



Depto. Asesoría Jurídica
N°42

REF.: Aprueba Convenio "Programa Resolutividad en Atención Primaria de Salud", entre Servicio de Salud Metropolitano Oriente y Municipalidad de Providencia.

SANTIAGO, 19 MAR 2019

RESOLUCION EXENTA N° 300

VISTOS:

1. El Interés del Ministerio de Salud en impulsar el Programa de Resolutividad en Atención Primaria;
2. La Resolución Exenta N°1284 de fecha 28 de diciembre de 2018, que aprueba el Programa de Resolutividad en Atención Primaria de Salud, del Ministerio de Salud;
3. La Resolución Exenta N°136 de fecha 08 de febrero de 2019, que distribuye los Recursos del Programa de Resolutividad en Atención Primaria, Año 2019. Del Ministerio de Salud;
4. Lo solicitado por el Departamento de Coordinación y Gestión de APS del Servicio de Salud Metropolitano Oriente;
5. Las facultades que me confiere el Decreto con Fuerza de Ley N° 01 del 2005 que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y 18.469; y su reglamento orgánico aprobado por D.S. N° 140 del 2004, todos del Ministerio de Salud; y la Resolución N° 1.600 de 2008 de la Contraloría General de la República, dicto lo siguiente:

RESOLUCION

1. Apruébase el Convenio, de fecha 07 de marzo de 2019, suscrito entre el **SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE** y la **MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA**, cuyo texto es el siguiente:



SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL
DEPTO. DE COORDINACIÓN Y GESTIÓN DE APS
N°16

CONVENIO
PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
COMUNA DE PROVIDENCIA

En Santiago, a 07 de marzo 2019 entre el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Canadá N°308, Providencia, representado por su Directora Q.F. María Elena Sepúlveda Maldonado, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Municipalidad de PROVIDENCIA, persona jurídica de derecho público domiciliada en Avda. Pedro de Valdivia N°963, representada por su Alcaldesa D. Evelyn Matthei Fonet 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°84 de fecha 28 de diciembre 2018 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 Resolutividad en la Atención Primaria de Salud.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1284 de fecha 28 de febrero de 2018, del Ministerio de Salud.

TERCERA: El Servicio de Salud, 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:

- a) Estrategia Medico Gestor
- b) Estrategia Oftalmología:
 - i. Unidades de Atención Primaria Oftalmológicas (UAPO).
- c) Otorrinolaringología
- d) Gastroenterología.
- e) Tele dermatología

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



CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma de \$ 148.720.500.- (ciento cuarenta y ocho millones setecientos veinte mil quinientos pesos), para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior, los que serán transferidos de acuerdo a lo dispuesto en la cláusula Séptima del presente instrumento.

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.

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

Tabla 1				
Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O META	MONTO (\$)
1	COMPONENTE 1.1	MEDICO GESTOR	3 CESFAM	3.800.700
	COMPONENTE 1.2	OFTALMOLOGIA	1.800	71.517.600
		OFTALMOLOGIA Fondo de Ojo	400	
	COMPONENTE 1.3	OTORRINOLOGIA	100	13.095.000
	COMPONENTE 1.4	GASTROENTEROLOGIA	400	44.000.000
TOTAL COMPONENTE Nº 1 (\$)				132.413.300
2	COMPONENTE Nº 2.1	PROCEDIMIENTOS CUTANEOS	650	16.307.200
TOTAL COMPONENTE Nº 2 (\$)				16.307.200
TOTAL PROGRAMA (\$)				148.720.500

(*) En anexo 1 Detalle de Canastas

SEXTA: El Servicio a través del Depto. de Coordinación y Gestión APS, evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria y cada Servicio de Salud:

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento del componente del programa con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad.

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.



- Es Servicio de Salud podrá establecer pautas para efectuar adquisición de prestaciones a considerar como Instrumento base de los procesos de licitación de las comunas.
- Realizar auditorías técnicas.

En relación al Sistema de registro de este Programa, el Servicio de Salud estará encargado de:

- La adecuada gestión clínico administrativa del programa.
- Mantener un registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa
- Mejorar los registros de Listas de Espera para cada especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para esto es fundamental dar cuenta de todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud e ingresarlos al repositorio Nacional de Lista de Espera, según normativa vigente.
- 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.

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

Evaluación:

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

- La primera evaluación, se efectuará con corte al día 30 Abril y envió de Informe a encargado programa de nivel central al 15 de Mayo. En esta evaluación se requerirá el envió de un informe detallando las comunas en convenio, horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicio adjudicadas, según formato Anexo N°2. Este informe es generado desde el Servicio de Salud al nivel central
- La segunda evaluación, se efectuará con corte al 31 de Agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, 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 procedimiento Gastroenterología	Numerador: N° de Consultas y procedimientos realizadas por el Programa Denominador: N° de Consultas y procedimientos comprometidos en el Programa	100%	30%	
	Cumplimiento de la actividad de Tele Oftalmología y Tele Dermatología	Numerador: N° de Informes y consultas comprometidos Denominador: N° de Informes y consultas Programados	100%	25%	



	<p>% de cumplimiento de la programación del año 2019 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 acordada en el convenio.</p> <p>Nota: considera LE comunal y establecimiento de APS dependientes del Servicio de Salud, en relación a diagnósticos que aborda el programa</p>	<p>Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, otorrinolaringológica y causal 17 de LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente</p> <p>Denominador: N° de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud</p>	100%	20%	90%
	<p>% de cumplimiento de la programación del año 2019 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia digestiva alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio</p> <p>Nota: considera LE comunal y establecimiento de APS dependientes del Servicio de Salud</p>	<p>Numerador: N° de pacientes egresados por causales 16 y 17 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y por causal 16 correspondiente a LE procedimiento de Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente</p> <p>Denominador: N° de procedimientos 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</p>	100%	15%	
PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	<p>1. Indicador: Cumplimiento de actividad programada</p>	<p>Numerador: Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados</p> <p>Denominador: Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos</p>	100%	70%	10%
	<p>% de cumplimiento de la programación del año 2019 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio</p> <p>Nota: considera LE comunal y establecimiento de APS dependientes del Servicio de Salud</p>	<p>Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente</p> <p>Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud</p>	100%	30%	

En caso que no aplique una o varias metas los pesos relativos deben ponderarse proporcionalmente 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.

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

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

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, en el evento que a la fecha de corte no se cumpla con lo requerido y ello 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 de Servicio de Salud respectivo, acompañado de 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, podrá solicitar al MINSAL la no reliquidación del programa. Finalmente MINSAL determinará si procede o no a aceptar solicitudes de no reliquidación.

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

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

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellas comunas que administren Salud Municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de 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, SIGTE y plataformas Web por parte de los establecimientos.

• **Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:**

1.- Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de Oftalmología, Otorrinolaringología y procedimiento Gastroenterología
Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
Medio de verificación: (REM / Programa)

2.- Indicador: Cumplimiento de la actividad Tele Oftalmología y Tele Dermatología
Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas e informes comprometidos} / N^{\circ} \text{ de consultas e informes programados}) * 100$
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 el SIGTE y acordada en el convenio:

Fórmula de cálculo: $(\text{Número de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente} / \text{Número de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringológica y Dermatológica según convenio vigente con el Servicio de Salud}) * 100$
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 Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio:

Fórmula de cálculo: $(\text{Número de pacientes egresados por causal 16 y 17 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente} / \text{Número de procedimientos de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta programados como oferta de especialidad de Oftalmología y Gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud}) * 100$
Medio de verificación: (SIGTE)



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

1.- Indicador: Cumplimiento de actividad programada

Fórmula de cálculo: $(\text{Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados} / \text{Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}) * 100$
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 el SIGTE y acordada en el convenio:

Fórmula de cálculo: $(\text{Número de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente} / \text{Número de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud}) * 100$
Medio de verificación: (RNLE)

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

SÉPTIMA: Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades vinculadas con sus objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos).

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud, en 2 cuotas: 70% a la total tramitación del acto aprobatorio y el 30% restante en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en este Programa.

El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, asignará al Municipio mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.

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

La tabla de descuento es la siguiente:

Porcentaje cumplimiento Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota del (30%), Subt. 24
50,00%	0%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%
0%	Rescindir convenio

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

La Municipalidad deberá asegurar la integridad y veracidad de la información base que incorpora cada establecimiento de salud municipal a los sistemas de información REM, SIGGES u otros del MINSAL, para la generación de los indicadores que respaldan la correcta ejecución de los servicios acordados en el presente convenio.



NOVENA: El Servicio de Salud, a través de los respectivos referentes técnicos y Departamento de Finanzas, velarán por la correcta utilización de los fondos traspasados, sin perjuicio de las evaluaciones que en uso de sus facultades pudiera efectuar el Departamento de Auditoría, conforme a su plan anual de trabajo determinado en base a una muestra aleatoria de convenios.

DÉCIMA: Las transferencias de recursos hacia los municipios estarán regidos por lo establecido en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, sobre la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos.

DÉCIMA PRIMERA: El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

DÉCIMA SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del último acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2019. Sin perjuicio de lo anterior, podrá prorrogarse por otro período en forma automática en la medida que el presente programa tenga continuidad y cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo.

Para formalizar esta prórroga, el Servicio deberá dictar una resolución en la cual señale las metas, indicadores y recursos disponibles para el nuevo período previamente acordados por ambas partes, sujeto a las instrucciones que dicte el Ministerio de Salud.

No obstante, las partes dejan constancia que por tratarse de un programa ministerial que se ejecuta todos los años, las prestaciones descritas en éste se comenzarán a otorgar desde el 1 de Enero del 2019, razón por la cual dichas atenciones, se imputarán a los recursos que se transferirán en conformidad a lo señalado en el presente convenio.

DÉCIMA TERCERA: La personería de la Directora (Q.F.) D. María Elena Sepúlveda Maldonado, para actuar en representación del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, consta en el Decreto Supremo N°68, de fecha 16 de Octubre de 2018 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial con fecha 05 de febrero de 2019.

La personería de Doña Evelyn Matthei Fonet para actuar en representación de la Municipalidad de Providencia, consta en Decreto Alcaldicio N°1.152 de fecha 06 de diciembre del año 2016.

DÉCIMA CUARTA: El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, y el otro en la Municipalidad.



 D. EVELYN MATTHEI FONET
 ALCALDESA
 MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA



 Q.F. MARIA ELENA SEPULVEDA
 MALDONADO
 DIRECTORA SERVICIO DE SALUD
 METROPOLITANO ORIENTE


 JMRR/JPSO/CAM/MPLP/MPGG/gmg


 SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE
 JEFE DEPTO. JURIDICO

8/11

ANEXO N° 1: PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA

COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p>Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias</p> <p>Este componente considera la compra o entrega de prestaciones integrales en la Atención Primaria de Salud, a través del financiamiento destinado para tal efecto.</p> <p>Las actividades que contempla esta estrategia, de acuerdo al concepto de prestación integral, se consolidan en una "canasta integral" para cada una de las especialidades y están dirigidas a la resolución de patologías específicas que pueden ser abordadas de manera ambulatoria.</p> <p><u>Estrategias:</u></p> <p>1) Fomentar el acceso oportuno a prestaciones ambulatorias para el manejo de patologías en el ámbito de las siguientes especialidades, a los beneficiarios del sistema público de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oftalmología - Otorrinolaringología - Gastroenterología - Dermatología 	<p>Cumplimiento del Objetivo Específico N° 1:</p> <p>Productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de listas de espera y tiempos de espera para atención de especialidad y realización de procedimientos diagnósticos • Atención cercana al territorio geográfico de los beneficiarios • Atención resolutiva • Asegurar continuidad de atención en la Red local 	<p>Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:</p> <p>Indicador 1: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmológica, Otorrinolaringología y procedimiento Gastroenterología</p> <p>Fórmula Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de consultas y procedimientos realizados por el Programa}}{\text{*100}}$</p> <p>N° de Consultas y procedimientos comprometidos en el Programa</p> <p>Indicador 2: Cumplimiento de la actividad de Tele Oftalmología y Tele Dermatología</p> <p>Fórmula Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de Informes y consultas realizadas}}{\text{*100}}$</p> <p>N° de Informes y consultas programadas</p> <p>Indicador 3: % 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 el SIGTE y acordada en el convenio</p> <p>Fórmula Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente}}{\text{N}^\circ \text{ de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud}}$</p> <p>Indicador 4: % de cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 y 17 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio:</p> <p>Fórmula Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egresados por causal 16 y 17 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente}}{\text{N}^\circ \text{ de procedimientos de Fondo de ojo y Endoscopia Digestiva Alta programados como oferta de especialidad de Oftalmología y Gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud.}}$</p>	<p>Medio de verificación: Indicador N° 1: REM /Programa</p> <p>Indicador N° 2: Plataforma /Programa</p> <p>Indicador N° 3: SIGTE</p> <p>Indicador N° 4: SIGTE</p>



9/11

COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p>Componente 2: Procedimientos Quirúrgicos de Baja Complejidad.</p> <p>Estos procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local y tras los que no se espera que existan complicaciones posquirúrgicas importantes.</p> <p><u>Estrategia:</u></p> <p>A través de la implementación de las salas de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y de la capacitación de los médicos de Atención Primaria, por parte de los médicos especialistas Dermatólogos y/o Cirujanos de la Red de salud local, con protocolos y guías clínicas consensuadas, conocidas y compartidas, logrando un trabajo conjunto y colaborativo con una distribución del trabajo según complejidad, garantizando un acceso oportuno de los pacientes con patologías malignas o graves a la especialidad.</p>	<p>Cumplimiento del Objetivo Específico N° 2:</p> <p>Obtorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria.</p> <p>Productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Disminución progresiva de la lista de espera. Disminución progresiva del tiempo de espera. Incremento absoluto del número de procedimientos resolutivos a nivel local 	<p>Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:</p> <p>Indicador 1: Cumplimiento de actividad programada</p> <p>Fórmula Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados}}{\text{N}^\circ \text{ Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}} \cdot 100$</p> <p>Indicador 2: % 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 el SIGTE y acordada en el convenio</p> <p>Fórmula Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneo quirúrgicos de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente}}{\text{N}^\circ \text{ de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud}}$</p>	<p>Método de verificación:</p> <p>Indicador N° 1: REM /Programa</p> <p>Indicador N° 2: SIGTE</p>



ANEXO N° 3

CANASTAS Y VALORES REFERENCIALES, AÑO 2019**CANASTA INTEGRAL OFTALMOLOGICA**

GLOSA	CIDAD	FREC	TARIFA REFERENCIAL \$	COSTO TOTAL \$
Consulta Médica o de Técnico Médico Integral de Especialidades en Oftalmología	2	20%	19.260	7.704
Consulta Médica o de Técnico Médico 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 OTORRINOLARINGOLOGIA

GLOSA	CIDAD	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
Audifonos	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 GASTROENTEROLOGIA (ERRADICACIÓN HELICOBACTER PYLORI)

GLOSA	CIDAD	FREC	TARIFA REFERENCIAL \$	COSTO TOTAL \$	Costo/SSMO \$
Gastroduodenoscopia (Incluye esofagoscopia)	1	100%	66.474	66.474	73.278
Ureasa, test de (para Helicobacter pylori) o similar	1	100%	10.746	10.746	11.846
Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano)	1	100%	22.567	22.567	24.876
TOTAL \$				99.787	110.000

INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE BAJA COMPLEJIDAD

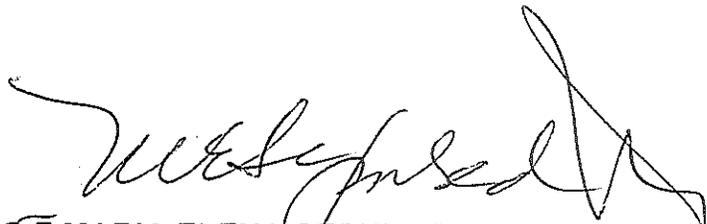
INSTRUMENTAL	6.640.552
COSTO CIRUGIA	25.088



2. Impútese el gasto que demanda la presente Resolución al ítem presupuestario 24.03.298.002, correspondiente a "Reforzamiento Municipal".

ANÓTESE, NOTIFÍQUESE Y COMUNÍQUESE




Q.E. MARIA ELENA SÉPULVEDA MALDONADO
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE


DR. JMRR/PSO/MPGG/aac
DISTRIBUCIÓN:


TRANSCRITO FIELMENTE
MINISTRO DE FE

- Dirección S.S.M.O;
- Subdirección Gestión Asistencial SSMO
- Depto. Coordinación y Gestión de APS
- Depto. Coordinación y Gestión Hospitalaria
- Unidad Convenios APS y RED.
- Depto. de Finanzas
- Depto. de Auditoría
- Depto. Asesoría Jurídica
- Interesado c/ 1 convenio original
- Of. de Partes c/ 1 convenio original

IMPRESO EN EL CENTRO DE IMPRESIONES DEL MINISTERIO DE SALUD



SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL
DEPTO. DE COORDINACION Y GESTION DE APS
N°16

CONVENIO PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COMUNA DE PROVIDENCIA

En Santiago, a 07 de marzo 2019 entre el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Canadá N°308, Providencia, representado por su Directora **Q.F. María Elena Sepúlveda Maldonado**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Municipalidad de PROVIDENCIA**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Avda. Pedro de Valdivia N°963, representada por su Alcaldesa **D. Evelyn Matthei Fornet** 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°84 de fecha 28 de diciembre 2018 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 Resolutividad en la Atención Primaria de Salud.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 1284 de fecha 28 de febrero de 2018**, del Ministerio de Salud.

TERCERA: El Servicio de Salud, 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:

- a) Estrategia Medico Gestor
- b) Estrategia Oftalmología:
 - i. Unidades de Atención Primaria Oftalmológicas (UAPO).
- c) Otorrinolaringología
- d) Gastroenterología.
- e) Tele dermatología

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



CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma de \$ **148.720.500.- (ciento cuarenta y ocho millones setecientos veinte mil quinientos pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior, los que serán transferidos de acuerdo a lo dispuesto en la cláusula Séptima del presente instrumento.

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.

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

Tabla 1				
Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O META	MONTO (\$)
1	COMPONENTE 1.1	MEDICO GESTOR	3 CESFAM	3.800.700
	COMPONENTE 1.2	OFTALMOLOGIA	1.800	71.517.600
		OFTALMOLOGIA Fondo de Ojo	400	
	COMPONENTE 1.3	OTORRINOLOGIA	100	13.095.000
	COMPONENTE 1.4	GASTROENTEROLOGIA	400	44.000.000
TOTAL COMPONENTE Nº 1 (\$)				132.413.300
2	COMPONENTE Nº 2.1	PROCEDIMIENTOS CUTANEOS	650	16.307.200
TOTAL COMPONENTE Nº 2 (\$)				16.307.200
TOTAL PROGRAMA (\$)				148.720.500

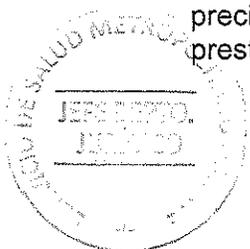
(*) En anexo 1 Detalle de Canastas

SEXTA: El Servicio a través del Depto. de Coordinación y Gestión APS, evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria y cada Servicio de Salud:

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento del componente del programa con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad.

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.



- Es Servicio de Salud podrá establecer pautas para efectuar adquisición de prestaciones a considerar como instrumento base de los procesos de licitación de las comunas.
- Realizar auditorías técnicas.

En relación al Sistema de registro de este Programa, el Servicio de Salud estará encargado de:

- La adecuada gestión clínico administrativa del programa.
- Mantener un registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa
- Mejorar los registros de Listas de Espera para cada especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para esto es fundamental dar cuenta de todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud e ingresarlos al repositorio Nacional de Lista de Espera, según normativa vigente.
- 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.

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

Evaluación:

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

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al día 30 Abril y envió de informe a encargado programa de nivel central al 15 de Mayo. En esta evaluación se requerirá el envió de un informe detallando las comunas en convenio, horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicio adjudicadas, según formato Anexo N°2. Este informe es generado desde el Servicio de Salud al nivel central
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de Agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, 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 procedimiento Gastroenterología	Numerador: N° de Consultas y procedimientos realizadas por el Programa Denominador: N° de Consultas y procedimientos comprometidas en el Programa	100%	40%	
	Cumplimiento de la actividad de Tele Oftalmología y Tele Dermatología	Numerador: N° de Informes y consultas comprometidos Denominador: N° de Informes y consultas Programados	100%	25%	



	<p>% de cumplimiento de la programación del año 2019 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 acordada en el convenio.</p> <p>Nota: considera LE comunal y establecimiento de APS dependientes del Servicio de Salud, en relación a diagnósticos que aborda el programa</p>	<p>Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, otorrinolaringológica y causal 17 de LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente</p> <p>Denominador: N° de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud</p>	100%	20%	90%
	<p>% de cumplimiento de la programación del año 2019 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia digestiva alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio</p> <p>Nota: considera LE comunal y establecimiento de APS dependientes del Servicio de Salud</p>	<p>Numerador: N° de pacientes egresados por causales 16 y 17 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y por causal 16 correspondiente a LE procedimiento de Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente</p> <p>Denominador: N° de procedimientos 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</p>	100%	15%	
PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	<p>1. Indicador: Cumplimiento de actividad programada</p>	<p>Numerador: Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados</p> <p>Denominador: Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos</p>	100%	70%	10%
	<p>% de cumplimiento de la programación del año 2019 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio</p> <p>Nota: considera LE comunal y establecimiento de APS dependientes del Servicio de Salud</p>	<p>Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente</p> <p>Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud</p>	100%	30%	

En caso que no aplique una o varias metas los pesos relativos deben ponderarse proporcionalmente 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.

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

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

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, en el evento que a la fecha de corte no se cumpla con lo requerido y ello 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 de Servicio de Salud respectivo, acompañado de 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, podrá solicitar al MINSAL la no reliquidación del programa. Finalmente MINSAL determinará si procede o no a aceptar solicitudes de no reliquidación.

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

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

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, SIGTE y plataformas Web por parte de los establecimientos.

• **Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:**

1.- Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de Oftalmología, Otorrinolaringología y procedimiento Gastroenterología

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

Medio de verificación: (REM / Programa)

2.- Indicador: Cumplimiento de la actividad Tele Oftalmología y Tele Dermatología

Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas e informes comprometidos} / N^{\circ} \text{ de consultas e informes programados}) * 100$

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 el SIGTE y acordada en el convenio:

Fórmula de cálculo: $(\text{Número de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente} / \text{Número de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringológica y Dermatológica según convenio vigente con el Servicio de Salud}) * 100$

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 Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio:

Fórmula de cálculo: $(\text{Número de pacientes egresados por causal 16 y 17 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente} / \text{Número de procedimientos de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta programados como oferta de especialidad de Oftalmología y Gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud}) * 100$

Medio de verificación: (SIGTE)



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

1.- Indicador: Cumplimiento de actividad programada

Fórmula de cálculo: $(\text{Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados} / \text{Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}) * 100$

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 el SIGTE y acordada en el convenio:

Fórmula de cálculo: $(\text{Número de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente} / \text{Número de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud}) * 100$

Medio de verificación: (RNLE)

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

SÉPTIMA: Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades vinculadas con sus objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos).

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud, en 2 cuotas: 70% a la total tramitación del acto aprobatorio y el 30% restante en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en este Programa.

El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, asignará al Municipio mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.

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

La tabla de descuento es la siguiente:

Porcentaje cumplimiento Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota del (30%), Subt. 24
50,00%	0%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%
0%	Rescindir convenio

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

La Municipalidad deberá asegurar la integridad y veracidad de la información base que incorpora cada establecimiento de salud municipal a los sistemas de información REM, SIGGES u otros del MINSAL, para la generación de los indicadores que respaldan la correcta ejecución de los servicios acordados en el presente convenio.



NOVENA: El Servicio de Salud, a través de los respectivos referentes técnicos y Departamento de Finanzas, velarán por la correcta utilización de los fondos traspasados, sin perjuicio de las evaluaciones que en uso de sus facultades pudiera efectuar el Departamento de Auditoría, conforme a su plan anual de trabajo determinado en base a una muestra aleatoria de convenios.

DÉCIMA: Las transferencias de recursos hacia los municipios estarán regidos por lo establecido en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, sobre la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos.

DÉCIMA PRIMERA: El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

DÉCIMA SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del último acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2019. Sin perjuicio de lo anterior, podrá prorrogarse por otro período en forma automática en la medida que el presente programa tenga continuidad y cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo.

Para formalizar esta prórroga, el Servicio deberá dictar una resolución en la cual señale las metas, indicadores y recursos disponibles para el nuevo período previamente acordados por ambas partes, sujeto a las instrucciones que dicte el Ministerio de Salud.

No obstante, las partes dejan constancia que por tratarse de un programa ministerial que se ejecuta todos los años, las prestaciones descritas en éste se comenzarán a otorgar desde el 1 de Enero del 2019, razón por la cual dichas atenciones, se imputarán a los recursos que se transferirán en conformidad a lo señalado en el presente convenio.

DÉCIMA TERCERA: La personería de la Directora (Q.F.) D. María Elena Sepúlveda Maldonado, para actuar en representación del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, consta en el Decreto Supremo N°68, de fecha 16 de Octubre de 2018 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial con fecha 05 de febrero de 2019.

La personería de Doña Evelyn Matthei Fornet para actuar en representación de la Municipalidad de Providencia, consta en Decreto Alcaldicio N°1.152 de fecha 06 de diciembre del año 2016.

DÉCIMA CUARTA: El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, y el otro en la Municipalidad.



D. EVELYN MATTHEI FORNET
ALCALDESA
MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA



Q.F. MARÍA ELENA SEPÚLVEDA MALDONADO
DIRECTORA SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO ORIENTE

JMRR/JPSO/CAM/MPLP/MPGG/gmg

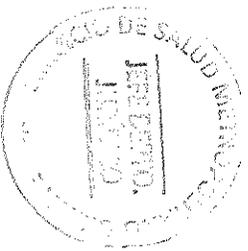


ANEXO N° 1: PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA

COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p>Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias</p> <p>Este componente considera la compra o entrega de prestaciones integrales en la Atención Primaria de Salud, a través del financiamiento destinado para tal efecto.</p> <p>Las actividades que contempla esta estrategia, de acuerdo al concepto de prestación Integral, se consolidan en una "carneta integral" para cada una de las especialidades y están dirigidas a la resolución de patologías específicas que pueden ser abordadas de manera ambulatoria.</p> <p><u>Estrategias:</u></p> <p>1) Fomentar el acceso oportuno a prestaciones ambulatorias para el manejo de patologías en el ámbito de las siguientes especialidades, a los beneficiarios del sistema público de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oftalmología - Otorrinolaringología - Gastroenterología - Dermatología 	<p>Cumplimiento del Objetivo Específico N° 1:</p> <p>Productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución de listas de espera y tiempos de espera para atención de especialidad y realización de procedimientos diagnósticos ▪ Atención cercana al territorio geográfico de los beneficiarios ▪ Atención resolutive ▪ Asegurar continuidad de atención en la Red local 	<p>Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:</p> <p>Indicador 1: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmológica, Otorrinolaringología y procedimiento Gastroenterología</p> <p>Fórmula Indicador: <u>N° de consultas y procedimientos realizados por el Programa</u> *100</p> <p>N° de Consultas y procedimientos comprometidos en el Programa</p> <p>Indicador 2: Cumplimiento de la actividad de Tele Oftalmología y Tele Dermatología</p> <p>Fórmula Indicador: <u>N° de Informes y consultas realizadas</u> *100</p> <p>N° de Informes y consultas programadas</p> <p>Indicador 3: % 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 el SIGTE y acordada en el convenio</p> <p>Fórmula Indicador: <u>N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente</u></p> <p>N° de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud</p> <p>Indicador 4: % de cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 y 17 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio:</p> <p>Fórmula Indicador: <u>N° de pacientes egresados por causal 16 y 17 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente</u></p> <p>N° de procedimientos 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.</p>	<p>Medio de verificación:</p> <p>Indicador N° 1: REM /Programa</p> <p>Indicador N° 2: Plataforma /Programa</p> <p>Indicador N° 3: SIGTE</p> <p>Indicador N° 4: SIGTE</p>



COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p>Componente 2: Procedimientos Quirúrgicos de Baja Complejidad.</p> <p>Estos procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local y tras los que no se espera que existan complicaciones posquirúrgicas importantes.</p> <p><u>Estrategia:</u></p> <p>A través de la implementación de las salas de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y de la capacitación de los médicos de Atención Primaria, por parte de los médicos especialistas Dermatólogos y/o Cirujanos de la Red de salud local, con protocolos y guías clínicas consensuadas, conocidas y compartidas, logrando un trabajo conjunto y colaborativo con una distribución del trabajo según complejidad, garantizando un acceso oportuno de los pacientes con patologías malignas o graves a la especialidad.</p>	<p>Cumplimiento del Objetivo Específico N° 2: Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria.</p> <p>Productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución progresiva de la lista de espera. ▪ Disminución progresiva del tiempo de espera. <p>Incremento absoluto del número de procedimientos resolutivos a nivel local</p>	<p>Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:</p> <p>Indicador 1: Cumplimiento de actividad programada</p> <p>Fórmula Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados}}{\text{N}^\circ \text{Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}} * 100$</p> <p>Indicador 2: % 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 el SIGTE y acordada en el convenio</p> <p>Fórmula Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneo quirúrgico de baja complejidad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente}}{\text{N}^\circ \text{de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud}}$</p>	<p>Medio de verificación:</p> <p>Indicador N° 1: REM /Programa</p> <p>Indicador N° 2: SIGTE</p>



ANEXO N° 3

CANASTAS Y VALORES REFERENCIALES, AÑO 2019**CANASTA INTEGRAL OFTALMOLOGICA**

GLOSA	CTDAD.	FREC.	TARIFA REFERENCIAL \$	COSTO TOTAL \$
Consulta Medica o de Técnico Medico Integral de Especialidades en Oftalmología	2	20%	19.260	7.704
Consulta Medica o de Técnico 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 OTORRINOLARINGOLOGIA

GLOSA	CTDAD.	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
Audiometria	1	35%	9.174	3.211
Impedanciometria	1	40%	8.002	3.201
Audifonos	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 GASTROENTEROLOGIA (ERRADICACIÓN HELICOBACTER PYLORI)

GLOSA	CTDAD.	FREC.	TARIFA REFERENCIAL \$	COSTO TOTAL \$	Costo SSMO \$
Gastroduodenoscopia (incluye esofagoscopia)	1	100%	66.474	66.474	73.278
Ureasa, test de (para Helicobacter pylori) o similar	1	100%	10.746	10.746	11.846
Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano)	1	100%	22.567	22.567	24.876
TOTAL \$				99.787	110.000

INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE BAJA COMPLEJIDAD

INSTRUMENTAL	6.640.552
COSTO CIRUGIA	25.088



