Depto. Asesoría Jurídica: 0961
MRL/DVF/CST/cst

SERVICIO DE SALUD Asesor Jurídico VALDIVIA

CONVENIO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS – AÑO 2019

SERVICIO DE SALUD VALDIVIA – I. MUNICIPALIDAD DE RÍO BUENO

En Valdivia, a 05 ABR. 2019 entre el Servicio de Salud Valdivia, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Chacabuco N° 700, Valdivia, representado por su Director Sr. Víctor Hugo Jaramillo Salgado, 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 Alcalde Don Luis Reyes Álvarez 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° 60 de fecha 25 de enero de 2019 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° 1284 de fecha 28 de diciembre de 2018. La difusión de dicho documento 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: 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 **$ 162.532.362.- (ciento sesenta y dos millones quinientos treinta y dos mil trescientos sesenta y dos 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.

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

Comuna	Nº	Componente	Estrategia	Actividad	Nº de Actividades o Metas Total	Monto ($) Total
RÍO BUENO	1	ESPECIALIDADES AMBULATORIAS	UAPO	**Actividad Oftalmólogo**		$91.023.762
				N° Consultas VR	50	
				N° Consultas nuevas Glaucoma	40	
				N° Controles Glaucoma	330	
				N° Otras Consultas	100	
				Subtotal Act. Oftalmólogo	520	
				Actividad Tecnólogo Medico		
				N° Consultas VR	1200	
				atenciones y procedimientos	300	
				N° Fondos de Ojos	1200	
				N° Lentes	1200	
				N° fármacos Glaucoma Anual	4280	
				N° Lubricantes Oculares	1248	
			Otorrino	Nº Canastas Integrales Otorrinolaringología	150	$19.642.500
			Gastroenterología	N° procedimientos	350	$34.925.450
			Medico Gestor de la Demanda	Medico Gestor de la Demanda	1	$633.450
				Total Componente 1		$146.225.162
	2	PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	Intervenciones Quirúrgicas de Baja Complejidad	Nº Procedimientos	650	$16.307.200
				Total Componente 2		$16.307.200
				TOTAL PROGRAMA ($)		$162.532.362

Canasta y valores referenciales en Anexo 1

COMPONENTES:

I. ESPECIALIDADES AMBULATORIAS

1. Unidad Atención Primaria Oftalmológica (UAPO):
En resolución del programa detalla canastas de prestaciones, diagnósticos y grupos etáreo a resolver.
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. La atención de las patologías GES deberá ser respaldada mediante la generación de un convenio de compra de servicio entre la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de salud, y el Servicio de Salud.

La unidad atención primaria oftalmológica: cuenta con un equipo profesional especialista junto con el equipamiento necesario para dar resolución integral a problemas de salud oftalmológico.

La UAPO considera todos los insumos necesarios para realizar la actividad, la comuna podrá solicitar por escrito al servicio de salud la autorización para la mantención de equipos utilizados en dicha estrategia y reposición de equipamiento menor, asegurando el cumplimiento de las metas programadas.

2. Tele Oftalmología:

La UAPO cuenta con la estrategia de Tele oftalmología, que consiste en un screening para la pesquisa precoz de retinopatía diabética en usuarios del programa Cardiovascular, con el uso de cámara fotográfica retinal no midriática asociado a la interpretación de la fotografía por oftalmólogo a distancia mediante plataforma **DART**.

Las derivaciones y tratamiento de los usuarios con sospecha de retinopatía diabética deben ser de acuerdo a la guía clínica GES de retinopatía diabética MINSAL. En consecuencia, es el oftalmólogo de la UAPO o bien del nivel secundario quien debe examinar al paciente cuya fotografía ha sido informada ya sea como sospecha de retinopatía diabética o bien como no interpretable y solo en se momento clasificar su severidad y determinar la necesidad de derivación o tratamiento.

El establecimiento de salud deberá:

- ✓ Realizar los cierres de casos en plataforma DART
- ✓ Gestionar con prioridad los dg de retinopatía diabética y aquellos con indicación de derivación urgente.
- ✓ Mantener actualizada la información de su población bajo control con fondos de ojos vigentes en REM P (corte junio y diciembre).
- ✓ Velar por el cumplimiento de *"Programa de Resolutividad Orientaciones Técnico – Administrativas, Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) y Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de baja Complejidad"*.

3. Otorrinolaringología:

En resolución del programa detalla canastas de prestaciones, diagnósticos y grupos etáreo a resolver.

4. Gastroenterología:

En resolución del programa detalla canastas de prestaciones, diagnósticos y grupos etáreo a resolver.

5. Dermatología:

El ministerio de salud implemento la estrategia Hospital Digital para pacientes derivados a especialidad dermatológica de todos los establecimientos de la red asistencial, las prestaciones de esta especialidad están orientadas a la evaluación y tratamiento de pacientes de todas las edades con patología dermatológica, a través de la estrategia de tele dermatología, para ellos los establecimientos de atención primaria u hospitales contaran con una programación de atenciones y una canasta de fármacos, que serán traspasados por este Servicio de salud según las recetas dispensadas a usuarios atendidos por esta estrategia. **(ANEXO 1)**
Esta canasta de fármacos debe estar disponible en todos los establecimientos de atención primaria que utiliza la estrategia, esta podrá ser modificada de acuerdo a la realidad local, pero manteniendo la línea del fármaco.
La estrategia de tele dermatología deberá funcionar de acuerdo a las orientaciones técnicas que complementan el presente programa, Según flujograma de atención dermatológica **(ANEXO 2)**

Los servicios de salud deberán asegurar la nómina de personas en lista de espera para cada especialidad y que se constituirá en el universo a resolver para cumplimiento de metas, de acuerdo a la programación.

Para dar cumplimiento al componente de teledermatología la comuna deberá resguardar:

- ✓ Disponibilidad de horas médicas y de personal administrativo mensualmente para la ejecución de la estrategia
- ✓ Que el personal reciba la capacitación pertinente en la estrategia.
- ✓ Programación de atenciones mensual.
- ✓ Que los pacientes atendidos por esta estrategia sean aquellos con mayor tiempo de antigüedad en lista de espera.
- ✓ Que los medicamentos considerados en la canasta se **utilicen exclusivamente para Teledermatología**, para esto se proveerá de stock crítico que posteriormente se irá reponiendo según lo utilizado.
- ✓ Se entregue al servicio de salud, un reporte mensual de fármacos utilizados y saldos disponibles.
- ✓ Una vez terminado o escindido el convenio o la estrategia en la comuna, se deberá devolver el remanente de fármacos.

6. Médico Gestor de la Demanda: (horas mensuales)

Preferentemente debe ejecutar el cargo un médico de familia, su objetivo está orientado a mejorar la atención integral de los usuarios haciendo efectiva la integración de las redes asistenciales, en aspectos de referencia y contra referencia, de solicitud de interconsulta (SIC), exámenes diagnósticos y/o terapéuticos y toda otra necesidad de atención inter niveles mediante el uso racional de los recursos de especialidades para resolver integralmente las atenciones. Especial esfuerzo deberá realizarse en potenciar las consultorías y reuniones clínicas que aporten mejoría de capacidad diagnostica a los equipos de salud.

Dentro de las funciones deberá:

- ✓ Manejar y difundir en la red local protocolos y flujogramas de derivación de patologías según compromisos y Requerimientos de su red.
- ✓ Tomar conocimiento, revisar y validar las SIC originadas en la micro red e ingresadas al módulo de listas de espera.
- ✓ Colaborar en la reformulación de SIC mal emitidas y orientar su correcta emisión.
- ✓ Recoger y gestionar contra referencias (informes proceso diagnostico IPD) para su seguimiento.
- ✓ Recoger las SIC no pertinentes devueltas desde especialidades y reorientar la atención de los usuarios.
- ✓ Participar en reuniones técnicas con especialistas contralores del nivel secundario.
- ✓ Liderar el proceso de gestión de solicitudes de interconsultas emitidas en el establecimiento.
- ✓ Funciones medico gestor de la Demanda (nómina mensual). **ANEXO N°3 y 4**

II. PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD

Estrategia:

- ✓ Los procedimientos realizados en esta estrategia son aquellos de baja complejidad y de corta duración, siendo lesiones benignas menores de 3 cms de diámetro.
- ✓ Los tipos de intervenciones a realizar se encuentran definidos en las orientaciones del programa.

El establecimiento de salud deberá:

- ✓ Asegurar el ingreso y egreso de interconsultas en sistema RAS
- ✓ Verificar que Los códigos ingresados a cirugía menor pertenezcan al programa resolutividad y no sean destinados a Hospital Base Valdivia en el caso de los establecimientos que mantienen esta estrategia. **ANEXO 5**
- ✓ Corroborar que La población objetivo sean personas mayores de 15 años que se encuentren en lista de espera quirúrgica (códigos cirugía menor) sin embargo podrá resolver a otros usuarios si su lista de espera lo justifica.
- ✓ 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"

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, la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando a este Consejo 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 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 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 otro 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.
  - ✓ Realizar auditorías técnicas.

- La canasta integral del componente Resolución de Especialidades Ambulatorias constituye una referencia y asegura el acceso a prestaciones requeridas. No obliga a otorgar la totalidad de las prestaciones, pues la frecuencia es referencial.

- Para las prestaciones realizadas por compra de servicios, se debe resguardar que el registro de la atención sea incorporado en el historial clínico del usuario.

- En relación con el Sistema de registro de este Programa, los establecimientos estarán encargados de:

- ✓ Mantener la adecuada gestión clínica administrativa del programa.
- ✓ **Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa, que deberá ser reportado a la unidad de gestión de la información, en forma mensual. (ANEXO 4, 6 y 7)**
- ✓ 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.
- ✓ Resguardar en la licitación de la compra de servicios de especialidad Oftalmología, dentro de las obligaciones del oferente, que en aquellas atenciones que originen una derivación para Procedimiento o Intervención Quirúrgica en el Hospital Base Valdivia, sean enviadas con la documentación correspondiente(Interconsulta u Orden de Ingreso) a Jefe SOME de dicho Establecimiento, para que sea ingresada directamente a la lista espera correspondiente, de igual modo, se deberá egresar de la lista espera del establecimientos de origen, dado que ya fue atendido por especialista de la misma región.
- ✓ 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.
- ✓ 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.
- ✓ Cumplir con lo establecido en el manual de Proceso de registros de lista de espera no GES.
- ✓ Cumplir con las normas de registro de egresos administrativos de lista de espera No GES.
- ✓ **Las personas que accedan a las prestaciones del programa deberán ser aquellas que se encuentren en lista de espera para la atención (registradas en SIGTE) 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 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 teledermatología, 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.

Los recursos asociados a este Programa financiaran 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 nómina de usuarios priorizados en la atención de cada una de las estrategias del programa será entregada por la encargada de PROGRAMA RESOLUTIVIDAD Servicio de Salud, vía correo electrónico.

[redacted]

Los recursos serán trasferidos 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 de abril** y envío de informe a encargado de programa del Servicio de Salud el 5 de mayo. en esta evaluación se requerirá el envío de un informe detallando las comunas en convenio, horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicios adjudicadas, según formato **Anexo N°8**.

- **La segunda evaluación,** se efectuará con corte al **31 de agosto.** De acuerdo a 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 50%, de acuerdo al siguiente cuadro:

COMPONENTE	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META ANUAL	PESO RELATIVO ESTRATEGIA	PESO RELATIVO COMPONENTE
Especialidades Ambulatorias	Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmológica, Otorrinolaringológica y Procedimientos Gastroenterología	Numerador: Nº de consultas y procedimientos realizadas por el Programa Denominador: Nº de consultas y procedimientos comprometidas en el Programa	100%	30%	90%
	Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y tele dermatología.	Numerador: Nº de informes y consultas comprometidas Denominador: Nº de informes y consultas programadas	100%	25%	
	% de cumplimiento de la programación del año 2018 del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acorada en el convenio. Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS dependiente del Servicio de Salud en relación a los diagnósticos que borda el programa.	Numerador: Nº de pacientes egresados por causal 16 correspondientes a LE Oftalmológica, otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el servicio de salud en el SIGTE y acordada en convenio vigente Denominador: N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud.	100%	20%	
	% de cumplimiento de la programación del año 2018 del egreso por causal 16 y 17 de la LE por procedimiento de fondo de ojo y causal 16 endoscopia digestiva alta de mayor antigüedad publicada	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 y 17 correspondientes a LE procedimiento de fondo de ojo y causal 16 de endoscopia digestiva alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio	100%	15%	
	por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en el convenio. Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS dependiente del Servicio de Salud	Denominador: N° de procedimiento de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta programados como oferta de especialidad de oftalmología y Gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud			
	Indicador: Cumplimiento de actividad programada	Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados * 100 Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos	100%	70%	10%

Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad	% de cumplimiento de la programación del año 2018 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el servicio de salud en SIGTE y acordada en convenio. Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS dependiente del Servicio de Salud	Numerador: Número de pacientes egresado por causal 16, correspondiente a LE por procedimiento de cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por el servicio de salud en SIGTE y acordada en convenio Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud.	100%	30%	

En caso de que no aplique una o varias metas, los pesos relativos deben ponderarse de acuerdo a la estrategia o componente correspondiente.

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

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

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

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos para recibir el total de recursos anuales, en el evento que a la fecha de corte definido no se cumpla con lo requerido y el signifique la reliquidación de los recursos asignados, podrá la comuna, excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, apelar de la reliquidación 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 al MINSAL la no reliquidación del programa. Finalmente, MINSAL determinara si procede o no 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 periodo.

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

De acuerdo a 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 50%**, de acuerdo al siguiente cuadro:

Porcentaje cumplimiento Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (30%)
50,00%	**0%**
Entre 40,00% y 49,99%	**50%**
Entre 30,00% y 39,99%	**75%**
Menos del 30%	**100%**
0%	**Rescindir convenio**

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

<u>Informe de Cumplimiento y Reliquidación:</u>

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 octubre 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 por parte de los establecimientos respectivos.

- Se requiere el envío mensual de los pacientes atendidos en el programa. El envío, antes del día 5 de cada mes de planilla adjunta. **ANEXO N° 4, 6 y 7**.
- Componente UAPO, se requerirá en el último corte evaluativo envío de informe final de acciones realizadas durante el año e impacto comunal.

Indicadores:

Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:

1. Indicador: **Cumplimiento de la actividad Proyectada en consulta Oftalmológica, Otorrinolaringológica y Procedimiento Gastroenterología.**

Fórmula de cálculo: N° de consultas y procedimientos realizadas por el Programa / N° de consultas y procedimientos comprometidas en el Programa * 100

Medio de verificación: (REM / Programa)

2. Indicador: **Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y Tele dermatología**

Fórmula de cálculo: N.° de informes y consultas comprometidas / N° de informes y consultas programadas * 100

Medio de verificación: - (Plataforma Web DART) y/o plataforma local servicio de salud/programa).

3. Indicador: **% de cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica, otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el servicio de salud en SIGTE y acordada en el convenio.**

Fórmula de cálculo:

N° de pacientes egresados por causal 16 correspondientes a LE Oftalmológica, otorrinolaringológica causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el servicio de salud en SIGTE y acordada en convenio vigente / N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud. *100

Medio de verificación: (SIGTE)

4. Indicador: **% de cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 y 17 de la LE por procedimiento de fondo de ojo y por causal 16 endoscopia digestiva alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en el convenio.**

Fórmula de cálculo:

N° de pacientes egresados por causal 16 y 17 correspondientes a LE procedimiento de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en el convenio / N° de procedimiento de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta programados como oferta de especialidad de oftalmología y Gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud * 100

Medio de verificación: (SIGTE)

Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:

1. Indicador: **Cumplimiento de actividad programada**

SERVICIO DE SALUD Asesor Jurídico VALDIVIA

Fórmula de cálculo:

Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados * 100
Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos

Medio de verificación: (REM / Programa).

2. Indicador: **% de cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el servicio de salud en SIGTE y acordada en convenio.**

Fórmula de cálculo:

Número de pacientes egresado por causal 16, correspondiente a LE por Procedimiento de cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio * 100
N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados Como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud.

Medio de verificación: (REM / Programa).

Nota: La lista de espera de mayor antigüedad deberá resolverse por el programa, esta se establecerá de la lista existente en cada comuna y establecimientos de APS dependientes del Servicio de salud. Solo en caso de no tener lista de espera antigüedad podrá abordar la lista más reciente. La validación de los egresos requerirá el cumplir con la publicación de los registros de responsabilidad APS en SIGTE.

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 2019**:

La primera cuota, correspondiente al **70%** de los fondos por un monto de **$ 113.772.653.- (ciento trece millones setecientos setenta y dos mil seiscientos cincuenta y tres 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 **$ 48.759.709.- (cuarenta y ocho millones setecientos cincuenta y nueve mil setecientos nueve 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 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.

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

SERVICIO DE SALUD Asesor Jurídico VALDIVIA

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 Nº 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.

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 Sub-Departamento 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.
Sin perjuicio de lo anterior, excepcionalmente y en forma fundada, las partes podrán de común acuerdo – mediante la suscripción de los actos administrativos correspondientes – previo al término de vigencia del presente convenio, dar continuidad por una vez durante la anualidad siguiente al cumplimiento de las metas del programa de salud materia de este convenio, el que no deberá superar a 6 meses. La petición de la utilización de estos saldos por parte de la Municipalidad para los fines antes previstos se debe realizar hasta el día **01 de octubre del año respectivo**, considerándose éste, como último día de recepción de solicitudes formales.

DÉCIMA CUARTA:
El presente convenio tendrá vigencia para su ejecución, desde el **01 de enero al 31 de diciembre de 2019** 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 - Subsecretaria 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:

LUIS REYES ÁLVAREZ
ALCALDE
I.MUNICIPALIDAD DE RÍO BUENO

VÍCTOR HUGO JARAMILLO SALGADO
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA

SERVICIO DE SALUD Asesor Jurídico VALDIVIA

Anexo 1

CANASTAS Y VALORES REFERENCIALES, AÑO 2019

INFLACTORES 2019	
SUBT. 24 (MIXTO)	3,40%
SUBT. 21 (RRHH)	3,50%
SUBT. 22 (BIENES Y SERVICIOS)	3,00%

CANASTA INTEGRAL OFTALMOLOGICA

GLOSA	CTIDAD	FREC.	TARIFA REFERENCIAL $	COSTO TOTAL $
Consulta Médica o de Tecnólogo Medico Integral de Especialidades en Oftalmología	2	20%	19.260	7.704
Consulta Médica o de Tecnólogo Medico Integral de Especialidades en Oftalmología	1	80%	19.260	15.408
Lentes	1,2	80%	13.878	13.323
Lubricantes oculares	12	20%	1.374	3.297
TOTAL $				**39.732**

CANASTA INTEGRAL OTORRINOLOGIA

GLOSA	CTIDAD	FREC.	TARIFA REFERENCIAL $	COSTO TOTAL $
Consulta integral de especialidades en Otorrino	2	80%	19.260	30.816
Consulta integral de especialidades en Otorrino	1	20%	19.260	3.852
Audiometría	1	35%	9.174	3.211
Impedanciometría	1	40%	8.002	3.201
Audífonos	1	30%	284.563	85.369
VIII Par	1	5%	23.013	1.151
Fármacos Otitis	1	20%	6.702	1.340
Fármacos Síndrome Vertiginoso (3 Meses)	3	5%	13.403	2.010
TOTAL $				**130.950**

CANASTA INTEGRAL DERMATOLOGIA

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Clobetasol 0,05% /crema o ungüento	pomo 25grs	1 vez día	2	6	12	100%	10%	1,2	450	540	643
Clobetasol 0,05% /crema o ungüento	pomo 25grs	2 veces día	4	6	24	100%		2,4	450	1080	1285
Desloratadina 5mg o Levocetirizina 5 mg	comprimido	1 cada	30	6	180	50%		9	22,1	199	237
Hidroxicina 20mg	comprimidos	1 cada	30	6	180	50%	10%	9	57	513	610
Crema Líquida Humectante	pomo 250	2 veces día	1	6	6	100%		0,6	2250	1350	1607
Vaselina Salicilada al 5% (reducir a 3 meses)	pomo 50 grs	2 VECES	5	3	15	100%		1,5	680	1020	1214
doxiciclina oral 100 mg	comprimido	2 VECES	60	3	180	100%	15%	27	94	2538	3020
adapaleno tópico al 0.3% gel	Pomo 20 grs	1 vez día	1	6	6	100%		0,9	4795	4316	5135
adapaleno tópico al 0.3% gel	Pomo 20 grs	1 vez día	1	3	3	100%	5%	0,15	4795	719	856
Fluconazol 150mg o	comprimido	1 SEMANAL	4	6	24	50%	15%	1,8	90	162	193
Terbinafina 250 mg comp)	comprimido	1 vez día	30	6	180	50%		13,5	132	1782	2121
Ciclopiroxolamina tópico	pomo 20grs	2 DIAS	2	1	2	100%	10%	0,2	10990	2198	2616
Terbinafina 250 mg comp)	comprimido	1 DIA	30	1	30	50%		1,5	132	198	236
metronidazol crema 0,75%	pomo	1 vez día	1	3	3	100%	8%	0,225	2990	673	801
doxiciclina oral 100 mg	comprimido	1 VES	30	3	3	100%	6%	0,18	94	17	20
metronidazol crema 0,75%	pomo	1 vez día	1	3	3	100%		0,18	2990	538	640
hidrocortisona 1%	POMO 20	2 VECES	1	1	1	50%	5%	0,025	900	23	27
mometasona crema	POMO 20	2 VECES	2	10	20	50%		0,5	2660	1330	1583
desloratadina o levoceterizina	comprimido	1 vez día	30	0,3	9	50%		0,225	22,1	5	6
Crema Líquida Humectante	pomo 250	2 veces	1	6	6	100%	10%	0,6	2250	1350	1607
Vaselina (Calcular solida)	pomo 50 grs	2 VECES	5	0	0	100%		0	680	0	0
TOTAL										$ 20.550	$ 24.454

CANASTA INTEGRAL GASTROENTEROLOGIA (ERRADICACIÓN HELICOBACTER PYLORI)

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Gastroduodenoscopía (incluye esofagoscopía)	1	100%	66.474	66.474
Ureasa, test de (para Helicobacter pylori) o similar	1	100%	10.746	10.746
Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano)	1	100%	22.567	22.567
TOTAL $				**99.787**

UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA OFTALMOLOGICA (UAPO)

DETALLE	TOTAL AÑO $
TPM 44	6.066.153
TM 44	13.784.722
OFTALMÓLOGO (11 HRS)	12.236.400
INSUMOS	3.354.415
TOTAL $	**35.441.690**

DETALLE	TOTAL AÑO $
TPM 44	6.066.153
TM 66	20.677.077
OFTALMÓLOGO (11 HRS)	12.236.400
INSUMOS	3.354.415
TOTAL $	**42.334.045**

TARIFA IMPLEMENTACIÓN

CONCEPTO	TOTAL $
TONÓMETRO APLANÁTICO	1.375.413
AUTOREF	8.596.335
MESA	389.248
LÁMPARA HENDIDURA	6.877.068
CAJA LENTES	1.227.557
MONTURA DE PRUEBAS CAJA DE LENTES	424.605
OFTALMOSCOPIO INDIRECTO	1.375.413
OFTALMOSCOPIO DIRECTO	550.165
RETINOSCOPIO	478.645
LENSOMETRO	2.779.232
PROYECTOR DE OPTOTIPOS	2.316.027
TEST DE ESTEREOPSIS	246.524

CAJA CON BARRA Y SUELTOS DE PRISMAS	694.807
LAMINAS DE ISHIHARA	154.401
CAMARA NO MIDRIATICA	18.398.747
HABILITACION	2.668.302
TOTAL $	**48.552.488**

MEDICO GESTOR URBANO	1.266.900
MEDICO GESTOR RURAL	633.450
CAMARA FOTOGRAFICA	103.000
COMPRA SERVICIO DERMATOLOGICO	7.358

LENTES Y FÁRMACOS

LENTES	13.878
FARMACOS GLAUCOMA	8.705
LAGRIMAS ARTIFICIALES	1.339
FONDO DE OJO	1.578

INTERVENCIONES QUIRURQUICAS DE BAJA COMPLEJIDAD

INSTRUMENTAL	6.640.552
COSTO CIRUGIA	25.088

UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA OTORRINOLARINGOLOGICA

TARIFA OPERACIÓN

CONCEPTO	TOTAL AÑO $
TPM 44	6.072.071
AUDIOLOGO (44 HRS)	13.738.140
FONOAUDIOLOGO (22 HRS)	6.869.070
OTORRINOLARINGOLOGO (11 HRS)	12.554.546
INSUMOS	3.354.415
TOTAL $	**42.588.242**

TARIFA IMPLEMENTACIÓN

CONCEPTO	TOTAL $
MICROSCOPIO ORL	18.540.000
LUZ FONTRAL	309.000
CAMARA SILENTE	5.665.000
AUDIOMETRO	3.811.000
IMPEDANCIOMETRO	4.635.000
EQUIPO EMISIONES OTOACUSTICAS	5.665.000
2 OTOSCOPIOS	185.400
IRRIGADOR CALORICO DE AIRE	5.356.000
NASOFIBROSCOPIO	6.901.000
VIDEONISTAGMÓGRAFO	24.720.000
HABILITACION	2.600.684
TOTAL $	**78.388.084**

CANASTA FARMACOLÓGICA

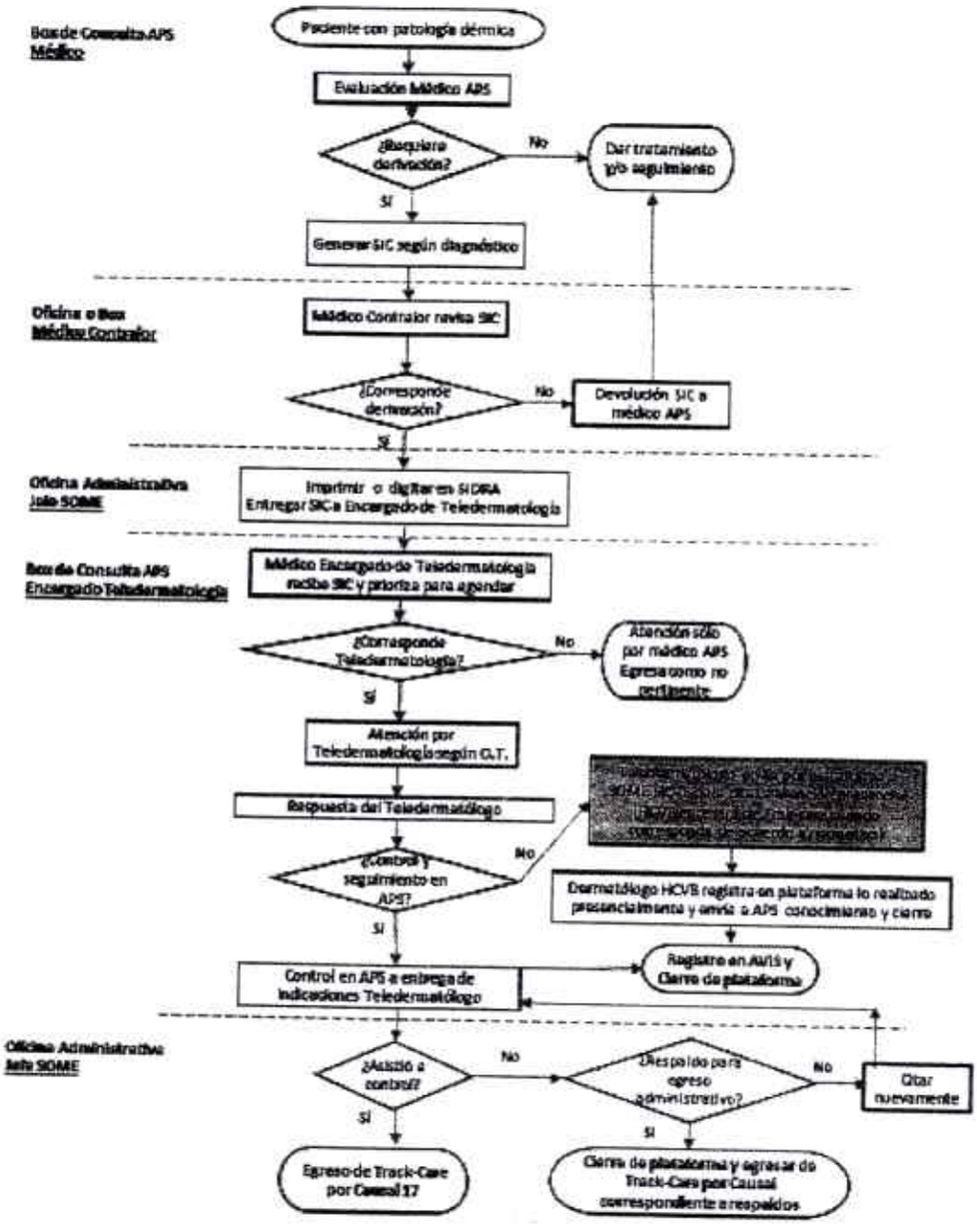
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Gotas óticas (ciprofloxacino).	1	5%	12.360	618
Desloratadina	12	1%	2.060	247
Levocetirizina 5mg comprimidos.	12	15%	3.399	6.118
Ungüentos endonasales pomo (bacitracina, neomicina, xilometasolina, antazolina).	1	5%	1.030	52
Mometasona furoato en inhaladores.	12	15%	4.017	7.231
Difenidol	3	10%	10.300	3.090
Inhibidor de bomba de protones	8	10%	6.180	4.944
TOTAL $				**22.300**

AUDÍFONOS

AUDIFONOS	175.100

Anexo 2
Flujograma Teledermatología

DIAGRAMA DE FLUJO ATENCIÓN DERMATOLOGÍA



Junio 2018

SERVICIO DE SALUD Asesor Jurídico VALDIVIA

Anexo 3

FUNCIONES MEDICO GESTOR O CONTRALOR DE INTERCONSULTAS

Objetivo General:

Mejorar la atención integral de los usuarios haciendo efectiva la integración de Redes Asistenciales, en aspectos de referencia y contra referencia, de solicitud de IC, exámenes Dg. y/o terapéuticos. Mediante el uso racional de los recursos de especialidades para resolver integralmente las atenciones.

Objetivos Específicos:

- Manejar y difundir en la red local protocolos y Flujograma validados de derivación de Patologías según compromisos y requerimientos de su red.
- Tomar conocimiento, revisar y validar las Interconsultas originadas en el establecimiento.
- Colaborar en la reformulación de Interconsultas mal emitidas y orientar su correcta Emisión.
- Recoger las Interconsultas no pertinentes devueltas desde especialidades y reorientar la atención de los usuarios.

Funciones del Médico Gestor o Contralor de Interconsultas:

1. Verificar completitud de los datos de la IC:
   - La completitud de los datos está dada a lo menos por los campos exigidos por Norma técnica de LE N.° 118.
   - Que tenga todos los antecedentes clínicos que se requieren para la derivación a especialidad.
2. Verificar la pertinencia de la Derivación:
   - A la Especialidad que corresponda según lo establecido en nuestra Red.
   - Pertinencia Clínica de acuerdo a Protocolos establecidos en nuestra Red.
   - Pertinencia Administrativa establecida en completitud de datos.

3. Registro y seguimiento de Interconsultas NO pertinentes
   - Devolver al médico tratante las Interconsultas con las observaciones correspondientes para su corrección y reenvío o eliminación del proceso, según Flujograma establecido
   - Identificar el universo de Interconsultas no pertinentes y la decisión del médico tratante respecto a ellas.

4. Coordinación con médico contralor de Especialidad:
   - Solicitar asesoría o colaboración frente a dudas que le surjan en la revisión.

5. Mejoría en la capacidad diagnostica de los equipos de salud
   - Gestionar consultorías y reuniones clínicas.
   - Participar en capacitación en red con médicos especialistas
   - Recoger las SIC no pertinentes devueltas desde especialidades y reorientar la atención de los usuarios.
   - monitorear mensualmente el cumplimiento de la meta de tele dermatología reportando dicha información según canal establecido, con copia al director del establecimiento y a la Unidad de Proyectos clínicos y tecnológicos del SSV.
   - Participar en reuniones técnicas con especialistas contralores del nivel secundario.
   - Participar en reuniones técnicas con especialistas contralores del nivel secundario.

Evaluación del Médico Gestor o Contralor de Interconsultas:

- La evaluación se realizará a través del sistema informático RAS Valdivia.

Anexo 4
PLANILLA MENSUAL REVISION DE IC MEDICO GESTOR 2019

Centro	Establecimiento	Mes	Nº SIC Generadas en el establecimiento	Nº SIC Revisadas por el medico contralor	Nº SIC GESTIONADAS			OBSERVACIONES	% de IC revisadas	% de IC gestionadas (Total mal emitidas + no pertinentes)	Nombre Medico gestor de la Denuncia
					Nº SIC Mal emitidas	No pertinentes	TOTAL				

Anexo 5
Códigos MAI cirugía menor

CODIGO	GLOSA
16-02-201	Biopsia de piel y/o mucosa por curetaje o sección tangencial c/s electro x 1 lesión
16-02-202	Extirpación, reparación o biopsia, total o parcial, de lesiones benignas cutáneas por excisión: -Cabeza, cuello, genitales, hasta 3 lesiones.
16-02-203	Extirpación, reparación o biopsia, total o parcial, de lesiones benignas cutáneas por excisión: Resto del Cuerpo hasta 3 lesiones.
16-02-206	Extirpación de lesiones benignas por sec tangencial, curetaje y/o fulguración hasta 15 lesiones
16-02-215	Tumores vasculares profundos Cara, cuero cabelludo, cuello, genitales
16-02-216	Tumores Vasculares Profundos Resto del cuerpo
16-02-223	Extirpación de lesión benigna subepidérmica, incluye Tumor sólido, quiste epidérmico y lipoma por lesión: Cabeza, cuello, genitales: extirpación de lesión benigna subepidérmica, incluye tumor sólido, quiste epidérmico y lipoma por lesión
16-02-224	Extirpación de lesión benigna subepidérmica, incluye Tumor sólido, quiste epidérmico y lipoma por lesión: Resto del cuerpo: extirpación de lesión benigna subepidérmica, incluye tumor sólido, quiste epidérmico y lipoma por lesión,
16-02-231	Onicectomía total o parcial simple
16-02-232	Cirugía reparadora ungueal por proceso inflamatorio

SERVICIO DE SALUD VALDIVIA
Asesor Jurídico

Anexo 6

NOMINA PERSONAS ATENDIDAS COMPONENTE INTERVENCION QUIRURGICA DE BAJA OMPLEJIDAD AÑO 2019

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Anexo 7

Nómina paciente atendidos por componentes de especialidad ambulatoria

											Dos últimas columnas solo completar los UAPO	
RUT	NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	ESPECIALIDAD	FECHA DE INGRESO	FECHA ATENCION	ESTABLECIMIENTO QUE ATENDIO	CAUSAL EGRESO	IE	DESPACHO REVISADO	TIPO DE CONSULTA	PROFESIONAL QUE REALIZA ATENCION
											CONTROL	TECNOLOGO
											NUEVO	OFTALMOLOGO
											URGENCIA	
											GES	

SERVICIO DE SALUD VALDIVIA
Asesor Jurídico

SERVICIO DE SALUD VALDIVIA
Asesor Jurídico

Anexo 8 (corte abril)

Unidad Administrativa dependiente de Salud	Ordinarias				Medios Diversos	Ordinarias Extraordinarias						Observaciones
	N° Ord. Contratadas	Horas Ordinarias Medicas N° Ord. Contratadas	Horas Extraordinarias Autorizadas $(M/HO)	Horas Extraordinarias Autorizadas Fecha convenio presentado	N° Ord. Contratadas	Horas Extraordinarias Autorizadas $(M/HO)	Horas Extraordinarias Autorizadas Fecha convenio presentado	Cantidad Autorizada ($M/HO)	Fecha Convenio presentado	Convenio ingresado ($M/HO)	Convenio ingresado ($M/HO)	
* Convenio ingresado a sistema de monitoreo APS												