

CONCHALI, 10 MAY 2022

DECRETO EXENTO N° 394

LA ALCALDIA DECRETO HOY:

VISTOS: Certificado Presupuestario N° 168 del 26.04.2022 de Contabilidad y presupuesto; Ordinario N° 39 del 22.04.2022 de CORESAM; Resolución Exenta N° 763 del 14.04.2022 del Servicio de Salud Metropolitano Norte; y **TENIENDO PRESENTE** las facultades y atribuciones que me confiere la Ley N°18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

APRUEBASE Convenio de transferencia para la ejecución del "PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA", de fecha 15 de Marzo de 2022, suscrito entre la I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALI, RUT N° 69.070.200-2, representada por su Alcalde don RENE DE LA VEGA FUENTES, por una parte y por la otra el SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE RUT N° 61.608.000-8, representado por su Director (S) Dr. JUAN ESTEBAN MAASS VIVANCO.

Del Objeto del Convenio:

Por medio del presente convenio, las partes dejan establecido que el objeto consiste en la transferencia de recursos desde el Servicio a la Municipalidad para la implementación, ejecución y puesta en marcha del programa de Resolutividad en Atención Primaria. Sin perjuicio de lo anterior, dicha transferencia estará condicionada a la correcta ejecución del programa y cumplimiento de los compromisos a la respectiva fecha de corte, de acuerdo a los criterios contenidos en la Resolución Exenta N° 942 del 14 de diciembre de 2021 del Ministerio de Salud.

De las Condiciones del Convenio

Las partes vienen en declarar que el objeto del programa, consiste en mejorar la capacidad resolutiva de la APS, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones médicas de especialidad, considerando los aspectos promocionales, preventivos, asistenciales, curativos y de control epidemiológico, con un enfoque de salud familiar e integral.

En virtud del presente convenio el Servicio traspasa a la Municipalidad la suma de \$ 271.746.398.-(doscientos setenta y un millones setecientos cuarenta y seis mil trescientos noventa y ocho pesos), los que estarán íntegramente destinados a financiar el programa Resolutividad en Atención Primaria.

Los recursos serán transferidos por el Servicio en dos cuotas:

- a) Cuota 1 (70%) \$ 190.222.479.- Total tramitación del convenio y Resolución respectiva;
- b) Cuota 2 (30%) \$ 81.523.919.- La segunda cuota se transferirá en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación con corte al 31 de agosto.



El presente convenio inicia su vigencia una vez sea totalmente tramitado el acto administrativo aprobatorio, sin perjuicio de lo anterior, y para la mejor ejecución del programa, esta se entenderá comprendida entre el 01 de enero, y hasta 31 de diciembre de 2022, en los términos de lo dispuesto en el art. 52 de la Ley 19.880.

IMPUTACIÓN: 05.03.006.002 Aportes afectados
24.01.003.003 Programas especiales de salud

La Resolución Exenta N° 763 y el Convenio forman parte integrante del presente Decreto.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y TRANSCRIBASE el presente Decreto a los Departamentos Municipales, hecho ARCHIVASE.



DANIEL BASTIAS FARIAS
Secretario Municipal

RVF/DEF/jqa

TRANSCRITO A:

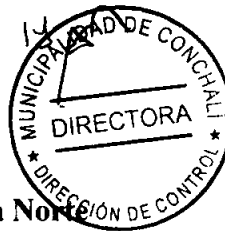
Adm. Municipal – Alcaldía – As. Jurídica

Control – CORESAM.

Finanzas - Servicio de Salud Metropolitana Norte

O.P.I.R.- Sec. Municipal

Art. 7° letra g) Ley N° 20.285./



RENE DE LA VEGA FUENTES
Alcalde de Conchalí



Dirección de Administración y Finanzas
Departamento de Contabilidad y Presupuesto

Deputada
03/05/22

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA N° 168/2022

Pre-Obligación	05	
----------------	----	--

Día	Mes	Año
26	04	2022

Identificación:

Nombre y/o Razón Social	RUT
Servicio de Salud Metropolitano Norte	61.608.000-8

Documentación:

Resolución Exenta		Convenio		Resolución Exenta SSMN		OFICIO		
N°	Fecha	N°		N°	Fecha	N°	Fecha	Unidad
				763	14/04/2022	39	22/04/2022	CORESAM

Descripción:

Aprueba Programa "Resolutividad en Atención Primaria". Cuota 1 (70%) por \$190.222.479 - Cuota 2 (30%) por \$81.523.919. Monto total transferencia \$ 271.746.398.-

Imputación:-

Cuenta	Denominación	Monto \$
05.03.006.002	Aportes Afectados	271.746.398
24.01.003.003	Programas Especiales de Salud	271.746.398



Jacqueline Zenteno Aravena
JACQUELINE ZENTENO ARAVENA
Encargada Contabilidad y Presupuesto

JZA/vcm.

NOTA: El presente documento, sólo acredita la disponibilidad de presupuesto en la cuenta.

Verónica Carrasco Milojevic
VERÓNICA CARRASCO MILOJEVIC
Dirección de Adm. y Finanzas
Departamento de Contabilidad y Presupuesto

02 MAY 2022

JZA



Doc 6992

[Handwritten signature]

ORDINARIO N°39 /2022

Contabilidad: VCN
DA 25/4/2022

MAT. : Envía Resoluciones PRAPS
2022

Fecha: 22 de abril de 2022

DE : RODRIGO FERNANDEZ NAVARRETE
DIRECTOR DE SALUD CORESAM CONCHALI

A : PATRICIO SAAVEDRA M.
DIRECTOR (S) DE ADMINISTRACION Y FINANZAS
MUNICIPALIDAD DE CONCHALI

Estimado junto con saludar, envío adjunto a usted resoluciones exentas del Servicio de Salud Metropolitano Norte, con las cuales se aprueban convenio de Programa de Salud, año 2022, que se mencionan a continuación:

1. Resolución Exenta N° 761 del SSMN de fecha 14 de Abril de 2022 del SSMN que aprueba **convenio Programa Espacios Amigables**, Año 2022. Se adjunta convenio con firma original entre la Municipalidad y el SSMN. *166*
2. Resolución Exenta N° 762 del SSMN de fecha 14 de Abril de 2022 del SSMN que aprueba **convenio Programa Más Adultos Mayores Autovalentes**, Año 2022. Se adjunta convenio con firma original entre la Municipalidad y el SSMN. *167*
3. Resolución Exenta N° 763 del SSMN de fecha 14 de Abril de 2022 del SSMN que aprueba **convenio Programa Resolutividad**, Año 2022. Se adjunta convenio con firma original entre la Municipalidad y el SSMN. *168*
4. Resolución Exenta N° 775 del SSMN de fecha 18 de Abril de 2022 del SSMN que aprueba **convenio Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial**, Año 2022. Se adjunta convenio con firma original entre la Municipalidad y el SSMN. *169*
5. Resolución Exenta N° 776 del SSMN de fecha 18 de Abril de 2022 del SSMN que aprueba **convenio Programa Elige Vida Sana**, Año 2022. Se adjunta convenio con firma original entre la Municipalidad y el SSMN. *170*
6. Resolución Exenta N° 777 del SSMN de fecha 18 de Abril de 2022 del SSMN que aprueba **convenio Programa Imágenes Diagnósticas**, Año 2022. Se adjunta convenio con firma original entre la Municipalidad y el SSMN. *171*
7. Resolución Exenta N° 778 del SSMN de fecha 18 de Abril de 2022 del SSMN que aprueba **convenio Programa Capacitación y Formación de la Red Asistencial**, Año 2022. Se adjunta convenio con firma original entre la Municipalidad y el SSMN. *172*

Atenta a sus comentarios y agradeciendo desde ya su gestión, se despide cordialmente,

I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ
CORRESPONSABLE

[Handwritten signature]
RODRIGO FERNANDEZ NAVARRETE

RECIBIDO



Dirección
Asesoría Jurídica

Nº Interno: 415

N.REF: 391-2022



APRUEBA CONVENIO DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA ENTRE EL SSMN Y LA MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ.

RESOLUCIÓN EXENTA:

763 *14.04.2022

SANTIAGO,

VISTOS: Las facultades concedidas por el D.F.L. Nº 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº 2.763, de 1979 y de las Leyes Nº 18.933 y Nº 18.469; el D.F.L. Nº 1 de 17 de noviembre de 2001, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; la Ley 19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos del Estado; el Decreto Supremo Nº 140, de 2004, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; la Ley 21.395 de Presupuesto del Sector Público correspondiente al año 2022; la Ley 19.378 que Establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; el Decreto Nº 2296, de 23 de diciembre de 1995, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento de la Ley 19.378; el Decreto Exento Nº 10, de 07 de febrero de 2019 del Ministerio de Salud, que establece orden de subrogancia al cargo de Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, en relación con la Resolución TRA 447/127/2017, de 10 de octubre de 2017 que nombra en cargo de Alta Dirección Pública al titular del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak y su renovación por Resolución Exenta RA 447/612/2020, ambas del Servicio de Salud Metropolitano Norte; Resolución Nº 7, de 2019 y Nº16, de 2020, ambas de Contraloría General de la República, sobre exención del trámite de toma de razón; y

CONSIDERANDO:

1. Que, al Servicio de Salud Metropolitano Norte, organismo estatal funcionalmente descentralizado, le corresponde la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial, por lo que en ese sentido debe apoyar la implementación y gestión de los programas ministeriales a desarrollarse en atención primaria;

2. Que, por Resolución Exenta Nº 942, de 14 de diciembre de 2021, del Ministerio de Salud, se Aprueba el Programa de Resolutividad en Atención Primaria, el que tiene por propósito que la población que se atiende en los establecimientos de APS acceda con mayor oportunidad a una atención médica de especialidad cercana, integral y de calidad a través de estrategias de fortalecimiento de la APS;

3. Que, ahora bien, por Resolución Exenta Nº 26, de 2022 modificada por Resolución Exenta Nº265, de 10 de marzo de 2022, ambas del Ministerio de Salud, se distribuyen recursos al Programa Resolutividad en Atención Primaria para el año 2022, en donde se indica que a fin de garantizar la correcta ejecución del programa, se asignan al Servicio de Salud Metropolitano Norte la suma total de \$2.078.439.151 (dos mil setenta y ocho millones cuatrocientos treinta y nueve mil ciento cincuenta y un pesos), a distribuir en los subtítulos 21, 22 y 24 respectivamente del presupuesto del Servicio;

4. Que, es del caso dejar establecido que el monto total de recursos asignados se encuentra contemplados en la Ley 21.395, del Presupuesto del Sector Público para el año 2022, partida 16, capítulo 02, Programa 02, Glosas 01 y 02 y considera el incremento de la Ley 21.405. Asimismo, dejar establecido que esta distribución, no constituye, en ningún caso, un aumento del presupuesto aprobado en la citada Ley Nº 21.395, ni aumento en la Glosa 02 de Nº de cargos y Nº de personas;

5. Que, en ese sentido el Servicio ha suscrito un convenio de transferencia de recursos con la Municipalidad de Conchalí, para la adecuada implementación del programa, constatando que se cuenta con los recursos comprometidos,

tal y como se confirma con el Certificado de Disponibilidad Presupuestaria N° 217, de 25 de marzo de 2022, emitido por el jefe (S) del Subdepartamento de Finanzas del Servicio;

6. Que, en virtud de lo anterior, y los principios del acto administrativo, dicto la siguiente;

RESOLUCIÓN:

1.- APRUÉBASE el "Convenio de Transferencia de Recursos Programa Resolutividad en Atención Primaria" entre el Servicio de Salud Metropolitano Norte y la Municipalidad de Conchalí cuyo texto es del siguiente tenor:

CONVENIO DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS "PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA "

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE Y MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ

En Santiago, a 15 de marzo de 2022 entre el **Servicio de Salud Metropolitano Norte**, órgano estatal funcionalmente descentralizado, RUT: 61.608.000-8, representado por su Director (S) **Dr. Juan Esteban Maass Vivanco**, cédula de identidad N° 6.504.201-0, ambos con domicilio en calle Maruri N° 272, comuna de Independencia, en adelante "el Servicio", y la **Municipalidad de Conchalí**, corporación autónoma de derecho público, RUT: 69.070.200-2, representada por su Alcalde D. Rene de la Vega Fuentes, cédula de identidad N° 13.918.850-0, ambos con domicilio en Avenida Independencia N° 3499, comuna de Conchalí, en adelante "la Municipalidad", han convenido lo siguiente:

PRIMERA: Antecedentes

La Atención Primaria de Salud, representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público, siendo su objetivo otorgar una atención de salud equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, centrado en las personas, la familia y la comunidad.

En ese contexto es que surge la necesidad de disponer de un programa destinado a que la población que se atiende en los establecimientos de APS acceda con mayor oportunidad a una atención médica de especialidad cercana, integral y de calidad a través de estrategias de fortalecimiento de la APS, dictándose al efecto la Resolución Exenta N° 942, de 14 de diciembre de 2021, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud que aprueba el Programa de Resolutividad en Atención Primaria.

A lo anterior, es dable señalar que el Programa antes mencionado se financiará con los recursos contemplados en la Ley 21.395 sobre Ley de Presupuesto del Sector Público, partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, cuyo propósito es garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados al Programa entre los meses de enero a diciembre de cada año, al tenor del marco presupuestario asignado por ley para la anualidad.

SEGUNDA: Del Objeto del Convenio

Por medio del presente convenio las partes dejan establecido que el objeto consiste en la transferencia de recursos desde el Servicio de Salud a la Municipalidad para la implementación, ejecución y puesta en marcha del Programa de Resolutividad en Atención Primaria. Sin perjuicio de lo anterior, dicha transferencia estará condicionada a la correcta ejecución del programa y cumplimiento de los compromisos a la respectiva fecha de corte, de acuerdo a los criterios contenidos en la Resolución Exenta N° 942, de 14 de diciembre de 2021, del Ministerio de Salud, ya citada.

TERCERA: De las Condiciones del Convenio

Las partes vienen en declarar que el objeto del Programa, consiste en mejorar la capacidad resolutiva de la APS, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones médicas de especialidad, considerando los

aspectos promocionales, preventivos, asistenciales, curativos y de control epidemiológico, con un enfoque de salud familiar e integral.

El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a aportar en el financiamiento de los siguientes componentes del Programa, productos esperados y/o sus estrategias asociadas, las que son del siguiente tenor:

A. Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias.

Este componente considera la compra o entrega de prestaciones integrales en la Atención Primaria de Salud, a través del financiamiento destinado para tal efecto.

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.

Las personas que accedan a las prestaciones del Programa de Salud deberán ser aquellas que se encuentren en lista de espera para atención (registradas en Sistema de Gestión de Tiempo de Espera [SIGTE]) y serán en primera instancia aquellas que se encuentren 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.

El paciente será egresado de lista espera utilizando la causal que se indique en la Norma Técnica Administrativa (División de Gestión de la Red Asistencial [DIGERA], MINSAL), de acuerdo a lo descrito en el documento de orientaciones técnicas vigentes del Programa de Salud.

Estrategias:

1) Fomentar el acceso oportuno a prestaciones ambulatorias para el manejo de patologías, a los beneficiarios del sistema público de salud, en el ámbito de las siguientes especialidades: oftalmología, otorrinolaringología, gastroenterología y dermatología.

a) **Médico Gestor de la Demanda:** (horas mensuales) preferentemente debe ejecutar el cargo un médico de familia, cuyo objetivo está orientado a mejorar la atención integral de los usuarios haciendo efectiva la integración de las Redes Asistenciales, en aspectos de referencia y contra referencia, de solicitud de interconsulta (SIC), exámenes diagnósticos y/o terapéuticos y toda otra necesidad de atención inter niveles, mediante el uso racional de los recursos de especialidades para resolver integralmente las atenciones.

Especial esfuerzo deberá realizarse en potenciar las consultorías y reuniones clínicas que aporten mejoría de capacidad diagnóstica a los equipos de salud, así como revisión de SIC y participación de los comités y/o equipos de referencia y contra referencia de su respectivo centro de salud y del Servicio de Salud al cual pertenezca.

Principales Actividades

- 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 (SIGTE).
- 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 en su respectivo centro de salud.

b) **Oftalmología:** Está orientado al diagnóstico y tratamiento de los siguientes problemas de salud ocular en todas las edades: Vicios de Refracción, calificación de urgencia oftalmológica, ojo rojo, glaucoma, sospecha de cataratas, procedimientos quirúrgicos menores y atención integral del paciente con diabetes.

La entrega de las prestaciones oftalmológicas se realizará mediante dos modalidades:

- La canasta integral, programada en comunas que no cuentan con la especialidad de oftalmología dentro de su cartera de prestaciones.
- La Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (**UAPO**) que cuenta con un equipo profesional especialista junto al equipamiento necesario para dar resolución integral a problemas de salud oftalmológicos.

La canasta integral incluye: consulta médica, consulta de tecnólogo médico y evaluación integral (examen de agudeza visual, tonometría ocular, optometría, etc.), entrega de medicamentos y de 1,2 pares de lentes (como referencia) de cualquier dioptría. La cartera de servicios para la canasta integral está orientada básicamente para la resolución de Vicio de Refracción, y otras patologías agudas según requerimiento local que lo amerite, y se encuentren identificadas en SIGTE.

La Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO), cuenta con Orientaciones Técnicas específicas que definen sus objetivos, cartera de servicio, infraestructura, recurso humano y flujo de atención.

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

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

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

Las confirmaciones diagnósticas, derivaciones y tratamiento de los usuarios con sospecha de retinopatía diabética deben ser de acuerdo con la guía clínica GES de retinopatía diabética MINSAL, que establece tiempos diferenciados según la severidad de la RD.

Según plataforma digital en uso, indicada por MINSAL, si el resultado del tamizaje resulta positivo, la fotografía deberá ser evaluada por oftalmólogo para confirmar sospecha diagnóstica y clasificarla como RD leve, moderada o proliferativa. En caso de confirmar sospecha o si la fotografía no puede ser interpretada para hacer un diagnóstico, es el oftalmólogo de la UAPO quien deberá evaluar presencialmente al usuario (**control presencial**) para confirmar o descartar el diagnóstico RD (o el especialista que determine la Red de derivación del respectivo Servicio de Salud), priorizando según disponibilidad de hora a los usuarios con RD severa o proliferativo según informe.

Si la confirmación diagnóstica es de **RD no proliferativa leve o moderada**, el usuario deberá mantenerse en control con oftalmólogo de la UAPO, de acuerdo con lo señalado en la Guía Práctica GES de RD 2018 (o como determine la Red de derivación del respectivo Servicio de Salud). En caso de **RD no proliferativa severa, o RD proliferativa** deberá

derivarse al usuario al nivel secundario, de acuerdo con la derivación establecida, señalando urgencia en su atención.

En consecuencia, si se **confirma la RD leve o moderada** y el paciente requiere **tratamiento médico** deberá mantenerse en control en la UAPO (según disponibilidad de recurso humano y Red de derivación local), y notificar al paciente de la relevancia del control metabólico para retrasar el avance de su patología; por el contrario, si se confirma RD severa o RD proliferativa se deriva para **tratamiento médico/quirúrgico** en el nivel secundario según Red derivación GES, cumpliendo los términos administrativos del GES (registro SIGGES y notificaciones correspondientes), mediante una SIC para tratamiento de RD emitida por el **oftalmólogo** de la UAPO.

En caso que se requieran estudios adicionales no disponibles en UAPO, deberá derivarse al centro de salud de referencia (según Red derivación GES), mediante la emisión de una SIC como **sospecha de RD** emitida por el oftalmólogo de la UAPO, o en su defecto, por el tecnólogo medico de oftalmología acorde a la Red de derivación del respectivo Servicio de Salud, aportando la mayor cantidad de antecedentes en la derivación, incluyendo el resultado del tamizaje, datos del médico informante, agudeza visual y presión intraocular del paciente.

Tabla de Clasificación de RD y Controles

Retinopatía diabética (RD)	Hallazgos observables en oftalmología de ojos dilatados	Referencias
Sin RD Aparente	No hay anomalías.	Revisión en 1 o 2 años para repeticiones del tamizaje. (No requiere Oftalmólogo)
RD No Proliferativa Leve	Solo microaneurismas.	Revisión en 1 o 2 años. SI hay buen control metabólico
RD No Proliferativa Moderada	Más que solo microaneurismas pero menos que RD severa no proliferativa.	Revisión en 6 meses a 1 año o referir al Oftalmólogo.
RD No Proliferativa Severa	Cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia intraretinianas (≥ 20 en cada cuadrante) • Anomalías microvasculares intraretinianas (IRMA) en 1 cuadrante • Sin signos de RD proliferativa 	Referir al Oftalmólogo SEMI URGENTE
RD Proliferativa	RD no proliferativa y 1 o más de: <ul style="list-style-type: none"> • Neovascularización • Hemorragia vítrea/prerretiniana 	Referir al Oftalmólogo URGENTE (1 mes)

Fuente: Guía de práctica clínica GES 2018. MINSAL

Los registros en SIGGES deberán cumplirse según normativa para el pago de las prestaciones correspondientes a cada nivel de atención, según lo indicado por FONASA.

La UAPO estará circunscrita a los Servicios de Salud en que se disponga, de acuerdo a las disponibilidades presupuestarias.

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

- c) **Otorrinolaringología:** está orientado al diagnóstico y tratamiento de la Hipoacusia en personas hasta los 64 años, Síndrome Vertiginoso, Epistaxis, Otitis Aguda y Crónica (personas de 15 y más años). Se podrá incluir a personas de otras edades si existe el requerimiento local que lo amerite.

La entrega de las prestaciones otorrinolaringológicas se realiza mediante dos modalidades:

- La canasta integral programada para comunas que no cuentan con la especialidad de Otorrinolaringología dentro de su cartera de prestaciones.
- La Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica (**UAPORRINO**), que cuenta con un equipo profesional especialista junto con el equipamiento necesario para dar solución integral a problemas de salud de la especialidad.

La canasta integral incluye: consulta médica, audiometría y entrega de audífono cuando corresponda y a lo menos 1 control de seguimiento a los pacientes beneficiarios de audífonos. En el caso de Síndrome Vertiginoso y Otitis se entregarán fármacos específicos orales y tópicos respectivamente, según indicación del otorrinolaringólogo.

La **Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica (UAPORRINO)**, cuenta con Orientaciones Técnicas específicas que definen sus objetivos, cartera de servicio, infraestructura, recurso humano y flujo de atención.

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

Las actividades de la UAPORRINO, deberá ser programada de acuerdo a las Orientaciones Técnicas vigentes que describen su funcionamiento. Esta estrategia está orientada a la resolución de **casos NO GES**, no obstante, se pondrán incorporar usuarios con patologías GES, previo requisito de que exista cumplimiento de las actividades programadas según orientaciones técnicas vigentes. La **atención de patología GES** deberá ser **respaldada mediante** la generación de un **convenio de compra de servicio u otro**, entre la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud y el Servicio de Salud, que **asegure los registros requeridos y cumplimiento de garantías de salud** para la patología a atender.

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

- d) **Gastroenterología:** busca erradicar la infección por *Helicobacter pylori* cuando se asocie a esofagitis, úlcera duodenal, úlcera gástrica, gastritis linfonodular, gastritis atrófica. (Personas de 15 y más años) como método de detección precoz del cáncer gástrico. (Guía clínica cáncer gástrico, MINSAL).

La canasta integral incluye: examen endoscópico digestivo alto (EDA) con biopsia y test de ureasa.

En el caso de existir estrategias con respaldo clínico comprobado, que sean aplicadas en algunos centros y/o Servicios de Salud, que contribuyan a mejorar la pesquisa de cáncer gástrico, en la misma línea que la canasta integral, podrán ejecutarse previo cumplimiento de metas y consulta a su respectivo Servicio de Salud y autorización MINSAL.

- e) **Dermatología:** Las prestaciones de esta especialidad están orientadas a la evaluación y tratamiento de pacientes de toda edad con patología dermatológica, a través de la estrategia de **Teledermatología**. Para ello los establecimientos de atención primaria u Hospitales de la Familia y Comunidad, contarán con una programación de atenciones y una **canasta de fármacos** establecida por la DIVAP, MINSAL, según la orientación técnica vigente, para el tratamiento de los pacientes, de acuerdo a la indicación entregada por el especialista. Esta canasta de fármacos debe estar disponible en todos los Establecimientos de Atención Primaria que utilizan la estrategia.

La estrategia de Teledermatología deberá funcionar de acuerdo a las orientaciones técnicas vigentes que complementan el presente Programa de Salud.

Nota: La canasta integral del componente Resolución de Especialidades Ambulatorias constituye una referencia y asegura el acceso a prestaciones requeridas, ya que la frecuencia de los requerimientos asociados a los problemas de salud descritos es referencial. En el caso de las canastas farmacológicas para oftalmología, otorrinolaringología y dermatología (incluye Tele dermatología), estas podrán ser actualizadas por cada Servicio de Salud considerando su realidad local, disponibilidad del medicamento y registro vigente del medicamento ante el Instituto de Salud Pública. Las modificaciones deben ser excepcionales y trabajadas interdisciplinariamente por el equipo técnico correspondiente, manteniendo los grupos farmacológicos definidos y actualizando el arsenal farmacológico del respectivo Servicio de Salud.

Se requiere que toda modificación sea informada a MINSAL para su validación.

El Servicio de Salud deberá asegurar como parte integrante de los convenios la nómina de personas en lista de espera para cada especialidad y que se constituirá en el universo a resolver para cumplimiento de la meta, de acuerdo con la programación.

Los Servicios de Salud podrán incorporar otras prestaciones no mencionadas anteriormente, en el componente de especialidades ambulatorias, siempre y cuando cumplan los siguientes criterios:

- Que correspondan a prestaciones que cuenten con gran demanda asistencial (lista de espera) y se encuentren en SIGTE.
- Que correspondan a atenciones integrales, es decir, que aseguren la resolución del problema de salud.

En este sentido no se debieran incluir prestaciones aisladas que no consideren, por ejemplo, consulta médica, exámenes, acceso a fármacos, etc., ya que debe resguardarse continuidad de atención.

El programa de salud considera todos los insumos y recurso humano necesarios para realizar las actividades, entre los que se encuentran los elementos de protección personal para la ejecución de las actividades, así como la movilización de los usuarios en aquellas comunas que sólo disponen de canastas integrales o no poseen especialistas en su territorio cercano. No obstante, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la mantención de equipos utilizados en dicha estrategia y reposición de equipos y/o equipamiento menor, con sus respectivos respaldos técnicos, que vaya en directa relación con la atención de los usuarios en la especialidad de oftalmología asegurando siempre el cumplimiento de las metas programadas y la continuidad de la atención. A su vez, es MINSAL quien deberá aprobar el uso de dichos recursos.

B. Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad

La incorporación de procedimientos mínimamente invasivos a realizar en Atención Primaria, ha significado una reducción en la lista de espera de patologías, especialmente dermatológicas, que por su nivel de baja complejidad estaban siendo postergadas en su resolución.

En general pueden abordarse en Atención Primaria **lesiones benignas menores de 5cm.** de diámetro en la piel y tejidos subcutáneos, descartando aquellas que, por su urgencia, posible riesgo o complicación, ameriten ser resueltas en un Servicio de Urgencia o en un Policlínico de Especialidades Quirúrgicas. No se recomienda la extirpación de lesiones sospechosas de malignidad, estos pacientes deberán ser derivados al especialista cumpliendo los criterios clínicos y protocolos locales de referencia y contra referencia del respectivo Servicio de Salud.

De resolución ambulatoria y electiva se consideran los siguientes tipos de intervenciones: Papilectomías, Nevus benignos, Verrugas, Angiomas, Granuloma Piógeno, Onicectomía y Fibromas. La realización de biopsias diagnósticas, asociadas a las intervenciones descritas, deberá ser efectuada por los médicos especialistas. Esta indicación no excluye el hecho de que todas las lesiones extirpadas a Nivel de Atención Primaria sean enviadas a análisis histopatológico.

Las patologías por resolver, mediante este componente deberán ser registradas en SIGTE con los códigos indicados en las orientaciones técnicas vigentes, concordantes con lo señalado por la División de Gestión de la red Asistencial (DIGERA).

Las intervenciones señaladas, idealmente deben ser realizadas por médicos de Atención Primaria u otros, con entrenamiento adecuado, aumentando de esta manera su Resolutividad.

Estrategia:

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.

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

Los componentes 1 y 2 del programa de salud, consideran todos los insumos necesarios para realizar las actividades, no obstante, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la mantención de equipos utilizados en dicha estrategia y reposición de equipos y/o equipamiento menor, con sus respectivos respaldos técnicos, que vaya en directa relación con la atención de los usuarios en la especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y las salas de procedimientos de cirugía menor, asegurando siempre el cumplimiento de las metas programadas y la continuidad de la atención. Finalmente, es MINSAL quien deberá aprobar el uso de dichos recursos.

C. Componente 3: Atención de Mujeres en etapa de Climaterio.

Al igual que el primer componente, las actividades se consideran en una "canasta integral" para la especialidad de ginecología, que busca fortalecer los procesos de soporte para optimar la oportunidad del proceso diagnóstico en la atención integral de la mujer en etapa de climaterio, para mejorar la calidad de vida de las mujeres y, complementariamente, colabora en la prevención de patología crónicas de alta morbimortalidad.

Estrategia:

Este componente considera la compra o entrega de la prestación de canasta integral ginecológica, por médico especialista ginecólogo a mujeres entre 45 a 64 años que estén en etapa de climaterio con patologías asociadas a la baja de estrógenos, de acuerdo con criterios de derivación a especialidad según orientación técnica vigente del Programa de Salud y/o protocolos de referencia y contra referencia locales de los respectivos Servicios de Salud.

La canasta integral ginecológica incluye: consulta médica, examen de laboratorio de hormona folículo estimulante (FSH), exámenes de apoyo diagnóstico (Ecotomografía transvaginal o transrectal) y prescripción de medicamentos a entregar por la Atención Primaria de Salud por otra vía de financiamiento (Programas Ministeriales).

PRODUCTOS ESPERADOS

A. Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias

Productos:

- Disminución de listas y tiempos de espera para atención de especialidad y realización de procedimientos diagnósticos
- Atención resolutiva y cercana al territorio geográfico de los beneficiarios
- Asegurar continuidad de atención en la Red de salud local

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

Productos:

- Disminución progresiva de la lista y tiempos de espera para procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad (intervenciones quirúrgicas menores).
- Incremento absoluto del número de procedimientos resolutivos a nivel local.

C. Componente 3: Atención de mujeres en etapa de climaterio

Productos:

- Disminución progresiva de listas y tiempos de espera para atenciones de ginecología y realización de procedimientos diagnósticos.
- Atención resolutoria y cercana al territorio geográfico de los beneficiarios.
- Atención integral y resolutoria por médico especialista en ginecología para diagnóstico y tratamiento de sintomatología climatérica en mujeres derivadas.

CUARTA: Del Monitoreo y Evaluación

El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las estrategias y objetivos de las cláusulas anteriores y al grado de cumplimiento del mismo.

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

- Trabajar en el Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA), la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando a CIRA a los equipos técnicos de los Servicios de Salud encargados de los temas para definir claramente los criterios de referencia.
- Incorporar las actividades del Programa de salud a la planificación del establecimiento, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme demanda y oferta.
- Procurar que las prestaciones realizadas por el programa de salud efectivamente signifiquen un aumento real en la oferta de horas de especialidad y no se superpongan con actividades habituales de los prestadores, cuando dichas actividades son realizadas por los mismos profesionales del establecimiento u otro 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.
- El Servicio de Salud podrá establecer pautas para efectuar adquisición de prestaciones a considerar como instrumento base en los procesos de licitación de las comunas pertenecientes a su Red.
- Realizar Auditorías técnicas

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

- La adecuada gestión clínico administrativa del Programa de Salud.
- 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 de Salud, y para el caso del tercer componente trabajar coordinadamente con el encargado del Programa de Salud de la Mujer.
- 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 SIC generadas desde la Atención Primaria de Salud e ingresarlas al SIGTE según la Normativa vigente.
- El registro de todas las actividades que se realizan en el marco del Programa de Salud, sea registrado 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 o comuna, con el fin de que esta información quede registrada en su ficha clínica. Este informe deberá ser entregado con un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.

EVALUACION:

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

La primera evaluación, se efectuará con corte al día 30 abril de año en curso y envío de informe a encargado Programa de Salud nivel central al 15 de mayo del año en curso. En

esta evaluación se requerirá el envío de un informe detallando las comunas en convenio, horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicio adjudicadas, según formato Anexo N°1. Este informe deberá ser generado desde el Servicio de Salud hacia el 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 del año en curso, si es que su cumplimiento es inferior al 50%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Tabla de Indicadores y Ponderación

Componente	Indicador	Fórmula de Cálculo	Peso final estrategia
RESOLUCION ESPECIALIDADES AMBULATORIAS (Peso Relativo Componente 80%)	1. Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmología, Otorrinolaringología y procedimiento Gastroenterología. Meta Anual: 100% Cumplimiento	Numerador: N° consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología realizadas por el Programa de Salud. Denominador: N° de consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología comprometidas en el Programa de Salud.	20%
	2. Cumplimiento de la actividad de Tele Oftalmología y tele Dermatología. Meta Anual: 100% Cumplimiento	Numerador: N° de informes y consultas realizadas e informadas de tele oftalmología y tele dermatología. Denominador: N° de informes y consultas de tele oftalmología y tele dermatología programados.	10%
	3. Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE Oftalmología y otorrinolaringológica y causal 17* y 19* de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en esta Programa de Salud. Meta Anual: 100% Cumplimiento	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE Oftalmológica y Otorrinolaringológica y causal 17* y 19* de LE Dermatológica; todas de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE. Denominador: N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología.	15%
	4. Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE por procedimientos de Fondo de Ojo y Endoscopia digestiva alta (EDA), ambas de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en este Programa de Salud. Meta Anual: 100% Cumplimiento Nota: Considera LE comunal y establecimientos de APS dependientes del Servicio de Salud	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16* y 19* correspondiente a LE Fondo de Ojo y por causal 16* correspondiente a LE procedimientos EDA; ambos de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE. Denominador: N° de procedimientos de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología.	15%
Componente	Indicador	Fórmula de Cálculo	Peso Final Estrategia
PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD (Peso Relativo Componente 10%)	5. Cumplimiento de actividad programada.	Numerador: Número de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados. Denominador: Número de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados.	10%
	6. Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en este programa de salud. Meta Anual: 100% Cumplimiento	Numerador: N° se 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. Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta.	10%
Componente	Indicador	Fórmula de Cálculo	Peso Final

			Estrategia
CLIMATERIO (Peso Relativo 10%)	7. Cumplimiento de actividad proyectada en consultas y procedimientos ginecología. Meta Anual: 100% Cumplimiento	Numerador: N° de consultas y procedimientos ginecológicos realizados por el Programa de Salud. Denominador: N° de consultas y procedimientos ginecológicas programadas en el Programa de Salud.	10%
	8. Porcentaje de cumplimiento de la programación del egreso por causal 16* y 17* de la LE ginecológica (climaterio), de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16* y 17* correspondiente a LE ginecológica (climaterio), de mayor antigüedad publicada por SS en SIGTE. Denominador: N° de consultas y procedimientos ginecológicos (climaterio) programados como oferta	10%

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

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

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

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

Los recursos asociados a este Programa de Salud se 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.

Los excedentes que se pudieron generar del programa podrán ser reinvertidos en los diferentes componentes del mismo programa, sin que se perjudique o modifique el presupuesto del convenio de Resolutividad, previa autorización del Referente técnico del Servicio.

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 70% a la total tramitación del acto aprobatorio y el 30% restante en octubre, de acuerdo con los resultados de la evaluación señalada en el ítem 9) de este Programa Salud, el cual se aplicará a los recursos asociados al subtítulo de gasto 22 "Bienes y Servicios de Consumo"

La tabla de descuento es la siguiente:

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

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.

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACION:

• Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:

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

- Fórmula de cálculo: (N° de Consultas y procedimientos realizadas por el Programa de Salud/ N° de Consultas y procedimientos comprometidos en el Programa de Salud) *100
- Medio de verificación numerador: REM A29, sección A y sección B, REM A32.
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

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

- Fórmula de cálculo: (N° informes de consultas realizadas e informadas/ N° informes y consultas programadas) * 100
- Medio de verificación numerador: Plataforma web indicada por MINSAL y/o plataforma local + REM A30 sección C + REM A30AR, sección A y C.
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

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

- Fórmula de cálculo: (Nº de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causales 17* y 19* de la LE dermatológica; todas de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE/Nº de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología)
- Medio de verificación numerador: SIGTE
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

Indicador N° 4: Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causales 16* de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta (EDA), ambas de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en este programa de salud.

- Fórmula de cálculo: (Nº de pacientes egresados por causal 16*, 17* y 19* correspondiente a LE procedimiento de fondo de ojo y por causal 16* correspondientes a LE procedimientos de EDA, ambos de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE/Nº de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología) *100
- Medio de verificación numerador: SIGTE
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

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

Indicador N° 5: Cumplimiento de la actividad programada.

- Fórmula de cálculo: (Nº Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados. Intervenciones quirúrgicas menores/Nº de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados (intervenciones quirúrgicas menores).
- Medio de verificación numerador: REM A29
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

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

- Fórmula de cálculo: (Nº 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/Nº de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta) *100.
- Medio de verificación numerador: SIGTE
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

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

• **Cumplimiento del Objetivo Específico N°3:**

Indicador N° 7: Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas y procedimientos ginecología.

- Fórmula de cálculo: (Nº consultas y procedimientos ginecológicos realizados por el Programa de Salud/Nº de consultas y procedimientos ginecológicas programados en el Programa de Salud).
- Medio de verificación numerador: REM A29 sección A, REM A32.
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

Indicador N° 8: Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16 y 17 de la LE ginecológica (climaterio) de mayor antigüedad publicada

por el SS en SIGTE / N° de consultas programadas como oferta de especialidad de ginecología (climaterio) *100

- Medio de verificación: Registro en SIGTE

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

El Servicio, a través de la Dirección de Atención Primaria, y el Referente Técnico a cargo del Programa, deberán velar por la correcta ejecución del Programa, como también de los recursos transferidos por este Servicio en razón del mismo, sin perjuicio de las funciones de Auditoría del Servicio.

Cabe señalar que la Municipalidad deberá observar lo dispuesto en la ley N° 20.584, que regula los "Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud", comprometiéndose a respetar los deberes y los derechos de los pacientes, asegurando una atención segura y de calidad para los beneficiarios, según los estándares establecidos.

El Servicio, a través de la Dirección de Atención Primaria, y el Referente Técnico a cargo del Programa, deberán velar por la correcta ejecución del Programa, como también de los recursos transferidos por este Servicio en razón del mismo, sin perjuicio de las funciones de Auditoría del Servicio.

QUINTA: De los Montos Comprometidos

En virtud del presente convenio el Servicio traspassa a la Municipalidad la suma de **\$271.746.398 (doscientos setenta y un millones setecientos cuarenta y seis mil trescientos noventa y ocho pesos)**, los que estarán íntegramente destinados a financiar el programa Resolutividad en Atención Primaria. Los recursos serán transferidos a la Municipalidad, en 2 cuotas, según se detalla en el siguiente cuadro:

Transferencias de Recursos	Monto Cuotas a Transferir
Los recursos asignados serán transferidos en 2 cuotas:	
Cuota 1 (70%)	\$190.222.479.-
Cuota 2 (30%)	\$81.523.919.-
Requisito para transferencia Cuota 1	Total tramitación del Convenio y Resolución respectiva.
Requisito para transferencia Cuota 2	La segunda cuota se transferirá en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación con corte al 31 de agosto.

El Servicio, a través de la Dirección de Atención Primaria, y el Referente Técnico a cargo del Programa, deberán velar por la correcta ejecución del Programa, como también de los recursos transferidos por este Servicio en razón del mismo, sin perjuicio de las funciones de Auditoría del Servicio.

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

MÉDICO GESTOR	Médico Gestor (11 Horas)	4	\$ 1.387.565	\$ 5.550.260	
1	Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)				
	Operación 12 meses UAPO (Oftalmólogo 11H + Tecnólogo Médico 88H + Técnico Paramédico 44H)	1	\$ 53.914.968	\$ 53.914.968	
	Consultas Nuevas Oftalmólogo	330			
	Otras Atenciones Oftalmólogo	1.797			
	Consultas Tecnólogo Médico (Vicio Refracción)	1.800			
	Otras Atenciones Tecnólogo Médico	1.883			
	Retinografías	2.800			
	Egresos Consultas (Causal 16)	2.130			
	Egresos Procedimientos (Causales 16-19)	2.800			
	Lentes	1.728	\$ 15.200	\$ 26.265.600	
	Farmacos e Insumos	7.677		\$ 87.132.360	
	SUBTOTAL OFTALMOLOGÍA			\$ 167.312.928	
	OTORRINOLARINGOLOGÍA	Consultas (Canasta)	200	\$ 143.423	\$ 28.684.600
		Egresos Consultas (Causal 16)	200		
GASTROENTEROLOGÍA	Endoscopias (Canasta)	410	\$ 109.291	\$ 44.809.310	
	Egresos Endoscopias (Causal 16)	410			
DERMATOLOGÍA	Consultas de Tele dermatología	110			
	Egresos Tele dermatología (Causal 19)	110			
	Dermatoscopios	6	\$ 110.000	\$ 660.000	
TOTAL COMPONENTE N° 1				\$ 247.017.098	
2	CIRUGÍA MENOR	Procedimientos Quirúrgicos	900	\$ 27.477	\$ 24.729.300
		Egresos Proced. Quirúrgicos (Causal 16)	900		
TOTAL COMPONENTE N° 2				\$ 24.729.300	
				\$ 271.746.398	

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 24-03-298-02 del presupuesto del Servicio de Salud, según corresponda.

Se deja expresa constancia que estas transferencias se rigen por las disposiciones establecidas en la Resolución Exenta N° 30, de 2015, de Contraloría General de la República que fija normas de procedimiento sobre rendición de cuentas, por lo que en caso de no ejecutarse deberán ser reingresados al erario nacional.

SEXTA: De la Responsabilidad

Se deja expresa constancia que el Servicio no asume responsabilidad financiera mayor a aquella señalada en la cláusula quinta del presente acuerdo, por lo que en caso que la Municipalidad se exceda en los gastos vinculados al Programa, será de su exclusiva responsabilidad el pago de aquellas obligaciones.

SÉPTIMA: De la Vigencia del Convenio

El presente convenio inicia su vigencia una vez sea totalmente tramitado el acto administrativo aprobatorio, sin perjuicio de lo anterior, y para la mejor ejecución del programa, esta se entenderá comprendida entre el 01 de enero, y hasta 31 de diciembre de 2022, en los términos de lo dispuesto en el art. 52 de la Ley 19.880.

Las partes acuerdan que el presente convenio y sus modificaciones se prorrogarán automáticamente, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuesto del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

OCTAVA: De La Personería Y Representación De Las Partes

La personería del Dr. Juan Esteban Maass Vivanco, en su calidad de Director (S) del Servicio de Salud Metropolitano Norte, consta en Decreto Exento N° 10, de 07 de febrero de 2019 del Ministerio de Salud, que establece orden de subrogancia al cargo de Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, en relación con la Resolución TRA 447/127/2017, de 10 de octubre de 2017 que nombra en cargo de Alta Dirección Pública al titular del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak y su renovación por Resolución Exenta RA 447/612/2020, ambas del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

La personería de D. René de la Vega Fuentes, para actuar en representación del Municipio de Conchalí, consta en Acta de Proclamación del Tribunal Electoral de fecha 22 de junio de 2021.

Documentos que no se insertan por ser conocidos por las partes.

NOVENA: De Las Copias

El presente acuerdo se firma en cuatro ejemplares de igual tenor y fecha, debiendo quedar dos de ellos en poder de cada parte.

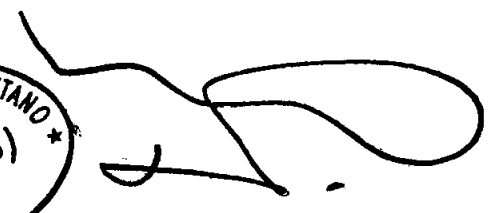

2.- DÉJASE ESTABLECIDO, que por razones de buen servicio y continuidad en la atención el presente convenio inició su vigencia con fecha 01 de enero de 2022.

3.- IMPÚTESE, el gasto que genera la presente resolución al ítem 24.03.298.002, del presupuesto del Servicio de Salud.

4.- DÉJASE ESTABLECIDO, que cualquier modificación a la presente resolución deberá realizarse y aprobarse por el respectivo acto administrativo.

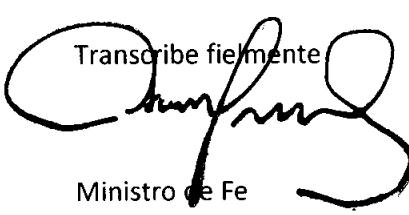
5.- PUBLÍQUESE en el Sitio web del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



DR. JUAN MAASS VIVANCO
DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE



- Distribución:
- Subsecretaría de Redes Asistenciales - MINSAL
 - Municipalidad de Conchalí
 - Dirección - SSMN
 - Subdirección de Gestión Asistencial - SSMN
 - Subdirección de Recursos Físicos y Financieros - SSMN
 - Subdepartamento de Atención Primaria - SSMN
 - Subdepartamento de Finanzas - SSMN
 - Asesoría Jurídica - SSMN
 - Oficina de Partes - SSMN

Transcribe fielmente

Ministro de Fe

TRANSCRITO FIELMENTE

MINISTRO DE FE
RENE ZAMORA MORENO

DIGITADO
19 ABR 2022
OF DE PARTES

INGRESADO
19 ABR 2022
OF DE PARTES



Subdirección de Gestión Asistencial
Dirección de Atención Primaria
Unidad de Gestión y Monitoreo Administrativo APS

CONVENIO DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS "PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA "

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE Y MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ

En Santiago, a 15 de marzo de 2022 entre el **Servicio de Salud Metropolitano Norte**, órgano estatal funcionalmente descentralizado, RUT: 61.608.000-8, representado por su Director (S) **Dr. Juan Esteban Maass Vivanco**, cédula de identidad N° 6.504.201-0, ambos con domicilio en calle Maruri N° 272, comuna de Independencia, en adelante "el Servicio", y la **Municipalidad de Conchalí**, corporación autónoma de derecho público, RUT: 69.070.200-2, representada por su Alcalde D. Rene de la Vega Fuentes, cédula de identidad N° 13.918.850-0, ambos con domicilio en Avenida Independencia N° 3499, comuna de Conchalí, en adelante "la Municipalidad", han convenido lo siguiente:

PRIMERA: Antecedentes

La Atención Primaria de Salud, representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público, siendo su objetivo otorgar una atención de salud equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, centrado en las personas, la familia y la comunidad.

En ese contexto es que surge la necesidad de disponer de un programa destinado a que la población que se atiende en los establecimientos de APS acceda con mayor oportunidad a una atención médica de especialidad cercana, integral y de calidad a través de estrategias de fortalecimiento de la APS, dictándose al efecto la Resolución Exenta N° 942, de 14 de diciembre de 2021, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud que aprueba el Programa de Resolutividad en Atención Primaria.

A lo anterior, es dable señalar que el Programa antes mencionado se financiará con los recursos contemplados en la Ley 21.395 sobre Ley de Presupuesto del Sector Público, partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, cuyo propósito es garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados al Programa entre los meses de enero a diciembre de cada año, al tenor del marco presupuestario asignado por ley para la anualidad.

SEGUNDA: Del Objeto del Convenio

Por medio del presente convenio las partes dejan establecido que el objeto consiste en la transferencia de recursos desde el Servicio de Salud a la Municipalidad para la implementación, ejecución y puesta en marcha del Programa de Resolutividad en Atención Primaria. Sin perjuicio de lo anterior, dicha transferencia estará condicionada a la correcta ejecución del programa y cumplimiento de los compromisos a la respectiva fecha de corte, de acuerdo a los criterios contenidos en la Resolución Exenta N° 942, de 14 de diciembre de 2021, del Ministerio de Salud, ya citada.

H

TERCERA: De las Condiciones del Convenio

Las partes vienen en declarar que el objeto del Programa, consiste en mejorar la capacidad resolutoria de la APS, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones médicas de especialidad, considerando los aspectos promocionales, preventivos, asistenciales, curativos y de control epidemiológico, con un enfoque de salud familiar e integral.

El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a aportar en el financiamiento de los siguientes componentes del Programa, productos esperados y/o sus estrategias asociadas, las que son del siguiente tenor:

A. Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias.

Este componente considera la compra o entrega de prestaciones integrales en la Atención Primaria de Salud, a través del financiamiento destinado para tal efecto.

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.

Las personas que accedan a las prestaciones del Programa de Salud deberán ser aquellas que se encuentren en lista de espera para atención (registradas en Sistema de Gestión de Tiempo de Espera [SIGTE]) y serán en primera instancia aquellas que se encuentren 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.

El paciente será egresado de lista espera utilizando la causal que se indique en la Norma Técnica Administrativa (División de Gestión de la Red Asistencial [DIGERA], MINSAL), de acuerdo a lo descrito en el documento de orientaciones técnicas vigentes del Programa de Salud.

Estrategias:

1) Fomentar el acceso oportuno a prestaciones ambulatorias para el manejo de patologías, a los beneficiarios del sistema público de salud, en el ámbito de las siguientes especialidades: oftalmología, otorrinolaringología, gastroenterología y dermatología.

a) **Médico Gestor de la Demanda:** (horas mensuales) preferentemente debe ejecutar el cargo un médico de familia, cuyo objetivo está orientado a mejorar la atención integral de los usuarios haciendo efectiva la integración de las Redes Asistenciales, en aspectos de referencia y contra referencia, de solicitud de interconsulta (SIC), exámenes diagnósticos y/o terapéuticos y toda otra necesidad de atención inter niveles, mediante el uso racional de los recursos de especialidades para resolver integralmente las atenciones.

Especial esfuerzo deberá realizarse en potenciar las consultorías y reuniones clínicas que aporten mejoría de capacidad diagnóstica a los equipos de salud, así como revisión de SIC y participación de los comités y/o equipos de referencia y contra referencia de su respectivo centro de salud y del Servicio de Salud al cual pertenezca.

Handwritten marks: a checkmark and the initials "ORG".

Principales Actividades

- 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 (SIGTE).
 - 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 en su respectivo centro de salud.
- b) **Oftalmología:** Está orientado al diagnóstico y tratamiento de los siguientes problemas de salud ocular en todas las edades: Vicios de Refracción, calificación de urgencia oftalmológica, ojo rojo, glaucoma, sospecha de cataratas, procedimientos quirúrgicos menores y atención integral del paciente con diabetes.

La entrega de las prestaciones oftalmológicas se realizará mediante dos modalidades:

- La canasta integral, programada en comunas que no cuentan con la especialidad de oftalmología dentro de su cartera de prestaciones.
- La Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (**UAPO**) que cuenta con un equipo profesional especialista junto al equipamiento necesario para dar resolución integral a problemas de salud oftalmológicos.

La canasta integral incluye: consulta médica, consulta de tecnólogo médico y evaluación integral (examen de agudeza visual, tonometría ocular, optometría, etc.), entrega de medicamentos y de 1,2 pares de lentes (como referencia) de cualquier dioptría. La cartera de servicios para la canasta integral está orientada básicamente para la resolución de Vicio de Refracción, y otras patologías agudas según requerimiento local que lo amerite, y se encuentren identificadas en SIGTE.

La Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO), cuenta con Orientaciones Técnicas específicas que definen sus objetivos, cartera de servicio, infraestructura, recurso humano y flujo de atención.

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

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

OPB

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

Las confirmaciones diagnósticas, derivaciones y tratamiento de los usuarios con sospecha de retinopatía diabética deben ser de acuerdo con la guía clínica GES de retinopatía diabética MINSAL, que establece tiempos diferenciados según la severidad de la RD.

Según plataforma digital en uso, indicada por MINSAL, si el resultado del tamizaje resulta positivo, la fotografía deberá ser evaluada por oftalmólogo para confirmar sospecha diagnóstica y clasificarla como RD leve, moderada o proliferativa. En caso de confirmar sospecha o si la fotografía no puede ser interpretada para hacer un diagnóstico, es el oftalmólogo de la UAPO quien deberá evaluar presencialmente al usuario (**control presencial**) para confirmar o descartar el diagnóstico RD (o el especialista que determine la Red de derivación del respectivo Servicio de Salud), priorizando según disponibilidad de hora a los usuarios con RD severa o proliferativa según informe.

Si la confirmación diagnóstica es de **RD no proliferativa leve o moderada**, el usuario deberá mantenerse en control con oftalmólogo de la UAPO, de acuerdo con lo señalado en la Guía Práctica GES de RD 2018 (o como determine la Red de derivación del respectivo Servicio de Salud). En caso de **RD no proliferativa severa, o RD proliferativa** deberá derivarse al usuario al nivel secundario, de acuerdo con la derivación establecida, señalando urgencia en su atención.

En consecuencia, si se **confirma la RD leve o moderada** y el paciente requiere **tratamiento médico** deberá mantenerse en control en la UAPO (según disponibilidad de recurso humano y Red de derivación local), y notificar al paciente de la relevancia del control metabólico para retrasar el avance de su patología; por el contrario, si se confirma RD severa o RD proliferativa se deriva para **tratamiento médico/quirúrgico** en el nivel secundario según Red derivación GES, cumpliendo los términos administrativos del GES (registro SIGGES y notificaciones correspondientes), mediante una SIC para tratamiento de RD emitida por el **oftalmólogo** de la UAPO.

En caso que se requieran estudios adicionales no disponibles en UAPO, deberá derivarse al centro de salud de referencia (según Red derivación GES), mediante la emisión de una SIC como **sospecha de RD** emitida por el oftalmólogo de la UAPO, o en su defecto, por el tecnólogo médico de oftalmología acorde a la Red de derivación del respectivo Servicio de Salud, aportando la mayor cantidad de antecedentes en la derivación, incluyendo el resultado del tamizaje, datos del médico informante, agudeza visual y presión intraocular del paciente.

Tabla de Clasificación de RD y Controles

Retinopatía diabética (RD)	Hallazgos observables en oftalmología de ojos dilatados	Referencias
Sin RD Aparente	No hay anomalías.	Revisión en 1 o 2 años para repeticiones del tamizaje. (No requiere Oftalmólogo)
RD No Proliferativa Leve	Solo microaneurismas.	Revisión en 1 o 2 años. SI hay buen control metabólico
RD No Proliferativa Moderada	Más que solo microaneurismas pero menos que RD severa no proliferativa.	Revisión en 6 meses a 1 año o referir al Oftalmólogo.
RD No Proliferativa Severa	Cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Hemorragia intraretinianas (≥ 20 en cada cuadrante) • Anomalías microvasculares intraretinianas (IRMA) en 1 cuadrante • Sin signos de RD proliferativa 	Referir al Oftalmólogo SEMI URGENTE
RD Proliferativa	RD no proliferativa y 1 o más de: <ul style="list-style-type: none"> • Neovascularización • Hemorragia vítrea/prerretiniana 	Referir al Oftalmólogo URGENTE (1 mes)

Fuente: Guía de práctica clínica GES 2018. MINSAL

Los registros en SIGGES deberán cumplirse según normativa para el pago de las prestaciones correspondientes a cada nivel de atención, según lo indicado por FONASA.

La UAPO estará circunscrita a los Servicios de Salud en que se disponga, de acuerdo a las disponibilidades presupuestarias.

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

- c) **Otorrinolaringología:** está orientado al diagnóstico y tratamiento de la Hipoacusia en personas hasta los 64 años, Síndrome Vertiginoso, Epistaxis, Otitis Aguda y Crónica (personas de 15 y más años). Se podrá incluir a personas de otras edades si existe el requerimiento local que lo amerite.

La entrega de las prestaciones otorrinolaringológicas se realiza mediante dos modalidades:

- La canasta integral programada para comunas que no cuentan con la especialidad de Otorrinolaringología dentro de su cartera de prestaciones.
- La Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica (**UAPORRINO**), que cuenta con un equipo profesional especialista junto con el equipamiento necesario para dar solución integral a problemas de salud de la especialidad.

La canasta integral incluye: consulta médica, audiometría y entrega de audífono cuando corresponda y a lo menos 1 control de seguimiento a los pacientes beneficiarios de audífonos. En el caso de Síndrome Vertiginoso y Otitis se entregarán fármacos específicos orales y tópicos respectivamente, según indicación del otorrinolaringólogo.

La **Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica** (UAPORRINO), cuenta con Orientaciones Técnicas específicas que definen sus objetivos, cartera de servicio, infraestructura, recurso humano y flujo de atención.

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

Las actividades de la UAPORRINO, deberá ser programada de acuerdo a las Orientaciones Técnicas vigentes que describen su funcionamiento. Esta estrategia está orientada a la resolución de **casos NO GES**, no obstante, se pondrán incorporar usuarios con patologías GES, previo requisito de que exista cumplimiento de las actividades programadas según orientaciones técnicas vigentes. La **atención de patología GES** deberá ser **respaldada mediante** la generación de un **convenio de compra de servicio u otro**, entre la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud y el Servicio de Salud, que **asegure los registros requeridos y cumplimiento de garantías de salud** para la patología a atender.

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

- d) **Gastroenterología:** busca erradicar la infección por *Helicobacter pylori* cuando se asocie a esofagitis, úlcera duodenal, úlcera gástrica, gastritis linfonodular, gastritis atrófica. (Personas de 15 y más años) como método de detección precoz del cáncer gástrico. (Guía clínica cáncer gástrico, MINSAL).

La canasta integral incluye: examen endoscópico digestivo alto (EDA) con biopsia y test de ureasa.

En el caso de existir estrategias con respaldo clínico comprobado, que sean aplicadas en algunos centros y/o Servicios de Salud, que contribuyan a mejorar la pesquisa de cáncer gástrico, en la misma línea que la canasta integral, podrán ejecutarse previo cumplimiento de metas y consulta a su respectivo Servicio de Salud y autorización MINSAL.

- e) **Dermatología:** Las prestaciones de esta especialidad están orientadas a la evaluación y tratamiento de pacientes de toda edad con patología dermatológica, a través de la estrategia de **Teledermatología**. Para ello los establecimientos de atención primaria u Hospitales de la Familia y Comunidad, contarán con una programación de atenciones y una **canasta de fármacos** establecida por la DIVAP, MINSAL, según la orientación

CPB

técnica vigente, para el tratamiento de los pacientes, de acuerdo a la indicación entregada por el especialista. Esta canasta de fármacos debe estar disponible en todos los Establecimientos de Atención Primaria que utilizan la estrategia.

La estrategia de Teledermatología deberá funcionar de acuerdo a las orientaciones técnicas vigentes que complementan el presente Programa de Salud.

Nota: La canasta integral del componente Resolución de Especialidades Ambulatorias constituye una referencia y asegura el acceso a prestaciones requeridas, ya que la frecuencia de los requerimientos asociados a los problemas de salud descritos es referencial. En el caso de las canastas farmacológicas para oftalmología, otorrinolaringología y dermatología (incluye Teledermatología), estas podrán ser actualizadas por cada Servicio de Salud considerando su realidad local, disponibilidad del medicamento y registro vigente del medicamento ante el Instituto de Salud Pública. Las modificaciones deben ser excepcionales y trabajadas interdisciplinariamente por el equipo técnico correspondiente, manteniendo los grupos farmacológicos definidos y actualizando el arsenal farmacológico del respectivo Servicio de Salud.

Se requiere que toda modificación sea informada a MINSAL para su validación.

El Servicio de Salud deberá asegurar como parte integrante de los convenios la nómina de personas en lista de espera para cada especialidad y que se constituirá en el universo a resolver para cumplimiento de la meta, de acuerdo con la programación.

Los Servicios de Salud podrán incorporar otras prestaciones no mencionadas anteriormente, en el componente de especialidades ambulatorias, siempre y cuando cumplan los siguientes criterios:

- Que correspondan a prestaciones que cuenten con gran demanda asistencial (lista de espera) y se encuentren en SIGTE.
- Que correspondan a atenciones integrales, es decir, que aseguren la resolución del problema de salud.

En este sentido no se debieran incluir prestaciones aisladas que no consideren, por ejemplo, consulta médica, exámenes, acceso a fármacos, etc., ya que debe resguardarse continuidad de atención.

El programa de salud considera todos los insumos y recurso humano necesarios para realizar las actividades, entre los que se encuentran los elementos de protección personal para la ejecución de las actividades, así como la movilización de los usuarios en aquellas comunas que sólo disponen de canastas integrales o no poseen especialistas en su territorio cercano. No obstante, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la mantención de equipos utilizados en dicha estrategia y reposición de equipos y/o equipamiento menor, con sus respectivos respaldos técnicos, que vaya en directa relación con la atención de los usuarios en la especialidad de oftalmología asegurando siempre el cumplimiento de las metas programadas y la continuidad de la atención. A su vez, es MINSAL quien deberá aprobar el uso de dichos recursos.

B. Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad

La incorporación de procedimientos mínimamente invasivos a realizar en Atención Primaria, ha significado una reducción en la lista de espera de patologías, especialmente dermatológicas, que por su nivel de baja complejidad estaban siendo postergadas en su resolución.

4



En general pueden abordarse en Atención Primaria **lesiones benignas menores de 5cm.** de diámetro en la piel y tejidos subcutáneos, descartando aquellas que, por su urgencia, posible riesgo o complicación, ameriten ser resueltas en un Servicio de Urgencia o en un Policlínico de Especialidades Quirúrgicas. No se recomienda la extirpación de lesiones sospechosas de malignidad, estos pacientes deberán ser derivados al especialista cumpliendo los criterios clínicos y protocolos locales de referencia y contra referencia del respectivo Servicio de Salud. De resolución ambulatoria y electiva se consideran los siguientes tipos de intervenciones: Papilectomías, Nevus benignos, Verrugas, Angiomas, Granuloma Piógeno, Onicectomía y Fibromas. La realización de biopsias diagnósticas, asociadas a las intervenciones descritas, deberá ser efectuada por los médicos especialistas. Esta indicación no excluye el hecho de que todas las lesiones extirpadas a Nivel de Atención Primaria sean enviadas a análisis histopatológico.

Las patologías por resolver, mediante este componente deberán ser registradas en SIGTE con los códigos indicados en las orientaciones técnicas vigentes, concordantes con lo señalado por la División de Gestión de la red Asistencial (DIGERA).

Las intervenciones señaladas, idealmente deben ser realizadas por médicos de Atención Primaria u otros, con entrenamiento adecuado, aumentando de esta manera su Resolutividad.

Estrategia:

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.

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

Los componentes 1 y 2 del programa de salud, consideran todos los insumos necesarios para realizar las actividades, no obstante, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la mantención de equipos utilizados en dicha estrategia y reposición de equipos y/o equipamiento menor, con sus respectivos respaldos técnicos, que vaya en directa relación con la atención de los usuarios en la especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y las salas de procedimientos de cirugía menor, asegurando siempre el cumplimiento de las metas programadas y la continuidad de la atención. Finalmente, es MINSAL quien deberá aprobar el uso de dichos recursos.

C. Componente 3: Atención de Mujeres en etapa de Climaterio.

Al igual que el primer componente, las actividades se consideran en una "canasta integral" para la especialidad de ginecología, que busca fortalecer los procesos de soporte para optimar la oportunidad del proceso diagnóstico en la atención integral de la mujer en etapa de climaterio, para mejorar la calidad de vida de las mujeres y, complementariamente, colabora en la prevención de patología crónicas de alta morbimortalidad.

QPR

Estrategia:

Este componente considera la compra o entrega de la prestación de canasta integral ginecológica, por médico especialista ginecólogo a mujeres entre 45 a 64 años que estén en etapa de climaterio con patologías asociadas a la baja de estrógenos, de acuerdo con criterios de derivación a especialidad según orientación técnica vigente del Programa de Salud y/o protocolos de referencia y contra referencia locales de los respectivos Servicios de Salud.

La canasta integral ginecológica incluye: consulta médica, examen de laboratorio de hormona folículo estimulante (FSH), exámenes de apoyo diagnóstico (Ecotomografía transvaginal o transrectal) y prescripción de medicamentos a entregar por la Atención Primaria de Salud por otra vía de financiamiento (Programas Ministeriales).

PRODUCTOS ESPERADOS

A. Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias

Productos:

- Disminución de listas y tiempos de espera para atención de especialidad y realización de procedimientos diagnósticos
- Atención resolutive y cercana al territorio geográfico de los beneficiarios
- Asegurar continuidad de atención en la Red de salud local

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

Productos:

- Disminución progresiva de la lista y tiempos de espera para procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad (intervenciones quirúrgicas menores).
- Incremento absoluto del número de procedimientos resolutivos a nivel local.

C. Componente 3: Atención de mujeres en etapa de climaterio

Productos:

- Disminución progresiva de listas y tiempos de espera para atenciones de ginecología y realización de procedimientos diagnósticos.
- Atención resolutive y cercana al territorio geográfico de los beneficiarios.
- Atención integral y resolutive por médico especialista en ginecología para diagnóstico y tratamiento de sintomatología climatérica en mujeres derivadas.

CUARTA: Del Monitoreo y Evaluación

El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las estrategias y objetivos de las cláusulas anteriores y al grado de cumplimiento del mismo.

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

- Trabajar en el Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA), la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando a CIRA a los equipos técnicos de los Servicios de Salud encargados de los temas para definir claramente los criterios de referencia.
- Incorporar las actividades del Programa de salud a la planificación del establecimiento, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las

M
CFO

- prestaciones, conforme demanda y oferta.
- Procurar que las prestaciones realizadas por el programa de salud efectivamente signifiquen un aumento real en la oferta de horas de especialidad y no se superpongan con actividades habituales de los prestadores, cuando dichas actividades son realizadas por los mismos profesionales del establecimiento u otro 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.
 - El Servicio de Salud podrá establecer pautas para efectuar adquisición de prestaciones a considerar como instrumento base en los procesos de licitación de las comunas pertenecientes a su Red.
 - Realizar Auditorías técnicas

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

- La adecuada gestión clínico administrativa del Programa de Salud.
- 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 de Salud, y para el caso del tercer componente trabajar coordinadamente con el encargado del Programa de Salud de la Mujer.
- 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 SIC generadas desde la Atención Primaria de Salud e ingresarlas al SIGTE según la Normativa vigente.
- El registro de todas las actividades que se realizan en el marco del Programa de Salud, sea registrado de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.

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

EVALUACION:

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

La primera evaluación, se efectuará con corte al día 30 abril de año en curso y envío de informe a encargado Programa de Salud nivel central al 15 de mayo del año en curso. En esta evaluación se requerirá el envío de un informe detallando las comunas en convenio, horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicio adjudicadas, según formato Anexo N°1. Este informe deberá ser generado desde el Servicio de Salud hacia el 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 del año en curso, si es que su cumplimiento es inferior al 50%, de acuerdo al siguiente cuadro:

Tabla de Indicadores y Ponderación

Componente	Indicador	Fórmula de Cálculo	Peso final estrategia
RESOLUCION ESPECIALIDADES AMBULATORIAS (Peso Relativo Componente 80%)	1. Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmología, Otorrinolaringología y procedimiento Gastroenterología. Meta Anual: 100% Cumplimiento	Numerador: N° consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología realizadas por el Programa de Salud. Denominador: N° de consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología comprometidas en el Programa de Salud.	20%
	2. Cumplimiento de la actividad de Tele Oftalmología y tele Dermatología. Meta Anual: 100% Cumplimiento	Numerador: N° de informes y consultas realizadas e informadas de tele oftalmología y tele dermatología. Denominador: N° de informes y consultas de tele oftalmología y tele dermatología programados.	10%
	3. Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE Oftalmología y otorrinolaringológica y causal 17* y 19* de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en esta Programa de Salud. Meta Anual: 100% Cumplimiento	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE Oftalmológica y Otorrinolaringológico y causal 17* y 19* de LE Dermatológica; todas de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE. Denominador: N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología.	15%
	4. Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE por procedimientos de Fondo de Ojo y Endoscopia digestiva alta (EDA), ambas de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en este Programa de Salud. Meta Anual: 100% Cumplimiento Nota: Considera LE comunal y establecimientos de APS dependientes del Servicio de Salud	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16* y 19* correspondiente a LE Fondo de Ojo y por causal 16* correspondiente a LE procedimientos EDA; ambos de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE. Denominador: N° de procedimientos de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología.	15%
Componente	Indicador	Fórmula de Cálculo	Peso Final Estrategia
PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD (Peso Relativo Componente 10%)	5. Cumplimiento de actividad programada.	Numerador: Número de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados. Denominador: Número de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados.	10%
	6. Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en este programa de salud. Meta Anual: 100% Cumplimiento	Numerador: N° se 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. Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta.	10%

030

Componente	Indicador	Fórmula de Cálculo	Peso Final Estrategia
CLIMATERIO (Peso Relativo 10%)	7. Cumplimiento de actividad proyectada en consultas y procedimientos ginecología. Meta Anual: 100% Cumplimiento	Numerador: N° de consultas y procedimientos ginecológicos realizados por el Programa de Salud. Denominador: N° de consultas y procedimientos ginecológicas programadas en el Programa de Salud.	10%
	8. Porcentaje de cumplimiento de la programación del egreso por causal 16* y 17* de la LE ginecológica (climaterio), de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16* y 17* correspondiente a LE ginecológica (climaterio), de mayor antigüedad publicada por SS en SIGTE. Denominador: N° de consultas y procedimientos ginecológicos (climaterio) programados como oferta	10%

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

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

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

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

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

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

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

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

Handwritten signature and circular stamp in the bottom left corner.

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

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

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

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

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

Los recursos asociados a este Programa de Salud se 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.

Los excedentes que se pudieron generar del programa podrán ser reinvertidos en los diferentes componentes del mismo programa, sin que se perjudique o modifique el presupuesto del convenio de Resolutividad, previa autorización del Referente técnico del Servicio.

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 70% a la total tramitación del acto aprobatorio y el 30% restante en octubre, de acuerdo con los resultados de la evaluación señalada en el ítem 9) de este Programa Salud, el cual se aplicará a los recursos asociados al subtítulo de gasto 22 "Bienes y Servicios de Consumo"

La tabla de descuento es la siguiente:

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

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.



A handwritten signature, possibly 'ORA', is written over a circular stamp. An arrow points from the signature towards the top left of the page.

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACION:

• Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:

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

- Fórmula de cálculo: (N° de Consultas y procedimientos realizadas por el Programa de Salud/ N° de Consultas y procedimientos comprometidos en el Programa de Salud) *100
- Medio de verificación numerador: REM A29, sección A y sección B, REM A32.
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

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

- Fórmula de cálculo: (N° informes de consultas realizadas e informadas/ N° informes y consultas programadas) * 100
- Medio de verificación numerador: Plataforma web indicada por MINSAL y/o plataforma local + REM A30 sección C + REM A30AR, sección A y C.
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

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

- Fórmula de cálculo: (N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causales 17* y 19* de la LE dermatológica; todas de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE/N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología)
- Medio de verificación numerador: SIGTE
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

Indicador N° 4: Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causales 16* de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta (EDA), ambas de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en este programa de salud.

- Fórmula de cálculo: (N° de pacientes egresados por causal 16*, 17* y 19* correspondiente a LE procedimiento de fondo de ojo y por causal 16* correspondientes a LE procedimientos de EDA, ambos de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE/N° de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología) *100
- Medio de verificación numerador: SIGTE
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

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

Indicador N° 5: Cumplimiento de la actividad programada.

- Fórmula de cálculo: (N° Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados. Intervenciones quirúrgicas menores/N° de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados (intervenciones quirúrgicas menores).
- Medio de verificación numerador: REM A29
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

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

- Fórmula de cálculo: (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/N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta) *100.
- Medio de verificación numerador: SIGTE
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

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

- **Cumplimiento del Objetivo Específico N°3:**

Indicador N° 7: Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas y procedimientos ginecología.

- Fórmula de cálculo: (N° consultas y procedimientos ginecológicos realizados por el Programa de Salud/N° de consultas y procedimientos ginecológicas programados en el Programa de Salud).
- Medio de verificación numerador: REM A29 sección A, REM A32.
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

Indicador N° 8: Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16 y 17 de la LE ginecológica (climaterio) de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE / N° de consultas programadas como oferta de especialidad de ginecología (climaterio) *100

- Medio de verificación: Registro en SIGTE

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

CBP

El Servicio, a través de la Dirección de Atención Primaria, y el Referente Técnico a cargo del Programa, deberán velar por la correcta ejecución del Programa, como también de los recursos transferidos por este Servicio en razón del mismo, sin perjuicio de las funciones de Auditoría del Servicio.

Cabe señalar que la Municipalidad deberá observar lo dispuesto en la ley N° 20.584, que regula los "Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud", comprometiéndose a respetar los deberes y los derechos de los pacientes, asegurando una atención segura y de calidad para los beneficiarios, según los estándares establecidos.

El Servicio, a través de la Dirección de Atención Primaria, y el Referente Técnico a cargo del Programa, deberán velar por la correcta ejecución del Programa, como también de los recursos transferidos por este Servicio en razón del mismo, sin perjuicio de las funciones de Auditoría del Servicio.


QUINTA: De los Montos Comprometidos

En virtud del presente convenio el Servicio traspasa a la Municipalidad la suma de **\$271.746.398 (doscientos setenta y un millones setecientos cuarenta y seis mil trescientos noventa y ocho pesos)**, los que estarán íntegramente destinados a financiar el programa Resolutividad en Atención Primaria. Los recursos serán transferidos a la Municipalidad, en 2 cuotas, según se detalla en el siguiente cuadro:

Transferencias de Recursos	Monto Cuotas a Transferir
Los recursos asignados serán transferidos en 2 cuotas:	
Cuota 1 (70%)	\$190.222.479.-
Cuota 2 (30%)	\$81.523.919.-
Requisito para transferencia Cuota 1	Total tramitación del Convenio y Resolución respectiva.
Requisito para transferencia Cuota 2	La segunda cuota se transferirá en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación con corte al 31 de agosto.

El Servicio, a través de la Dirección de Atención Primaria, y el Referente Técnico a cargo del Programa, deberán velar por la correcta ejecución del Programa, como también de los recursos transferidos por este Servicio en razón del mismo, sin perjuicio de las funciones de Auditoría del Servicio.

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



MÉDICO GESTOR	Médico Gestor (11 Horas)	4	\$ 1.387.565	\$ 5.550.260	
1	Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)				
	Operación 12 meses UAPO (Oftalmólogo 11H + Tecnólogo Médico 88H + Técnico Paramédico 44H)	1	\$ 53.914.968	\$ 53.914.968	
	Consultas Nuevas Oftalmólogo	330			
	Otras Atenciones Oftalmólogo	1.797			
	Consultas Tecnólogo Médico (Vicio Refracción)	1.800			
	Otras Atenciones Tecnólogo Médico	1.883			
	Retinografías	2.800			
	Egresos Consultas (Causal 16)	2.130			
	Egresos Procedimientos (Causales 16-19)	2.800			
	Lentes	1.728	\$ 15.200	\$ 26.265.600	
	Farmacos e Insumos	7.677		\$ 87.132.360	
	SUBTOTAL OFTALMOLOGÍA			\$ 167.312.928	
	OTORRINOLARINGOLOGÍA	Consultas (Canasta)	200	\$ 143.423	\$ 28.684.600
		Egresos Consultas (Causal 16)	200		
	GASTROENTEROLOGIA	Endoscopías (Canasta)	410	\$ 109.291	\$ 44.809.310
		Egresos Endoscopías (Causal 16)	410		
	DERMATOLOGÍA	Consultas de Tele dermatología	110		
		Egresos Tele dermatología (Causal 19)	110		
		Dermatoscopios	6	\$ 110.000	\$ 660.000
TOTAL COMPONENTE N° 1				\$ 247.017.098	
2	CIRUGÍA MENOR	Procedimientos Quirúrgicos	900	\$ 24.729.300	
		Egresos Proced. Quirúrgicos (Causal 16)	900		
TOTAL COMPONENTE N° 2				\$ 24.729.300	
				\$ 271.746.398	

El gasto que irroque el Programa deberá ser imputado al ítem 24-03-298-02 del presupuesto del Servicio de Salud, según corresponda.

Se deja expresa constancia que estas transferencias se rigen por las disposiciones establecidas en la Resolución Exenta N° 30, de 2015, de Contraloría General de la República que fija normas de procedimiento sobre rendición de cuentas, por lo que en caso de no ejecutarse deberán ser reingresados al erario nacional.

SEXTA: De la Responsabilidad

Se deja expresa constancia que el Servicio no asume responsabilidad financiera mayor a aquella señalada en la cláusula quinta del presente acuerdo, por lo que en caso que la Municipalidad se exceda en los gastos vinculados al Programa, será de su exclusiva responsabilidad el pago de aquellas obligaciones.

SÉPTIMA: De la Vigencia del Convenio

El presente convenio inicia su vigencia una vez sea totalmente tramitado el acto administrativo aprobatorio, sin perjuicio de lo anterior, y para la mejor ejecución del programa, esta se entenderá comprendida entre el 01 de enero, y hasta 31 de diciembre de 2022, en los términos de lo dispuesto en el art. 52 de la Ley 19.880.

Las partes acuerdan que el presente convenio y sus modificaciones se prorrogarán automáticamente, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuesto del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

QED

OCTAVA: De La Personería Y Representación De Las Partes

La personería del Dr. Juan Esteban Maass Vivanco, en su calidad de Director (S) del Servicio de Salud Metropolitano Norte, consta en Decreto Exento N° 10, de 07 de febrero de 2019 del Ministerio de Salud, que establece orden de subrogancia al cargo de Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, en relación con la Resolución TRA 447/127/2017, de 10 de octubre de 2017 que nombra en cargo de Alta Dirección Pública al titular del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak y su renovación por Resolución Exenta RA 447/612/2020, ambas del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

La personería de D. René de la Vega Fuentes, para actuar en representación del Municipio de Conchalí, consta en Acta de Proclamación del Tribunal Electoral de fecha 22 de junio de 2021. Documentos que no se insertan por ser conocidos por las partes.

NOVENA: De Las Copias

El presente acuerdo se firma en cuatro ejemplares de igual tenor y fecha, debiendo quedar dos de ellos en poder de cada parte.



**RENE DE LA VEGA FUENTES
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE CONCHALÍ**



**DR. JUAN MAASS VIVANCO
DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO
NORTE**

M
OK