

MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
Secretaría Municipal

**APRUEBA CONVENIO SUSCRITO ENTRE
LA I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
Y EL SERVICIO DE SALUD METROPOLI-
TANO NORTE.-**

CONCHALI, 10 MAY 2019

DECRETO EXENTO N° 540 /

LA ALCALDIA DECRETO HOY:

VISTOS: Certificado Disponibilidad Presupuestaria N° 281 de 06.05.19 del Depto. de Contabilidad y Presupuesto; Resolución Exenta N° 571 de 19.03.19 que aprueba Convenio del Programa Resolutividad en Atención Primaria, de fecha 25.02.19, suscrito con el 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 para la ejecución del Programa "Resolutividad en Atención Primaria", de fecha 25 de febrero de 2019, suscrito entre la I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALI, representada por su Alcalde don RENÉ DE LA VEGA FUENTES, por una parte y por la otra el SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE, representado por su Director (S) Dr. JUAN MAASS VIVANCO.

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:

Componentes:

El programa considera los siguientes componentes:

Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias.

Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad.

El Ministerio de Salud a través del Servicio conviene en asignar a la Municipalidad la suma de \$ 224.971.840.- (doscientos veinte y cuatro millones novecientos setenta y un mil ochocientos cuarenta pesos), , para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas

Los recursos serán transferidos por el Servicio en 2 cuotas:

- a) La primera cuota corresponderá al 70% (\$ 157.480.288.-) del total de los recursos, se transferirá una vez que se encuentre totalmente tramitado el convenio y la resolución respectiva.
- b) La segunda cuota, corresponderá al 30% (\$ 67.491.552.-), se transferirán en Octubre, de acuerdo a los resultados de evaluación con corte al 31 de agosto.



El presente Convenio tendrá vigencia a partir de la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba y hasta el 31 de diciembre de 2019.

La resolución y el Convenio forman parte integrante del presente Decreto.

IMPUTACION

05.03.006.002.043

Programa Resolutividad en Atención Primaria

24.01.003.003.043

Programa Resolutividad en Atención Primaria

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



DANIEL BASTIAS FARIAS
Secretario Municipal



RENE DE LA VEGA FUENTES
Alcalde de Conchalí

RVF/DBF/jqa.

TRANSCRITO A:

Control - Jurídico

Finanzas - TESMU – CORESAM

Servicio de Salud Metropolitano Norte

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

Art. 7° letra g) Ley N° 20.285./





6 MAY 2019

Dirección de Administración y Finanzas
Departamento de Contabilidad y Presupuesto

CERTIFICADO DISPONIBILIDAD PRESUPUESTARIA Nº 281/2019

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

Día	Mes	Año
06	05	2019

Identificación:

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

Documentación:

Resolución Exenta		Convenio		Resolución Afecta SSMN				
Nº	Fecha	Nº		Nº	Fecha	Nº	Fecha	Unidad
				571	19/03/2019			

Descripción:

Aprueba Convenio con el SSMN, denominado: "Programa Resolutividad en Atención Primaria".
Transferencia en dos cuotas: (70%) \$ 157.480.288 y (30%) \$ 67.491.552.

Imputación:

Cuenta	Denominación	Monto \$
05.03.006.002.043	Programa Resolutividad en Atención Primaria RE 571/2019	224.971.840
24.01.003.003.043	Programa Resolutividad en Atención Primaria RE 571/2019	224.971.840

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



Patricio Saavedra Muñoz
Director de Administración y Finanzas (S)



Subdirección de Gestión Asistencial
Dirección de Atención Primaria de Salud
Unidad de Control y Seguimiento Estratégico

Nº 105

CONVENIO "PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD"

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE Y MUNICIPALIDAD DE CONCHALI

En Santiago a 25 de Febrero de 2019, entre el **Servicio de Salud Metropolitano Norte**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Maruri Nº 272, Tercer Piso, Comuna de Independencia, representado por su Director(s) **DR. JUAN MAASS VIVANCO**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Conchalí**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Avenida Independencia Nº 3499, comuna de Conchalí, representada por su alcalde **D. RENE DE LA VEGA FUENTES**, de ese mismo domicilio, en adelante "la Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, conforme a las declaraciones, términos y condiciones que se expresan en las cláusulas siguientes:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley Nº 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

El Ministerio de Salud ha impulsado el "Programa Resolutividad en Atención Primaria de Salud", en adelante "el Programa", cuyos objetivos generales y específicos son los siguientes:

OBJETIVOS DEL PROGRAMA	
Objetivo General	Mejorar la capacidad resolutiva de la Atención Primaria de Salud, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones de especialidad considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, con un enfoque de Salud Familiar e Integral.
Objetivos Específicos	1. Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la Atención Primaria de Salud y que hoy en día presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden resolverse en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria. 2. Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta Nº 1284 del 28 de Diciembre de 2018 del Ministerio de Salud. Asimismo, mediante Resolución Exenta Nº 136 del 08 de febrero de 2019, del Ministerio de Salud, se distribuyen los recursos para la ejecución del Programa en cuestión.

SEGUNDO: Para efectos de la aplicación del Programa, las partes vienen en suscribir, en este acto, un convenio para su ejecución, declarando, además, que conocen y aceptan el contenido de los documentos indicados en el párrafo anterior, razón por la cual no se insertan ni se anexan al presente acuerdo.

TERCERO: 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:

COMPONENTES:

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 deberán ser aquellas que se encuentren en lista de espera para atención (registradas en repositorio nacional de lista de espera) 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. Para el caso específico de Tele dermatología aplicara la causal de egreso N°17, de acuerdo a lo descrito en el documento de Orientaciones Técnicas, aprobado por resolución del Ministerio de Salud.

Estrategias:

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

- a) **Médico Gestor de la Demanda:** (horas mensuales) preferentemente debe ejecutar el cargo un médico de familia, su objetivo está orientado a mejorar la atención integral de los usuarios haciendo efectiva la integración de las Redes Asistenciales, en aspectos de referencia y contra referencia, de solicitud de interconsulta (SIC), exámenes diagnósticos y/o terapéuticos y toda otra necesidad de atención inter niveles. Mediante el uso racional de los recursos de especialidades para resolver integralmente las atenciones. Especial esfuerzo deberá realizarse en potenciar las consultorías y reuniones clínicas que aporten mejoría de capacidad diagnóstica a los equipos de salud.

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.
- 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.

- 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), que 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 arroje 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 Unidad de Atención Primaria Oftalmológica - UAPO- deberán ser programadas de acuerdo a las Orientaciones Técnicas 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 exista cumplimiento de las actividades programadas según orientaciones técnicas. La atención de patología GES deberá ser respaldada mediante la generación de un convenio de compra de servicio entre la comuna establecimiento dependiente del Servicio de Salud y el Servicio de Salud.

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

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

Esta prestación 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 la actividad, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la mantención de equipos utilizados en dicha estrategia y reposición de equipamiento menor, asegurando el cumplimiento de las metas programadas.

- c) **Otorrinolaringología:** está orientado al diagnóstico y tratamiento de la Hipoacusia en personas hasta los 64 años, Síndrome Vertiginoso, Epistaxis, y 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 realizan 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 alud 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.

La Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica (UAPOrrino), que 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 arroje 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 Unidad, deberá ser programada de acuerdo a las Orientaciones Técnicas 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 exista cumplimiento de las actividades programadas según orientaciones técnicas. La atención de patología GES deberá ser respaldada mediante la generación de un convenio de compra de servicio entre la comuna establecimiento dependiente del Servicio de Salud y el Servicio de Salud.

- d) **Gastroenterología:** 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 con biopsia y test de ureasa.

- 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 **Tele dermatología**. 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 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 Tele dermatología deberá funcionar de acuerdo a las orientaciones técnicas que complementan el presente programa.

Nota: La canasta integral del componente Resolución de Especialidades Ambulatorias constituye una referencia y asegura el acceso a prestaciones requeridas. No obliga a otorgar la totalidad de las prestaciones, pues la frecuencia es referencial. En el caso de la canasta de Dermatología ésta podrá ser modificada de acuerdo a la realidad local, pero manteniendo la línea de los fármacos, entre otros.

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

- a. Que correspondan a prestaciones que cuenten con gran demanda asistencial (lista de espera) y se encuentren en SIGTE,
- b. 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.

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 3 cm. 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.

De resolución ambulatoria y electiva se consideran los siguientes tipos de intervenciones: Papilectomías, Nevus benignos, Verrugas, Angiomas, Granuloma Piógeno, Onicectomía y Fibromas e inserción de implante Pellet. La realización de biopsias diagnósticas, deberán ser efectuadas 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 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 de equipos utilizados en dicha estrategia, adjuntando todos los antecedentes necesarios que avalan esta solicitud.

PRODUCTOS ESPERADOS

Objetivo Específico Número 1:

Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la Atención Primaria de Salud y que hoy en día presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden ser resueltas en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.

Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias

Productos:

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

Objetivo Específico Número 2:

Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria.

Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad.

Productos:

- Disminución progresiva de la lista de espera.
- Disminución progresiva del tiempo de espera.
- Incremento absoluto del número de procedimientos resolutivos a nivel local.

CUARTO: De acuerdo a lo anterior, el Servicio transfiere a la Municipalidad la **suma de \$224.971.840- (doscientos veinticuatro millones novecientos setenta y un mil ochocientos cuarenta pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior.

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%)	\$157.480.288.-
Cuota 2 (30%)	\$67.491.552.-
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 gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 24-03-298-02 del presupuesto del Servicio de Salud, según corresponda.

QUINTO: La Municipalidad se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

COMPONENTE	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	META	VALOR REFERENCIAL	MONTO	
1	MÉDICO GESTOR	Médico Gestor (11 Horas)	4	\$ 1.266.900	\$ 5.067.600	
	OFTALMOLOGÍA	Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)				
		Operación 12 meses UAPO (Oftalmólogo 11H + Tecnólogo Médico 88H + Técnico Paramédico 44H)	1	\$ 49.226.406	\$ 49.226.406	
		Consultas Nuevas Oftalmólogo	440			
		Otras Atenciones Oftalmólogo	1667			
		Consultas Tecnólogo Médico (Vicio Refracción)	2500			
		Otras Consultas Tecnólogo Médico	1884			
		Retinografías	2500			
		Informes Retinografías por Oftalmólogo UAPO	579		\$ 1.735.910	
		Egresos Consultas (Causal 16)	2940			
		Egresos Procedimientos (Causales 16 y 17)	2500			
		Lentes	2400	\$ 13.878	\$ 33.307.200	
		Farmacos e Insumos	9918		\$ 68.466.274	
		SUBTOTAL OFTALMOLOGÍA				\$ 152.735.790
	OTORRINOLARINGOLOGÍA	Consultas (Canasta)	150	\$ 130.950	\$ 19.642.500	
		Egresos Consultas (Causal 16)	150			
	GASTROENTEROLOGIA	Endoscopias (Canasta)	250	\$ 99.787	\$ 24.946.750	
		Egresos Endoscopias (Causal 16)	250			
	DERMATOLOGÍA	Consultas de Tele dermatología	100			
Egresos Tele dermatología (Causal 17)		100				
TOTAL COMPONENTE N° 1					\$ 202.392.640	
2	CIRUGÍA MENOR	Procedimientos Quirúrgicos	900	\$ 25.088	\$ 22.579.200	
		Egresos Proced. Quirúrgicos (Causal 16)	900			
TOTAL COMPONENTE N° 2					\$ 22.579.200	
TOTAL MONTO PROGRAMA					\$ 224.971.840	

SEXTO: 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, la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando a este Consejo a los equipos Técnicos de los Servicios de Salud encargados de los temas para definir claramente los criterios de referencia.
- Incorporar las actividades del Programa a la planificación del establecimiento, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme demanda y oferta.
- Procurar que las prestaciones realizadas por el programa efectivamente signifiquen un aumento real en la oferta de horas de especialidad y no se superpongan con actividades habituales de los prestadores, cuando dichas actividades son realizadas por los mismos profesionales del establecimiento u otro 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.
- Realizar Auditorías técnicas



En relación al Sistema de registro de este Programa, el encargado de Resolutividad en conjunto con el encargado de lista de espera de Servicio de Salud estarán encargados de:

- La adecuada gestión clínico administrativa del programa.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Mejorar los registros de Listas de Espera para cada especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud e ingresarlas al SIGTE según la Normativa vigente.
- Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.

Nota: Para las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador 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, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

La primera evaluación, se efectuará con corte al día 30 abril y envió de informe a encargado programa de nivel central al 15 de mayo. En esta evaluación se requerirá él envió de un informe detallando las comunas en convenio, horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicio adjudicadas, según formato Anexo N°2. Este informe es generado desde el Servicio de Salud al nivel central.

La segunda evaluación, se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 50%, de acuerdo al siguiente cuadro:

COMPONENTE	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META ANUAL	PESO RELATIVO ESTRATEGIA	PESO RELATIVO COMPONENTE
ESPECIALIDADES AMBULATORIAS	1. Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmológica, Otorrinolaringología y procedimiento Gastroenterología	Numerador: N° de consultas y procedimientos realizadas por el Programa. Denominador: N° de consultas y procedimientos comprometidas en el Programa.	100%	30%	90%
	2. Cumplimiento de la actividad de Tele Oftalmología y tele Dermatología	Numerador: N° de informes y consultas comprometidos. Denominador: N° de informes y consultas programados.	100%	25%	
	3. % de cumplimiento de la programación del año 2018 del egreso por causal 16 de la LE Oftalmología, otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológico y causal 17 de LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en	100%	20%	

	<p>Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio.</p> <p>Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS dependientes del Servicio de Salud, en relación a diagnósticos que aborda el programa</p>	<p>convenio vigente.</p> <p>Denominador: Nº de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud.</p>			
	<p>4. % de cumplimiento de la programación del año 2018 por egreso por causal 16 Y 17 de la LE por procedimientos de Fondo de Ojo y Endoscopia digestiva alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio.</p> <p>Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS dependientes del Servicio de Salud</p>	<p>Numerador: Nº de pacientes egresados por causal 16 Y 17 correspondiente a LE Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en convenio vigente.</p> <p>Denominador: Nº de procedimientos de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud</p>	100%	15%	
COMPONENTE	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META ANUAL	PESO RELATIVO ESTRATEGIA	PESO RELATIVO COMPONENTE
PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	5. Indicador Cumplimiento de actividad programada.	<p>Numerador: Número de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados.</p> <p>Denominador: Número de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos.</p>	100%	70%	10%
	6. % de cumplimiento del año 2018 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en convenio. <p>Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS dependientes del Servicio de Salud.</p>	<p>Numerador: Nº de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneos quirúrgicos de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente.</p> <p>Denominador: Nº de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud.</p>	100%	30%	

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

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

Tercera Evaluación y final, se efectuará al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

Se requiere a los Servicios de Salud realizar el seguimiento y monitoreo sistemático de la ejecución del presente programa, 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, 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, finalmente MINSAL determinará si procede o no a aceptar solicitudes de no reliquidación.

No obstante la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud 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 Agosto), podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa."

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

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

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

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

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 asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos).

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 a los resultados de la evaluación señalada en el ítem VII de este Programa.

La tabla de descuento es la siguiente:

Porcentaje cumplimiento 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:

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

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

Medio de verificación: (REM / Programa)

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

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

Medio de verificación: (Plataforma web MINSAL y/o plataforma local servicio de salud/Programa)

3.- Indicador: % de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE oftalmológica, otorrinolaringológica y causal 17 de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio.

Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de pacientes egresados por causal 16 a LE oftalmológica, otorrinolaringológica y causal 17 de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio vigente} / N^{\circ} \text{ de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología, según el$

convenio vigente con el Servicio de Salud)*100

Medio de verificación: SIGTE

4.- Indicador: % de cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 y 17 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopía Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio.

Fórmula de cálculo: (N° de pacientes egresados por causal 16 y 17 a LE procedimiento de fondo de ojo y por causal 16 correspondientes a LE procedimientos de endoscopía digestiva alta, de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio vigente/N° de procedimientos de fondo de ojo y endoscopía digestiva alta, programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología, según el convenio vigente con el Servicio de Salud)*100

Medio de verificación: SIGTE

Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:

1.- Indicador: Cumplimiento de actividad programada.

Fórmula de cálculo: (N° Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados/N° de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos)*100.

Medio de verificación: (REM / Programa)

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

Fórmula de cálculo: (N° de pacientes egresados por causal 16 a LE procedimientos cutáneos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio vigente/N° de procedimientos de baja complejidad programados como oferta según el convenio vigente con el Servicio de Salud)*100.

Medio de verificación: SIGTE

Nota: La lista de espera de mayor antigüedad deberá resolverse por el programa, 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.

SÉPTIMO: El Servicio requerirá a la Municipalidad los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos indicados en este convenio, con los detalles y especificaciones que estime pertinentes, debiendo efectuar una constante supervisión, seguimiento y evaluación del mismo.

Se deja constancia de que el Servicio podrá impartir normas técnicas para la ejecución del programa, con el objeto de alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

Se deberá considerar la antigüedad de los casos abiertos en el SIGTE al momento de la resolución de los mismos. Se espera que el 60% de los egresos correspondan a casos abiertos en Lista de espera excesivamente prolongada (Mayor a 120 días). Se deberá poner especial atención en los casos abiertos con fecha anterior al 31 de diciembre del 2017, los cuales deberán egresar durante el presente año o existir información detallada respecto a su gestión de contacto.

OCTAVO: El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su departamento de Auditoría. La Municipalidad se compromete a que en la ejecución de los gastos deberá atenerse a las normas sobre contratación pública y a rendir cuenta de la totalidad de los fondos que por este acto se acuerdan traspasar, en conformidad a la resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

NOVENO: El presente convenio tendrá vigencia a partir de la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba y hasta el 31 de diciembre de 2019.

Se deja constancia por las partes que, por razones de buen servicio, las actividades a que se refiere este Convenio han comenzado a ejecutarse desde el 01 de Enero de 2019, de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 de la Ley N° 19.880, razón por la cual, dichas prestaciones se imputarán a los recursos que se transfieren de acuerdo a lo señalado en la cláusula cuarta.

DÉCIMO: Las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará 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.

La prórroga del convenio comenzara a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año.

Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo periodo.

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



DÉCIMO SEGUNDO: En relación a los saldos que no se ejecuten referidos al presente convenio, deberán ser ingresados a Rentas Generales de la Nación, conforme a las normas sobre rendición de cuentas.

DÉCIMO TERCERO: El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en poder de la Municipalidad y el restante en la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

La personería del **Dr. Juan Maass Vivanco**, consta en Decreto Exento N° 10 de 07 de febrero de 2019, del Ministerio de Salud, que designa orden de subrogancia del cargo de Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, y en Resolución N° 447/127/2017, tomado de razón el 13 de noviembre de 2017, del Servicio de Salud Metropolitano Norte, que designa Director Titular del Instituto Psiquiátrico Dr. José Horwitz Barak.

La personería de Don **Rene De La Vega Fuentes** para actuar en representación del Municipio de Conchalí, consta en el acta de proclamación del Primer Tribunal Electoral de la Región Metropolitana de 29 de noviembre de 2016.

Los instrumentos señalados en los párrafos anteriores no se insertan ni se anexan al presente convenio por ser conocidos de las partes.



GCG/PJD.

