



**APRUEBA CONVENIO RELATIVO AL PROGRAMA  
RESOLUTIVIDAD EN APS AÑO 2020.-**

DECRETO EXENTO N° 003698

LA UNION,

10 JUL 2020

**VISTOS:**

1.- El convenio relativo al **Programa Resolutividad en APS año 2020**, Resolución Exenta N° 002095 de fecha 09 de abril de 2020, suscrito entre la Ilustre Municipalidad de La Unión y el Servicio de Salud Valdivia.

2.- Las facultades que me confiere la Ley N° 18695, Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus posteriores modificaciones.

**CONSIDERANDO:**

1.- La Necesidad de aprobar el convenio relativo al **Programa Resolutividad en APS año 2020.-**

**DECRETO:**

**APRUEBESE** el convenio relativo al **Programa Resolutividad en APS año 2020**, de fecha 07 de abril de 2020, suscrito entre la Ilustre Municipalidad de La Unión y el Servicio de Salud Valdivia.

**ANOTESE, COMUNIQUESE, PUBLIQUESE Y ARCHIVASE**

  
**MONICA DIAZ OJEDA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL**

MS  
APS/MDO/MGD/dmm

Distribución:

- Archivo Decretos
- Archivo Salud
- Archivo Secretaría Municipal

  
**ALDO RODRIGO PINUER SOLIS**  
**ALCALDE DE LA UNION**

J.D. 221815 1519918



Depto. Asesoría Jurídica: 0665  
MRL/DVF/CST/est



002095 \*09.04.2020

**RESOLUCION EXENTA N°**

**VALDIVIA,**



**VISTOS:** estos antecedentes: Resolución Exenta N° 7799 de fecha 30 de diciembre de 2019, del Servicio de Salud Valdivia; Resolución Exenta N° 36 de fecha 17 de enero de 2020, que aprueba Programa de Resolutividad en APS; Resolución Exenta N° 70 de fecha 19 de febrero de 2020, que distribuye recursos al Programa de Resolutividad en APS año 2020; Providencia N° 10 de fecha 04 de marzo de 2020 de Jefa Subdepartamento Atención Primaria del Servicio de Salud Valdivia, dirigido a Asesor Jurídico para solicitar la elaboración de convenios del Programa de Resolutividad en APS año 2020, suscritos con las I. Municipalidades de la Región de Los Ríos y Establecimientos Dependientes del Servicio de Salud; Convenio suscrito con fecha 07 de abril de 2020, entre el Servicio de Salud Valdivia y la I. Municipalidad de La Unión; y **TENIENDO PRESENTE:** lo dispuesto en el D.F.L. N° 01 del año 2005 del Ministerio de Salud, el cual fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2763, de 1979; la Ley N° 19.880 Sobre Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los órganos de la Administración del Estado; los Decretos Supremos N°s 140 de 2004 y 67 de 2018, ambos del Ministerio de Salud, dicto la siguiente:

**RESOLUCIÓN**

1°) **APRUÉBASE** el convenio suscrito con fecha 07 de abril de 2020, entre el Servicio de Salud Valdivia y la I. Municipalidad de La Unión, relativo al Programa de **Resolutividad en APS año 2020**, el cual es del siguiente tenor:

**PRIMERA:**

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

Por su parte, el Decreto Afecto N° 55 de fecha 24 de diciembre de 2019 del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar “para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución.

**SEGUNDA:**

En el marco de la reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la equidad, participación, descentralización y satisfacción de los usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el programa de Resolutividad en APS.

El referido programa es aprobado por el Ministerio de Salud, mediante Resolución Exenta N° 36 de fecha 17 de enero de 2020. La difusión de dicho documento será de responsabilidad del referente técnico del Servicio de Salud, quien deberá hacer llegar copia del mismo, al jefe del Departamento de Salud Municipal, para su posterior distribución en los establecimientos de su administración.

**TERCERA:**

El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:

**1. Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias:**

- **Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)**
- **Teleoftalmología**
- **Teledermatología**
- **Gastroenterología**

- Otorrinolaringología.
- Médico Gestor de la Demanda

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

### CUARTA:

El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar anualmente recursos a la Municipalidad, destinados a financiar objetivos, metas, componente y/o estrategias contenidas en el Programa. Por lo anterior, y con el fin de asegurar la continuidad del programa respectivo, el Servicio de Salud, establecerá en primera instancia, la suma total de \$ 170.518.533.- (ciento setenta millones quinientos dieciocho mil quinientos treinta y tres pesos), para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en el presente convenio.

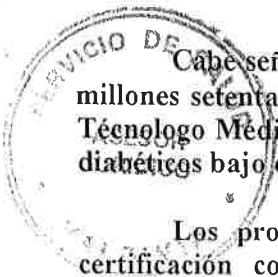
El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente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

### QUINTA:

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

DISTRIBUCION DE RECURSOS CESFAM LA UNION

Comuna	Nº	Componente	Estrategia	Actividad	Nº de Actividades o Meta		Monto (\$)		
					Total	Total			
	1	ESPECIALIDAD ADES AMBULATORIAS	UAPO	Actividad Oftalmólogo		\$106.790.944			
				Nº Consultas VR	50				
				Nº Consultas nuevas Glaucoma	50				
				Nº Controles Glaucoma	180				
				Nº Otras Consultas	600				
				Subtotal Act. Oftalmólogo	880				
				Actividad Tecnólogo Medico					
				Nº Consultas VR	2700				
				atenciones y procedimientos	300				
				Nº Fondos de Ojos	2100				
				Nº Lentes	2640				
				Nº fármacos Glaucoma Anual	2560				
				Nº Lubrificantes Oculares	2112				
				Otorrino	Nº Canastas Integrales Otorrinolaringología			50	\$6.717.750
			Gastroenterología	Nº procedimientos	300	\$42.840.000			
			Medico Gestor de la Demanda	Medico Gestor de la Demanda	1	\$1.299.839			
			Total, Componente 1						157648533
			2	PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	Intervenciones Quirúrgicas de Baja Complejidad	Nº Procedimientos	500	\$12.870.000	
			Total, Componente 2						
			TOTAL, PROGRAMA (\$)						\$170.518.533



Cabe señalar que los recursos asignados para la UAPO, incluyen un monto de \$ 7.071.562 (siete millones setenta y un mil quinientos sesenta y dos pesos), para la contratación de 22 hrs adicionales de Tecnólogo Médico de Enero a Diciembre 2020, para la realización de retinografías (fondo de ojo) a los diabéticos bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular de la comuna.

Los profesionales contratados para el funcionamiento de la UAPO, deben contar con la certificación correspondiente de la Superintendencia de Salud que acredite la especialidad de Oftalmólogo y Tecnólogo Médico con Mención en Oftalmología.

Canasta y valores referenciales en Anexo N° 1.

Si la comuna ha dado cumplimiento a la meta programada y mantiene saldos a favor en la estrategia, podrá seguir realizando prestaciones de acuerdo a la demanda asistencial y lista de espera actualizada, previa autorización del referente técnico del Servicio de Salud.

## COMPONENTES

### COMPONENTE 1: RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES AMBULATORIAS

#### a. Unidad Atención Primaria Oftalmológica (UAPO):

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, por lo que las actividades de esta unidad, 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, 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.

En el caso que en 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 a 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 con los plazos establecidos para no comprometer el cumplimiento de la garantía.

El encargado de la UAPO debe enviar mensualmente a referente técnico del Programa de Resolutividad, la nómina de pacientes atendidos en la Unidad, además deberá agregar a los pacientes que fueron derivados a lista de espera quirúrgica, según ANEXO N° 2.

#### a.1 Tele Oftalmología:

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 y lo señalado en el Programa de Resolutividad aprobado por Resolución Exenta N°36 de fecha 17 de Enero de 2020.

Tabla N° 1: Clasificación de RD y controles.

RETINOPATIA DIABETICA	HALLAZGOS OBSERVABLES EN OFTALMOLOGIA 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 micro aneurismas, pero menos que RD severa no proliferativa	Revisión en 6 meses – 1 año o referir al oftalmólogo
RD no proliferativa severa	Cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hemorragias intraretinianas (<math>\geq 20</math> en cada cuadrante).</li> <li>▪ Anomalías microvasculares intraretinianas (IRMA) en 1 cuadrante.</li> <li>▪ Sin signos de RD proliferativa.</li> </ul>	<b>Referir al oftalmólogo SEMI URGENTE</b>
RD proliferativa	RD no proliferativo y 1 o más de: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neovascularización.</li> <li>▪ Hemorragia vítrea/prerretiniana.</li> </ul>	<b>Referir al oftalmólogo URGENTE (1 mes)</b>

Fuente: Guía de práctica clínica GES 2018, MINSAL

Encargado de UAPO deberá enviar reporte mensual con los casos GES derivados a nivel secundario.

El establecimiento de salud deberá:

- ✓ Realizar los cierres de casos en plataforma DART
- ✓ Gestionar con prioridad los diagnósticos de retinopatía diabética según normativa vigente.
- ✓ Mantener actualizada la información de su población bajo control con fondos de ojos vigentes en REM P4 (corte junio y diciembre).
- ✓ Velar por el cumplimiento del “Programa de Resolutividad Orientaciones Técnico – Administrativas, Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)

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 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. Finalmente, es MINSAL quien deberá aprobar el uso de dichos recursos.

b. **Otorrinolaringología:**

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

c. **Gastroenterología:**

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

La comuna deberá enviar mensualmente las nóminas ruficadas de pacientes atendidos en las distintas estrategias, incluyendo las compras de Servicio. ANEXO N° 2

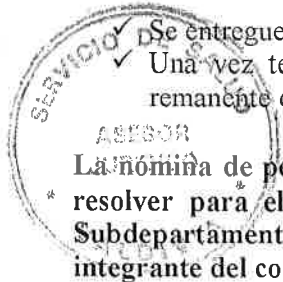
d. **Tele dermatología:**

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 establecida por MINSAL, según la orientación técnica vigente, para el tratamiento de los pacientes, de acuerdo con la indicación entregada por el especialista. Esta canasta de fármacos debe estar disponible en todos los establecimientos de APS que utilizan la estrategia.

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

La comuna deberá resguardar lo siguiente:

- ✓ Programación de atenciones mensual.
- ✓ Velar por el cumplimiento de las orientaciones técnicas “para la optimización de la atención ambulatoria en la especialidad de dermatología con apoyo de telemedicina”, Resolución exenta N° 1198 del 28 de diciembre de 2015.
- ✓ Velar por el cumplimiento de los protocolos de referencia y contra referencia asegurando la continuidad de la atención.
- ✓ Que los pacientes atendidos por esta estrategia sean aquellos con mayor tiempo de antigüedad en lista de espera.
- ✓ Que los medicamentos considerados en la canasta se utilicen exclusivamente para Tele dermatología, para esto se proveerá de stock crítico que posteriormente se irá reponiendo según lo utilizado.



Se entregue al servicio de salud, un reporte mensual de fármacos utilizados y saldos disponibles.

Una vez terminado o escindido el convenio o la estrategia en la comuna, se deberá devolver el remanente de fármacos.

La nómina de personas en lista de espera para cada especialidad y que se constituirá en el universo a resolver para el cumplimiento de la meta, de acuerdo con la programación, será remitida por el Subdepartamento de Gestión de la Demanda y GES del Servicio de Salud, esta nómina será parte integrante del convenio.

e. **Médico Gestor de la Demanda:**

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 interniveles, 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.
  - Participar en reuniones técnicas con especialistas contralores del nivel secundario.
  - Enviar nómina mensualmente al servicio de salud con los registros de la contraloría realizada.
- ANEXO N° 3

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

Esta estrategia abarca los procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y de corta duración (intervenciones quirúrgicas de baja complejidad), realizados sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local y tras los que no se espera que existan complicaciones posquirúrgicas importantes.

En general, pueden abordarse en APS 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 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
- Fibromas.

La realización de biopsias diagnósticas, asociadas a las intervenciones descritas, deberán ser efectuadas por los médicos especialistas. Esta indicación no excluye el hecho de que todas las lesiones extirpadas a nivel de APS 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) mediante el Departamento de Inteligencia Hospitalaria.

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

#### **La comuna deberá resguardar:**

- ✓ La realización de los procedimientos en salas de procedimientos con autorización sanitaria vigente.
- ✓ Facilitar la actualización y capacitación de los médicos de APS que realizan los procedimientos.
- ✓ Los registros tanto de consentimiento informado y del procedimiento en ficha clínica del usuario.
- ✓ Contar con protocolos internos que resguarden la continuidad de la atención del procedimiento y seguimiento en caso de biopsias.
- ✓ Velar por el cumplimiento del "Manual de procedimiento, registro y envío de muestra de biopsias en Salas de Procedimientos Quirúrgicos de Baja Complejidad"
- ✓ **La comuna deberá enviar nomina rutificada de pacientes atendidos mensualmente al referente técnico del programa resolutivez.**

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 y 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

#### **SEXTA:**

El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria y cada Servicio de Salud:

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

- Trabajar en el Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA), la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando al 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 otros del Servicio de Salud.
- Propiciar la compra de las atenciones médicas aplicando economía de escala, logrando bajar precios por volúmenes de prestaciones y otorgando la posibilidad de reinvertir en otras prestaciones dentro del mismo Programa de Salud.
- 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 de Salud, el Encargado del Establecimiento:

- ✓ Mantener la adecuada gestión clínica administrativa del programa.
- ✓ Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa, lo que deberá ser reportado al Referente del Programa de Resolutivez, en forma mensual.
- ✓ Velar que las atenciones programadas para el presente año, se realicen de acuerdo a la nómina enviada por el Subdepto. Gestión de la demanda y GES, dicho Subdepto enviará mensualmente el reporte de las nóminas de pacientes en lista de espera actualizados en SIGTE, la comuna deberá guiarse por esta nómina para realizar las atenciones programadas para el año en curso.
- ✓ Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- ✓ Resguardar en la licitación de la compra de servicios de especialidad Oftalmología, dentro de las obligaciones del oferente, que en aquellas atenciones que originen una derivación para Procedimiento o

Intervención Quirúrgica en el Hospital Base Valdivia, sean enviadas con la documentación correspondiente (Interconsulta u Orden de Ingreso) a Jefe SOME de dicho Establecimiento, para que sea ingresada directamente a la lista espera correspondiente, de igual modo, se deberá egresar de la lista espera del establecimientos de origen, dado que ya fue atendido por especialista de la misma región.

- ✓ Mejorar los registros de Listas de Espera para cada especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud.
- ✓ Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.
- ✓ Cumplir con lo establecido en el manual de Proceso de registros de lista de espera no GES.
- ✓ Cumplir con las normas de registro de egresos administrativos de lista de espera No GES.
- ✓ Las personas que accedan a las prestaciones del programa deberán ser aquellas que se encuentren en lista de espera para la atención (registradas en repositorio nacional de lista de espera) y será en primera instancia aquellas que se encuentran en lista de espera prolongada (más de 120 días) y luego aquellas que tengan un tiempo inferior. No obstante, se debe considerar el criterio de prioridad clínica cuando corresponda.
- ✓ En el caso de que esta atención sea resuelta por el programa Resolutividad, el paciente egresado de la lista de espera, utilizando la causal que se indique en la norma técnica. En sistema Informático RAS Valdivia: debe ser seleccionado atención realizada por Resolutividad. En el caso de teledermatología, debe ser seleccionado atención realizada por telemedicina.
- ✓ Cada establecimiento deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, SIGTE y plataforma web, según corresponda.

Será de carácter obligatorio el envío mensual de las nóminas de pacientes atendidos ya sea por el establecimientos o compras de servicio realizadas por la comuna. (enviar a referente técnico del SSV) ANEXO N° 2

**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.

Los recursos asociados a este Programa financiaran exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

**La estrategia de Resolutividad 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 utilizados en dicha estrategia, adjuntando todos los antecedentes necesarios que avalan esta solicitud**

**Transferencia:**

- Los recursos serán trasferidos en dos cuotas: **70% contra resolución aprobatoria y el 30% restante en octubre**, de acuerdo a los resultados de la 2ª evaluación.

**Evaluación:**

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

▪ **La primera evaluación**, se efectuará con corte al **día 30 abril del año en curso** y envío de informe a encargado Programa de Salud nivel central al 15 de mayo del año en curso. Para dar cumplimiento a lo anterior el Establecimiento debe enviar un informe al Referente Técnico del Programa de Resolutividad del Servicio, detallando las comunas en convenio, horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicio adjudicadas, según formato **Anexo N° 4.**, antes del 04 de Mayo del 2020.

▪ **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al **31 de julio 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 septiembre del año en curso, si es que su cumplimiento es inferior al 50%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Peso final estrategia
------------	-----------	--------------------	-----------------------



<p>1. Resolución Especialidades Ambulatorias: Peso relativo componente 80%</p> <p>MDSR ICO</p>	<p>1.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología, otorrinolaringología y procedimientos gastroenterología.</p> <p>Meta anual 100% cumplimiento.</p>	<p>▪ <b>Numerador:</b> N° consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología realizadas por el Programa de Salud</p> <p>▪ <b>Denominador:</b> N° de consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología comprometidos en el Programa de Salud.</p>	20%
	<p>1.2 Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y teledermatología.</p> <p>Meta anual 100% cumplimiento.</p>	<p>▪ <b>Numerador:</b> N° informes de consultas realizadas e informadas de tele oftalmología y teledermatología.</p> <p>▪ <b>Denominador:</b> N° de informes y consultas de tele oftalmología y tele dermatología programadas.</p>	20%
	<p>1.3 Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causal 17* y 19* de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el SS en el SIGTE y acordada en este Programa de Salud.</p> <p>Meta anual 100% cumplimiento.</p>	<p>▪ <b>Numerador:</b> N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causales 17* y 19* de LE dermatológica; todas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE.</p> <p>▪ <b>Denominador:</b> N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología.</p>	20%
	<p>1.4 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 SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud.</p> <p>Meta anual: 100% cumplimiento</p> <p>Nota: considera LE comunal</p>	<p>▪ <b>Numerador:</b> N° de pacientes egresados por causal 16*, 17* y 19* correspondiente a LE procedimiento fondo de ojo y por causal 16* correspondiente a LE procedimientos EDA; ambos de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE.</p> <p>▪ <b>Denominador:</b> N° de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología.</p>	20%
<p>2. Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad. Peso relativo componente 20%</p>	<p>2.1 Cumplimiento de la actividad programada.</p>	<p>▪ <b>Numerador:</b> N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados.</p> <p>▪ <b>Denominador:</b> N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados.</p>	10%
	<p>2.2 Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE por procedimientos de cirugía menor ambulatoria, de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud.</p> <p>Meta anual: 100% cumplimiento</p>	<p>▪ <b>Numerador:</b> N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por SS en SIGTE.</p> <p>▪ <b>Denominador:</b> N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta.</p>	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 julio 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.

- La tercera evaluación y final, se efectuará con corte 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 sujetos de reliquidación, en el caso que se presente algún grado de ejecución de metas asociadas a estos recursos.

En relación con 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, quién determinará en última instancia 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 julio), podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente Programa de Salud.

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

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

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

#### 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 julio 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.

#### INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN.

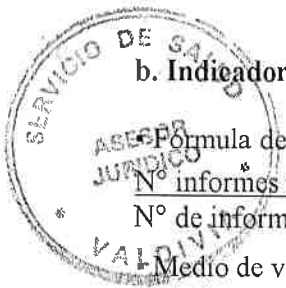
##### Cumplimiento del Objetivo Especifico N° 1:

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

- Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{Nº consultas y procedimientos realizadas por el Programa de Salud}}{\text{Nº de consultas y procedimientos comprometidos en el Programa de Salud}} * 100$$

- Medio de verificación numerador: REM A29.
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.



**b. Indicador N° 2: Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y tele dermatología.**

Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{N° informes de consultas realizadas e informadas}}{\text{N° de informes y consultas programadas}} * 100$$

Medio de verificación numerador: plataforma web indicada por MINSAL y/o plataforma local.

- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

**c. 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 causal 17\* y 19\* de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el SS en el 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 LE dermatológica; todas de mayor antigüedad publicada por el SS en 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.

**d. Indicador N°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 SS 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 fondo de ojo y por causal 16\* correspondiente a LE procedimientos EDA; ambos de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE \* 100

N° de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología

- Medio de verificación numerador: SIGTE.
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

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

**e. Indicador N°5: Cumplimiento de la actividad programada.**

Fórmula de cálculo:

N° de 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 A 29.
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

**f. Indicador N°6: Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16\* de la LE por procedimientos de cirugía menor ambulatoria, de mayor antigüedad publicada por el SS 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 SS en SIGTE \* 100

N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta

- Medio de verificación numerador: SIGTE.
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

Nota: La lista de espera (LE) de mayor antigüedad deberá resolverse por el Programa de Salud, ésta se

establecerá de la existente en cada comuna y establecimientos 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.

Por su parte, el Servicio evaluará el grado de cumplimiento conforme a las metas definidas en el Programa por cada establecimiento, de acuerdo al Indicador de Cumplimiento mencionado.

#### SEPTIMA:

Los recursos asociados a este Programa se entregarán en dos cuotas, según se indica, los cuales permitirán financiar los gastos ejecutados desde el 01 de enero al 31 de diciembre del año 2020:

La primera cuota, correspondiente al 70% de los fondos por un monto de \$ 119.362.973.- (ciento diecinueve millones trescientos sesenta y dos mil novecientos setenta y tres pesos), una vez que se encuentre totalmente tramitado el acto administrativo que aprueba el convenio entre el Servicio de Salud y la Municipalidad que ejecuta el programa, se entregue dicho documento en el Ministerio de Salud y se recepcione la transferencia de recursos.

La segunda cuota correspondiente al 30% de los fondos por un monto de \$ 51.155.560.- (cincuenta y un millones ciento cincuenta y cinco mil quinientos sesenta pesos), se traspasará en el mes de Octubre conforme al grado de cumplimiento del Programa, de acuerdo a la evaluación señalada en la cláusula sexta y se recepcione transferencia de recursos desde el Ministerio de Salud, siendo condición necesaria para la transferencia, la entrega oportuna de los informes financieros y comprobantes de ingreso, lo anterior, de acuerdo a los requerimientos establecidos en Resolución N° 30 del 11 de marzo de 2015 de la Contraloría General de la República, que se detallan en la cláusula novena del presente instrumento.

Cabe mencionar que, para las cuotas establecidas en la presente cláusula, el Servicio de Salud se compromete a transferir los recursos en el mismo mes que son recepcionadas desde el Ministerio de Salud.

#### OCTAVA:

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la Ley N° 19.378, la Entidad Administradora de Salud Municipal, podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa ley, o bien a honorarios acorde a lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

#### NOVENA:

La Municipalidad deberá dar cumplimiento a las normas y procedimientos establecidos por la Contraloría General de la República en Resolución N° 30 del 11 de marzo de 2015, sobre rendición de cuentas, es decir:

1. Remitir Informe Financiero Mensual de gastos al Servicio de Salud, incluso respecto de aquellos meses en que no exista inversión de los fondos traspasados, dentro de los primeros quince (15) días hábiles siguientes al mes de ejecución, el que deberá señalar, el monto de los recursos recibidos en el mes, el detalle de los gastos e inversiones realizadas y el saldo disponible del periodo.
2. Al finalizar la vigencia y en caso de existir saldo, éste se deberá depositar en cuenta corriente del Servicio de Salud Valdivia N° 72109121054 Banco Estado y adjuntar a Rendición de Cuenta Final el comprobante de dicho depósito, salvo que en los convenios celebrados quede reflejado expresa y excepcionalmente la posibilidad que los saldos de dichos recursos serán utilizados para dar continuidad a los programas de salud, efecto para el cual se deberá celebrar el convenio complementario respectivo.
3. Remitir en un plazo máximo de 15 días a contar de la fecha de realización de la transferencia, al Subdepartamento de Recursos Financieros del Servicio de Salud Valdivia, copia del comprobante de ingreso mediante el cual, la Municipalidad recepcionó la entrega de los fondos señalados en este convenio. Por lo anterior, y con el fin de monitorear, controlar y asegurar la oportuna entrega de recursos a la Entidad Administradora de Salud Municipal (Departamento de Salud), la Municipalidad deberá adjuntar al documento anterior, copia de: Decreto de Pago Municipal y Comprobante de Ingresos del Departamento de Salud Municipal.

La Municipalidad deberá utilizar formato de "informe financiero" señalado en Resolución Exenta N° 3332 de fecha 20 de agosto de 2015, a través del cual podrán presentar únicamente gastos pertinentes, de acuerdo a los objetivos, estrategias y/o actividades contempladas en el programa y que previo a su ejecución, hayan sido validados por el Referente Técnico del Servicio de Salud.

Sin perjuicio de lo anterior y con el objeto de velar por la correcta utilización de los recursos públicos, la Unidad de Recursos Financieros APS, del Sub-Departamento de Recursos Financieros del Servicio de Salud

Valdivia, podrá realizar revisiones mensuales en terreno de forma aleatoria por programa y por municipio, de acuerdo a planificaciones trimestrales, las cuales contemplan los doce Municipios de la Región de Los Ríos, además podrá solicitar documentación de respaldo adicional que sustente los gastos, en soporte papel o soporte electrónico.

**DÉCIMA:**

El "Servicio", podrá requerir a la "Municipalidad", los datos e informes relativos a la ejecución del "Programa" y sus estrategias, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo, sea por instancias de línea operativa como de Asesoría y Control Interno, para cuyos efectos el Municipio y establecimientos de salud relacionados deberán prestar su más amplia y oportuna colaboración.

Asimismo, el "Servicio" deberá impartir pautas técnicas y financieras para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos, estrategias y/o actividades del presente convenio.

Los Referentes Técnicos del programa, a nivel de Servicio, se reservan el derecho de rechazar todo aquel gasto que no tenga relación directa con las actividades contempladas en el convenio, o que no hayan sido previamente autorizados por el Referente Técnico del Servicio de Salud, acorde a lo estipulado en la cláusula novena.

**DÉCIMA PRIMERA:**

Será responsabilidad de la Municipalidad, velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en las diferentes unidades de salud. Lo anterior, independiente de las atribuciones que le competen al Servicio de Salud Valdivia, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar, en términos aleatorios el departamento que para tales efectos se designe, instancia que contará con plenas facultades para llevar a cabo dicha fiscalización.

**DÉCIMA SEGUNDA:**

El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este convenio se señala. Por ello, en caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados para los efectos de este convenio, esta deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución.

**DÉCIMA TERCERA:**

Finalizado el periodo de vigencia anual del presente convenio y en el caso que la comuna no haya cumplido con el 100% de la ejecución de los fondos del programa para el año respectivo, la Municipalidad procederá a reintegrar al Servicio de Salud dichos saldos, en los términos señalados en la cláusula novena.

**DÉCIMA CUARTA:**

El presente convenio tendrá vigencia para su ejecución, desde el 01 de enero al 31 de diciembre de 2020 y para la entrega del informe financiero final, los primeros quince (15) días hábiles del mes siguiente.

**DÉCIMA QUINTA**

El presente convenio se firma en tres ejemplares, quedando uno en poder Oficina de Partes del Servicio de Salud, un ejemplar en la Unidad de Gestión de Recursos - Depto de Administración y Gestión de la Información y un ejemplar al Depto APS y Redes Ambulatorias ambas de la División de Integración de Redes - Subsecretaría de Redes Asistenciales. Por su parte, el Servicio de Salud se compromete a enviar copia de este documento a la Municipalidad respectiva.

2º) DÉJESE SIN EFECTO la Resolución Exenta N° 7799 de fecha 30 de diciembre de 2019, de esta Dirección, que aprueba Programa de Resolutividad en APS, a contar de la fecha dictación de la presente Resolución.

3º) IMPÚTESE el gasto que se origina del presente convenio al ítem presupuestario 24-03-298 "Atención Primaria, Ley N° 19.378" del Presupuesto de Gastos - año 2020 del Servicio de Salud Valdivia.

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.**



**VÍCTOR HUGO JARAMILLO SALGADO**  
**DIRECTOR**  
**SERVICIO DE SALUD VALDIVIA**

**DISTRIBUCIÓN (4):**

U. de Gestión de Recursos \_ Departamento de Administración y Gestión de la Información, División de Integración de Redes, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.

Departamento de APS y Redes Ambulatorias, División de Integración de Redes, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud

- I. Municipalidad de La Unión

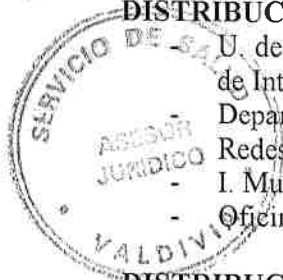
- Oficina de Partes, SSV

**DISTRIBUCIÓN POR SISTEMA (3):**

- Subdirección de Gestión Asistencial, SSV.

- Subdepto. Recursos Financieros – U. Recursos Financieros de la APS, SSV.

- Departamento Jurídico – Convenios APS, SSV.





Depto. Asesoría Jurídica: 0651  
MRL/DYP/CGST/cst



## CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS – AÑO 2020

### SERVICIO DE SALUD VALDIVIA – I. MUNICIPALIDAD DE LA UNIÓN

07 ABR. 2020

En Valdivia, a.....entre el Servicio de Salud Valdivia, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Chacabuco N° 700, Valdivia, representado por su Director Sr. Victor Hugo Jaramillo Salgado, del mismo domicilio, en adelante el “**Servicio**” y la Ilustre Municipalidad de La Unión, Registro Persona Jurídica N° 11, del 27 de enero de 2004, domiciliada en Arturo Prat N° 680, La Unión, representada por su Alcalde Don Aldo Rodrigo Pinuer Solis de ese mismo domicilio, en adelante la “**Municipalidad**”, se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

#### PRIMERA:

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

Por su parte, el Decreto Afecto N° 55 de fecha 24 de diciembre de 2019 del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar “para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución.

#### SEGUNDA:

En el marco de la reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la equidad, participación, descentralización y satisfacción de los usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el programa de Resolutividad en APS.

El referido programa es aprobado por el Ministerio de Salud, mediante Resolución Exenta N° 36 de fecha 17 de enero de 2020. La difusión de dicho documento será de responsabilidad del referente técnico del Servicio de Salud, quien deberá hacer llegar copia del mismo, al jefe del Departamento de Salud Municipal, para su posterior distribución en los establecimientos de su administración.

#### TERCERA:

El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:

##### 1. Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias:

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

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

#### CUARTA:

El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar anualmente recursos a la Municipalidad, destinados a financiar objetivos, metas, componente y/o estrategias contenidas en el Programa. Por lo anterior, y con el fin de asegurar la continuidad del programa respectivo, el Servicio de Salud, establecerá en primera instancia, la suma total de \$ 170.518.533.- (ciento setenta millones quinientos

dieciocho mil quinientos treinta y tres pesos), para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en el presente convenio.

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



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

DISTRIBUCION DE RECURSOS CESFAM LA UNION

Comuna	Nº	Componente	Estrategia	Actividad	Nº de Actividades o Meta		Monto (\$)		
						Total		Total	
				<b>Actividad Oftalmólogo</b>					
				Nº Consultas VR		50			
				Nº Consultas nuevas Glaucoma		50			
				Nº Controles Glaucoma		180			
				Nº Otras Consultas		600			
				Subtotal Act. Oftalmólogo		880			
			UAPO	<b>Actividad Tecnólogo Médico</b>					
				Nº Consultas VR		2700			
				atenciones y procedimientos		300			
				Nº Fondos de Ojos		2100			
				Nº Lentes		2640			
				Nº fármacos Glaucoma Anual		2560			
				Nº Lubricantes Oculares		2112			
			Otorrino	Nº Canastas Integrales Otorrinolaringología		50		\$6.717.750	
			Gastroenterología	Nº procedimientos		300		\$42.840.000	
			Medico Gestor de la Demanda	Medico Gestor de la Demanda		1		\$1.299.839	
			<b>Total, Componente 1</b>						157648533
	2	PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	Intervenciones Quirúrgicas de Baja Complejidad	Nº Procedimientos		500		\$12.870.000	
			<b>Total, Componente 2</b>						
<b>TOTAL, PROGRAMA (\$)</b>									\$170.518.533



Cabe señalar que los recursos asignados para la UAPO, incluyen un monto de \$ 7.071.562 (siete millones setenta y un mil quinientos sesenta y dos pesos), para la contratación de 22 hrs adicionales de Tecnólogo Médico de Enero a Diciembre 2020, para la realización de retinografías (fondo de ojo) a los diabéticos bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular de la comuna.

Los profesionales contratados para el funcionamiento de la UAPO, deben contar con la certificación correspondiente de la Superintendencia de Salud que acredite la especialidad de Oftalmólogo y Tecnólogo Médico con Mención en Oftalmología.

Canasta y valores referenciales en Anexo N° 1.

Si la comuna ha dado cumplimiento a la meta programada y mantiene saldos a favor en la estrategia, podrá seguir realizando prestaciones de acuerdo a la demanda asistencial y lista de espera actualizada, previa autorización del referente técnico del Servicio de Salud.

## COMPONENTES

### COMPONENTE 1: RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES AMBULATORIAS

#### a. Unidad Atención Primaria Oftalmológica (UAPO):

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, por lo que las actividades de esta unidad, 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, 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.

En el caso que en 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 a 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 con los plazos establecidos para no comprometer el cumplimiento de la garantía.

El encargado de la UAPO debe enviar mensualmente a referente técnico del Programa de Resolutividad, la nómina de pacientes atendidos en la Unidad, además deberá agregar a los pacientes que fueron derivados a lista de espera quirúrgica, según ANEXO N° 2.

#### a.1 Tele Oftalmología:

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 y lo señalado en el Programa de Resolutividad aprobado por Resolución Exenta N°36 de fecha 17 de Enero de 2020.

Tabla N° 1: Clasificación de RD y controles.

RETINOPATIA DIABETICA	HALLAZGOS OBSERVABLES EN OFTALMOLOGIA 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 micro aneurismas, pero menos que RD severa no proliferativa	Revisión en 6 meses – 1 año o referir al oftalmólogo
RD no proliferativa severa	Cualquiera de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hemorragias intraretinianas (<math>\geq 20</math> en cada cuadrante).</li> <li>▪ Anomalías microvasculares intraretinianas (IRMA) en 1 cuadrante.</li> <li>▪ Sin signos de RD proliferativa.</li> </ul>	Referir al oftalmólogo SEMI URGENTE
RD proliferativa	RD no proliferativo y 1 o más de: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Neovascularización.</li> <li>▪ Hemorragia vítrea/prerretiniana.</li> </ul>	Referir al oftalmólogo URGENTE (1 mes)

Fuente: Guía de práctica clínica GES 2018, MINSAL

Encargado de UAPO deberá enviar reporte mensual con los casos GES derivados a nivel secundario.

El establecimiento de salud deberá:

- ✓ Realizar los cierres de casos en plataforma DART
- ✓ Gestionar con prioridad los diagnósticos de retinopatía diabética según normativa vigente.
- ✓ Mantener actualizada la información de su población bajo control con fondos de ojos vigentes en REM P4 (corte junio y diciembre).
- ✓ Velar por el cumplimiento del “Programa de Resolutividad Orientaciones Técnico – Administrativas, Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)”

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 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. Finalmente, es MINSAL quien deberá aprobar el uso de dichos recursos.

b. **Otorrinolaringología:**

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

c. **Gastroenterología:**

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

La comuna deberá enviar mensualmente las nóminas ruficadas de pacientes atendidos en las distintas estrategias, incluyendo las compras de Servicio. ANEXO N° 2

d. **Tele 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 establecida por MINSAL, según la orientación técnica vigente, para el tratamiento de los pacientes, de acuerdo con la indicación entregada por el especialista. Esta canasta de fármacos debe estar disponible en todos los establecimientos de APS que utilizan la estrategia.

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

La comuna deberá resguardar lo siguiente:

- ✓ Programación de atenciones mensual.
- ✓ Velar por el cumplimiento de las orientaciones técnicas “para la optimización de la atención ambulatoria en la especialidad de dermatología con apoyo de telemedicina”, Resolución exenta N° 1198 del 28 de diciembre de 2015.
- ✓ Velar por el cumplimiento de los protocolos de referencia y contra referencia asegurando la continuidad de la atención.
- ✓ Que los pacientes atendidos por esta estrategia sean aquellos con mayor tiempo de antigüedad en lista de espera.
- ✓ Que los medicamentos considerados en la canasta se utilicen exclusivamente para Tele dermatología, para esto se proveerá de stock crítico que posteriormente se irá reponiendo según lo utilizado.
- ✓ Se entregue al servicio de salud, un reporte mensual de fármacos utilizados y saldos disponibles.

- ✓ Una vez terminado o escindido el convenio o la estrategia en la comuna, se deberá devolver el remanente de fármacos.

La nómina de personas en lista de espera para cada especialidad y que se constituirá en el universo a resolver para el cumplimiento de la meta, de acuerdo con la programación, será remitida por el Subdepartamento de Gestión de la Demanda y GES del Servicio de Salud, esta nómina será parte integrante del convenio.

e. **Médico Gestor de la Demanda:**

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 interniveles, 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 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.
  - Participar en reuniones técnicas con especialistas contralores del nivel secundario.
  - Enviar nómina mensualmente al servicio de salud con los registros de la contraloría realizada.
- ANEXO N° 3

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

Esta estrategia abarca los procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y de corta duración (intervenciones quirúrgicas de baja complejidad), realizados sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local y tras los que no se espera que existan complicaciones posquirúrgicas importantes.

En general, pueden abordarse en APS 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 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
- Onicectomia
- Fibromas.

La realización de biopsias diagnósticas, asociadas a las intervenciones descritas, deberán ser efectuadas por los médicos especialistas. Esta indicación no excluye el hecho de que todas las lesiones extirpadas a nivel de APS 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) mediante el Departamento de Inteligencia Hospitalaria.

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

**La comuna deberá resguardar:**

- ✓ La realización de los procedimientos en salas de procedimientos con autorización sanitaria vigente.
- ✓ Facilitar la actualización y capacitación de los médicos de APS que realizan los procedimientos.
- ✓ Los registros tanto de consentimiento informado y del procedimiento en ficha clínica del usuario.
- ✓ Contar con protocolos internos que resguarden la continuidad de la atención del procedimiento y seguimiento en caso de biopsias.
- ✓ Velar por el cumplimiento del "Manual de procedimiento, registro y envío de muestra de biopsias en Salas de Procedimientos Quirúrgicos de Baja Complejidad"
- ✓ La comuna deberá enviar nomina rutificada de pacientes atendidos mensualmente al referente técnico del programa resolutivez.

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 y 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

**SIXTA:**

El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria y cada Servicio de Salud:

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

- Trabajar en el Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA), la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando al 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 otros del Servicio de Salud.
- Propiciar la compra de las atenciones médicas aplicando economía de escala, logrando bajar precios por volúmenes de prestaciones y otorgando la posibilidad de reinvertir en otras prestaciones dentro del mismo Programa de Salud.
- 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 de Salud, el Encargado del Establecimiento:

- ✓ Mantener la adecuada gestión clínica administrativa del programa.
- ✓ Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa, lo que deberá ser reportado al Referente del Programa de Resolutivez, en forma mensual.
- ✓ Velar que las atenciones programadas para el presente año, se realicen de acuerdo a la nómina enviada por el Subdepto. Gestión de la demanda y GES, dicho Subdepto enviará mensualmente el reporte de las nóminas de pacientes en lista de espera actualizados en SIGTE, la comuna deberá guiarse por esta nomina para realizar las atenciones programadas para el año en curso.
- ✓ Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- ✓ Resguardar en la licitación de la compra de servicios de especialidad Oftalmología, dentro de las obligaciones del oferente, que en aquellas atenciones que originen una derivación para Procedimiento o Intervención Quirúrgica en el Hospital Base Valdivia, sean enviadas con la documentación correspondiente (Interconsulta u Orden de Ingreso) a Jefe SOME de dicho Establecimiento, para que sea ingresada directamente a la lista espera correspondiente, de igual modo, se deberá egresar de la

lista espera del establecimientos de origen, dado que ya fue atendido por especialista de la misma región.

- ✓ Mejorar los registros de Listas de Espera para cada especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud.
- ✓ Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.
- ✓ Cumplir con lo establecido en el manual de Proceso de registros de lista de espera no GES.
- ✓ Cumplir con las normas de registro de egresos administrativos de lista de espera No GES.
- ✓ Las personas que accedan a las prestaciones del programa deberán ser aquellas que se encuentren en lista de espera para la atención (registradas en repositorio nacional de lista de espera) y será en primera instancia aquellas que se encuentran en lista de espera prolongada (más de 120 días) y luego aquellas que tengan un tiempo inferior. No obstante, se debe considerar el criterio de prioridad clínica cuando corresponda.
- ✓ En el caso de que esta atención sea resuelta por el programa Resolutividad, el paciente egresado de la lista de espera, utilizando la causal que se indique en la norma técnica. En sistema Informático RAS Valdivia: debe ser seleccionado atención realizada por Resolutividad. En el caso de tele dermatología, debe ser seleccionado atención realizada por telemedicina.
- ✓ Cada establecimiento deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, SIGTE y plataforma web, según corresponda.

Será de carácter obligatorio el envío mensual de las nóminas de pacientes atendidos ya sea por el establecimientos o compras de servicio realizadas por la comuna. (enviar a referente técnico del SSV ) ANEXO N° 2

**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.

Los recursos asociados a este Programa financiaran exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

**La estrategia de Resolutividad 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 utilizados en dicha estrategia, adjuntando todos los antecedentes necesarios que avalan esta solicitud**

**Transferencia:**

- Los recursos serán trasferidos en dos cuotas: **70% contra resolución aprobatoria y el 30% restante en octubre**, de acuerdo a los resultados de la 2ª evaluación.

**Evaluación:**

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

▪ **La primera evaluación**, se efectuará con corte al **día 30 abril del año en curso** y envío de informe a encargado Programa de Salud nivel central al 15 de mayo del año en curso. Para dar cumplimiento a lo anterior el Establecimiento debe enviar un informe al Referente Técnico del Programa de Resolutividad del Servicio, detallando las comunas en convenio, horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicio adjudicadas, según formato **Anexo N° 4.**, antes del 04 de Mayo del 2020.

▪ **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al **31 de julio 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 septiembre del año en curso, si es que su cumplimiento es inferior al 50%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Peso final estrategia
------------	-----------	--------------------	-----------------------



1. Resolución Especialidades Ambulatorias: Peso relativo componente 80%	1.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología, otorrinolaringología y procedimientos gastroenterología.  Meta anual 100% cumplimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Numerador:</b> N° consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología realizadas por el Programa de Salud</li> <li>▪ <b>Denominador:</b> N° de consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología comprometidos en el Programa de Salud.</li> </ul>	20%
	1.2 Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y teledermatología.  Meta anual 100% cumplimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Numerador:</b> N° informes de consultas realizadas e informadas de tele oftalmología y teledermatología.</li> <li>▪ <b>Denominador:</b> N° de informes y consultas de tele oftalmología y tele dermatología programadas.</li> </ul>	20%
	1.3 Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causal 17* y 19* de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el SS en el SIGTE y acordada en este Programa de Salud.  Meta anual 100% cumplimiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Numerador:</b> N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causales 17* y 19* de LE dermatológica; todas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE.</li> <li>▪ <b>Denominador:</b> N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología.</li> </ul>	20%
	1.4 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 SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud.  Meta anual: 100% cumplimiento  Nota: considera LE comunal	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Numerador:</b> N° de pacientes egresados por causal 16*, 17* y 19* correspondiente a LE procedimiento fondo de ojo y por causal 16* correspondiente a LE procedimientos EDA; ambos de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE.</li> <li>▪ <b>Denominador:</b> N° de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología.</li> </ul>	20%
2. Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad. Peso relativo componente 20%	2.1 Cumplimiento de la actividad programada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Numerador:</b> N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados.</li> <li>▪ <b>Denominador:</b> N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados.</li> </ul>	10%
	2.2 Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE por procedimientos de cirugía menor ambulatoria, de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud.  Meta anual: 100% cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Numerador:</b> N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por SS en SIGTE.</li> <li>▪ <b>Denominador:</b> N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta.</li> </ul>	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 julio 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.

- La tercera evaluación y final, se efectuará con corte 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 con 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, quién determinará en última instancia 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 julio), podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente Programa de Salud.

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

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

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

#### **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 julio 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.

#### **INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN.**

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

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

- Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ consultas y procedimientos realizadas por el Programa de Salud}}{\text{N}^\circ \text{ de consultas y procedimientos comprometidos en el Programa de Salud}} * 100$$

- Medio de verificación numerador: REM A29.
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

**b. Indicador N° 2: Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y tele dermatología.**

- Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{N° informes de consultas realizadas e informadas}}{\text{N° de informes y consultas programadas}} * 100$$

- Medio de verificación numerador: plataforma web indicada por MINSAL y/o plataforma local.
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

**c. 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 causal 17\* y 19\* de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el SS en el SIGTE y acordada en este Programa de Salud.**

- Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causales 17* y 19* de LE dermatológica; todas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE}}{\text{N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología}}$$

- Medio de verificación numerador: SIGTE.
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

**d. Indicador N°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 SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud.**

- Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{N° de pacientes egresados por causal 16*, 17* y 19* correspondiente a LE procedimiento fondo de ojo y por causal 16* correspondiente a LE procedimientos EDA; ambos de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE}}{\text{N° de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología}} * 100$$

- Medio de verificación numerador: SIGTE.
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

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

**e. Indicador N°5: Cumplimiento de la actividad programada.**

- Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados (intervenciones quirúrgicas menores)}}{\text{N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados (intervenciones quirúrgicas menores)}}$$

- Medio de verificación numerador: REM A 29.
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

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

- Fórmula de cálculo:

$$\frac{\text{N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por SS en SIGTE}}{\text{N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta}} * 100$$

- Medio de verificación numerador: SIGTE.
- Medio de verificación denominador: Programación del Programa de Salud remitido desde MINSAL.

Nota: La lista de espera (LE) de mayor antigüedad deberá resolverse por el Programa de Salud, ésta se establecerá de la existente en cada comuna y establecimientos 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.

Por su parte, el Servicio evaluará el grado de cumplimiento conforme a las metas definidas en el Programa por cada establecimiento, de acuerdo al Indicador de Cumplimiento mencionado.

#### **SÉPTIMA:**

Los recursos asociados a este Programa se entregarán en dos cuotas, según se indica, los cuales permitirán financiar los gastos ejecutados desde el 01 de enero al 31 de diciembre del año 2020:

La primera cuota, correspondiente al 70% de los fondos por un monto de \$ 119.362.973.- (ciento diecinueve millones trescientos sesenta y dos mil novecientos setenta y tres pesos), una vez que se encuentre totalmente tramitado el acto administrativo que aprueba el convenio entre el Servicio de Salud y la Municipalidad que ejecuta el programa, se entregue dicho documento en el Ministerio de Salud y se recepcione la transferencia de recursos.

La segunda cuota correspondiente al 30% de los fondos por un monto de \$ 51.155.560.- (cincuenta y un millones ciento cincuenta y cinco mil quinientos sesenta pesos), se traspasará en el mes de Octubre conforme al grado de cumplimiento del Programa, de acuerdo a la evaluación señalada en la cláusula sexta y se recepcione transferencia de recursos desde el Ministerio de Salud, siendo condición necesaria para la transferencia, la entrega oportuna de los informes financieros y comprobantes de ingreso, lo anterior, de acuerdo a los requerimientos establecidos en Resolución N° 30 del 11 de marzo de 2015 de la Contraloría General de la República, que se detallan en la cláusula novena del presente instrumento.

Cabe mencionar que, para las cuotas establecidas en la presente cláusula, el Servicio de Salud se compromete a transferir los recursos en el mismo mes que son recepcionadas desde el Ministerio de Salud.

#### **OCTAVA:**

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la Ley N° 19.378, la Entidad Administradora de Salud Municipal, podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa ley, o bien a honorarios acorde a lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

#### **NOVENA:**

La Municipalidad deberá dar cumplimiento a las normas y procedimientos establecidos por la Contraloría General de la República en Resolución N° 30 del 11 de marzo de 2015, sobre rendición de cuentas, es decir:

1. Remitir Informe Financiero Mensual de gastos al Servicio de Salud, incluso respecto de aquellos meses en que no exista inversión de los fondos traspasados, dentro de los primeros quince (15) días hábiles siguientes al mes de ejecución, el que deberá señalar, el monto de los recursos recibidos en el mes, el detalle de los gastos e inversiones realizadas y el saldo disponible del periodo.
2. Al finalizar la vigencia y en caso de existir saldo, éste se deberá depositar en cuenta corriente del Servicio de Salud Valdivia N° 72109121054 Banco Estado y adjuntar a Rendición de Cuenta Final el comprobante de dicho depósito, salvo que en los convenios celebrados quede reflejado expresa y excepcionalmente la posibilidad que los saldos de dichos recursos serán utilizados para dar continuidad a los programas de salud, efecto para el cual se deberá celebrar el convenio complementario respectivo.
3. Remitir en un plazo máximo de 15 días a contar de la fecha de realización de la transferencia, al Subdepartamento de Recursos Financieros del Servicio de Salud Valdivia, copia del comprobante de ingreso mediante el cual, la Municipalidad recepcionó la entrega de los fondos señalados en este convenio. Por lo anterior, y con el fin de monitorear, controlar y asegurar la oportuna entrega de recursos a la Entidad Administradora de Salud Municipal (Departamento de Salud), la Municipalidad deberá adjuntar al documento anterior, copia de: Decreto de Pago Municipal y Comprobante de Ingresos del Departamento de Salud Municipal.

La Municipalidad deberá utilizar formato de "informe financiero" señalado en Resolución Exenta N° 3332 de fecha 20 de agosto de 2015, a través del cual podrán presentar únicamente gastos pertinentes, de acuerdo a los objetivos, estrategias y/o actividades contempladas en el programa y que previo a su ejecución, hayan sido validados por el Referente Técnico del Servicio de Salud.

Sin perjuicio de lo anterior y con el objeto de velar por la correcta utilización de los recursos públicos, la Unidad de Recursos Financieros APS, del Sub-Departamento de Recursos Financieros del Servicio de Salud



Valdivia, podrá realizar revisiones mensuales en terreno de forma aleatoria por programa y por municipio, de acuerdo a planificaciones trimestrales, las cuales contemplan los doce Municipios de la Región de Los Ríos, además podrá solicitar documentación de respaldo adicional que sustente los gastos, en soporte papel o soporte electrónico.

**DÉCIMA:**

El "Servicio", podrá requerir a la "Municipalidad", los datos e informes relativos a la ejecución del "Programa" y sus estrategias, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo, sea por instancias de línea operativa como de Asesoría y Control Interno, para cuyos efectos el Municipio y establecimientos de salud relacionados deberán prestar su más amplia y oportuna colaboración.

Asimismo, el "Servicio" deberá impartir pautas técnicas y financieras para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos, estrategias y/o actividades del presente convenio.

Los Referentes Técnicos del programa, a nivel de Servicio, se reservan el derecho de rechazar todo aquel gasto que no tenga relación directa con las actividades contempladas en el convenio, o que no hayan sido previamente autorizados por el Referente Técnico del Servicio de Salud, acorde a lo estipulado en la cláusula novena.

**DÉCIMA PRIMERA:**

Será responsabilidad de la Municipalidad, velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en las diferentes unidades de salud. Lo anterior, independiente de las atribuciones que le competen al Servicio de Salud Valdivia, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar, en términos aleatorios el departamento que para tales efectos se designe, instancia que contará con plenas facultades para llevar a cabo dicha fiscalización.

**DÉCIMA SEGUNDA:**

El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este convenio se señala. Por ello, en caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados para los efectos de este convenio, esta deberá asumir el mayor gasto que involuere su ejecución.

**DÉCIMA TERCERA:**

Finalizado el periodo de vigencia anual del presente convenio y en el caso que la comuna no haya cumplido con el 100% de la ejecución de los fondos del programa para el año respectivo, la Municipalidad procederá a reintegrar al Servicio de Salud dichos saldos, en los términos señalados en la cláusula novena.

**DÉCIMA CUARTA:**

El presente convenio tendrá vigencia para su ejecución, desde el 01 de enero al 31 de diciembre de 2020 y para la entrega del informe financiero final, los primeros quince (15) días hábiles del mes siguiente.

**DÉCIMA QUINTA**

El presente convenio se firma en tres ejemplares, quedando uno en poder Oficina de Partes del Servicio de Salud, un ejemplar en la Unidad de Gestión de Recursos - Depto de Administración y Gestión de la Información y un ejemplar al Depto APS y Redes Ambulatorias ambas de la División de Integración de Redes - Subsecretaría de Redes Asistenciales. Por su parte, el Servicio de Salud se compromete a enviar copia de este documento a la Municipalidad respectiva.

En comprobante firman:

  
  
ALDO RODRÍGUEZ PINUER SOLÍS  
ALCALDE  
I. MUNICIPALIDAD DE LA UNIÓN

  
VÍCTOR HUGO JARAMILLO SALGADO  
DIRECTOR  
SERVICIO DE SALUD VALDIVIA



ANEXO I

PROCESOS REFERENCIALES, AÑO 2020

OFTALMOLOGICA

GLOSA	CTDAD.	FREC.	TARIFA REFERENCIAL \$	COSTO TOTAL \$
Neurólogo Medico Integral de Especialidades en Oftalmología	2	20%	19.761	7.904
Neurólogo Medico Integral de Especialidades en Oftalmología	1	80%	19.761	15.809
	1,2	80%	14.239	13.669
	12	20%	1.410	3.383
<b>TOTAL \$</b>				<b>40.765</b>

CANASTA INTEGRAL OTORRINOLOGIA

GLOSA	CTDAD.	FREC.	TARIFA REFERENCIAL \$	COSTO TOTAL \$
Especialidades en Otorrino	2	80%	19.761	31.617
Especialidades en Otorrino	1	20%	19.761	3.952
	1	35%	9.413	3.295
	1	40%	8.210	3.284
	1	30%	291.962	87.588
	1	5%	23.611	1.181
	1	20%	6.876	1.375
Trigüinoso (3 Meses)	3	5%	13.752	2.063
<b>TOTAL \$</b>				<b>134.355</b>



CANASTA INTEGRAL DERMATOLOGIA

Medicamento	Presentación	Posología	cantidad por mes	duración tratamiento (Meses)	Total	FRECUENCIA	FREC. Del total derivaciones	Total necesario	Costo unitario	Costo TOTAL	costo total + iva
unguento	pomo 25grs	1 vez día	2	6	12	100%	10%	1,2	450	540	659
unguento	pomo 25grs	2 veces día	4	6	24	100%		2,4	450	1.080	1.319
retirizina 5 mg	comprimido	1 cada 24horas	30	6	180	50%		9	22	199	243
	comprimidos	1 cada 24horas	30	6	180	50%	10%	9	57	513	626
	pomo 250 grs	2 veces día	1	6	6	100%		0,6	2.250	1.350	1.648
aducir a 3 meses)	pomo 50 grs	2 VECES	5	3	15	100%		1,5	680	1.020	1.245
	comprimido	2 VECES	60	3	180	100%		27	94	2.538	3.099
el	Pomo 20 grs	1 vez día	1	6	6	100%	15%	0,9	4.795	4.316	5.269
el	Pomo 20 grs	1 vez día	1	3	3	100%	5%	0,15	4.795	719	878
	comprimido	1 SEMANAL	4	6	24	50%		1,8	90	162	198
	comprimido	1 vez día	30	6	180	50%	15%	13,5	132	1.782	2.176
	pomo 20grs	2 DIAS	2	1	2	100%		0,2	10.990	2.198	2.684
	comprimido	1 DIA	30	1	30	50%	10%	1,5	132	198	242
	pomo	1 vez día	1	3	3	100%	8%	0,225	2.990	673	821
	comprimido 100	1 VES	30	3	3	100%	6%	0,18	94	17	21
	pomo	1 vez día	1	3	3	100%		0,18	2.990	538	657
	POMO 20 GRS	2 VECES	1	1	1	50%		0,025	900	23	27
	POMO 20	2 VECES	2	10	20	50%	5%	0,5	2.660	1.330	1.624
ina	comprimido	1 vez día	30	0,3	9	50%		0,225	22	5	6
	pomo 250 grs	2 veces	1	6	6	100%	10%	0,6	2.250	1.350	1.648
	pomo 50 grs	2 VECES	5	0	0	100%		0	680	-	-
<b>TOTAL \$</b>										20.550	25.090



**EGRAL GASTROENTEROLOGIA (ERRADICACIÓN HELICOBACTER PYLORI)**

DESCRIPCIÓN	CTDAD.	FREC.	TARIFA REFERENCIAL \$	COSTO TOTAL \$
incluye esofagoscopia)	1	100%	68.203	68.203
elicobacter pylori) o similar	1	100%	11.026	11.026
corriente de biopsia o)	1	100%	23.153	23.153
<b>TOTAL \$</b>				<b>102.382</b>

**UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA OFTALMOLOGICA (UAPO)**

**TARIFA OPERACIÓN**

DETALLE	TOTAL AÑO \$
	6.223.873
	14.143.125
(RS)	12.554.546
	3.441.630
<b>TOTAL \$</b>	<b>36.363.174</b>

**TARIFA OPERACIÓN UAPO + 22 HRS TM**

DETALLE	TOTAL AÑO \$
TPM 44	6.223.873
TM 66	21.214.681
OFTALMOLOGO (11 HRS)	12.554.546
INSUMOS	3.441.630
<b>TOTAL \$</b>	<b>43.434.730</b>

**TARIFA IMPLEMENTACIÓN**

CONCEPTO	TOTAL \$



ÁTICO	1.411.174
	8.819.839
	399.368
A	7.055.871
	1.259.473
AS CAJA DE LENTES	435.644
DIRECTO	1.411.174
RECTO	564.469
	491.090
	2.851.492
OTIPOS	2.376.244
IS	252.933
UENTOS DE PRISMAS	712.872
A	158.415
CA	18.877.114
	2.737.678
<b>TOTAL \$</b>	<b>49.814.853</b>

ANO	1.299.839
AL	649.920
DA	105.678
ERMATOLOGICO	7.550

**LENTES Y FÁRMACOS**

LENTES	14.239
FARMACOS GLAUCOMA	8.931
LAGRIMAS ARTIFICIALES	1.374
FONDO DE OJO	1.619

**INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE BAJA COMPLEJIDAD**

INSTRUMENTAL	6.813.206
COSTO CIRUGIA	25.740

**PRIMARIA OTORRINOLARINGOLOGICA (UAPORRINO)**



**TARIFA OPERACIÓN**

DETALLE	TOTAL AÑO \$
	6.229.945
5)	14.095.332
22 HRS)	7.047.666
LOGO (11 HRS)	12.880.965
	3.441.630
<b>TOTAL \$</b>	<b>43.695.537</b>

**TARIFA IMPLEMENTACIÓN**

CONCEPTO	TOTAL \$
	19.022.040
	317.034
	5.812.290
	3.910.086
	4.755.510
OTOACUSTICAS	5.812.290
	190.220
O DE AIRE	5.495.256
	7.080.426
IFO	25.362.720
	2.668.302
<b>TOTAL \$</b>	<b>80.426.174</b>

**CANASTA FARMACOLOGICA**



OSAS	CTDAD (MESES)	FREC.	TARIFA REFERENCIAL \$	COSTO TOTAL \$
vacino).	1	5%	12.681	634
	12	1%	2.114	254
comprimidos.	12	15%	3.487	6.277
lonasales como cina, xilometasolina,	1	5%	1.057	53
en inhaladores.	12	15%	4.121	7.419
	3	10%	10.568	3.170
le protones	8	10%	6.541	5.073
<b>TOTAL \$</b>				<b>22.879</b>

**AUDIFONOS**

	179.653
--	---------

**CLIMATERIO**

OGICA	14.770
OLICULO ESTIMULANTE (FSH)	4.380
AGINAL O TRANSRECTAL	11.920







