



Dra. MCA/UBV
[Signature]

REF.: APRUEBA CONVENIO PROGRAMA
RESOLUTIVIDAD EN APS CON MUNICIPALIDAD
DE TUCAPEL.

RESOLUCION EXENTA N° 001373

LOS ANGELES, 16 MAR. 2017

VISTOS: estos antecedentes, el Convenio de fecha 1º de Febrero del 2017, sobre Programa de Resolutividad en APS, suscrito entre este Servicio de Salud y la Municipalidad de TUCAPEL; la Resolución 1600/2008 de la Contraloría General de la República; los arts. 20, 21, 22 y 23 del D.L. N° 2763 de 1979 cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el D.F.L. N° 1 del 2005 del Ministerio de Salud; el artículo 8 del D.S. N° 140 del 2004 del Ministerio de Salud, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; y el Decreto Supremo N° 196 del 11 de Diciembre del 2014, del Ministerio de Salud que me designó en el cargo de Directora de este Servicio de Salud, dicto la siguiente:

RESOLUCION

1.- APRUÉBASE el Convenio de fecha 1º de Febrero del 2017, sobre Programa de Resolutividad en APS, suscrito entre este Servicio de Salud y la Municipalidad de TUCAPEL, en virtud del cual se transferirá la suma de \$ 10.475.720, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias del Programa.

2.- Impútese el gasto al Item 24.03.298.002 "Reforzamiento Municipal" del Presupuesto del Servicio de Salud Biobío.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE

[Signature]



Dra. MARTA CARO ANDÍA
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD BIO BIO

Distribución :

- Div. At. Primaria Minsal
- Depto. Gestión Rec. Financieros APS, Minsal
- Sr. Alcalde de TUCAPEL
- Depto. Atención Primaria SS BB
- Depto. Asesoría Jurídica SS BB
- Depto. Finanzas SS BB
- Depto. Auditoría SS BB
- Of. Contabilidad SS BB
- Encargada de Proyectos SS BB.
- Oficina de Partes





CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS

En Los Ángeles, a 1º de Febrero del 2017, entre el SERVICIO DE SALUD BIOBIO, Rut 61.607.300 – 1, persona jurídica de derecho público con domicilio en Avenida Ricardo Vicuña N° 147 interior, Edificio 7, Piso 4º, Los Angeles, representado por su Directora Dra. MARTA CARO ANDÍA, Odontóloga, cédula de identidad N° 7.459.669 –K, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Ilustre Municipalidad de TUCAPEL, persona de derecho público con domicilio en calle Diego Portales N° 258, Huepil, representada por su Alcalde don, **JAIME SERGIO VELOSO JARA**, cédula de identidad N° 9.248.944 -2, Ingeniero Civil, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad " o " el Municipio ", 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 6º del Decreto Supremo N° 35 del 20 de Diciembre del 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 de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Resolutividad en APS.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1208 del 16 de Noviembre 2016, del Ministerio de Salud. Anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

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:

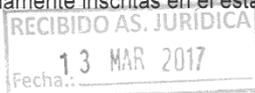
- Otorrinología
- Gastroenterología
- Medico Gestor

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de \$ **10.475.720**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior.

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.



09 MAR 2017



Para tales efectos, el municipio deberá remitir a la dirección de servicio, el plan de gastos definido para el cumplimiento de los objetivos.

QUINTA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar a lo menos las siguientes prestaciones: actividades que se detallan, medicamentos, insumos y adquisición de equipamiento

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O META	MONTO (\$)
1	COMPONENTE 1.1	OTORRINOLOGIA	20	2.478.280
	COMPONENTE 1.2	GASTROENTEROLOGIA	76	6.797.440
	COMPONENTE 1.3	MEDICO GESTOR	11 HRS MEDICO	1.200.000
TOTAL COMPONENTE Nº 1 (\$)				10.475.720
TOTAL PROGRAMA (\$)				10.475.720

89.440 %

En el caso de que la Municipalidad lograse todas las metas con una ejecución menor de recursos, podrá con los mismos fines utilizar dichos excedentes para la realización de más de las mismas prestaciones.

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

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 al equipo técnico del Servicio, 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.
- 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.

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

- Mantener un registro ratificado de las personas atendidas en el Programa.
- Mejorar los registros de demanda de consultas médicas de especialidades.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Mejorar los registros de Listas de Espera para cada Especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud.
- 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.



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 y envié de informe a encargado Programa SS Salud 28 de Abril. Esta evaluación requerirá el envié de horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicios adjudicadas, según formato.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de Agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que :

1. Si su cumplimiento es inferior al 50% para la meta de los indicadores, 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

En relación a esto último, si la Municipalidad tiene un buen 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.

La evaluación se realizará en forma independiente para cada actividad de acuerdo al indicador señalado del Programa.

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

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Si la Municipalidad no alcanza 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 que la Municipalidad reciba 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.

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



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 y envié de informe a encargado Programa SS Salud 28 de Abril. Esta evaluación requerirá el envié de horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicios adjudicadas, según formato.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de Agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que :

1. Si su cumplimiento es inferior al 50% para la meta de los indicadores, 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

En relación a esto último, si la Municipalidad tiene un buen 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.

La evaluación se realizará en forma independiente para cada actividad de acuerdo al indicador señalado del Programa.

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

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Si la Municipalidad no alcanza 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 que la Municipalidad reciba 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.

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



COMPONENTE	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META ANUAL	PESO RELATIVO ESTRATEGIA	PESO RELATIVO COMPONENTE
ESPECIALIDADES AMBULATORIAS	CUMPLIMIENTO DE LA ACTIVIDAD PROYECTADA EN CONSULTA, OTORRINOLARINGOLOGIA Y PROCEDIMIENTO GASTROENTEROLOGIA	NUMERADOR: Nº DE CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS REALIZADAS POR EL PROGRAMA / DENOMINADOR: Nº CONSULTAS Y PROCEDIMIENTOS COMPROMETIDAS EN EL PROGRAMA	100%	30%	90%
	% DE CUMPLIMIENTO DE LA PROGRAMACION DEL AÑO 2017 DEL EGRESO POR CAUSAL 16 DE LA LE , OTORRINOLARINGOLOGIA	NUMERADOR: Nº DE PACIENTES EGRESADOS POR CAUSAL 16 CORRESPONDIENTE A LE , OTORRINOLARINGOLOGIA / DENOMINADOR: Nº CONSULTAS PROGRAMADA COMO OFERTA DE ESPECIALIDAD , OTORRINOLARINGOLOGIA	100%	30%	
	% DE CUMPLIMIENTO DE LA PROGRAMACION DEL AÑO 2017 DEL EGRESO POR CAUSAL 16 POR PROCEDIMIENTO DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	NUMERADOR: Nº DE PACIENTES EGRESADOS POR CAUSAL 16 PROCEDIMIENTO DE FONDO DE CIG / DENOMINADOR: Nº PROCEDIMIENTOS DE FONDO DE CIG	100%	20%	

I. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

▪ Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:

- Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Otorrinolaringología
Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ de consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
Medio de verificación: (REM / Programa)
- Indicador: % de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE otorrinolaringología *100
Medio de verificación: (RNLE)
- Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Gastroenterología.
Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
Medio de verificación: (REM / Programa)
- Indicador Medico Gestor: 100% visacion de SIC emitidas por el establecimiento en un plazo máximo de 1 mes desde emisión.

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos a la Municipalidad, en 2 cuotas: 70% contra convenio y el 30% restante contra evaluación en octubre, la tabla de rebaja es la siguiente:

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



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

NOVENA: El Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio.

DECIMA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Servicio descontará de la transferencia regular de atención primaria, el valor correspondiente a la parte pagada y no ejecutada del Programa objeto de este instrumento, en su caso.

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

DÉCIMA SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 de diciembre del año en curso. Se deja constancia que por razones de buen servicio, este Convenio se ha iniciado a partir del 1° de Enero del 2017 ya que produce efectos favorables para las partes y no lesiona los derechos de terceros, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 52 de la ley N° 19.880.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio, uno en poder de la Municipalidad y los dos restantes en la del Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.



ALCALDE I. MUNICIPALIDAD



DIRECTORA SERVICIO DE SALUD





831

MINISTERIO DE SALUD
GABINETE DE LA MINISTRA
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

PERSONA JURÍDICA
GAR/CC/IMC/BMG/LMD/YEAB/NAC
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

APRUEBA PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA Y PONE TÉRMINO A RESOLUCIÓN EXENTA N°1232 DE 2015, DE ESTE MINISTERIO.

EXENTA N° **1208**

Santiago, **16 NOV. 2016**

VISTO: Lo dispuesto en los artículos 4° y 7° del D.F.L. N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979, y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469; en los artículos 6 y 25 del decreto N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, sobre reglamento orgánico del Ministerio de Salud; en la ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, y en la resolución N° 1.600, de 2008, de Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

1. El memorándum C 51 N° 176, de 27 de octubre de 2016, de la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en orden a dar curso a los programas de reforzamiento de Atención Primaria para el año 2017;

2.- La necesidad de disponer la aprobación formal del Programa que persigue mejorar la capacidad resolutiva de la Atención Primaria de Salud, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica de atenciones de especialidad, con un enfoque de salud familiar e integral, dicto la siguiente:

RESOLUCION:

1°. **APRÚEBASE** el texto del "Programa de Resolutividad en Atención Primaria", que se expresa en un documento de 18 páginas, visado por la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

2°. **REMÍTASE** un ejemplar del "Programa de Resolutividad en Atención Primaria", a los Servicios de Salud del país.

3° La presente resolución entrará en vigencia a contar del 01 de enero de 2017.

4° **PÓNESE TÉRMINO** a contar del 01 de enero de 2017, a la resolución exenta N° 1232, de 31 de diciembre de 2015, de este Ministerio, que aprobó el "Programa de Resolutividad en Atención Primaria".

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



DRA. CARMEN CASTILLO TAUCHER
MINISTRA DE SALUD

DISTRIBUCION

- Gabinete de la Ministra
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
- Servicios de Salud del país
- División de Atención Primaria
- División Jurídica
- Oficina de Partes



SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD
EN ATENCION PRIMARIA



INDICE

I.	ANTECEDENTES:	3
II.	FUNDAMENTACIÓN:	3
III.	PROPÓSITO:	4
IV.	DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:	4
V.	COMPONENTES	5
VI.	PRODUCTOS ESPERADOS	8
VII.	MONITOREO Y EVALUACIÓN:	9
VIII.	INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN	13
IX.	FINANCIAMIENTO	14
	ANEXO 1: PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA	16
	ANEXO N°2	18



I. ANTECEDENTES:

El Modelo de Atención concebido para la Red de Salud en su conjunto, plantea variados desafíos a los equipos de salud y a la gestión, generando exigencias de adaptación y desarrollo de nuevas capacidades, manejo de tecnología y traspaso de conocimiento y responsabilidad entre los distintos componentes de la Red, con el fin de incrementar de manera cualitativa y cuantitativa las respuestas a las demandas de atención de salud de las personas. Lo anterior se verificará con el mejoramiento de la calidad, oportunidad y resolutivez en el afrontamiento de los problemas.

La capacidad resolutivez se concibe como la posibilidad de dar respuesta a los problemas de salud en cada uno de los establecimientos que componen la Red, con el mejor grado de calidad y con los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles. Esto implica, para la Atención Primaria de Salud, la capacidad de resolver sin necesidad de derivar a los pacientes a otros componentes de la Red y, por lo tanto, en un lugar más cercano a la población, creando vínculos permanentes con su población a cargo, que verá satisfecha, en un alto porcentaje sus necesidades de salud. En el logro de esta capacidad resolutivez la capacitación permanente del Recurso Humano debe estar presente en el desarrollo y cumplimiento de cada uno de los componentes del Programa.

Todo lo anterior se traduce, entre otras cosas en un aumento de la oferta de atención, y ampliación de carteras de servicios con mayor producción local.

Para el logro de lo anterior, debe existir la voluntad política de dotar a la Atención Primaria de Salud de los elementos que fortalezcan su resolutivez, ya sea a través de capacitación o de implementación de algunas técnicas, permitiendo el manejo de problemas de salud que, de otra manera, tendrían que ser resueltos en otros dispositivos de la Red, con el consiguiente aumento de costos, tiempos de espera y mayor desplazamiento para los usuarios. En función de esto, se ha implementado desde el año 1999 el Programa de Fortalecimiento de la Resolutivez en Atención Primaria de Salud.

El desafío alcanza a toda la Red, para dar coherencia, consistencia y continuidad a la provisión de servicios con calidad en el marco del Modelo de Atención con enfoque Familiar y Comunitario en desarrollo. La Gestión en Redes, implica dar una mirada de conjunto a las necesidades, de manera que éstas sean abordadas desde los distintos componentes de la Red, con un criterio común, optimizando el uso de los recursos, evitando esperas innecesarias y desplazamiento de los pacientes sin justificación. En el caso que los pacientes requieran acceder a un componente distinto dentro de la Red, esto debiera estar asegurado por un proceso conocido y oportuno.

La oferta especializada debiera programarse en función de la demanda generada desde los establecimientos de Atención Primaria, favoreciendo el acceso, continuidad y resolución de aquellas prestaciones que son propias de su cartera de servicios. Idealmente estas prestaciones debieran ser realizadas por profesionales de la Red Pública para asegurar la continuidad de atención.

II. FUNDAMENTACIÓN:

La Reforma de la Salud establece como uno de sus objetivos el fortalecimiento de la Atención Primaria, a través de capacitación de sus equipos de salud y de mejorar la infraestructura e implementación.



En virtud que la demanda supera a la oferta, se producen brechas que es factible de abordar a través de distintas estrategias que son complementarias y que permiten ampliar oferta y cobertura:

- Utilización de cupos ofertados por la Red de Prestadores Públicos
- Capacitación Gestionada, consultorías y/o trabajo conjunto entre Médicos Especialistas y Médicos de Atención Primaria
- Estrategia de Equipos móviles
- Estrategia de Telemedicina
- Otros

El Programa de Resolutividad corresponde a una de estas estrategias, que no pretende por sí sola dar cuenta de la resolución de una brecha, sino más bien aportar junto a otras estrategias al aumento de oferta para prestaciones de salud.

Es importante para el Trabajo en Red, considerar que los profesionales que participen del Programa pertenezcan en lo posible a la Red local y que se integren con los equipos de salud locales en un trabajo conjunto, sistemático y permanente, entendiendo que el usuario no pertenece a uno de los componentes de la Red, sino que por el contrario, es parte de la misma y debe desplazarse dentro de ella fluidamente y con procesos que aseguren la continuidad de atención, única forma de asegurar un trabajo eficiente, con optimización de recursos y con un estándar de calidad que logre impacto sanitario y satisfacción en el usuario.

III. PROPÓSITO:

La población que se atiende en establecimientos de Atención Primaria de Salud, accede con mayor oportunidad a una atención cercana, integral, y de calidad a través de estrategias de fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:

Objetivo General:

Mejorar la capacidad resolutiva de la Atención Primaria de Salud, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones de especialidad considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, con un Enfoque de Salud Familiar e integral.

Objetivos Específicos:

1. Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la Atención Primaria de Salud y que hoy en día presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden ser resueltas en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.
2. Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria.



V. COMPONENTES

Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias

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

Las actividades que contempla esta estrategia, de acuerdo al concepto de prestación integral, se consolidan en una "canasta integral" para cada una de las especialidades y están dirigidas a la resolución de patologías específicas que pueden ser abordadas de manera ambulatoria.

Las personas que accedan a las prestaciones del programa deberán ser aquellas que se encuentren en lista de espera para atención (registradas en repositorio nacional de lista de espera) y serán en primera instancia aquellas que se encuentren en lista de espera prolongada (más de 120 días) y luego aquellas que tengan un tiempo inferior. No obstante, se debe considerar el criterio de prioridad clínica cuando corresponda.

El paciente será egresado de lista espera utilizando la causal que se indique en la norma técnica. Para el caso específico de Tele dermatología aplicara la causal de egreso N°17, de acuerdo a lo descrito en el documento de Orientaciones Técnicas.

Estrategias:

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

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

Principales Actividades

- Manejar y difundir en la red local protocolos y flujogramas de derivación de patologías según compromisos y requerimientos de su red.
- Tomar conocimiento, revisar y validar las SIC originadas en la microred, e ingresadas al módulo de listas de espera.
- Colaborar en la reformulación de SIC mal emitidas, y orientar su correcta emisión.
- Recoger y gestionar contra referencias (informes proceso diagnóstico IPD) para su seguimiento.
- Recoger las SIC no pertinentes devueltas desde especialidades, y reorientar la atención de los usuarios.



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

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

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

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

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

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 a los plazos establecidos, para no comprometer el cumplimiento de la garantía.

Las actividades de la UAPO deberán ser programadas de acuerdo a las Orientaciones Técnicas 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. La atención de patologías GES deberá ser respaldada mediante la generación de un convenio de compra de servicio entre la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud, y el Servicio de Salud.**

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

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

Esta prestación estará circunscrita a los Servicios de Salud en que se disponga de acuerdo a las disponibilidades presupuestarias.

La UAPO considera todos los insumos necesarios para realizar la actividad, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud la autorización para la mantención de equipos utilizados en dicha estrategia, y reposición de equipamiento menor, asegurando el cumplimiento de las metas programadas.



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

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

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

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

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

La estrategia de Teledermatología deberá funcionar de acuerdo a las Orientaciones Técnicas que complementan el presente programa.

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

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

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

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

Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad.

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

La experiencia nacional e internacional demuestra la alta resolutivez y bajo costo de esta actividad, disminución de la demanda a niveles de mayor complejidad, y aporte a la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

Estos procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, y tras los que no se espera que existan complicaciones posquirúrgicas importantes.



En general, pueden abordarse en Atención Primaria lesiones benignas menores de 3 cm. de diámetro en la piel y tejidos subcutáneos, descartando aquellas que, por su urgencia, posible riesgo o complicación, ameriten ser resueltas en un Servicio de Urgencia o en un Policlínico de Especialidades Quirúrgicas. No se recomienda la extirpación de lesiones sospechosas de malignidad. Estos pacientes deberán ser derivados al Especialista.

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

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

Estrategia:

A través de la implementación de las salas de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y de la capacitación de los médicos de Atención Primaria, por parte de los médicos especialistas Dermatólogos y/o Cirujanos de la Red de salud local, con protocolos y guías clínicas consensuadas, conocidas y compartidas, logrando un trabajo conjunto y colaborativo, con una distribución del trabajo según complejidad, garantizando un acceso oportuno de los pacientes con patologías malignas o graves, a la especialidad.

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

VI. PRODUCTOS ESPERADOS

Objetivo Específico Número 1:

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

Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias

Productos:

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

Objetivo Específico Número 2:

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



Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad.

Productos:

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

VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN:

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.
- El Servicio de Salud podrá establecer pautas a considerar como instrumento base, en los procesos de licitación que realicen las comunas, para la adquisición de prestaciones.
- Realizar auditorías técnicas.

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

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

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



Evaluación y Monitoreo:

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

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al día 30 Abril y envío de informe a encargado Programa de nivel central al 15 de Mayo. En esta evaluación se requerirá el envío de un informe detallando las comunas en convenio, horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicio adjudicadas, según formato Anexo N°2. Este informe es generado desde el Servicio de Salud al nivel central.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de Agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación, se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 50%, de acuerdo al siguiente cuadro:



COMPONENTE	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META ANUAL	PESO RELATIVO ESTRATEGIA	PESO RELATIVO COMPONENTE
ESPECIALIDADES AMBULATORIAS	Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmológica, Otorrinolaringológica y procedimiento Gastroenterología	Numerador: N° de Consultas y procedimientos realizadas por el Programa Denominador: N° de Consultas y procedimientos comprometidos en el Programa	100%	30%	90%
	Cumplimiento de la actividad de Tele Oftalmología y Tele Dermatología	Numerador: N° de Informes y consultas comprometidos Denominador: N° de Informes y consultas Programados	100%	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 acordada en el convenio. Nota: considera LE comunal y establecimiento de APS dependientes del Servicio de Salud, en relación a diagnósticos que aborda el programa	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en 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 establecimiento de APS dependientes del Servicio de Salud	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente Denominador: N° de procedimientos de Fondo de ojo y Endoscopia Digestiva Alta programados como oferta de especialidad de Oftalmología y Gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud	100%	20%	
PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	1. Indicador: Cumplimiento de actividad programada	Numerador: Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados Denominador: 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 el convenio Nota: considera LE comunal y establecimiento de APS dependientes del Servicio de Salud	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneos quirúrgicos de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente 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 proporcionalmente de acuerdo a la estrategia o componente correspondiente.

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



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

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

Los recursos para equipamiento y/o implementación no 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 ello signifique la reliquidación de los recursos asignados, podrá la comuna, excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, apelar de la reliquidación a la Dirección 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, podrá solicitar al MINSAL la no reliquidación del Programa. Finalmente MINSAL determinará si procede o no a aceptar solicitudes de no reliquidación.

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

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

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

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

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

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



VIII. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

• Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:

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

2.- Indicador: Cumplimiento de la actividad Tele Oftalmología y Tele Dermatología
Fórmula de cálculo: (N° de consultas e informes comprometidos / N° de consultas e informes programados) *100
Medio de verificación:
- (plataforma web MINSAL (teledermatologia.redsalud.gov.cl) y/o plataforma local servicio de salud / Programa)
- (plataforma web MINSAL (www.teleoftalomologia.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:

(Número de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente / Número de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringológica y Dermatológica según convenio vigente con el Servicio de Salud) *100
Medio de verificación: (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:

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

• Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:

1.- Indicador: Cumplimiento de actividad programada
Fórmula de cálculo: (Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados / Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos) *100
Medio de verificación: (REM / Programa)



2.- 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 el convenio:

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

Nota: La lista de espera usada como línea de 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 dependiente 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 antigüedad podrá abordar la lista más reciente. La validación de los egresos requerirá cumplir con la publicación de los registros de responsabilidad APS en el RNLE. Los medios de verificación asociados podrán ser auditados.

IX. FINANCIAMIENTO

- **Establecimientos de dependencia del Servicio de Salud:**

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 01 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa, entre los meses de Enero a Diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

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

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

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al Subtítulo 21, 22 y/o 29, del presupuesto del Servicio de Salud, según corresponda.

La tabla de descuento es la siguiente:

Porcentaje cumplimiento Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2ª cuota del (30%), Subt. 22
50,00% y mas	0%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%
0%	Rescindir convenio



- **Establecimientos de dependencia municipal:**

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada al Subtítulo 24, Ítem 02, glosa 02 "Transferencias Corrientes" Ley N° 19.378, y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa, entre los meses de Enero a Diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público antes citada, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal, conforme la normativa establecida en la ley 19.378, o bien a honorarios, acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

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

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

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 24 03 298.

La tabla de descuento es la siguiente:

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

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

Estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio respectivo.



ANEXO 1: PROGRAMA FOLCULTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA

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





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

Nota: el o los anexos, son parte integrante del convenio.

