalmente tramitado el acto administrativo que aprueba el convenio entre el Servicio de Salud y la Municipalidad que ejecuta el programa, se entregue dicho documento en el Ministerio de Salud y se recepcione la transferencia de recursos.

La segunda cuota correspondiente al **30%** de los fondos por un monto de **\$ 36.316.316.- (treinta y seis millones trescientos dieciséis mil trescientos dieciséis pesos)**, se traspasará en el mes de Octubre conforme al grado de cumplimiento del Programa, de acuerdo a la evaluación señalada en la cláusula sexta y se recepcione la transferencia de recursos desde el Ministerio de Salud, siendo condición necesaria para la transferencia, la entrega oportuna de los informes financieros y comprobantes de ingreso, lo anterior, de acuerdo a los requerimientos establecidos en Resolución N° 30 del 11 de marzo de 2015 de la Contraloría General de la República, que se detallan en la cláusula novena del presente instrumento.

Cabe mencionar que, para las cuotas establecidas en la presente cláusula, el Servicio de Salud se compromete a transferir los recursos en el mismo mes que son recepcionadas desde el Ministerio de Salud.



Los recursos mencionados serán modificados de acuerdo a la Resolución Exenta del Ministerio de Salud, que aprueba y distribuya recursos para el año 2023. Por tanto, se entiende que las cláusulas financieras del presente instrumento, deberán ser modificadas de igual forma.

OCTAVA:

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público, 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 ley, o bien a honorarios acorde a lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

NOVENA:

La Municipalidad deberá dar cumplimiento a las normas y procedimientos establecidos por la Contraloría General de la República en Resolución N° 30 del 11 de marzo de 2015, sobre rendición de cuentas, es decir:

1. Remitir Informe Financiero Mensual de gastos al Servicio de Salud, incluso respecto de aquellos meses en que no exista inversión de los fondos traspasados, dentro de los primeros quince (15) días hábiles siguientes al mes de ejecución, el que deberá señalar, el monto de los recursos recibidos en el mes, el detalle de los gastos e inversiones realizadas y el saldo disponible del periodo.
2. Al finalizar la vigencia y en caso de existir saldo, éste se deberá depositar en cuenta corriente del Servicio de Salud Valdivia N° 72109121054 Banco Estado y adjuntar a Rendición de Cuenta Final el comprobante de dicho depósito, salvo que en los convenios celebrados quede reflejado expresa y excepcionalmente la posibilidad que los saldos de dichos recursos serán utilizados para dar continuidad a los programas de salud, efecto para el cual se deberá celebrar el convenio complementario respectivo.
3. Remitir en un plazo máximo de 15 días a contar de la fecha de realización de la transferencia, al Subdepartamento de Recursos Financieros del Servicio de Salud Valdivia, copia del comprobante de ingreso mediante el cual, la Municipalidad recepcionó la entrega de los fondos señalados en este convenio. Por lo anterior, y con el fin de monitorear, controlar y asegurar la oportuna entrega de recursos a la Entidad Administradora de Salud Municipal (Departamento de Salud), la Municipalidad deberá adjuntar al documento anterior, copia de: Decreto de Pago Municipal y Comprobante de Ingresos del Departamento de Salud Municipal.

La Municipalidad deberá utilizar formato de "informe financiero" señalado en Resolución Exenta N° 3332 de fecha 20 de agosto de 2015, a través del cual podrán presentar únicamente gastos pertinentes, de acuerdo a los objetivos, estrategias y/o actividades contempladas en el programa y que previo a su ejecución, hayan sido validados por el Referente Técnico del Servicio de Salud.

Para estos efectos, la Municipalidad conforme a lo instruido por la Subsecretaría de Redes Asistenciales en el Ordinario C73/1149 del 27 de abril de 2021 y lo informado por el Servicio de Salud Valdivia a la Municipalidad en el Ordinario N°783 de fecha 12 de mayo de 2021; deberá realizar dicha rendición de cuentas a través del Sistema de Rendición de Cuentas de la Contraloría General de la República (SISREC) en la forma establecida en los artículos 5 y 6 de la Resolución N° 30 del 11 de marzo de 2015 de la Contraloría General de la República.

Sin perjuicio de lo anterior y con el objeto de velar por la correcta utilización de los recursos públicos, la Unidad de Recursos Financieros APS, del Subdepartamento de Recursos Financieros del Servicio de Salud Valdivia, podrá realizar revisiones mensuales en terreno de forma aleatoria por programa y por municipio, de acuerdo a planificaciones trimestrales, las cuales contemplan los doce Municipios de la Región de Los Ríos, además podrá solicitar documentación de respaldo adicional que sustente los gastos, en soporte papel o soporte electrónico.

DÉCIMA:

El "Servicio", podrá requerir a la "Municipalidad", los datos e informes relativos a la ejecución del "Programa" y sus estrategias, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo, sea por instancias de línea operativa como de Asesoría y Control Interno, para cuyos efectos el Municipio y establecimientos de salud relacionados deberán prestar su más amplia y oportuna colaboración.

Asimismo, el "Servicio" deberá impartir pautas técnicas y financieras para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos, estrategias y/o actividades del presente convenio.

Los Referentes Técnicos del programa, a nivel de Servicio, se reservan el derecho de rechazar todo aquel gasto que no tenga relación directa con las actividades contempladas en el convenio, o que no hayan sido previamente autorizados por el Referente Técnico del Servicio de Salud, acorde a lo estipulado en la cláusula novena.

DÉCIMA PRIMERA:



Será responsabilidad de la Municipalidad, velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en las diferentes unidades de salud. Lo anterior, independiente de las atribuciones que le competen al Servicio de Salud Valdivia, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados, de las revisiones que pudiese efectuar, en términos aleatorios el departamento que para tales efectos se designe, instancia que contará con plenas facultades para llevar a cabo dicha fiscalización.

DÉCIMA SEGUNDA:

El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este convenio se señala. Por ello, en caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados para los efectos de este convenio, esta deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución.

DÉCIMA TERCERA:

Finalizado el periodo de vigencia anual del presente convenio y en el caso que la comuna no haya cumplido con el 100% de la ejecución de los fondos del programa para el año respectivo, la Municipalidad procederá a reintegrar al Servicio de Salud dichos saldos, en los términos señalados en la cláusula novena.

DÉCIMA CUARTA:

El presente convenio tendrá vigencia para su ejecución, desde el **01 de enero al 31 de diciembre de 2023** y para la entrega del informe financiero final, los primeros quince (15) días hábiles del mes siguiente.

DÉCIMA QUINTA

El presente convenio se firma en **tres ejemplares**, quedando uno en poder Oficina de Partes del Servicio de Salud, un ejemplar en la Unidad de Gestión de Recursos - Depto de Administración y Gestión de la Información y un ejemplar al Depto APS y Redes Ambulatorias ambas de la División de Integración de Redes - Subsecretaría de Redes Asistenciales. Por su parte, el Servicio de Salud se compromete a enviar copia de este documento a la Municipalidad respectiva.

2º) IMPÚTESE el gasto que se origina del presente convenio al ítem presupuestario 24-03-298 "Atención Primaria, Ley N° 19.378" del Presupuesto de Gastos – año 2023 del Servicio de Salud Valdivia.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.

DRA. MARIANELA RUBILAR GÓMEZ
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA

DISTRIBUCIÓN (4):

- U. de Gestión de Recursos _ Departamento de Administración y Gestión de la Información, División de Integración de Redes, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- Departamento de APS y Redes Ambulatorias, División de Integración de Redes, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud
- Municipalidad de Río Bueno
- Oficina de Partes, SSV

DISTRIBUCIÓN POR SISTEMA (3):

- Subdirección de Gestión Asistencial, SSV.
- Subdepto. Recursos Financieros – U. Recursos Financieros de la APS, SSV.
- Departamento Jurídico – Convenios APS, SSV.



Depto. Asesoría Jurídica: 3995
DVE/CST/est



CONVENIO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS - AÑO 2023

SERVICIO DE SALUD VALDIVIA - I. MUNICIPALIDAD DE RÍO BUENO

30 DIC. 2022

En Valdivia, a.....entre el Servicio de Salud Valdivia, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Chacabuco N° 700, Valdivia, representado por su Directora Dra. Mariana Rubilar Gómez, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Ilustre Municipalidad de Río Bueno, Registro Persona Jurídica N° 2, del 27 de enero de 2004, domiciliada en Comercio N° 603, Río Bueno, representada por su Alcaldesa Doña Carolina Andrea Silva Pérez 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 Decreto Supremo N° 31 de fecha 27 de diciembre de 2017 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 Resolutividad en APS.

El referido programa es aprobado por el Ministerio de Salud, mediante Resolución Exenta N° 942 de fecha 14 de diciembre de 2021 y distribuye recursos a través de Resolución Exenta N° 26 de fecha 07 de enero de 2022. La difusión del documento que aprueba el programa, será de responsabilidad del referente técnico del Servicio de Salud, quien deberá hacer llegar copia del mismo, al Jefe del Departamento de Salud Municipal, para su posterior distribución en los establecimientos de su administración.

TERCERA:

El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:

1. Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias:

- Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)
- Teleoftalmología
- Teledermatología
- Gastroenterología
- Otorrinolaringología.
- Médico Gestor de la Demanda

2. Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad.

CUARTA:

El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar anualmente recursos a la Municipalidad, destinados a financiar objetivos, metas, componente y/o estrategias contenidas en el Programa. Por lo anterior, y con el fin de asegurar la continuidad del programa respectivo, el Servicio de Salud, establecerá

en primera instancia, la suma total de \$ 121.054.386.- (ciento veintitún millones cincuenta y cuatro mil trescientos ochenta y seis pesos) para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en el presente convenio.



El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y se compromete a complementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

Los recursos mencionados serán modificados de acuerdo a la Resolución Exenta del Ministerio de Salud, que aprueba y distribuya recursos para el año 2023. Por tanto, se entiende que las cláusulas financieras del presente instrumento, deberán ser modificadas de igual forma.

QUINTA:

El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

DISTRIBUCION PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD COMUNA DE RIO BUENO 2023

Nº	Componente	Estrategia	Actividad	Nº de Actividades o Meta	Monte (\$)		
				Total	Total		
1	ESPECIALIDADES AMBULATORIAS	Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)	Actividad Oftalmólogo				
			Nº Consultas VR	50			
			Nº Consultas nuevas Glaucoma	40			
			Nº Controles Glaucoma	410			
			Nº Otras Consultas	100			
			Subtotal Actividad Oftalmólogo	600			
			Actividad Tecnólogo Médico		121.054.386		
			Nº Consultas VR	1.800			
			Nº Atenciones y procedimientos	300			
			Nº Fondos de Ojos	1.200			
			Nº Lentes	1.488			
			Nº fármacos Glaucoma Anual	5.240			
			Nº Lubrificantes Oculares	1.440			
			Total Componente 1				121.054.386
			TOTAL PROGRAMA (\$)				121.054.386

Canasta y valores referenciales en Anexo Nº 1.

Cabe señalar que los recursos asignados para la UAPO, incluyen un monto de \$ 7.548.822.- (siete millones quinientos cuarenta y ocho mil ochocientos veinte y dos pesos) para la contratación de 22 hrs adicionales de Tecnólogo Médico de enero a diciembre 2022, para la realización de retinografías (fondo de ojo) a los diabéticos bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular de la comuna.

Los profesionales contratados para el funcionamiento de la UAPO, deben contar con la certificación correspondiente de la Superintendencia de Salud que acredite la especialidad de Oftalmólogo y Tecnólogo Médico con Mención en Oftalmología.

Para la compra de dermatoscopios, se deberán considerar las especificaciones técnicas recomendadas por Hospital Digital, las que serán remitidas a cada comuna por referente técnico, junto a la Res Exenta que aprueba el programa para el presente año.

Si la comuna ha dado cumplimiento a la meta programada y mantiene saldos a favor en alguna estrategia, podrá seguir realizando prestaciones de acuerdo a la demanda asistencial y lista de espera actualizada, previa autorización del referente técnico del Servicio de Salud.

COMPONENTES

COMPONENTE 1: RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES AMBULATORIAS

a. Unidad Atención Primaria Oftalmológica (UAPO):

La Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) cuenta con orientaciones técnicas específicas que definen sus objetivos, cartera de servicio, infraestructura, recurso humano y flujo de atención, por lo que las actividades de esta unidad, deberán ser programadas de acuerdo a las orientaciones técnicas vigentes que describen su funcionamiento. Esta estrategia está orientada a la resolución de casos No GES, no obstante, se podrán incorporar usuarios con patologías GES, previo requisito de que exista cumplimiento de las actividades programadas según las orientaciones técnicas vigentes. La atención de patologías GES deberá ser respaldada mediante la generación de un convenio de compra de servicio u otro (por ejemplo de colaboración), entre la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud y el Servicio de Salud, que asegure los registros requeridos y cumplimiento de garantías de salud para la patología a atender, acorde a los lineamientos entregados por FONASA.

En el caso que en la evaluación integral del profesional se produzca un hallazgo de una patología con Garantía Explícita en Salud (GES), se deberán elaborar todos los documentos establecidos por la regulación vigente y generarse la sospecha diagnóstica o confirmación de la patología y su tratamiento o derivación a nivel secundario cuando corresponda, dependiendo de la cartera de servicios y mapa de red. Asimismo, se deberá cautelar que el registro en SIGGES se cumpla de acuerdo con los plazos establecidos para no comprometer el cumplimiento de la garantía.

El encargado de la UAPO debe enviar mensualmente a referente técnico del Programa de Resolutividad, la nómina de pacientes atendidos en la Unidad, además deberá agregar a los pacientes que fueron derivados a lista de espera quirúrgica, según ANEXO N° 2.

a.1 Tele Oftalmología:

La UAPO cuenta con la estrategia de Tele-Oftalmología, que consiste en un tamizaje para la pesquisa precoz de retinopatía diabética (RD) para prevenir la pérdida visual en personas con diabetes mellitus. Las fotografías se realizan con el uso de cámara fotográfica retinal no midriática, que deben cumplir con las características mínimas requeridas en la orientación técnica vigente. Las fotografías del fondo de ojo tomadas por los tecnólogos médicos de oftalmología en las UAPO son analizadas a través de una plataforma provista por MINSAL, sistema que procesa mediante inteligencia artificial las fotografías, separando las imágenes normales (negativas) de las alteradas (positivas), siendo solo estas últimas derivadas a informe médico por especialista. En otros casos en que el respectivo Servicio de Salud lo determine las fotografías, pueden ser interpretadas por oftalmólogo a distancia mediante plataforma, quien emitirá el informe correspondiente.

Las confirmaciones diagnósticas, derivaciones y tratamiento de los usuarios con sospecha de retinopatía diabética deben ser de acuerdo con la guía clínica GES de retinopatía diabética MINSAL que establece flujos y tiempos diferenciados según la severidad de la RD y lo señalado en el Programa de Resolutividad aprobado por Resolución Exenta N°942 de fecha 14 de Diciembre de 2021.

Tabla N° 1: Clasificación de RD y controles.

RETINOPATÍA DIABÉTICA	HALLAZGOS OBSERVABLES EN OFTALMOLOGÍA DE OJOS DILATADOS	REFERENCIAS
Sin RD aparente	No hay anomalías	Revisión en 1 o 2 años para repeticiones del tamizaje (no requiere oftalmólogo)
RD no proliferativa leve	Solo microaneurismas	Revisión en 1 o 2 años SI hay buen control metabólico
RD no proliferativa moderada	Más que solo micro aneurismas, pero menos que RD severa no proliferativa	Revisión en 6 meses – 1 año o referir al oftalmólogo
RD no proliferativa severa	Cualquiera de los siguientes: • Hemorragias intraretinianas (≥ 20 en cada cuadrante). • Anomalías microvasculares intraretinianas (IRMA) en 1 cuadrante. • Sin signos de RD proliferativa.	Referir al oftalmólogo SEMI URGENTE
RD proliferativa	RD no proliferativo y 1 o más de: • Neovascularización. • Hemorragia vítreo/prerretiniana.	Referir al oftalmólogo URGENTE (1 mes)

Fuente: Guía de práctica clínica GES 2018, MINSAL.

Encargado de UAPO deberá enviar reporte mensual con los casos GES derivados a nivel secundario.



El establecimiento de salud deberá:

- ✓ Realizar los cierres de casos en plataforma DART
- ✓ Gestionar con prioridad los diagnósticos de retinopatía diabética según normativa vigente.
- ✓ Mantener actualizada la información de su población bajo control con fondo de ojo vigente en REM P4 (corte junio y diciembre).
- ✓ Velar por el cumplimiento del "Programa de Resolutividad Orientaciones Técnico - Administrativas, Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO).

La UAPO considera todos los insumos necesarios para realizar las actividades, no obstante, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la mantención de equipos utilizados en dicha estrategia y reposición de equipos y/o equipamiento menor, con sus respectivos respaldos técnicos, que vaya en directa relación con la atención de los usuarios en la especialidad de oftalmología, asegurando siempre el cumplimiento de las metas programadas y la continuidad de la atención. Finalmente, es MINSAL quien deberá aprobar el uso de dichos recursos.

La comuna deberá resguardar:

- ✓ La realización de los procedimientos en salas de procedimientos con autorización sanitaria vigente.
- ✓ Facilitar la actualización y capacitación de los médicos de APS que realizan los procedimientos.
- ✓ Los registros tanto de consentimiento informado y del procedimiento en ficha clínica del usuario.
- ✓ Contar con protocolos internos que resguarden la continuidad de la atención del procedimiento y seguimiento en caso de biopsias.
- ✓ Velar por el cumplimiento del "Manual de procedimiento, registro y envío de muestra de biopsias en Salas de Procedimientos Quirúrgicos de Baja Complejidad"
- ✓ La comuna deberá enviar nómina de pacientes atendidos mensualmente al referente técnico del programa Resolutividad, con todos los datos señalados en Anexo N°2.

Los componentes 1 y 2 del Programa de Salud, consideran todos los insumos y recursos humanos necesarios para realizar las actividades, entre los que se encuentran los elementos de protección personal para la ejecución de las actividades, así como la movilización de los usuarios en aquellas comunas que sólo disponen de canastas integrales o no poseen especialistas en su territorio cercano. No obstante, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, con sus respectivos respaldos técnicos, la autorización para la mantención y/o reposición de equipos o equipamiento menor, adquisición de otros medicamentos e insumos relacionados con los componentes y estrategias del programa y que vayan en directa relación con la atención de los usuarios en la especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y las salas de procedimiento de cirugía menor, asegurando siempre el cumplimiento de las metas programadas y la continuidad de la atención. Finalmente, es MINSAL quien deberá aprobar el uso de dichos recursos.

SEXTA:

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

En el proceso de monitoreo y evaluación es importante considerar la responsabilidad que le compete al Gestor de Red en la coordinación de la Red Asistencial. Al respecto se recomienda:

- Trabajar en el Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA), la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando al CIRA a los equipos técnicos de los Servicios de Salud encargados de los temas para definir claramente los criterios de referencia.
- Incorporar las actividades del Programa de Salud a la planificación del establecimiento, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme demanda y oferta.
- Procurar que las prestaciones realizadas por el Programa de Salud efectivamente signifiquen un aumento real en la oferta de horas de especialidad y no se superpongan con actividades habituales de los prestadores, cuando dichas actividades son realizadas por los mismos profesionales del establecimiento u otros del Servicio de Salud.
- Propiciar la compra de las atenciones médicas aplicando economía de escala, logrando bajar precios por volúmenes de prestaciones y otorgando la posibilidad de reinvertir en otras prestaciones dentro del mismo Programa de Salud.
- El Servicio de Salud podrá establecer pautas para efectuar adquisición de prestaciones a considerar como instrumento base en los procesos de licitación de las comunas pertenecientes a su Red.

- Realizar auditorías técnicas.

En relación con el Sistema de registro de este Programa de Salud, el encargado de Resolutividad en conjunto con el encargado de lista de espera del Establecimiento, deberán velar por:



- ✓ La adecuada gestión clínica administrativa del programa.
- ✓ Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- ✓ Mejorar los registros de Listas de Espera para cada especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud e ingresarlas al SIGTE según normativa vigente.
- ✓ El registro de todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.
- ✓ Las personas que accedan a las prestaciones del programa deberán ser aquellas que se encuentren en lista de espera para la atención (registradas en repositorio nacional de lista de espera) y será en primera instancia aquellas que se encuentran en lista de espera prolongada (más de 120 días) y luego aquellas que tengan un tiempo inferior. No obstante, se debe considerar el criterio de prioridad clínica cuando corresponda.
- ✓ En el caso de que esta atención sea resuelta por el programa Resolutividad, el paciente deberá ser egresado de la lista de espera, utilizando la causal que se indique en la norma técnica. En sistema informático RAS Valdivia: debe ser seleccionado atención realizada por Resolutividad. En el caso de tele dermatología, debe ser seleccionado atención realizada por telemedicina.
- ✓ Cada establecimiento deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, SIGTE y plataforma web, según corresponda.

Será de carácter obligatorio el envío mensual de las nóminas de pacientes atendidos ya sea por el establecimiento o compras de servicio realizadas por la comuna. (enviar a referente técnico del SSV) ANEXO N° 2

Nota: Para las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador medico deberá estar registrado en la Superintendencia de Salud y deberá entregar un informe de atención al paciente y al establecimiento de salud o comuna, con el fin de que esta información quede registrada en su ficha clínica. Este informe deberá ser entregado con un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

La estrategia de Resolutividad considera todos los insumos necesarios para realizar la actividad, en caso de cumplir las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la mantención y reposición de equipos utilizados en dicha estrategia, adjuntando todos los antecedentes necesarios que avalan esta solicitud

Transferencia:

- Los recursos serán transferidos en dos cuotas: 70% contra resolución aprobatoria y el 30% restante en octubre, de acuerdo a los resultados de la 2ª evaluación.

Evaluación:

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

La primera evaluación, se efectuará con corte al día 30 abril del año en curso y envío de informe al encargado Programa de Salud nivel central al 15 de mayo del año en curso. Para dar cumplimiento a lo anterior el Establecimiento debe enviar un informe al Referente Técnico del Programa de Resolutividad del Servicio, detallando las comunas en convenio, horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicio adjudicadas, según formato Anexo N° 4., antes del 09 de Mayo del 2022.

La segunda 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 del año en curso, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Peso final estrategia
------------	-----------	--------------------	-----------------------



1. Resolución Especialidades Ambulatorias: Peso relativo componente 60%	1. Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología, otorrinolaringología y procedimientos gastroenterología. Meta anual 100% cumplimiento.	* <u>Numerador:</u> N° consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología realizadas por el Programa de Salud * <u>Denominador:</u> N° de consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología comprometidos en el Programa de Salud.	20%
	2. Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y teledermatología. Meta anual 100% cumplimiento.	* <u>Numerador:</u> N° informes de consultas realizadas e informadas de tele oftalmología y teledermatología. * <u>Denominador:</u> N° de informes y consultas de tele oftalmología y tele dermatología programadas.	10%
	3. Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causal 17* y 19* de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el SS en el SIGTE y acordada en este Programa de Salud. Meta anual 100% cumplimiento.	* <u>Numerador:</u> N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causales 17* y 19* de LE dermatológica; todas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE. * <u>Denominador:</u> N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología.	15%
	4. Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE por procedimientos de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta (EDA), ambas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud. Meta anual: 100% cumplimiento Nota: considera LE comunal	* <u>Numerador:</u> N° de pacientes egresados por causal 16* y 19* correspondiente a LE procedimiento fondo de ojo y por causal 16* correspondiente a LE procedimientos EDA; ambos de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE. * <u>Denominador:</u> N° de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología.	15%
2. Procedimientos cutáneos quirúrgicos de	5. Cumplimiento de la actividad programada.	* <u>Numerador:</u> N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados. * <u>Denominador:</u> N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados.	20%



baja complejidad. Peso relativo componente 20%	6. Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE por procedimientos de cirugía menor ambulatoria, de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud. Meta anual: 100% cumplimiento	* <u>Numerador:</u> N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por SS en SIGTE. * <u>Denominador:</u> N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta.	20%
---	---	--	-----

Considera las causales de egreso LE vigentes al momento de elaboración del Programa de Salud, de haber modificaciones se considerarán parte del presente Programa de Salud previo envío de resolución y/o documento formal por parte de MINSAL que indique causales.

En caso de aplicar una o más metas, los pesos relativos se ponderarán proporcionalmente de acuerdo con la estrategia o componente correspondiente.

Las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas de acuerdo con la evaluación del Programa de Salud efectuada.

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

Se requiere que los Servicios de Salud realicen el seguimiento y monitoreo sistemático de la ejecución del presente Programa de Salud, estableciendo los compromisos para mejorar las áreas necesarias; todo ello independientemente de acciones específicas que corresponde a los Departamentos de Auditoría.

Los recursos para equipamiento y/o implementación no serán sujeto de reliquidación, en el caso que se presente algún grado de ejecución de metas asociadas a estos recursos.

En relación con los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del Programa de Salud, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avilada la correspondiente solicitud, podría solicitar a MINSAL la no reliquidación del Programa de Salud, quién determinará en última instancia si procede o no a aceptar solicitudes de no reliquidación.

No obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales (o al corte de julio), podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente Programa de Salud.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la segunda evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de septiembre si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota del (30%)
60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir convenio

El grado de incumplimiento anual, será considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellas comunas que administren Salud Municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el

mes de septiembre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente.

En el caso de comunas o establecimientos dependientes, que reciben recursos adicionales, como parte de la redistribución que se realice en octubre, tendrán plazo hasta el 31 de diciembre del año en curso, para finalizar su ejecución.

Cada Servicio de Salud deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, SIGTE y plataformas Web por parte de los establecimientos.



INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN.

Cumplimiento del Objetivo Específico N° 1:

a. **Indicador N°1: Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología, otorrinolaringología y procedimientos gastroenterología.**

Fórmula de cálculo: (N° consultas y procedimientos realizadas por el Programa de Salud / N° de consultas y procedimientos comprometidos en el Programa de Salud) * 100.

* Medio de verificación numerador: REM A29, sección A y sección B REM A 32, sección C

* Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

b. **Indicador N° 2: Cumplimiento de la actividad de teleoftalmología y teledermatología.**

* Fórmula de cálculo: (N° informes de consultas realizadas e informadas / N° de informes y consultas programadas) * 100

* Medio de verificación numerador: plataforma web indicada por MINSAL y/o plataforma local + REM A30 sección C, + REM A30 AR, sección A y C.

* Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

c. **Indicador N° 3: Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16 de la LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causal 17 y 19 de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el SS en el SIGTE y acordada en este Programa de Salud.**

* Fórmula de cálculo: (N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causales 17 y 19 de LE dermatológica; todas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE / N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología) * 100.

* Medio de verificación numerador: SIGTE.

* Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

d. **Indicador N°4: Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16 de la LE por procedimientos de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta (EDA), ambas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud.**

* Fórmula de cálculo: (N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento fondo de ojo y por causal 16 correspondiente a LE procedimientos EDA; ambos de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE / N° de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología) * 100.

* Medio de verificación numerador: SIGTE.

* Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

Cumplimiento del Objetivo Específico N° 2:

e. **Indicador N°5: Cumplimiento de la actividad programada.**

* Fórmula de cálculo: (N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados (intervenciones quirúrgicas menores / N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados (intervenciones quirúrgicas menores) * 100

* Medio de verificación numerador: REM A 29.

* Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

f. **Indicador N°6: Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16 de la LE por procedimientos de cirugía menor ambulatoria, de mayor antigüedad publicada por el SS**

en SIGTE y acordada en este Programa de Salud.

- Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por SS en SIGTE} / N^{\circ} \text{ procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta}) * 100$
- Medio de verificación numerador: SIGTE. • Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

Nota: La lista de espera (L.E) de mayor antigüedad deberá resolverse por el Programa de Salud, ésta se establecerá de la existente en cada comuna y establecimientos de APS dependiente del Servicio de Salud. Solo en caso de no tener lista de espera antigua podrá abordar lista más reciente. La validación de los egresos requerirá el cumplir con la publicación de los registros de responsabilidad APS en el SIGTE, los medios de verificación asociados podrán ser auditados.

Por su parte, el Servicio evaluará el grado de cumplimiento conforme a las metas definidas en el Programa por cada establecimiento, de acuerdo al Indicador de Cumplimiento mencionado, el cual podría presentar modificaciones de acuerdo a las Orientaciones establecidas en el Programa para el año 2023. Por tanto, se entiende que las cláusulas técnicas del presente instrumento, podrían ser modificadas de igual forma.

SÉPTIMA:

Los recursos asociados a este Programa se entregarán en dos cuotas, según se indica, los cuales permitirán financiar los gastos ejecutados desde el 01 de enero al 31 de diciembre del año 2023:

La primera cuota, correspondiente al 70% de los fondos por un monto de \$ 84.738.070.- (ochenta y cuatro millones setecientos treinta y ocho mil setenta pesos), una vez que se encuentre totalmente tramitado el acto administrativo que aprueba el convenio entre el Servicio de Salud y la Municipalidad que ejecuta el programa, se entregue dicho documento en el Ministerio de Salud y se recepcione la transferencia de recursos.

La segunda cuota correspondiente al 30% de los fondos por un monto de \$ 36.316.316.- (treinta y seis millones trescientos dieciséis mil trescientos dieciséis pesos), se traspasará en el mes de Octubre conforme al grado de cumplimiento del Programa, de acuerdo a la evaluación señalada en la cláusula sexta y se recepcione la transferencia de recursos desde el Ministerio de Salud, siendo condición necesaria para la transferencia, la entrega oportuna de los informes financieros y comprobantes de ingreso, lo anterior, de acuerdo a los requerimientos establecidos en Resolución N° 30 del 11 de marzo de 2015 de la Contraloría General de la República, que se detallan en la cláusula novena del presente instrumento.

Cabe mencionar que, para las cuotas establecidas en la presente cláusula, el Servicio de Salud se compromete a transferir los recursos en el mismo mes que son recepcionadas desde el Ministerio de Salud.

Los recursos mencionados serán modificados de acuerdo a la Resolución Exenta del Ministerio de Salud, que aprueba y distribuya recursos para el año 2023. Por tanto, se entiende que las cláusulas financieras del presente instrumento, deberán ser modificadas de igual forma.

OCTAVA:

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público, 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 ley, o bien a honorarios acorde a lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

NOVENA:

La Municipalidad deberá dar cumplimiento a las normas y procedimientos establecidos por la Contraloría General de la República en Resolución N° 30 del 11 de marzo de 2015, sobre rendición de cuentas, es decir:

1. Remitir Informe Financiero Mensual de gastos al Servicio de Salud, incluso respecto de aquellos meses en que no exista inversión de los fondos traspasados, dentro de los primeros quince (15) días hábiles siguientes al mes de ejecución, el que deberá señalar, el monto de los recursos recibidos en el mes, el detalle de los gastos e inversiones realizadas y el saldo disponible del período.
2. Al finalizar la vigencia y en caso de existir saldo, éste se deberá depositar en cuenta corriente del Servicio de Salud Valdivia N° 72109121054 Banco Estado y adjuntar a Rendición de Cuenta Final el comprobante de dicho depósito, salvo que en los convenios celebrados quede reflejado expresa y excepcionalmente la posibilidad que los saldos de dichos recursos serán utilizados para dar continuidad a los programas de salud, efecto para el cual se deberá celebrar el convenio complementario respectivo.



3. Remitir en un plazo máximo de 15 días a contar de la fecha de realización de la transferencia, al Subdepartamento de Recursos Financieros del Servicio de Salud Valdivia, copia del comprobante de ingreso mediante el cual, la Municipalidad recepcionó la entrega de los fondos señalados en este convenio. Por lo anterior, y con el fin de monitorear, controlar y asegurar la oportuna entrega de recursos a la Entidad Administradora de Salud Municipal (Departamento de Salud), la Municipalidad deberá adjuntar al documento anterior, copia de: Decreto de Pago Municipal y Comprobante de Ingresos del Departamento de Salud Municipal.

La Municipalidad deberá utilizar formato de "informe financiero" señalado en Resolución Exenta N° 3332 de fecha 20 de agosto de 2015, a través del cual podrán presentar únicamente gastos pertinentes, de acuerdo a los objetivos, estrategias y/o actividades contempladas en el programa y que previo a su ejecución, hayan sido validados por el Referente Técnico del Servicio de Salud.

Para estos efectos, la Municipalidad conforme a lo instruido por la Subsecretaría de Redes Asistenciales en el Ordinario C73/1149 del 27 de abril de 2021 y lo informado por el Servicio de Salud Valdivia a la Municipalidad en el Ordinario N°783 de fecha 12 de mayo de 2021; deberá realizar dicha rendición de cuentas a través del Sistema de Rendición de Cuentas de la Contraloría General de la República (SISREC) en la forma establecida en los artículos 5 y 6 de la Resolución N° 30 del 11 de marzo de 2015 de la Contraloría General de la República.

Sin perjuicio de lo anterior y con el objeto de velar por la correcta utilización de los recursos públicos, la Unidad de Recursos Financieros APS, del Subdepartamento de Recursos Financieros del Servicio de Salud Valdivia, podrá realizar revisiones mensuales en terreno de forma aleatoria por programa y por municipio, de acuerdo a planificaciones trimestrales, las cuales contemplan los doce Municipios de la Región de Los Ríos, además podrá solicitar documentación de respaldo adicional que sustente los gastos, en soporte papel o soporte electrónico.

DÉCIMA:

El "Servicio", podrá requerir a la "Municipalidad", los datos e informes relativos a la ejecución del "Programa" y sus estrategias, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo, sea por instancias de línea operativa como de Asesoría y Control Interno, para cuyos efectos el Municipio y establecimientos de salud relacionados deberán prestar su más amplia y oportuna colaboración.

Asimismo, el "Servicio" deberá impartir pautas técnicas y financieras para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos, estrategias y/o actividades del presente convenio.

Los Referentes Técnicos del programa, a nivel de Servicio, se reservan el derecho de rechazar todo aquel gasto que no tenga relación directa con las actividades contempladas en el convenio, o que no hayan sido previamente autorizados por el Referente Técnico del Servicio de Salud, acorde a lo estipulado en la cláusula novena.

DÉCIMA PRIMERA:

Será responsabilidad de la Municipalidad, velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en las diferentes unidades de salud. Lo anterior, independiente de las atribuciones que le competen al Servicio de Salud Valdivia, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar, en términos aleatorios el departamento que para tales efectos se designe, instancia que contará con plenas facultades para llevar a cabo dicha fiscalización.

DÉCIMA SEGUNDA:

El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este convenio se señala. Por ello, en caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados para los efectos de este convenio, esta deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución.

DÉCIMA TERCERA:

Finalizado el periodo de vigencia anual del presente convenio y en el caso que la comuna no haya cumplido con el 100% de la ejecución de los fondos del programa para el año respectivo, la Municipalidad procederá a reintegrar al Servicio de Salud dichos saldos, en los términos señalados en la cláusula novena.

DÉCIMA CUARTA:

El presente convenio tendrá vigencia para su ejecución, desde el **01 de enero al 31 de diciembre de 2023** y para la entrega del informe financiero final, los primeros quince (15) días hábiles del mes siguiente.

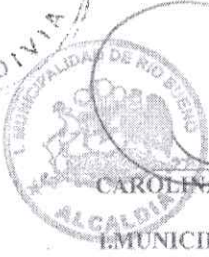
DÉCIMA QUINTA

El presente convenio se firma en **tres ejemplares**, quedando uno en poder Oficina de Partes del Servicio de Salud, un ejemplar en la Unidad de Gestión de Recursos - Depto de Administración y Gestión de la Información y un ejemplar al Depto APS y Redes Ambulatorias ambas de la División de Integración de Redes - Subsecretaría



de Redes Asistenciales. Por su parte, el Servicio de Salud se compromete a enviar copia de este documento a la Municipalidad respectiva.

En comprobante firman:



CAROLINA ANDREA SILVA PÉREZ
ALCALDESA
MUNICIPALIDAD DE RÍO BUENO

DRA. MARIANA LA RUBILAR GÓMEZ
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA