I. Municipalidad de Los Lagos
Departamento de Salud
Región de Los Ríos

**APRUEBA CONVENIO ENTRE SERVICIO DE SALUD VALDIVIA E ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LOS LAGOS, RELATIVO A PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN APS AÑO 2017.**

**LOS LAGOS,** 18 MAYO 2017

**VISTOS:** Estos antecedentes, Convenio suscrito con fecha 28/04/2017, entre Servicio de Salud Valdivia y la Ilustre Municipalidad de Los Lagos, relativo a Programa Resolutividad en APS año 2017, aprobado por Resolución Exenta número 2391 de 03/05/2017, y las necesidades del Servicio.

**TENIENDO PRESENTE:** Lo dispuesto en la Ley 19.378/95, Estatuto de APS Municipalizada y las atribuciones que me confiere la Ley 18.695/88 Orgánica Constitucional de Municipalidades y sus modificaciones posteriores.

**DECRETO EXENTO NRO.** 000316 /

1.- Aprueba Convenio suscrito con fecha 28/04/2017, entre Servicio de Salud Valdivia y la Ilustre Municipalidad de Los Lagos, relativo a Programa Resolutividad en APS año 2017, por un monto de $ 76.295.519 ( setenta y seis millones doscientos noventa y cinco mil quinientos diez y nueve pesos).

2.-Apruebese el siguiente desglose presupuestario del mismo:

| CATEGORIA | MONTO($) |
|---|---|
| UAPO | $51.176.719 |
| Otorrino | $12.391.400 |
| Tele dermatología | $100.000 |
| Gastroenterología | $4.900.000 |
| Médico Gestor de la Demanda | $600.000 |
| Intervenciones Quirúrgicas de Baja Complejidad | $7.127.400 |
| Total | $76.295.519 |

3.-Imputese el gasto por convenios de salud a la cuenta 111.02.00.000.000.00C.002, del presupuesto vigente departamento de salud 2017.

**ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.**

**M.SOLEDAD ESPINOZA MUNITA**
**SECRETARIA MUNICIPAL**

**Vº Bº CONTROL**

**SAMUEL TORRES SEPULVEDA**
**ALCALDE**

STS/SEM/CFB/mlgp
dsloslagos@gmail.com
**Distribución:**
1. Archivo Oficina de Partes
2. Archivo Departamento de Salud
3. Archivo Convenio
4. Archivo Finanzas DESAM.
5. Oirs

1062728

SERVICIO DE SALUD VALDIVIA
Depto. Jurídico: 893
CPA/DVF/CST/cst

DEPARTAMENTO DE SALUD Lagos
17 MAYO 2017
OFICINA DE PARTES
TRAMITADO

SERVICIO DE SALUD Asesor Jurídico VALDIVIA

**RESOLUCION EXENTA N° 2391 *03.05.2017**

**VALDIVIA,**

**VISTOS:** estos antecedentes: Resolución Exenta N° 7002 de fecha 28 de diciembre de 2016, de este Servicio de Salud Valdivia; Resolución Exenta N° 1208 de fecha 16 de noviembre de 2016, de Ministra de Salud, que aprueba Programa Resolutividad en APS; Resolución Exenta N° 106 de fecha 23 de enero de 2017, de Ministra de Salud que asigna recursos al Programa "Resolutividad en APS año 2017; Ordinario N° 116 de fecha 09 de marzo de 2017 de Jefe (S) Subdepartamento Recursos Financieros del Servicio de Salud, dirigido a Asesor Jurídico para solicitar la elaboración de convenios Programa Resolutividad en APS año 2017; Convenio suscrito con fecha 28 de abril de 2017, entre el Servicio de Salud Valdivia y la I. Municipalidad de Los Lagos; 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°19.800 Sobre Bases de los Procedimiento Administrativos que rigen los Actos de los órganos de la Administración del Estado; los Decretos Supremos N°s 140 de 2004 y 01 de 2015, ambos del Ministerio de Salud, dicto la siguiente:

## RESOLUCIÓN

1°) **APRUÉBASE** el convenio suscrito con fecha 28 de abril de 2017, entre el Servicio de Salud Valdivia y la Ilustre Municipalidad de Los Lagos, relativo al Programa **Resolutividad en APS año 2017**, 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 artículo 6° del Decreto Supremo N° 35 de fecha 26 de diciembre de 2016 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°1208 de fecha 16 de noviembre de 2016.** 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 Subdepartamento 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: Especialidades Ambulatorias:**
   - Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)
   - 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 **$ 76.295.519.- (setenta y seis millones doscientos noventa y cinco mil quinientos diecinueve pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en el presente convenio.

SERVICIO DE SALUD Asesor Jurídico VALDIVIA

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:

| Comuna | N° | Componente | Estrategia | Actividad | N° de Actividades o Meta | Monto ($) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Total | Total |
| LOS LAGOS | 1 | ESPECIALIDADES AMBULATORIAS | UAPO | Actividad Oftalmólogo | | 51.176.719 |
| | | | | N° Consultas VR | 60 | |
| | | | | N° Consultas nuevas Glaucoma | 80 | |
| | | | | N° Controles Glaucoma | 20 | |
| | | | | N° Otras Consultas | 340 | |
| | | | | Subtotal Act. Oftalmólogo | 500 | |
| | | | | Actividad Tecnólogo Medico | | |
| | | | | N° Consultas VR | 450 | |
| | | | | Otras | 50 | |
| | | | | N° Fondos de Ojos | 2.469 | |
| | | | | N° Lentes | 490 | |
| | | | | N° fármacos Glaucoma Anual | 1.200 | |
| | | | | N° Lubricantes Oculares | 960 | |
| | | | Otorrino | N° Canastas Integrales Otorrinolaringología | 100 | 12.391.400 |
| | | | Teledermatología | Cámara Fotográfica | 1 | 100.000 |
| | | | Gastroenterología | N° procedimientos | 50 | 4.900.000 |
| | | | Medico Gestor de la Demanda | Medico Gestor de la Demanda | 1 | 600.000 |
| | | | **Total, Componente 1** | | | **69.168.119** |
| | 2 | PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD | Intervenciones Quirúrgicas de Baja Complejidad | N° Procedimientos | 300 | 7.127.400 |
| | | | **Total, Componente 2** | | | **7.127.400** |
| | TOTAL PROGRAMA ($) | | | | | 76.295.519 |

**Canasta y valores referenciales en anexo 1.**

**Componente:**

a. **Canasta Integral oftalmología.**
En resolución del programa detalla canastas de prestaciones, diagnósticos y grupos etáreo a resolver.

b. **Otorrinolaringología:**
En resolución del programa detalla canastas de prestaciones, diagnósticos y grupos etáreo a resolver.

c. **Gastroenterología:**

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

d. **Teledermatologia:**

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

SERVICIO DE SALUD Asesor Jurídico VALDIVIA

La comuna deberá resguardar lo siguiente:

- Disponibilidad de horas médicas y de personal administrativo mensualmente para la ejecución de la estrategia.
- Que el personal reciba la capacitación pertinente en la estrategia.
- 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 Teledermatologia**, 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.
- Dar las facilidades pertinentes para que, cuando eventualmente se requiera, el dermatólogo pueda realizar actividades presenciales en el establecimiento

e. **Medico Gestor de la Demanda:**

Preferentemente debe ejecutar el cargo un médico de familia, su objetivo está orientado a mejorar la atención integral de los usuarios haciendo efectiva la integración de las redes asistenciales, en aspectos de referencia y contra referencia, de solicitud de interconsulta (SIC), exámenes diagnósticos y/o terapéuticos y toda otra necesidad de atención inter niveles mediante el uso racional de los recursos de especialidades para resolver integralmente las atenciones. Especial esfuerzo deberá realizarse en potenciar las consultorías y reuniones clínicas que aporten mejoría de capacidad diagnostica a los equipos de salud.

Dentro de las funciones deberá:

- Manejar y difundir en la red local protocolos y flujogramas de derivación de patologías según compromisos y requerimientos de su red.
- Tomar conocimiento, revisar y validar las SIC originadas en la microred e ingresadas al módulo de listas de espera.
- Colaborar en la reformulación de SIC mal emitidas y orientar su correcta emisión.
- Recoger y gestionar contra referencias (informes proceso diagnostico IPD) para su seguimiento.
- Recoger las SIC no pertinentes devueltas desde especialidades y reorientar la atención de los usuarios.
- Participar en reuniones técnicas con especialistas contralores del nivel secundario.
- Liderar el proceso de gestión de solicitudes de interconsultas emitidas en el establecimiento.
- Funciones medico gestor de la Demanda - Anexo N°5.

**Componente2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad**

- Los procedimientos realizados en esta estrategia son aquellos de baja complejidad y de corta duración, siendo lesiones benignas menores de 3 cms de diámetro.
- **Los tipos de intervenciones a realizar se encuentran definidos en las orientaciones del programa.**

La comuna deberá resguardar:

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

**SEXTA:**

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

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

Trabajar en el Consejo Integrador de la Red Asistencial, la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando a este Consejo a los equipos técnicos de los Servicios de Salud encargados de los temas para definir claramente los criterios de referencia.

Incorporar las actividades del Programa a la planificación del establecimiento, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme demanda y oferta.

Procurar que las prestaciones realizadas por el programa efectivamente signifiquen un aumento real en la oferta de horas de especialidad y no se superpongan con actividades habituales de los prestadores, cuando dichas actividades son realizadas por los mismos profesionales del establecimiento u otro del Servicio de Salud.

Propiciar la compra de las atenciones médicas aplicando economía de escala, logrando bajar precios por volúmenes de prestaciones y otorgando la posibilidad de reinvertir en otras prestaciones dentro del mismo programa.

Realizar auditorías técnicas.

- La canasta integral del componente Resolución de Especialidades Ambulatorias constituye una referencia y asegura el acceso a prestaciones requeridas. No obliga a otorgar la totalidad de las prestaciones, pues la frecuencia es referencial.
- Para las prestaciones realizadas por compra de servicios, se debe resguardar que el registro de la atención sea incorporado en el historial clínico del usuario.
- En relación al Sistema de registro de este Programa, los establecimientos estarán encargados de:

✓ Mantener la adecuada gestión clínico administrativa del programa.

✓ **Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa, que deberá ser reportado a la unidad de gestión de la información, en forma mensual.**

✓ Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de Las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.

✓ Resguardar en la licitación de la compra de servicios de especialidad Oftalmología, dentro de las obligaciones del oferente, que en aquellas atenciones que originen una derivación para Procedimiento o Intervención Quirúrgica en el Hospital Base Valdivia, sean enviadas con la documentación correspondiente( Interconsulta u Orden de Ingreso) a Jefe SOME de dicho Establecimiento, para que sea ingresada directamente a la lista espera correspondiente, de igual modo, se deberá egresar de la lista espera del establecimientos de origen, dado que ya fue atendido por especialista de la misma región.

✓ Mejorar los registros de Listas de Espera para cada especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud.

✓ Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.

✓ Cumplir con lo establecido en el manual de Proceso de registros de lista de espera no GES.

✓ Cumplir con las normas de registro de egresos administrativos de lista de espera No GES.

✓ Las personas que accedan a las prestaciones del programa deberán ser aquellas que se encuentren en lista de espera para la atención (registradas en repositorio nacional de lista de espera) y será en primera 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, RNLE y plataforma web, según corresponda.

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

*La nómina de usuarios priorizados en la atención de cada una de las estrategias del programa será entregada por la encargada de lista de espera No GES del Servicio de Salud, vía correo electrónico.*

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.

O DE SAL
Asesor Jurídico
VALDIVIA

**Transferencia:**

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

**Evaluación:**

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

- **La primera evaluación,** se efectuará con corte al día **30 de abril de 2017** y envío de informe a encargado de programa del Servicio de Salud el 5 de mayo. en esta evaluación se requerirá el envío de un informe detallando las comunas en convenio, horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicios adjudicadas, según formato **Anexo N°2**.
- **La segunda evaluación,** se efectuará con corte al **31 de agosto de 2017.** De acuerdo a los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 50%, de acuerdo al siguiente cuadro:

| COMPONENTE | INDICADOR | FÓRMULA DE CÁLCULO | META ANUAL | PESO RELATIVO ESTRATEGIA | PESO RELATIVO COMPONENTE |
|---|---|---|---|---|---|
| Especialidades Ambulatorias | Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmológica, Otorrinolaringológica y Procedimientos Gastroenterología | Numerador: N° de consultas y procedimientos realizadas por el Programa Denominador: N° de consultas y procedimientos comprometidas en el Programa | 100% | 30% | 90% |
| | Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y teledermatología. | Numerador: N° de informes y consultas comprometidas Denominador: N° de informes y consultas programadas | 100% | 20% | |
| | % de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acorada en el convenio. Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS dependiente del Servicio de Salud en relación a los diagnósticos que borda el programa. | Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondientes a LE Oftalmológica, otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el servicio de salud en el RNLE y acordada en convenio vigente Denominador: N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud. | 100% | 30% | |
| | % de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud | Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondientes a LE procedimiento de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud | 100% | 20% | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | en el RNLE y acordada en el convenio.<br>Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS dependiente del Servicio de Salud | en el RNLE y acordada en el convenio<br>Denominador: N° de procedimiento de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta programados como oferta de especialidad de oftalmología y Gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud | | | |
| Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad | Indicador: Cumplimiento de actividad programada | Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados * 100<br>Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos | 100% | 50% | 10% |
| | % de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el servicio de salud en el RNLE y acordada en convenio.<br>Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS dependiente del Servicio de Salud | Numerador: Número de pacientes egresado por causal 16, correspondiente a LE por procedimiento de cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por el servicio de salud en el RNLE y acordada en convenio<br>Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud. | 100% | 50% | |

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

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

- **La tercera evaluación** y final, se efectuará al 31 de diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

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

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos para recibir el total de recursos anuales, en el evento que a la fecha de corte definido no se cumpla con lo requerido y el signifique la reliquidación de los recursos asignados, podrá la comuna, excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, apelar de la reliquidación a la Dirección 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 al MINSAL la no reliquidación del programa. Finalmente, MINSAL determinara si procede o no aceptar solicitudes de no reliquidación.

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

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

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

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

SERVICIO DE SALUD Asesor Jurídico VALDIVIA

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 octubre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente.

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

Cada Servicio de Salud deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM por parte de los establecimientos respectivos.

- Se requiere el **envío mensual** de los pacientes atendidos en el programa. El envío, antes del día 5 de cada mes de planilla (formato anexo N°3, 4 y 6),
- Componente UAPO, se requerirá en el último corte evaluativo envío de informe final de acciones realizadas durante el año e impacto comunal.

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

1. *Indicador: Cumplimiento de la actividad Proyectada en consulta Oftalmológica, Otorrinolaringológica y Procedimiento Gastroenterología.*

**Fórmula de cálculo:**

$$\frac{\text{N° de consultas y procedimientos realizadas por el Programa}}{\text{N° de consultas y procedimientos comprometidas en el Programa}} * 100$$

**Medio de verificación:** (REM / Programa)

2. *Indicador: Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y Teledermatologia*

**Fórmula de cálculo:**

$$\frac{\text{N° de informes y consultas comprometidas}}{\text{N° de informes y consultas programadas}} * 100$$

**Medio de verificación:** -(Plataforma Web Minsal (Teledermatologia.redsalud.gov.cl) y/o plataforma local servicio de salud/programa).
-(Plataforma Web Minsal (Teleoftalmologia.cl) y/o plataforma servicio de salud/programa).

3. *Indicador: % de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica, otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el servicio de salud en el RNLE y acordada en el convenio.*

**Fórmula de cálculo:**

$$\frac{\text{N° de pacientes egresados por causal 16 correspondientes a LE Oftalmológica, otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el servicio de salud en el RNLE y acordada en convenio vigente}}{\text{N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud.}} *100$$

**Medio de verificación:** (RNLE)

4. *Indicador: % de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio.*

**Fórmula de cálculo:**

N° de pacientes egresados por causal 16 correspondientes a LE procedimiento de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio * 100
N° de procedimiento de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta programados como oferta de especialidad de oftalmología y Gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud

**Medio de verificación:** (RNLE)

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

- *Indicador: Cumplimiento de actividad programada*

**Fórmula de cálculo:**

Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados * 100
Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos

**Medio de verificación:** (REM / Programa).

- ***Indicador: % de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el servicio de salud en el RNLE y acordada en convenio.***

**Fórmula de cálculo:**

Número de pacientes egresado por causal 16, correspondiente a LE por procedimiento de cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por el servicio de salud en el RNLE y acordada en convenio * 100
N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud.

**Medio de verificación:** (REM / Programa).

**Nota:** la lista de espera usada como línea base corresponderá a la existente al corte de 31/10/2016. La antigüedad a resolver por el programa se establecerá de la existente en cada comuna y establecimientos de APS dependientes del Servicio de salud, cuya fecha de ingreso deberá ser igual o anterior al año 2015. Solo en caso de no tener lista de dicha de antigüedad podrá abordar la lista más reciente. La validación de los egresos requerirá cumplir con la publicación de los registros de responsabilidad.

**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 2017**:

La primera cuota, correspondiente al **70%** de los fondos por un monto de **$ 53.406.863.- (cincuenta y tres millones cuatrocientos seis mil ochocientos sesenta 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 **$ 22.888.656.- (veintidós millones ochocientos ochenta y ocho mil seiscientos cincuenta y seis 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.
Sin perjuicio de lo anterior, excepcionalmente y en forma fundada, las partes podrán de común acuerdo – mediante la suscripción de los actos administrativos correspondientes – previo al término de vigencia del presente convenio, dar continuidad por una vez durante la anualidad siguiente al cumplimiento de las metas del programa de salud materia de este convenio, el que no deberá superar a 6 meses. La petición de la utilización de estos saldos por parte de la Municipalidad para los fines antes previstos se debe realizar hasta el día **01 de octubre del año respectivo**, considerándose éste, como último día de recepción de solicitudes formales.

**DÉCIMA CUARTA:**
El presente convenio tendrá vigencia para su ejecución, desde el **01 de enero al 31 de diciembre de 2017** 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 - Subsecretaria de Redes Asistenciales. Por su parte, el Servicio de Salud se compromete a enviar copia de este documento a la Municipalidad respectiva.

2) **DÉJESE SIN EFECTO** la Resolución Exenta N° 7002 de fecha 28 de diciembre de 2016, de esta Dirección, que aprueba Programa Resolutividad en APS, a contar de la fecha dictación de la presente Resolución.

3°) **IMPÚTESE** el gasto que se origina del presente convenio al item presupuestario 24-03-298 "Atención Primaria, Ley N° 19.378" del Presupuesto de Gastos – año 2017 del Servicio de Salud Valdivia.

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.**

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

**INCL.:** Antec.

**DISTRIBUCIÓN:**
- U. de Gestión de Recursos _ Departamento de Administración y Gestión de la Información, División de Integración de Redes, Subsecretaria de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- Departamento de APS y Redes Ambulatorias, División de Integración de Redes, Subsecretaria de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud
- I. Municipalidad de Los Lagos
- Subdirección de Gestión Asistencial, SSV.
- Subdepto. Recursos Financieros – U. Recursos Financieros de la APS, SSV. **(1 copia)**
- Departamento Jurídico – Convenios APS, SSV. **(copia sistema)**
- Oficina de Partes, SSV

SERVICIO DE SALUD VALDIVIA
Depto. Jurídico: 881
CPA/DVF/CST/cst

SERVICIO DE SALUD Asesor Jurídico VALDIVIA

# CONVENIO
## PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS – AÑO 2017

## SERVICIO DE SALUD VALDIVIA – I. MUNICIPALIDAD DE LOS LAGOS

En Valdivia, a 28 ABR. 2017 .....entre el Servicio de Salud Valdivia, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Chacabuco N° 700, Valdivia, representado por su Director Dr. Patricio Rosas Barrientos, del mismo domicilio, en adelante el **"Servicio"** y la Ilustre Municipalidad de Los Lagos, Registro Persona Jurídica N° 7, del 27 de enero de 2004, domiciliada en San Martín N° 1, Los Lagos, representada por su Alcalde Don Samuel Torres Sepúlveda 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 artículo 6° del Decreto Supremo N° 35 de fecha 26 de diciembre de 2016 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°1208 de fecha 16 de noviembre de 2016.** 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 Subdepartamento 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: Especialidades Ambulatorias:**
   - Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)
   - 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 **$ 76.295.519.- (setenta y seis millones doscientos noventa y cinco mil quinientos diecinueve 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:

| Comuna | N° | Componente | Estrategia | Actividad | N° de Actividades o Meta | Monto ($) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Total | Total |
| LOS LAGOS | 1 | ESPECIALIDADES AMBULATORIAS | UAPO | Actividad Oftalmólogo | | 51.176.719 |
| | | | | N° Consultas VR | 60 | |
| | | | | N° Consultas nuevas Glaucoma | 80 | |
| | | | | N° Controles Glaucoma | 20 | |
| | | | | N° Otras Consultas | 340 | |
| | | | | Subtotal Act. Oftalmólogo | 500 | |
| | | | | Actividad Tecnólogo Medico | | |
| | | | | N° Consultas VR | 450 | |
| | | | | Otras | 50 | |
| | | | | N° Fondos de Ojos | 2.469 | |
| | | | | N° Lentes | 490 | |
| | | | | N° fármacos Glaucoma Anual | 1.200 | |
| | | | | N° Lubricantes Oculares | 960 | |
| | | | Otorrino | N° Canastas Integrales Otorrinolaringología | 100 | 12.391.400 |
| | | | Teledermatología | Cámara Fotográfica | 1 | 100.000 |
| | | | Gastroenterología | N° procedimientos | 50 | 4.900.000 |
| | | | Medico Gestor de la Demanda | Medico Gestor de la Demanda | 1 | 600.000 |
| | | | **Total, Componente 1** | | | **69.168.119** |
| | 2 | PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD | Intervenciones Quirúrgicas de Baja Complejidad | N° Procedimientos | 300 | 7.127.400 |
| | | | **Total, Componente 2** | | | **7.127.400** |
| | TOTAL PROGRAMA ($) | | | | | 76.295.519 |

**Canasta y valores referenciales en anexo 1.**

**Componente:**

a. **Canasta Integral oftalmología.**
En resolución del programa detalla canastas de prestaciones, diagnósticos y grupos etáreo a resolver.

b. **Otorrinolaringología:**
En resolución del programa detalla canastas de prestaciones, diagnósticos y grupos etáreo a resolver.

c. **Gastroenterología:**
En resolución del programa detalla canastas de prestaciones, diagnósticos y grupos etáreo a resolver.

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

La comuna deberá resguardar lo siguiente:
- Disponibilidad de horas médicas y de personal administrativo mensualmente para la ejecución de la estrategia.

- Que el personal reciba la capacitación pertinente en la estrategia.
- 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 Teledermatologia,** 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.
- Dar las facilidades pertinentes para que, cuando eventualmente se requiera, el dermatólogo pueda realizar actividades presenciales en el establecimiento

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

Dentro de las funciones deberá:
- Manejar y difundir en la red local protocolos y flujogramas de derivación de patologías según compromisos y requerimientos de su red.
- Tomar conocimiento, revisar y validar las SIC originadas en la microred e ingresadas al módulo de listas de espera.
- Colaborar en la reformulación de SIC mal emitidas y orientar su correcta emisión.
- Recoger y gestionar contra referencias (informes proceso diagnostico IPD) para su seguimiento.
- Recoger las SIC no pertinentes devueltas desde especialidades y reorientar la atención de los usuarios.
- Participar en reuniones técnicas con especialistas contralores del nivel secundario.
- Liderar el proceso de gestión de solicitudes de interconsultas emitidas en el establecimiento.
- Funciones medico gestor de la Demanda - Anexo N°5.

**Componente2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad**
- Los procedimientos realizados en esta estrategia son aquellos de baja complejidad y de corta duración, siendo lesiones benignas menores de 3 cms de diámetro.
- **Los tipos de intervenciones a realizar se encuentran definidos en las orientaciones del programa.**

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

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

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

Trabajar en el Consejo Integrador de la Red Asistencial, la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando a este Consejo a los equipos técnicos de los Servicios de Salud encargados de los temas para definir claramente los criterios de referencia.

Incorporar las actividades del Programa a la planificación del establecimiento, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme demanda y oferta.

Procurar que las prestaciones realizadas por el programa efectivamente signifiquen un aumento real en la oferta de horas de especialidad y no se superpongan con actividades habituales de los prestadores, cuando dichas actividades son realizadas por los mismos profesionales del establecimiento u otro del Servicio de Salud.

Propiciar la compra de las atenciones médicas aplicando economía de escala, logrando bajar precios por volúmenes de prestaciones y otorgando la posibilidad de reinvertir en otras prestaciones dentro del mismo programa.

Realizar auditorías técnicas.

SERVICIO DE SALUD Asesor Jurídico VALDIVIA

- La canasta integral del componente Resolución de Especialidades Ambulatorias constituye una referencia y asegura el acceso a prestaciones requeridas. No obliga a otorgar la totalidad de las prestaciones, pues la frecuencia es referencial.
- Para las prestaciones realizadas por compra de servicios, se debe resguardar que el registro de la atención sea incorporado en el historial clínico del usuario.
- En relación al Sistema de registro de este Programa, los establecimientos estarán encargados de:

✓ Mantener la adecuada gestión clínico administrativa del programa.
✓ **Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa, que deberá ser reportado a la unidad de gestión de la información, en forma mensual.**
✓ Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de Las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
✓ Resguardar en la licitación de la compra de servicios de especialidad Oftalmología, dentro de las obligaciones del oferente, que en aquellas atenciones que originen una derivación para Procedimiento o Intervención Quirúrgica en el Hospital Base Valdivia, sean enviadas con la documentación correspondiente( Interconsulta u Orden de Ingreso) a Jefe SOME de dicho Establecimiento, para que sea ingresada directamente a la lista espera correspondiente, de igual modo, se deberá egresar de la lista espera del establecimientos de origen, dado que ya fue atendido por especialista de la misma región.
✓ Mejorar los registros de Listas de Espera para cada especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud.
✓ Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.
✓ Cumplir con lo establecido en el manual de Proceso de registros de lista de espera no GES.
✓ Cumplir con las normas de registro de egresos administrativos de lista de espera No GES.
✓ Las personas que accedan a las prestaciones del programa deberán ser aquellas que se encuentren en lista de espera para la atención (registradas en repositorio nacional de lista de espera) y será en primera 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, RNLE y plataforma web, según corresponda.

Los recursos asociados a este Programa financiaran exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.
***La nómina de usuarios priorizados en la atención de cada una de las estrategias del programa será entregada por la encargada de lista de espera No GES del Servicio de Salud, vía correo electrónico.***

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 de abril de 2017** y envío de informe a encargado de programa del Servicio de Salud el 5 de mayo. en esta evaluación se requerirá el envío de un informe detallando las comunas en convenio, horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicios adjudicadas, según formato **Anexo N°2**.
- **La segunda evaluación,** se efectuará con corte al **31 de agosto de 2017.** 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:

SERVICIO DE SALUD VALDIVIA Asesor Jurídico

| COMPONENTE | INDICADOR | FÓRMULA DE CÁLCULO | META ANUAL | PESO RELATIVO ESTRATEGIA | PESO RELATIVO COMPONENTE |
|---|---|---|---|---|---|
| Especialidades Ambulatorias | Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmológica, Otorrinolaringológica y Procedimientos Gastroenterología | Numerador: N° de consultas y procedimientos realizadas por el Programa Denominador: N° de consultas y procedimientos comprometidas en el Programa | 100% | 30% | 90% |
| | Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y teledermatología. | Numerador: N° de informes y consultas comprometidas Denominador: N° de informes y consultas programadas | 100% | 20% | |
| | % de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acorada en el convenio. Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS dependiente del Servicio de Salud en relación a los diagnósticos que borda el programa. | Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondientes a LE Oftalmológica, otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el servicio de salud en el RNLE y acordada en convenio vigente Denominador: N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud. | 100% | 30% | |
| | % de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio. Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS dependiente del Servicio de Salud | Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondientes a LE procedimiento de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio Denominador: N° de procedimiento de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta programados como oferta de especialidad de oftalmología y Gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud | 100% | 20% | |
| | Indicador: Cumplimiento de actividad programada | Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados * 100 Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja | 100% | 50% | 10% |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad | | complejidad comprometidos | | | |
| | % de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el servicio de salud en el RNLE y acordada en convenio.<br>Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS dependiente del Servicio de Salud | Numerador: Número de pacientes egresado por causal 16, correspondiente a LE por procedimiento de cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por el servicio de salud en el RNLE y acordada en convenio<br>Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud. | 100% | 50% | |

SERVICIO DE SALUD Asesor Jurídico VALDIVIA

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

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

- **La tercera evaluación** y final, se efectuará al 31 de diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

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

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos para recibir el total de recursos anuales, en el evento que a la fecha de corte definido no se cumpla con lo requerido y el signifique la reliquidación de los recursos asignados, podrá la comuna, excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, apelar de la reliquidación a la Dirección 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 al MINSAL la no reliquidación del programa. Finalmente, MINSAL determinara si procede o no aceptar solicitudes de no reliquidación.

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

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

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

| Porcentaje cumplimiento Programa | Porcentaje de Descuento de recursos 2ª 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.

**<u>Informe de Cumplimiento y Reliquidación:</u>**

Para aquellas comunas que administren Salud Municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá

redistribuirse en el mes de octubre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente.

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

- Cada Servicio de Salud deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM por parte de los establecimientos respectivos.
- Se requiere el **envío mensual** de los pacientes atendidos en el programa. El envío, antes del día 5 de cada mes de planilla (formato anexo N°3, 4 y 6),
- Componente UAPO, se requerirá en el último corte evaluativo envío de informe final de acciones realizadas durante el año e impacto comunal.

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

1. *Indicador: Cumplimiento de la actividad Proyectada en consulta Oftalmológica, Otorrinolaringológica y Procedimiento Gastroenterología.*

**Fórmula de cálculo:**

$$\frac{\text{N° de consultas y procedimientos realizadas por el Programa}}{\text{N° de consultas y procedimientos comprometidas en el Programa}} * 100$$

**Medio de verificación:** (REM / Programa)

2. *Indicador: Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y Teledermatologia*

**Fórmula de cálculo:**

$$\frac{\text{N° de informes y consultas comprometidas}}{\text{N° de informes y consultas programadas}} * 100$$

**Medio de verificación:** -(Plataforma Web Minsal (Teledermatologia.redsalud.gov.cl) y/o plataforma local servicio de salud/programa).
-(Plataforma Web Minsal (Teleoftalmologia.cl) y/o plataforma servicio de salud/programa).

3. *Indicador: % de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica, otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el servicio de salud en el RNLE y acordada en el convenio.*

**Fórmula de cálculo:**

$$\frac{\text{N° de pacientes egresados por causal 16 correspondientes a LE Oftalmológica, otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el servicio de salud en el RNLE y acordada en convenio vigente}}{\text{N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud.}} *100$$

**Medio de verificación:** (RNLE)

4. *Indicador: % de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio.*

**Fórmula de cálculo:**

$$\frac{\text{N° de pacientes egresados por causal 16 correspondientes a LE procedimiento de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio}}{\text{N° de procedimiento de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta programados como oferta de especialidad de oftalmología y Gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud}} * 100$$

**Medio de verificación:** (RNLE)

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

- *Indicador: Cumplimiento de actividad programada*

**Fórmula de cálculo:**

$$\frac{\text{Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados}}{\text{Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}} * 100$$

**Medio de verificación:** (REM / Programa).

- ***Indicador: % de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el servicio de salud en el RNLE y acordada en convenio.***

**Fórmula de cálculo:**

$$\frac{\text{Número de pacientes egresado por causal 16, correspondiente a LE por procedimiento de cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por el servicio de salud en el RNLE y acordada en convenio}}{\text{N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud.}} * 100$$

**Medio de verificación:** (REM / Programa).

**Nota:** la lista de espera usada como línea base corresponderá a la existente al corte de 31/10/2016. La antigüedad a resolver ´por el programa se establecerá de la existente en cada comuna y establecimientos de APS dependientes del Servicio de salud, cuya fecha de ingreso deberá ser igual o anterior al año 2015. Solo en caso de no tener lista de dicha de antigüedad podrá abordar la lista más reciente. La validación de los egresos requerirá cumplir con la publicación de los registros de responsabilidad.

**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 2017**:

La primera cuota, correspondiente al **70%** de los fondos por un monto de **$ 53.406.863.- (cincuenta y tres millones cuatrocientos seis mil ochocientos sesenta 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 **$ 22.888.656.- (veintidós millones ochocientos ochenta y ocho mil seiscientos cincuenta y seis 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.
Sin perjuicio de lo anterior, excepcionalmente y en forma fundada, las partes podrán de común acuerdo – mediante la suscripción de los actos administrativos correspondientes – previo al término de vigencia del presente convenio, dar continuidad por una vez durante la anualidad siguiente al cumplimiento de las metas

del programa de salud materia de este convenio, el que no deberá superar a 6 meses. La petición de la utilización de estos saldos por parte de la Municipalidad para los fines antes previstos se debe realizar hasta el día **01 de octubre del año respectivo**, considerándose éste, como último día de recepción de solicitudes formales.

**DÉCIMA CUARTA:**

El presente convenio tendrá vigencia para su ejecución, desde el **01 de enero al 31 de diciembre de 2017** 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 - Subsecretaria 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:

**SAMUEL TORRES SEPÚLVEDA**
**ALCALDE**
**I.MUNICIPALIDAD DE LOS LAGOS**

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

# ANEXO 1

## CANASTAS Y VALORES REFERENCIALES, AÑO 2017 (Inflactor del 3%)

SERVICIO DE Asesoría Jurídica VALDIVIA

### CANASTA INTEGRAL GASTROENTEROLOGIA (ERRADICACIÓN HELICOBACTER PYLORI )

| GLOSA | CTDAD | FREC | TARIFA REFERENCIAL $ | COSTO TOTAL $ |
|---|---|---|---|---|
| Gastroduodenoscopía (incluye esofagoscopía) | 1 | 100% | 61.368 | 61.368 |
| Ureasa, test de (para Helicobacter pylori) o similar | 1 | 100% | 9.921 | 9.921 |
| Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano) | 1 | 100% | 20.834 | 20.834 |

### CANASTA INTEGRAL OFTALMOLOGICA

| GLOSA | CTDAD | FREC | TARIFA REFERENCIAL $ | COSTO TOTAL $ |
|---|---|---|---|---|
| Consulta Medica o de Técnologo Medico Integral de Especialidades en Oftalmología | 2 | 20% | 18.225 | 7.290 |
| Consulta Medica o de Técnologo Medico Integral de Especialidades en Oftalmología | 1 | 80% | 18.225 | 14.580 |
| Lentes | 1,2 | 80% | 13.132 | 12.607 |
| Lubricantes oculares | 12 | 20% | 5.073 | 12.176 |
| TOTAL $ | | | | 46.653 |

### CANASTA INTEGRAL OTORRINOLOGIA

| GLOSA | CTDAD | FREC | TARIFA REFERENCIAL $ | COSTO TOTAL $ |
|---|---|---|---|---|
| Consulta integral de especialidades en Otorrino | 2 | 80% | 18.225 | 29.160 |
| Consulta integral de especialidades en Otorrino | 1 | 20% | 18.225 | 3.645 |
| Audiometria | 1 | 35% | 8.681 | 3.039 |
| Impedanciometria | 1 | 40% | 7.572 | 3.029 |
| Audifonos | 1 | 30% | 269.274 | 80.782 |
| VIII Par | 1 | 5% | 21.777 | 1.089 |
| Fármacos Otitis | 1 | 20% | 6.341 | 1.268 |
| Fármacos Síndrome Vertiginoso (3 Meses) | 3 | 5% | 12.683 | 1.902 |
| TOTAL $ | | | | 123.914 |

SERVICIO DE SALUD VALDIVIA
Asesor Jurídico

# ANEXO 2

| Comuna o establecimiento dependiente de Servicio | Oftalmología | | | | Medico Gestor | Otorrinolaringología | | Gastroenterología | | Dermatología | Procedimientos Cutaneos Quirurgicos de Baja Complejidad | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Oftalmologo | Tecnologo Medico | Canasta Integral Adjudicada | | | Canasta Integral Atijudicada | | Licitacion Adjudicada (SI/NO) | Fecha comienzo prestacion | Convenio ingresado (SI/NO) | Convenio ingresado (SI/NO) | |
| | N° Hrs Contratadas | N° Hrs Contratadas | SI/NO | Fecha comienzo prestacion | N° Hrs Contratadas | SI/NO | Fecha comienzo prestacion | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| * Convenio ingresado a sistema de monitoreo APS | | | | | | | | | | | | |

- Informar nombre, correo electrónico de medico gestor de la demanda contratado. Además de las hrs contratadas.

# ANEXO 3

## NOMINA PERSONAS ATENDIDAS COMPONENTE INTERVENCIONES QUIRURGICAS DE BAJA COMPLEJIDAD – AÑO 2017

FECHA DE CORTE:

| SERV SALUD | COMUNA | ESTABLECIMIENTO | RUT | NOMBRE | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | EDAD | SEXO | CLAS BENEF | TIPO PREST | F. REALIZACION EX | REALIZACION DE Bp (SI/NO) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

SERVICIO DE SALUD VALDIVIA
Asesor Jurídico

# ANEXO 4

## USUARIOS ATENDIDOS PROGRAMA RESOLUTIVIDAD - COMPONENTE RESOLUCION DE ESPECIALIDADES - 2017

| | | | | | | | | | Estas dos ultimas columnas solo completa UAPO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| RUN | NOMBRE | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | ESPECIALIDAD QUE ATENDIO | FECHA DE ATENCION | ESTABLECIMIENTO QUE ATENDIO | CAUSAL DE EGRESO | RESPALDO REVISADO | TIPO CONSULTA | PROFESIONAL QUE REALIZA LA ATENCION |
| | | | | | | | ATENCIÓN REALIZADA | FICHA CLINICA | CONTROL | TECNOLOGO MEDICO |
| | | | | | | | | | NUEVO | OFTALMOLOGO |
| | | | | | | | | | URGENCIA | |
| | | | | | | | | | GES | |

SERVICIO DE SALUD VALDIVIA
Asesor Jurídico

## ANEXO 5

## FUNCIONES MEDICO GESTOR O CONTRALOR DE INTERCONSULTAS

SERVICIO DE SALUD VALDIVIA Asesor Jurídico

***Objetivo General:***

Mejorar la atención integral de los usuarios haciendo efectiva la integración de Redes Asistenciales, en aspectos de referencia y contra referencia, de solicitud de IC, exámenes Dg. y/o terapéuticos. Mediante el uso racional de los recursos de especialidades para resolver integralmente las atenciones.

***Objetivos Específicos:***

- Manejar y difundir en la red local protocolos y Flujograma validados de derivación de Patologías según compromisos y requerimientos de su red.
- Tomar conocimiento, revisar y validar las Interconsultas originadas en el establecimiento.
- Colaborar en la reformulación de Interconsultas mal emitidas y orientar su correcta Emisión.
- Recoger las Interconsultas no pertinentes devueltas desde especialidades y reorientar la atención de los usuarios.

***Funciones del Médico Gestor o Contralor de Interconsultas:***

1. Verificar completitud de los datos de la IC:
   - La completitud de los datos está dada a lo menos por los campos exigidos por Norma técnica de LE N° 118.
   - Que tenga todos los antecedentes clínicos que se requieren para la derivación a especialidad.
2. Verificar la pertinencia de la Derivación:
   - A la Especialidad que corresponda según lo establecido en nuestra Red.
   - Pertinencia Clínica de acuerdo a Protocolos establecidos en nuestra Red.
   - Pertinencia Administrativa establecida en completitud de datos.
3. Registro y seguimiento de Interconsultas NO pertinentes
   - Devolver al médico tratante las Interconsultas con las observaciones correspondientes para su corrección y reenvío o eliminación del proceso, según Flujograma establecido
   - Identificar el universo de Interconsultas no pertinentes y la decisión del médico tratante respecto a ellas.
4. Coordinación con médico contralor de Especialidad:
   - Solicitar asesoría o colaboración frente a dudas que le surjan en la revisión.
5. Mejoría en la capacidad diagnostica de los equipos de salud
   - Gestionar consultorías y reuniones clínicas.
   - Participar en capacitación en red con médicos especialistas
   - Recoger las SIC no pertinentes devueltas desde especialidades y reorientar la atención de los usuarios.
   - monitorear mensualmente el cumplimiento de la meta de teledermatología reportando dicha información según canal establecido, con copia al director del establecimiento y a la Unidad de Proyectos clínicos y tecnológicos del SSV.
   - Participar en reuniones técnicas con especialistas contralores del nivel secundario.
   - Participar en reuniones técnicas con especialistas contralores del nivel secundario.

***Evaluacion del Médico Gestor o Contralor de Interconsultas:***

- La evaluación se realizará a través del sistema informático RAS Valdivia.

## *Anexo 6: PLANILLA MENSUAL REVISION DE INTERCONSULTAS*

| Comuna | Establecimiento | Mes | Nº SIC generadas en el establecimiento | Nº SIC Revisadas por el medico Contralor | Nº SIC GESTIONADAS | | | OBSERVACIONES | % de IC revisadas | % de IC Gestionadas (Total mal emitidas + no pertinentes) | Nombre Medico gestor de la Demanda |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Nº SIC Mal emitidas | No pertinentes | TOTAL | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

SERVICIO DE SALUD
Asesor Jurídico
Valdivia