



L. Queclán Dept. Salud 912956  
(Asesor Jurídico)

001607-11.04.2016

RESOLUCION EXENTA N° \_\_\_\_\_

VALDIVIA,

**VISTOS:** estos antecedentes: Resolución Exenta N° 5584 de fecha 29 de diciembre de 2015 del Servicio de Salud Valdivia; Resolución Exenta N° 1232 de fecha 31 de diciembre de 2015, que aprueba Programa de Resolutividad en APS, año 2016; Resolución Exenta N° 391 de fecha 01 de febrero de 2016, que asigna recursos al Programa de Resolutividad en APS, año 2016; Ordinario N° 707 de fecha 17 de diciembre de 2015 de Jefe (S) Subdepartamento Recursos Financieros del Servicio de Salud, dirigido a Asesor Jurídico para solicitar la elaboración de convenios Programa Resolutividad en Atención Primaria año 2016; Convenio modificadorio suscrito con fecha 06 de abril de 2016, entre el Servicio de Salud Valdivia y la I. Municipalidad de Río Bueno; y **TENIENDO PRESENTE:** lo dispuesto en el D.L. N° 2763 de 1979; los Decretos Supremos N°s 140 de 2004 y 01 de 2015, ambos del Ministerio de Salud, dicto la siguiente:

### RESOLUCIÓN

**1°) APRUÉBASE** el convenio modificadorio suscrito con fecha 06 de abril de 2016, entre el Servicio de Salud Valdivia y la Ilustre Municipalidad de Río Bueno, relativo al Programa de Resolutividad en APS, año 2016, el cual es del siguiente tenor:

**PRIMERA:**

Con fecha 29 de diciembre de 2015, se celebró un convenio entre el Servicio de Salud Valdivia y la I. Municipalidad de Río Bueno, relativo al Programa Resolutividad en APS – Año 2015, que fuera aprobado por Resolución Exenta N° 5584 de fecha 29 de diciembre de 2015 del Servicio de Salud Valdivia.

**SEGUNDA:**

Modifíquese la cláusula primera del convenio suscrito con fecha 29 de diciembre de 2015 de esta Dirección, quedando como sigue:

**“PRIMERA:**

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

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 154 de fecha 23 de diciembre de 2015 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.”

**TERCERA:**

Modifíquese la cláusula segunda del convenio suscrito con fecha 29 de diciembre de 2015 de esta Dirección, quedando como sigue:

**“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° 1232 de fecha 31 de diciembre de 2015. 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.”



**CUARTA:**

Modifíquese la cláusula tercera del convenio suscrito con fecha 29 de diciembre de 2015 de esta Dirección, quedando como sigue:

**“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:

**Componente 1: Especialidades Ambulatorias:**

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

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

**QUINTA:**

Modifíquese la cláusula cuarta del convenio suscrito con fecha 29 de diciembre de 2015 de esta Dirección, quedando como sigue:

**“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 \$ 147.435.796.- (ciento cuarenta y siete millones cuatrocientos treinta y cinco mil setecientos noventa 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.”

**SEXTA:**

Modifíquese la cláusula quinta del convenio suscrito con fecha 29 de diciembre de 2015 de esta Dirección, quedando como sigue:

**“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 Meta	Monto (\$)
					Total	Total
Río Bueno	1	ESPECIALIDADES AMBULATORIAS	UAPO	RRHH + Gastos Operacionales (12 meses)	Anexo...	90.504.254
				<b>Actividad Oftalmologo</b>		
				Nº Consultas VR	100	
				Nº Consultas Nuevas Glaucoma	50	
				Nº Controles Glaucoma	350	
				Nº Otras Consultas	100	
<b>Sub Total Act. Oftalmologo</b>		<b>600</b>				





		<b>Actividad Tecnólogo Médico</b>		
		Nº Consultas VR	1.200	
		Procedimientos	1.800	
		<b>Sub Total Act. Téc. Médico</b>	<b>3.600</b>	
		Nº Lentes	1.248	
		Nº Farmacos Glaucoma Anual	4.800	
		Nº Lubricantes Oculares	1.440	
	Otorrino	Nº Canastas Integrales Otorrinolaringología	150	18.045.750
	Gastroenterología	Nº Procedimientos	200	19.600.000
	Medico Gestor	11 hrs./semanales Medico Gestor	según normativa	4.292.606
<b>Total Componente 1</b>				<b>132.442.610</b>
2	<b>PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD</b>	Intervenciones Quirúrgicas de Baja Complejidad	Nº Cirugías	650
<b>Total Componente 2</b>				<b>14.993.186</b>
<b>TOTAL PROGRAMA (\$)</b>				<b>147.435.796</b>

(\*) CANASTAS Y VALORES REFERENCIALES EN ANEXO N° 1

**Componente:**

a) **Tele dermatología:** el Servicio de Salud Valdivia realizará la entrega del servicio de especialista dermatólogo de la red asistencial por lo que se asegura la continuidad de la atención; también proveerá de la canasta de fármacos asociados a las consultas de tele dermatología, que serán traspasados por este servicio de Salud según las recetas dispensadas a usuarios atendidos por esta estrategia.

La comuna deberá resguardar lo siguiente:

- Disponibilidad de Horas médicas y de personal administrativo mensualmente para la ejecución de esta estrategia.
- Que el personal reciba la capacitación pertinente a la estrategia.
- Velar por el cumplimiento de las orientaciones técnicas “para la optimización de la Atención ambulatoria en la especialidad de dermatología con apoyo de telemedicina”, Resolución Exenta N° 1198 del 28 de diciembre de 2015.
- Velar por el cumplimiento de los protocolos de referencia y contra referencia asegurando la continuidad de la atención.
- Envío mensual da referente de Programa Resolutividad Servicio de Salud, de programación de horas destinadas a tele dermatología.
- 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 tele dermatología, para esto se proveerá de stock crítico que posteriormente se irá reponiendo según lo utilizado.
- Se entregue un reporte mensual de fármacos utilizados y saldos disponibles.
- Una vez terminado o escindido el convenio se deberá devolver el remanente de fármacos según reporte mensual.
- Dar las facilidades pertinentes para que, cuando eventualmente se requiera, el dermatólogo pueda realizar actividades presenciales en el establecimiento.

b) **Tele oftalmología:** las prestaciones de esta estrategia están orientadas a dar cobertura a los exámenes de fondos de ojos en usuarios diabéticos, poder detectar y derivar a tiempo a los pacientes con retinopatía diabética.

El Servicio de Salud distribuirá los fondos de ojos por tele oftalmología, en los establecimientos de atención primaria de la red asistencial de manera de contribuir a aumentar la cobertura de fondo de ojo vigente en población diabética. Este aporte viene a contribuir y no reemplaza la obligatoriedad de la comuna en dar acceso a esta prestación a la población crónica cardiovascular.

Para el registro de esta prestación se utilizara la plataforma RAS del Servicio de Salud Valdivia.



SECRETARÍA DE SALUD  
VALDIVIA

**Médico Gestor de la Demanda:** 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 contrarreferencia, 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 esfuerzos deberá realizarse en potenciar las consultorías y reuniones clínicas que aporten mejoría de capacidad diagnóstica 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 microrred 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 diagnóstico 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. (Anexo N°5).

#### **Componente 2.-**

**Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad:** 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.

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."

#### **SÉPTIMA:**

Modifíquese la cláusula sexta del convenio suscrito con fecha 29 de diciembre de 2015 de esta Dirección, quedando como sigue:

#### **"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.



Small, faint, illegible markings or artifacts at the bottom left corner of the page.

• 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. En el caso de la canasta de teledermatología esta podrá ser modificada de acuerdo a la realidad local, pero manteniendo la línea de fármacos, etc.

Para las prestaciones realizadas por compra de servicios, el prestador 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 en un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.

- En relación al Sistema de registro de este Programa, los establecimientos estarán encargados de:
  - ✓ Mantener la adecuada gestión clínico 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.
  - ✓ 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 repositorio nacional de lista de espera) y será en primera instancias 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, RNLE y plataforma web, según corresponda.

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 nómina de usuarios priorizados en la atención de cada una de las estrategias del componente 1 del programa será entregada por la encargada de lista de espera No GES del Servicio de Salud, vía correo electrónico. En el caso del componente 2 del Programa cada encargado de lista de espera del establecimiento deberá extraer del sistema informático RAS los pacientes derivados a lista de espera de cirugía para su atención.

#### **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 de abril de 2016 y envío de informe a encargado de programa del Servicio de Salud el 5 de mayo. en esta evaluación se requerirá el envío



11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31  
32  
33  
34  
35  
36  
37  
38  
39  
40  
41  
42  
43  
44  
45  
46  
47  
48  
49  
50  
51  
52  
53  
54  
55  
56  
57  
58  
59  
60  
61  
62  
63  
64  
65  
66  
67  
68  
69  
70  
71  
72  
73  
74  
75  
76  
77  
78  
79  
80  
81  
82  
83  
84  
85  
86  
87  
88  
89  
90  
91  
92  
93  
94  
95  
96  
97  
98  
99  
100

de un informe detallando las comunas en convenio, horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicios adjudicadas, según formato Anexo N°2.

La segunda evaluación, se efectuara con corte al 31 de Agosto de 2016. 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	ESTRATEGIA	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META ANUAL	PESO RELATIVO ESTRATEGIA	PESO RELATIVO COMPONENTE	PESO RELATIVO PROGRAMA
Especialidades Ambulatorias	Oftalmología	1. Indicador Cumplimiento de la actividad Proyectada en oftalmología	- Fórmula de cálculo (N° de consultas realizadas por el programa/ N° de consultas comprometidas en el programa)*100	100%	40%	40%	90%
		2. Indicador: % resolución de LE por consulta nueva de especialidad oftalmológica ingresada hasta 31.12.2014  Nota: considera LE comunal y en relación a diagnósticos que aborda el programa	- Fórmula de cálculo (N° de personas en LE consulta nueva de especialidad oftalmológica con fecha de ingreso hasta 31.12.2014 existentes al 31.12.2016. Denominador: (N° de personas en lista de espera de consulta nueva de oftalmología con fecha de ingreso al 31.12.2014 existentes al corte del 31.12.2015	60%	15%		
		3. Indicador: Cumplimiento de la actividad tecnólogo medico proyectada en UAPO (procedimiento)	- Fórmula de cálculo (N° de procedimientos de tecnólogo medico realizadas en UAPO/N° de procedimientos de tecnólogo medico comprometidos en UAPO) *100	100%	25%		
		4. Indicador Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología	- Fórmula de cálculo (N° de informes de FO realizados por tele oftalmología/N° de informes de fondo de ojo comprometidos por tele oftalmología en UAPOS) *100	100%	20%		
	Otorrinolarin-gología	5. Indicador Cumplimiento de la actividad Proyectada en otorrinolarin-gología	- Fórmula de cálculo (N° de consultas realizadas por el programa/ N° de consultas comprometidas en el programa)*100	100%	25%	10%	
		6. Indicador: % resolución de LE por consulta nueva de especialidad otorrinolarin-gológica ingresada hasta 31.12.2014  Nota: considera LE comunal y en relacion a diagnósticos que aborda el programa	- Fórmula de cálculo (N° de personas en LE consulta nueva de especialidad otorrinolarin-gológica con fecha de ingreso hasta 31.12.2014 existentes al 31.12.2016. Denominador: (N° de personas en lista de espera de consulta nueva de otorrinolarin-gología con fecha de ingreso al 31.12.2014 existentes al corte del 31.12.2015	60%	10%		
	Gastroentero-logía	7. Indicador Cumplimiento de la actividad Proyectada en gastroenterología	- Fórmula de cálculo (N° de consultas realizadas por el programa/ N° de consultas comprometidas en el programa)*100	100%	20%		
	Teledermato-logía	8. Indicador Cumplimiento de la actividad Proyectada en teledermatología	- Fórmula de cálculo (N° de consultas realizadas por el programa/ N° de consultas comprometidas en el programa)*100	100%	25%		
		9. Indicador: % resolución de LE por consulta nueva de	- Fórmula de cálculo (N° de personas en LE consulta nueva de especialidad dermatológicas con fecha de			60%	



		especialidad dermatológica ingresada (fecha convenida en programación)  Nota: considera LE comunal y en relación a diagnósticos que aborda el programa	ingreso convenida en programación, existente al corte del 31.12.2016 Denominador: (N° de personas en lista de espera de consulta nueva de dermatología con fecha de ingreso convenida en programación, existente al corte del 31.12.2015)	60%	10%		
	SIC	10. Indicador Cumplimiento de SIC revisadas y gestionadas	- Fórmula de cálculo (N° de SIC revisadas por medico gestor de la demanda/ N° de SIC generadas en APS y proyectadas)*100	100%	10%		
PROC. CUTANEOS QX. DE BAJA COMPLEJIDAD	Procedimientos cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad	1. Indicador Cumplimiento de la actividad programada	- Fórmula de cálculo (N° Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados/ N° de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos)*100	100%	100%	100%	10%

**En caso 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

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre de 2016 si es que su cumplimiento es **inferior al 50%**, de acuerdo al siguiente cuadro:

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

Porcentaje cumplimiento Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2° 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

### **Informe de Cumplimiento y Reliquidación:**

Para aquellos 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 (**Anexo N°3 y 4**).

Componente UAPO, deberá remitir planilla con pacientes atendidos en forma mensual. Además se requerirá en el último corte evaluativo envío de informe final de acciones realizadas durante el año e impacto comunal.



Small, faint, illegible markings or artifacts at the bottom left corner of the page.

Indicadores

Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:

1. **Indicador:** Cumplimiento de la actividad proyectada en Consulta de médico o tecnólogo Médico

Fórmula de cálculo:  $\frac{\text{N° de Consultas realizadas por el Programa}}{\text{N° de Consultas comprometidas en el Programa}} * 100$

- Medio de verificación: (REM / Programa).

2. **Indicador:** Porcentaje de resolución de lista de espera por consulta nueva de especialidad oftalmológica ingresada hasta el 31.12.2014

- Fórmula de cálculo:  $\frac{\text{N° de personas en LE consulta nueva especialidade oftalmológica con fecha de ingreso hasta 31.12.2014 existentes al 31.12.2016}}{\text{N° de personas en lista de espera de consulta nueva de oftalmologia con fecha de ingreso al 31.12.2014, existentes al corte del 31.12.2015}} * 100$

- Medio de verificación: ( RNLE )

3. **Indicador:** Cumplimiento de la actividad tecnólogo medico proyectada en UAPO (PROCEDIMIENTO)

- Fórmula de cálculo:  $\frac{\text{N° de procedimientos de tecnólogo medico realizadas en UAPO}}{\text{N° de procedimientos comprometidas en UAPO}} * 100$

- Medio de verificación: ( REM / Programa )

4. **Indicador:** Cumplimiento de la actividad de Tele oftalmología

- Fórmula de cálculo:  $\frac{\text{N° de informes de fondos de ojos realizados por tele oftalmología}}{\text{N° de informes de fondos de ojo comprometidos por tele oftalmología en UAPO}} * 100$

- Medio de verificación: (Plataforma RAS Valdivia)

5. **Indicador:** Cumplimiento de la actividad proyectada en Otorrinolaringología

- Fórmula de cálculo:  $\frac{\text{N° de Consultas realizadas por el Programa}}{\text{N° de Consultas comprometidas en el Programa}} * 100$

- Medio de verificación: (REM / Programa)

6. **Indicador:** porcentaje de resolución de lista de espera por consulta nueva de especialidad otorrinolaringológica ingresada hasta el 31.12.2014

- Fórmula de cálculo:  $\frac{\text{N° de personas en LE consulta nueva especialidade otorrinolaringologia con fecha de ingreso hasta el 31.12.2014 existentes al 31.12.2016/}}{\text{N° de personas en lista de espera de consulta nueva de otorrinolaringológica com fecha de ingreso al 31.12.2014, existentes al corte del 31.12.2015}} * 100$

- Medio de verificación: ( RNLE )

7. **Indicador:** Cumplimiento de la actividad proyectada en Gastroenterología

- Fórmula de cálculo:  $\frac{\text{N° de Consultas realizadas por el Programa}}{\text{N° de Consultas comprometidas en el Programa}} * 100$

- Medio de verificación: (REM / Programa)



Small, faint, illegible marks or artifacts at the bottom left corner of the page.

**8. Indicador:** Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de **Tele-dermatología**

Fórmula de cálculo:  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de Consultas realizadas por el Programa}}{\text{N}^\circ \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}} * 100$

Medio de verificación: (Plataforma RAS Valdivia).

**9. Indicador:** porcentaje de resolución de lista de espera por consulta nueva de especialidad dermatológica ingresada hasta el 31.12.2014

- Fórmula de cálculo:  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas en LE consulta nueva especialidad dermatológica con fecha de ingreso convenida en programación existente al 31.12.2016}}{\text{N}^\circ \text{ personas em LE de consulta nueva dermatológica con fecha de ingreso convenida en programación, existentes al corte del 31.12.2015.}} * 100$
- Medio de verificación: ( RNLE )

**10. Indicador:** Cumplimiento de SIC revisadas y gestionadas

- Fórmula de cálculo:  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de consultas realizadas por el programa}}{\text{N}^\circ \text{ de consultas generadas y proyectadas en el programa}} * 100$
- Medio de verificación: (Informe segundo corte/REM)

**Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:**

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

- Fórmula de cálculo:  $\frac{\text{N}^\circ \text{ de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados}}{\text{N}^\circ \text{ de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}} * 100$
- Medio de verificación: (REM / Programa)

**OCTAVA:**

Modifíquese la cláusula séptima del convenio suscrito con fecha 29 de diciembre de 2015 de esta Dirección, quedando como sigue:

**“SÉPTIMA:**

Los recursos asociados a este Programa se entregaran en dos cuotas, según se indica, los cuales permitirán financiar los gastos ejecutados desde el 01 de enero al 31 de diciembre de 2016:

La primera cuota, correspondiente al 70% de los fondos por un monto de \$ 103.205.057.- (ciento tres millones doscientos cinco mil cincuenta y siete 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 \$ 44.230.739.- (cuarenta y cuatro millones doscientos treinta mil setecientos treinta y 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 recepcionados desde el Ministerio de Salud.”

**NOVENA:**

En todo lo demás rige el convenio original.

**DÉCIMA:**

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



Small, faint, illegible marks or artifacts at the bottom left corner of the page.

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 2016 del Servicio de Salud Valdivia.

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE**



**DR. PATRICIO ROSAS BARRIENTOS**  
**DIRECTOR**  
**SERVICIO DE SALUD VALDIVIA**

**INCL.:** Antec.

**DISTRIBUCIÓN:**

- 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
- I. Municipalidad de Río Bueno
- Subdirección de Gestión Asistencial, SSV.
- Subdepto. Recursos Financieros - U. Recursos Financieros de la APS, SSV. (1 copia)
- Departamento Jurídico - Convenios APS, SSV. (1 copia)
- Oficina de Partes, SSV



19.1.0416- NO ME



**SERVICIO DE SALUD VALDIVIA**

Depto. Jurídico: 754  
CPA/DVP/CST/cst



**CONVENIO MODIFICATORIO  
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS – AÑO 2016**

**SERVICIO DE SALUD VALDIVIA – I. MUNICIPALIDAD DE RÍO BUENO**

**06 ABR. 2016**

En Valdivia, a.....entre el Servicio de Salud Valdivia, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Chacabuco N° 700, Valdivia, representado por su Director Dr. Patricio Rosas Barrientos, 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:**

Con fecha 29 de diciembre de 2015, se celebró un convenio entre el Servicio de Salud Valdivia y la I. Municipalidad de Río Bueno, relativo al Programa Resolutividad en APS – Año 2015, que fuera aprobado por Resolución Exenta N° 5584 de fecha 29 de diciembre de 2015 del Servicio de Salud Valdivia.

**SEGUNDA:**

Modifíquese la cláusula primera del convenio suscrito con fecha 29 de diciembre de 2015 de esta Dirección, quedando como sigue:

**“PRIMERA:**

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

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 154 de fecha 23 de diciembre de 2015 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.”

**TERCERA:**

Modifíquese la cláusula segunda del convenio suscrito con fecha 29 de diciembre de 2015 de esta Dirección, quedando como sigue:

**“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° 1232 de fecha 31 de diciembre de 2015. 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.”

**CUARTA:**

Modifíquese la cláusula tercera del convenio suscrito con fecha 29 de diciembre de 2015 de esta Dirección, quedando como sigue:

**“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)
- Oftalmología
- Teleoftalmología
- Teledermatología
- Gastroenterología
- Otorrinolaringología.
- Médico Gestor de la demanda

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

**QUINTA:**

Modifíquese la cláusula cuarta del convenio suscrito con fecha 29 de diciembre de 2015 de esta Dirección, quedando como sigue:

**“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 \$ 147.435.796.- (ciento cuarenta y siete millones cuatrocientos treinta y cinco mil setecientos noventa 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.”

**SEXTA:**

Modifíquese la cláusula quinta del convenio suscrito con fecha 29 de diciembre de 2015 de esta Dirección, quedando como sigue:

**“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 Meta	Monto (\$)
					Total	Total
Río Bueno	1	ESPECIALIDADES AMBULATORIAS	UAPO	RRHH + Gastos Operacionales (12 meses)	Anexo...	90.504.254
				<b>Actividad Oftalmologo</b>		
				Nº Consultas VR	100	
				Nº Consultas Nuevas Glaucoma	50	
				Nº Controles Glaucoma	350	
				Nº Otras Consultas	100	
				<b>Sub Total Act. Oftalmologo</b>	<b>600</b>	
				<b>Actividad Tecnologo Medico</b>		
				Nº Consultas VR	1.200	
				Procedimientos	1.800	
				<b>Sub Total Act. Téc. Médico</b>	<b>3.600</b>	
				Nº Lentes	1.248	
				Nº Farmacos Glaucoma Anual	4.800	
				Nº Lubricantes Oculares	1.440	

		Otorrino	Nº Canastas Integrales Otorrinolaringología	150	18.045.750
		Gastroenterología	Nº Procedimientos	200	19.600.000
		Medico Gestor	11 hrs./semanales Medico Gestor	según normativa	4.292.606
<b>Total Componente 1</b>					<b>132.442.610</b>
2	<b>PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD</b>	Intervenciones Quirúrgicas de Baja Complejidad	Nº Cirugías	650	14.993.186
<b>Total Componente 2</b>					<b>14.993.186</b>
<b>TOTAL PROGRAMA (\$)</b>					<b>147.435.796</b>

(\*) CANASTAS Y VALORES REFERENCIALES EN ANEXO Nº 1

**Componente:**

- a) **Tele dermatología:** el Servicio de Salud Valdivia realizará la entrega del servicio de especialista dermatólogo de la red asistencial por lo que se asegura la continuidad de la atención; también proveerá de la canasta de fármacos asociados a las consultas de tele dermatología, que serán traspasados por este servicio de Salud según las recetas dispensadas a usuarios atendidos por esta estrategia.

La comuna deberá resguardar lo siguiente:

- Disponibilidad de Horas médicas y de personal administrativo mensualmente para la ejecución de esta estrategia.
  - Que el personal reciba la capacitación pertinente a la estrategia.
  - Velar por el cumplimiento de las orientaciones técnicas “para la optimización de la Atención ambulatoria en la especialidad de dermatología con apoyo de telemedicina”, Resolución Exenta Nº 1198 del 28 de diciembre de 2015.
  - Velar por el cumplimiento de los protocolos de referencia y contra referencia asegurando la continuidad de la atención.
  - Envío mensual de referente de Programa Resolutividad Servicio de Salud, de programación de horas destinadas a tele dermatología.
  - 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 tele dermatología, para esto se proveerá de stock crítico que posteriormente se irá reponiendo según lo utilizado.
  - Se entregue un reporte mensual de fármacos utilizados y saldos disponibles.
  - Una vez terminado o escindido el convenio se deberá devolver el remanente de fármacos según reporte mensual.
  - Dar las facilidades pertinentes para que, cuando eventualmente se requiera, el dermatólogo pueda realizar actividades presenciales en el establecimiento.
- b) **Tele oftalmología:** las prestaciones de esta estrategia están orientadas a dar cobertura a los exámenes de fondos de ojos en usuarios diabéticos, poder detectar y derivar a tiempo a los pacientes con retinopatía diabética.  
El Servicio de Salud distribuirá los fondos de ojos por tele oftalmología, en los establecimientos de atención primaria de la red asistencial de manera de contribuir a aumentar la cobertura de fondo de ojo vigente en población diabética. Este aporte viene a contribuir y no reemplaza la obligatoriedad de la comuna en dar acceso a esta prestación a la población crónica cardiovascular.  
Para el registro de esta prestación se utilizará la plataforma RAS del Servicio de Salud Valdivia.
- c) **Médico Gestor de la Demanda:** 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 contrarreferencia, 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 esfuerzos deberá realizarse en potenciar las consultorías y reuniones clínicas que aporten mejoría de capacidad diagnóstica 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 microred 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 diagnóstico 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 contratadores del nivel secundario.
- Liderar el proceso de gestión de solicitudes de interconsultas emitidas en el establecimiento. (Anexo N°5).

#### **Componente2.-**

**Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad:** 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.

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."

#### **SÉPTIMA:**

Modifíquese la cláusula sexta del convenio suscrito con fecha 29 de diciembre de 2015 de esta Dirección, quedando como sigue:

#### **"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. En el caso de la canasta de tele dermatología esta podrá ser modificada de acuerdo a la realidad local, pero manteniendo la línea de fármacos, etc.
- Para las prestaciones realizadas por compra de servicios, el prestador 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 en un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.

En relación al Sistema de registro de este Programa, los establecimientos estarán encargados de:

- ✓ Mantener la adecuada gestión clínico 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.
- ✓ 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 repositorio nacional de lista de espera) y será en primera instancias 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, RNLE 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 componente 1 del programa será entregada por la encargada de lista de espera No GES del Servicio de Salud, vía correo electrónico. En el caso del componente 2 del Programa cada encargado de lista de espera del establecimiento deberá extraer del sistema informático RAS los pacientes derivados a lista de espera de cirugía para su atención.**

#### Transferencia:

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 de 2016** 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°2**.
- **La segunda evaluación**, se efectuara con corte al **31 de Agosto de 2016**. 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	ESTRATEGIA	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META ANUAL	PESO RELATIVO ESTRATEGIA	PESO RELATIVO COMPONENTE	PESO RELATIVO PROGRAMA
Especialidades Ambulatorias	Oftalmología	1. Indicador Cumplimiento de la actividad	- Fórmula de cálculo (N° de consultas realizadas por el programa/ N° de consultas	100%	40%		

	Proyectada en oftalmología	comprometidas en el programa)*100			40%	90%
	2. Indicador: % resolución de LE por consulta nueva de especialidad oftalmológica ingresada hasta 31.12.2014  Nota: considera LE comunal y en relación a diagnósticos que aborda el programa	- Fórmula de cálculo (N° de personas en LE consulta nueva de especialidad oftalmológica con fecha de ingreso hasta 31.12.2014 existentes al 31.12.2016. Denominador: (N° de personas en lista de espera de consulta nueva de oftalmología con fecha de ingreso al 31.12.2014 existentes al corte del 31.12.2015	60%	15%		
	3. Indicador: Cumplimiento de la actividad tecnólogo medico proyectada en UAPO (procedimiento)	- Fórmula de cálculo (N° de procedimientos de tecnólogo medico realizadas en UAPO/N° de procedimientos de tecnólogo medico comprometidos en UAPO) *100	100%	25%		
	4. Indicador Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología	- Fórmula de cálculo (N° de informes de FO realizados por tele oftalmología/N° de informes de fondo de ojo comprometidos por tele oftalmología en UAPOS) *100	100%	20%		
Otorrinolaringología	5. Indicador Cumplimiento de la actividad Proyectada en otorrinolaringología	- Fórmula de cálculo (N° de consultas realizadas por el programa/ N° de consultas comprometidas en el programa)* 100	100%	25%	60%	
	6. Indicador: % resolución de LE por consulta nueva de especialidad otorrinolaringológica ingresada hasta 31.12.2014  Nota: considera LE comunal y en relacion a diagnósticos que aborda el programa	- Fórmula de cálculo (N° de personas en LE consulta nueva de especialidad otorrinolaringológica con fecha de ingreso hasta 31.12.2014 existentes al 31.12.2016. Denominador: (N° de personas en lista de espera de consulta nueva de otorrinolaringología con fecha de ingreso al 31.12.2014 existentes al corte del 31.12.2015	60%	10%		
Gastroenterología	7. Indicador Cumplimiento de la actividad Proyectada en gastroenterología	- Fórmula de cálculo (N° de consultas realizadas por el programa/ N° de consultas comprometidas en el programa)*100	100%	20%		
Teledermatología	8. Indicador Cumplimiento de la actividad Proyectada en teledermatología	- Fórmula de cálculo (N° de consultas realizadas por el programa/ N° de consultas comprometidas en el programa)*100	100%	25%	60%	
	9. Indicador: % resolución de LE por consulta nueva de especialidad dermatológica ingresada (fecha convenida en programación)  Nota: considera LE comunal y en relacion a diagnósticos que aborda el programa	- Fórmula de cálculo (N° de personas en LE consulta nueva de especialidad dermatológicas con fecha de ingreso convenida en programación, existente al corte del 31.12.2016 Denominador: (N° de personas en lista de espera de consulta nueva de dermatología con fecha de ingreso convenida en programación, existente al corte del 31.12.2015	60%	10%		
SIC	10. Indicador Cumplimiento de SIC revisadas y gestionadas	- Fórmula de cálculo (N° de SIC revisadas por medico gestor de la demanda/ N° de SIC generadas en APS y proyectadas )*100	100%	10%		



PROC. CUTANEOS QX. DE BAJA COMPLEJIDAD	Procedimientos cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad	1. Indicador Cumplimiento de la actividad programada	- Fórmula de cálculo (Nº Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados/ Nº de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos) *100	100%	100%	100%	10%
---	---	---	---	------	------	------	-----

**En caso 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

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre de 2016 si es que su cumplimiento es **inferior al 50%**, de acuerdo al siguiente cuadro:

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

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

### **Informe de Cumplimiento y Reliquidación:**

Para aquellos 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 (**Anexo N°3 y 4**).

Componente UAPO, deberá remitir planilla con pacientes atendidos en forma mensual. Además 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 de médico o tecnólogo Medico**
  - Fórmula de cálculo:  $\frac{\text{Nº de Consultas realizadas por el Programa}}{\text{Nº de Consultas comprometidas en el Programa}} * 100$
  - Medio de verificación: (REM / Programa).
2. **Indicador:** Porcentaje de resolución de lista de espera por consulta nueva de especialidad oftalmológica ingresada hasta el 31.12.2014
  - Fórmula de cálculo:  $\frac{\text{Nº de personas en LE consulta nueva especialidade oftalmológica con fecha de ingreso hasta 31.12.2014 existentes al 31.12.2016}}{\text{Nº de personas en LE consulta nueva especialidade oftalmológica con fecha de ingreso hasta 31.12.2014 existentes al 31.12.2016}} * 100$



Small, faint, illegible markings or artifacts at the bottom left corner of the page.

Nº de personas en lista de espera de consulta nueva de oftalmología con fecha de ingreso al 31.12.2014, existentes al corte del 31.12.2015

- Medio de verificación: ( RNLE )

**3. Indicador: Cumplimiento de la actividad tecnólogo medico proyectada en UAPO (PROCEDIMIENTO)**

- Fórmula de cálculo:  $\frac{\text{Nº de procedimientos de tecnólogo medico realizadas en UAPO}}{\text{Nº de procedimientos comprometidas en UAPO}} * 100$

- Medio de verificación: ( REM / Programa )

**4. Indicador: Cumplimiento de la actividad de Tele oftalmología**

- Fórmula de cálculo:  $\frac{\text{Nº de informes de fondos de ojos realizados por tele oftalmología}}{\text{Nº de informes de fondos de ojo comprometidos por tele oftalmología en UAPO}} * 100$

- Medio de verificación: (Plataforma RAS Valdivia)

**5. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Otorrinolaringología**

- Fórmula de cálculo:  $\frac{\text{Nº de Consultas realizadas por el Programa}}{\text{Nº de Consultas comprometidas en el Programa}} * 100$

- Medio de verificación: (REM / Programa)

**6. Indicador: porcentaje de resolución de lista de espera por consulta nueva de especialidad otorrinolaringológica ingresada hasta el 31.12.2014**

- Fórmula de cálculo:  $\frac{\text{Nº de personas en LE consulta nueva especialidad otorrinolaringología con fecha de ingreso hasta el 31.12.2014 existentes al 31.12.2016/}}{\text{Nº de personas en lista de espera de consulta nueva de otorrinolaringológica com fecha de ingreso al 31.12.2014, existentes al corte del 31.12.2015}}$

- Medio de verificación: ( RNLE )

**7. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Gastroenterología**

- Fórmula de cálculo:  $\frac{\text{Nº de Consultas realizadas por el Programa}}{\text{Nº de Consultas comprometidas en el Programa}} * 100$

- Medio de verificación: (REM / Programa)

**8. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de Tele-dermatología**

- Fórmula de cálculo:  $\frac{\text{Nº de Consultas realizadas por el Programa}}{\text{Nº de Consultas comprometidas en el Programa}} * 100$

- Medio de verificación: (Plataforma RAS Valdivia).

**9. Indicador: porcentaje de resolución de lista de espera por consulta nueva de especialidad dermatológica ingresada hasta el 31.12.2014**

- Fórmula de cálculo:  $\frac{\text{Nº de personas en LE consulta nueva especialidad dermatológica con fecha de ingreso convenida en programación existente al 31.12.2016}}{\text{Nº personas em LE de consulta nueva dermatológica con fecha de ingreso convenida en programación, existentes al corte del 31.12.2015.}} * 100$

- Medio de verificación: ( RNLE )

**10. Indicador: Cumplimiento de SIC revisadas y gestionadas**

- Fórmula de cálculo:  $\frac{\text{Nº de consultas realizadas por el programa}}{\text{Nº de consultas generadas y proyectadas en el programa}} * 100$

- Medio de verificación: (Informe segundo corte/REM)



Small, faint, illegible marks or artifacts at the bottom left corner of the page.

**Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:**

**Indicador:** Cumplimiento de actividad programada.

- Fórmula de cálculo:  $\frac{\text{N° de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados}}{\text{N° de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}} * 100$
- Medio de verificación: (REM / Programa)

**OCTAVA:**

Modifíquese la cláusula séptima del convenio suscrito con fecha 29 de diciembre de 2015 de esta Dirección, quedando como sigue:

**“SÉPTIMA:**

Los recursos asociados a este Programa se entregaran en dos cuotas, según se indica, los cuales permitirán financiar los gastos ejecutados desde el **01 de enero al 31 de diciembre de 2016:**

La primera cuota, correspondiente al **70%** de los fondos por un monto de **\$ 103.205.057.- (ciento tres millones doscientos cinco mil cincuenta y siete 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 **\$ 44.230.739.- (cuarenta y cuatro millones doscientos treinta mil setecientos treinta y 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 recepcionados desde el Ministerio de Salud.”

**NOVENA:**

En todo lo demás rige el convenio original.

**DÉCIMA:**

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:



LUIS REYES ÁLVAREZ  
ALCALDE

I.MUNICIPALIDAD DE RÍO BUENO



DR. PATRICIO ROSAS BARRIENTOS  
DIRECTOR

SERVICIO DE SALUD VALDIVIA

