



**REF: Aprueba Convenio Programa de Resolutividad en APS,
Municipalidad de Curarrehue**

RESOLUCION EXENTA NRO. 02903

TEMUCO 04 ABR. 2019

FPH/PUG

VISTOS: estos antecedentes:

- 1.- Resolución Exenta N° 1284 de 28 de diciembre de 2018 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud que aprueba Programa Resolutividad en APS.
- 2.- Resolución N° 136 de fecha 08 de febrero de 2019, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.
- 3.- Convenio Programa de Resolutividad en APS de fecha 15 de Marzo del 2019 suscrito entre la Dirección del SSAS y Municipalidad de Curarrehue.

Y TENIENDO PRESENTE: lo dispuesto en:

- 1.- DFL N° 1/05 que fija texto refundido del D. L. N* 2763/1979, que crea los Servicios de Salud y otras leyes
- 2.- D.S. N° 140/2004, del Ministerio de Salud.
- 3.- D.S. N° 254/10 del Ministerio de Salud.
- 4.- D. F. L N°1/19.414/97 del M. de Salud. -
- 5.- Ley N°18.575, sobre Bases Generales de la Administración del Estado. -
- 6.- Art. 57 de la Ley N* 19.378; Estatuto de Atención Primaria Municipal. -
- 7.- Decreto N° 66/2018, del Minsal que designa a D. René Lopetegui Carrasco como Director del Servicio de Salud Araucanía Sur.
- 8.- Resolución 1600/08 de la Contraloría Gral. de la República; dicto la siguiente:

RESOLUCION

1.- APRUEBASE Convenio Programa de Resolutividad en APS suscrito entre la Dirección del SSAS y Municipalidad de Curarrehue, el cual se transcribe:

En Temuco a 15 de marzo de 2019 entre el **Servicio de Salud Araucanía Sur**, persona Jurídica de Derecho Público domiciliado en calle Prat N° 969, representado por su director Sr. **RENÉ LOPETEGUI CARRASCO**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Municipalidad de Curarrehue**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Avenida Estadio N° 550, Curarrehue, representada por su Alcalde D. **ABEL PAINEFILO BARRIGA** 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 inciso segundo del artículo 56 del Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, 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 4º del Decreto N° 84, de 2018 que determina aporte estatal a municipalidades que indica, para sus entidades administradoras de salud municipal, periodo 2019, 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 cual ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1284 de 28 de diciembre de 2018, asignándole recursos para el año 2019 a través de Resolución N° 136 de fecha 08 de febrero de 2019, ambas del Ministerio de Salud.

El referido Programa, cuyo texto no se anexa por ser conocido por las partes, tiene por objetivo 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.

TERCERA: Los componentes de este Programa son:

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

ESTRATEGIAS:

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:

- Médico Gestor de la Demanda: Su objetivo está orientado a mejorar la atención integral de los usuarios haciendo efectiva la integración de las Redes Asistenciales en aspecto de referencia y contra referencia, de solicitud de interconsulta (sic) exámenes diagnósticos y/o terapéuticos y toda otra necesidad de atención interniveles mediante el uso racional de los recursos de especialidad 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 y que preferentemente debe ejecutar el cargo un médico de familia.-

- **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.
- **Otorrinolaringología.** Está orientado al diagnóstico y tratamiento de la Hipoacusia en personas hasta los 64 años, Síndrome Vertiginoso y Otitis Aguda y crónica (personas de 15 y más años). Se podrá incluir a personas de otras edades si existe el requerimiento local que lo amerite.
- **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.
- **Dermatología.** Las prestaciones de esta especialidad están orientadas a la evaluación y tratamiento de pacientes de toda edad con patología dermatológica.

Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad. 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.

CUARTA: El Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:

1. COMPONENTE 1: ESPECIALIDADES AMBULATORIAS:

- 1.1. Médico Gestor de la Demanda** (5 horas mensuales): preferentemente debe ejecutar el cargo un médico de familia, su objetivo está orientado a mejorar la atención integral de los usuarios haciendo efectiva la integración en redes, 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, con especial esfuerzo en potenciar las consultorías y reuniones clínicas que aporten mejoría de capacidad diagnóstica a los equipos de salud.
- 1.2. Oftalmología.** La canasta integral a ejecutar 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 el SIGTE.
- 1.3. Otorrinolaringología.** La canasta integral a ejecutar incluye: consulta médica, audiometría y entrega de audífonos 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.
- 1.4. Gastroenterología.** La canasta integral a ejecutar incluye: examen endoscópico digestivo alto con biopsia y test de ureasa.

2. COMPONENTE 2: PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD.

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. La estrategia considera todos los insumos necesarios para realizar la actividad.

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

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

QUINTA: 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, priorizando el otorgamiento de la prestación a los usuarios que se encuentren en lista de espera con mayor tiempo de espera.

El Servicio de Salud podrá incorporar otras prestaciones GES y NO GES 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 SIGTE.
- Que correspondan a atenciones integrales, es decir, que aseguren la resolución del problema de salud.

SEXTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$15.404.985.-**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior, conforme a los montos que ha asignado el Ministerio de Salud para ello.

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

COMPONENTE 1	SUB COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES o METAS	MONTO (\$)
Especialidades ambulatorias	Médico Gestor	Nº Médico de 5 Hrs. mensuales	1	633.450
	Oftalmología	Nº consultas	100	3.973.200
	Otorrinolaringología	Nº consultas	50	6.547.500

Gastroenterología	Nº Procedimientos	25	2.494.675
UAPO	Nº consulta vicio	0	0
	Nº consultas glaucoma nuevo	0	0
	Nº glaucoma en control	0	0
	Nº otras consultas	0	0
	Nº Consultas T. Médico	0	0
	Gasto operacional	0	0
	Nº lentes uapo	0	0
	Nº fármacos glaucoma anual	0	0
	Nº lubricante Oculares anual	0	0
	subtotal		
Total Estrategia			13.648.825

COMPONENTE 2	SUB COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O METAS	MONTO (\$)
Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	Cirugía menor ambulatoria	Nº Procedimientos	70	1.756.160
	Total Estrategia			1.756.160

TOTAL PROGRAMA			15.404.985
-----------------------	--	--	-------------------

El número de actividades a realizar podrá ser modificada, si la Municipalidad al ejecutar los procesos licitatorios de acuerdo a la normativa legal vigente, demuestra que los valores ofertados superan el presupuesto asignado por componente y actividad. Para ello deberá informar vía oficio al Departamento de Atención Primaria las nuevas cantidades de actividades a realizar.

OCTAVA: 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 y especificadas en la siguiente tabla:

COMPONENTE	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META ANUAL	PESO RELATIVO ESTRATEGIA	PESO RELATIVO COMPONENTE
------------	-----------	--------------------	------------	--------------------------	--------------------------

**ESPECIALIDADES
AMBULATORIAS**

<p>Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmológica, Otorrinolaringológica y procedimiento Gastroenterología</p>	<p>Numerador: N° de Consultas y procedimientos realizadas por el Programa Denominador: N° de Consultas y procedimientos comprometidas en el Programa</p>	<p>100%</p>	<p>30%</p>	
<p>Cumplimiento de la actividad de Tele Oftalmología y Tele Dermatología</p>	<p>Numerador: N° de Informes y consultas comprometidos Denominador: N° de Informes y consultas Programados</p>	<p>100%</p>	<p>25%</p>	
<p>% 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 SIGTE y acordada en el convenio.</p> <p>Nota: considera LE comunal y establecimiento de APS dependientes del Servicio de Salud, en relación a diagnósticos que aborda el programa</p>	<p>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 SIGTE 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</p>	<p>100%</p>	<p>20%</p>	<p>90%</p>
<p>% 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 SIGTE y acordada en el convenio</p> <p>Nota: considera LE comunal y establecimiento de APS dependientes del Servicio de Salud</p>	<p>Numerador: N° de pacientes egresados por causales 16 y 17 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y por causal 16 correspondiente a LE procedimiento de Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE 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</p>	<p>Y</p>	<p>15%</p>	

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%	70%	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 SIGTE 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 SIGTE 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%	30%	

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

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 para efectuar adquisición de prestaciones a considerar como instrumento base en los procesos de licitación de las comunas.
- Realizar auditorías técnicas.

Sistema de registro de este Programa:

- El encargado de Resolutividad en conjunto con Encargado de lista de espera del Servicio de Salud estará encargado de:
 - 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.
 - 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.
 - Realizar inducción a las comunas en la utilización de plataforma informática y registro de documentación.
 - Monitorear registro de casos GES en sistema SIGGES:
 - Monitorear en forma periódica el registro y ejecución de las prestaciones realizadas a través de la plataforma informática definida por el Servicio de Salud.

- La Municipalidad estará encargado de:
 - Velar que todas las actividades y prestaciones que se realizan en el marco del Programa, se registren en forma mensual de acuerdo a lo indicado en los medios de verificación de la ejecución de las actividades asociadas al programa.
 - Trabajar con las listas oficiales que emitirá el Servicio de Salud Araucanía Sur, y sobre la cual deberá gestionar conforme a los procedimientos y sistemas de registro actuales o futuros que este Servicio determine.
 - Utilizar los registros de gestión y ejecución de prestaciones a través de las plataformas informáticas definidas por el Servicio de Salud actuales y/o futuras.
 - Asegurar que las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador medico deberá estar registrado en la Superintendencia de Salud y deberá entregar un informe de atención al paciente y al departamento de salud, con el fin de que esta información quede registrada en su ficha clínica. Este informe debe ser entregado con un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.

Evaluación:

Se realizarán tres evaluaciones durante la ejecución del Programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación, definidos en el anexo N° 1 del Convenio.

- **La primera evaluación,** Se efectuará con corte al día 30 Abril y envió de informe a encargado programa de nivel central al 15 de Mayo. En esta evaluación se requerirá él envió de un informe detallando las comunas en convenio, horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicio adjudicadas y procesos licitatorios.

- **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:

La tabla de descuento es la siguiente:

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

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 y tendrán plazo hasta el 31 de Diciembre del año en curso, para finalizar su ejecución.

- **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, lo que permitirá obtener el cumplimiento global del programa.

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

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

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

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 según registros de fuente oficial.

NOVENA: El Servicio ejecutara el monitoreo y evaluación del grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria; con datos extraídos por Unidad de Estadística del SSAS desde la página www.ssasur.cl. De acuerdo a lo anterior la Municipalidad deberá velar que todas las actividades y prestaciones que se realizan en el marco del Programa, se registren en forma mensual de acuerdo a lo indicado en los medios de verificación de la ejecución de las actividades asociadas al programa en los sistemas informáticos actuales o futuros habilitados por el Servicio de Salud.

DECIMA: Para la ejecución del **Componente N° 1: resolución de especialidades ambulatorias, estrategias: Medico gestor de la demanda, gastroenterología y Componente N° 2: procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad**, el Servicio de Salud transferirá los recursos en 2 cuotas: el 70% a la total tramitación del acto aprobatorio y el 30% restante en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en la cláusula **octava** del convenio y al Ítem VII de este Programa.-

La Municipalidad encomienda en forma completa e irrevocable al Servicio de Salud Araucanía Sur la licitación, adjudicación y celebración de los contratos y demás actos administrativos que procedan, para la compra de acciones y otros insumos necesarios para el cumplimiento del Componente N° 1: resolución de especialidades ambulatorias, estrategia de **OTORRINOLARINGOLOGÍA y OFTALMOLOGÍA**, señalado en la cláusula tercera y cuarta del presente convenio.

Los contratistas o proveedores deberán emitir su factura o boleta de prestación de servicios exenta a nombre de la Municipalidad. Estas serán recepcionadas en el Depto. de Abastecimiento para VB y verificación de conformidad de las prestaciones realizadas, para luego remitirla al Depto. de Finanzas que las cancelarán con los fondos asignados por medio de este convenio, y administrados en la cuenta de administración de fondos complementaria.

El Servicio de salud se obliga a:

1. En el caso de tener que llamarse a licitación, adoptar en las bases administrativas todas las garantías tendientes a la adecuada ejecución de lo mandatado, en particular multas por atrasos, boletas bancarias de garantías por la correcta ejecución de la obra y seriedad de la oferta, terminación anticipada por incumplimiento y anticipados debidamente garantizados en caso de considerarse ello necesario. Además, actuará en todo momento con estricta sujeción a las Bases y con pleno respeto al principio de igualdad de los oferentes.
2. En las Bases se dejará constancia que la documentación y eventual facturación del contratista se efectuará a nombre del Mandante.
3. Pagar directamente y en el plazo de 30 días la factura o boleta de prestación de servicios exenta, presentada por el contratista.
4. Realizar todas las gestiones técnicas y administrativas necesarias para la materialización del mandato, lo que comprende desde la elaboración de estudios, expediente técnico, bases administrativas, especificaciones técnicas, llamado, apertura y adjudicación de las propuestas, celebración del contrato correspondiente, con el contratista favorecido, y demás roles de la ejecución de este.
5. Obtener del contratista seleccionado, las garantías estipuladas en las bases administrativas.
6. Rechazar o aprobar los documentos de pago del contratista y remitir oportunamente estos al Mandante, una vez efectuado el pago con cargo a la cuenta de administración de fondos de terceros.
7. Velar porque el contratista de cumplimiento a la normativa laboral y provisional.
8. Remitir al Mandante un informe y liquidación final de lo obrado.
9. Responder las consultas y solicitud de informes del Mandante y facilitar la inspección y revisión por parte de este de las rendiciones y cuentas, y aceptar sus sugerencias y recomendaciones.
10. Se faculta además al Servicio para redistribuir entre los diversos ítems descritos en la cláusula quinta de este convenio los recursos que resulten de excedentes producto del menor precio que se pague en ciertas prestaciones, sin perjuicio de mantener el monto total del convenio en los valores totales asignados al Municipio por estrategia. De la misma forma se

valida que se dé circunstancialmente más prestaciones de las consignadas en dicho convenio por el mismo efecto de obtener un mejor precio de una prestación en particular.

11. Si las ofertas exceden el presupuesto estimado, podrá ser declarada desierta la propuesta, salvo que se obtenga una eventual suplementación de fondos.
12. De existir excedentes en los fondos asignados, el Servicio de Salud procederá de acuerdo a la normativa contable vigente.

La Municipalidad será responsable:

1. Colaborar en la citación de los pacientes para los operativos ejecutados tanto en dependencias de los establecimientos de la comuna como en instalaciones del proveedor, utilizando para ello los sistemas informáticos indicados por el Servicio de Salud en nóminas derivadas por el SSAS. Además, de colaborar en el traslado de aquellos usuarios que viven en sectores rurales de difícil acceso.
2. De ejecutarse las prestaciones sanitarias objeto de este convenio en la comuna respectiva, la Municipalidad deberá proveer las instalaciones necesarias que cumplan con los requerimientos sanitarios para la óptima ejecución de la actividad.
3. Nombrar a un funcionario responsable de la coordinación y supervisión de las prestaciones sanitarias, que se ejecuten en dependencias de los establecimientos de salud de la comuna.
4. Generar los egresos administrativos de las prestaciones ejecutadas, en los sistemas informáticos señalados por el por el Servicio de Salud, en un plazo no superior a cinco días hábiles.

DECIMO PRIMERA: 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.

Para el componente de Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad se deberá observar las normas básicas de aseo y desinfección, como a su vez, el cumplimiento de las Normas Técnicas Básicas de atención abierta para salas de procedimientos y pabellones de cirugía menor.

DECIMO SEGUNDA: La Municipalidad deberá informar mensualmente a este Servicio de Salud los ingresos y gastos generados por concepto de las estrategias indicadas en la cláusula cuarta del convenio. Dicha rendición debe ser realizada a través del sistema de monitoreo de convenios, disponible en la página web www.ssasur.cl, banner sistemas de convenios.

Considerando que las actividades a desarrollar por la Municipalidad y estipuladas en este Convenio son de continuidad a las ejecutadas en el año anterior, de acuerdo a lo estipulado en el artículo N° 13 de la Resolución N° 30 de la Contraloría general de la Republica que fija el procedimiento sobre rendiciones financieras, se aceptaran las rendiciones de cuentas de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio.

DECIMO TERCERA: El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Atención Primaria y Red Asistencial. No obstante lo anterior el Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su del Dpto. de Auditoria.

DECIMO CUARTA: Finalizado el periodo de vigencia del presente convenio, el servicio solicitará el reintegro de los recursos del valor correspondiente a la parte no ejecutada de las actividades descritas, objeto de este instrumento.

DECIMO QUINTA: El Servicio de Salud 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.

Sin perjuicio de lo anterior, las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la **Resolución N° 30 de 2015**, de la Contraloría General de la República que fija normas sobre procedimiento de rendición de cuentas.

DÉCIMO SEXTA: La vigencia del presente convenio es hasta el **31 de diciembre de 2019**. Sin perjuicio de lo anterior y siempre que el programa cuente disponibilidad presupuestaria para el año siguiente, su vigencia se prorrogará automáticamente hasta el 31 de diciembre del año siguiente. Dicha prórroga se formalizará mediante resolución exenta del Servicio de Salud, fijando las metas comprometidas y los recursos asociados a dicha prórroga. Será requisito para cursar la resolución referida, la previa rendición del saldo no ejecutado.

Ahora bien, conforme a los dictámenes N°16.037 y N° 11.189, ambos de 2008 de la Contraloría General de la República, las partes establecen que, por razones de buen servicio, las prestaciones contempladas en este convenio comenzaron a ser otorgadas en la forma pactada el **01 de enero de 2019**, no obstante, el pago estará condicionado a la total tramitación de la Resolución que lo aprueba.

Mediante convenios complementarios podrán modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad, las prestaciones que incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducir en su operación en conformidad con el mismo.

DÉCIMO SÉPTIMA: El presente convenio se firma en 5 ejemplares, quedando uno en poder de la Municipalidad, dos en el Ministerio de Salud (Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria) y el resto en poder del Servicio.

Anexo No 1 PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA

Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias	Cumplimiento del Objetivo Especifico N° 1: Productos:	Cumplimiento del Objetivo Especifico N°1: Indicador 1: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmológica, Otorrinolaringología y procedimiento Gastroenterología	Medio de verificación: Indicador No 1: REM /Programa
<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 "canasta 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>Estrategias:</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 	<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 resolutive ▪ Asegurar continuidad de atención en la Red local 	<p>Fórmula Indicador: <u>N° de consultas y procedimientos realizados por el Programa</u> *100 <u>N° de Consultas y procedimientos comprometidos en el Programa</u></p> <p>Indicador 2: Cumplimiento de la actividad de Tele Oftalmología y Tele Dermatología Fórmula Indicador: <u>N° de Informes y consultas realizadas</u> *100 <u>N° de Informes y consultas programadas</u></p> <p>Indicador 3: % de cumplimiento de la programación anual 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 SIGTE y acordada en el convenio Fórmula Indicador: <u>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 SIGTE y acordada en convenio vigente</u> <u>N° de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud</u></p> <p>Indicador 4: % de cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 y 17 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio: Fórmula Indicador: <u>N° de pacientes egresados por causal 16 y 17 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente</u> <u>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.</u></p>	<p>Indicador No 2: Plataforma /Programa</p> <p>Indicador No 3: SIGTE</p> <p>Indicador No 4: SIGTE</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 presentan 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: $\frac{\text{Nº Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados}}{\text{Nº Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}} \times 100$</p> <p>Indicador 2: % de cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio</p> <p>Fórmula Indicador:</p> <p>$\frac{\text{Nº de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneo quirúrgico de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente}}{\text{Nº de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud}}$</p>	<p>Medio de Verificación:</p> <p>Indicador N° 1: REM /Programa</p> <p>Indicador N° 2: SIGTE</p>

2.- NOTIFIQUESE la presente Resolución a la Municipalidad y al departamento de Atención Primaria y Red Asistencial de la Dirección Servicio Salud Araucanía Sur, remitiéndole copias íntegras de la misma y del Convenio. -

ANOTESE Y COMUNIQUESE.



D. RENE LOPETEGUI CARRASCO
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD ARAUCANÍA SUR

Nº 511/01.04.2019

Distribución:

- Municipalidad de Curarrehue
- Subsecretaría de Redes Asistenciales y División de Atención Primaria
- Dpto. de Atención Primaria y Red Asistencial,
- Departamento de Finanzas,
- Departamento de Auditoría,
- Departamento Jurídico y
- Oficina de Partes



CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR MUNICIPALIDAD DE CURARREHUE

FPH/PUG



En Temuco a 15 de marzo de 2019 entre el **Servicio de Salud Araucanía Sur**, persona Jurídica de Derecho Público domiciliado en calle Prat N° 969, representado por su director Sr. **RENÉ LOPETEGUI CARRASCO**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Municipalidad de Curarrehue**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Avenida Estadio N° 550, Curarrehue, representada por su Alcalde D. **ABEL PAINEFILO BARRIGA** 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 inciso segundo del artículo 56 del Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, 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 4° del Decreto N° 84, de 2018 que determina aporte estatal a municipalidades que indica, para sus entidades administradoras de salud municipal, periodo 2019, 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 cual ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1284 de 28 de diciembre de 2018, asignándole recursos para el año 2019 a través de Resolución N° 136 de fecha 08 de febrero de 2019, ambas del Ministerio de Salud.

El referido Programa, cuyo texto no se anexa por ser conocido por las partes, tiene por objetivo 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.

TERCERA: Los componentes de este Programa son:

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

ESTRATEGIAS:

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:



- **Médico Gestor de la Demanda:** Su objetivo está orientado a mejorar la atención integral de los usuarios haciendo efectiva la integración de las Redes Asistenciales en aspecto de referencia y contra referencia, de solicitud de interconsulta (sic) exámenes diagnósticos y/o terapéuticos y toda otra necesidad de atención interniveles mediante el uso racional de los recursos de especialidad 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 y que preferentemente debe ejecutar el cargo un médico de familia.-
- **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.
- **Otorrinolaringología.** Está orientado al diagnóstico y tratamiento de la Hipoacusia en personas hasta los 64 años, Síndrome Vertiginoso y Otitis Aguda y crónica (personas de 15 y más años). Se podrá incluir a personas de otras edades si existe el requerimiento local que lo amerite.
- **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.
- **Dermatología.** Las prestaciones de esta especialidad están orientadas a la evaluación y tratamiento de pacientes de toda edad con patología dermatológica.

Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad. 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.

CUARTA: El Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:

1. COMPONENTE 1: ESPECIALIDADES AMBULATORIAS:

- 1.1. Médico Gestor de la Demanda** (5 horas mensuales): preferentemente debe ejecutar el cargo un médico de familia, su objetivo está orientado a mejorar la atención integral de los usuarios haciendo efectiva la integración en redes, 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, con especial esfuerzo en potenciar las consultorías y reuniones clínicas que aporten mejoría de capacidad diagnóstica a los equipos de salud.
- 1.2. Oftalmología.** La canasta integral a ejecutar 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 el SIGTE.
- 1.3. Otorrinolaringología.** La canasta integral a ejecutar incluye: consulta médica, audiometría y entrega de audífonos 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.
- 1.4. Gastroenterología.** La canasta integral a ejecutar incluye: examen endoscópico digestivo alto con biopsia y test de ureasa.



2. COMPONENTE 2: PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD.

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. La estrategia considera todos los insumos necesarios para realizar la actividad.

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

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

QUINTA: 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,

priorizando el otorgamiento de la prestación a los usuarios que se encuentren en lista de espera con mayor tiempo de espera.

El Servicio de Salud podrá incorporar otras prestaciones GES y NO GES 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 SIGTE.
- Que correspondan a atenciones integrales, es decir, que aseguren la resolución del problema de salud.

SEXTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$15.404.985.-**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior, conforme a los montos que ha asignado el Ministerio de Salud para ello.

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

COMPONENTE 1	SUB COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES o METAS	MONTO (\$)
Especialidades ambulatorias	Médico Gestor	Nº Médico de 5 Hrs. mensuales	1	633.450
	Oftalmología	Nº consultas	100	3.973.200
	Otorrinolaringología	Nº consultas	50	6.547.500
	Gastroenterología	Nº Procedimientos	25	2.494.675
	UAPO	Nº consulta vicio	0	0
		Nº consultas glaucoma nuevo	0	0
		Nº glaucoma en control	0	0
		Nº otras consultas	0	0
		Nº Consultas T. Médico	0	0
		Gasto operacional	0	0
		Nº lentes uapo	0	0
		Nº fármacos glaucoma anual	0	0
	Nº lubricante Oculares anual	0	0	
	subtotal			0
	Total Estrategia			13.648.825

COMPONENTE 2	SUB COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O METAS	MONTO (\$)
Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad	Cirugía menor ambulatoria	Nº Procedimientos	70	1.756.160
	Total Estrategia			1.756.160
TOTAL PROGRAMA				15.404.985

El número de actividades a realizar podrá ser modificada, si la Municipalidad al ejecutar los procesos licitatorios de acuerdo a la normativa legal vigente, demuestra que los valores ofertados superan el presupuesto asignado por componente y actividad. Para ello deberá informar vía oficio al Departamento de Atención Primaria las nuevas cantidades de actividades a realizar.

OCTAVA: 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 y especificadas en la siguiente tabla:

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 comprometidas en el Programa	100%	30%	
	Cumplimiento de la actividad de Tele Oftalmología y Tele Dermatología	Numerador: N° de Informes y consultas comprometidos Denominador: N° de Informes y consultas Programados	100%	25%	

	<p>% 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 SIGTE y acordada en el convenio.</p> <p>Nota: considera LE comunal y establecimiento de APS dependientes del Servicio de Salud, en relación a diagnósticos que aborda el programa</p>	<p>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 SIGTE y acordada en convenio vigente</p> <p>Denominador: N° de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud</p>	100%	20%	90%
	<p>% 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 SIGTE y acordada en el convenio</p> <p>Nota: considera LE comunal y establecimiento de APS dependientes del Servicio de Salud</p>	<p>Numerador: N° de pacientes egresados por causales 16 y 17 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y por causal 16 correspondiente a LE procedimiento de Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente</p> <p>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</p>	Y	15%	
<p>PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD</p>	<p>1. Indicador: Cumplimiento de actividad programada</p>	<p>Numerador: Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados</p> <p>Denominador: Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos</p>	100%	70%	

	<p>% 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 SIGTE y acordada en el convenio</p> <p>Nota: considera LE comunal y establecimiento de APS dependientes del Servicio de Salud</p>	<p>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 SIGTE y acordada en convenio vigente</p> <p>Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud</p>	100%	30%	10%
--	--	--	------	-----	-----

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

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 para efectuar adquisición de prestaciones a considerar como instrumento base en los procesos de licitación de las comunas.
- Realizar auditorías técnicas.

Sistema de registro de este Programa:

- El encargado de Resolutividad en conjunto con Encargado de lista de espera del Servicio de Salud estará encargado de:
 - 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.
 - 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.
 - Realizar inducción a las comunas en la utilización de plataforma informática y registro de documentación.
 - Monitorear registro de casos GES en sistema SIGGES:
 - Monitorear en forma periódica el registro y ejecución de las prestaciones realizadas a través de la plataforma informática definida por el Servicio de Salud.
- La Municipalidad estará encargado de:
 - Velar que todas las actividades y prestaciones que se realizan en el marco del Programa, se registren en forma mensual de acuerdo a lo indicado en los medios de verificación de la ejecución de las actividades asociadas al programa.
 - Trabajar con las listas oficiales que emitirá el Servicio de Salud Araucanía Sur, y sobre la cual deberá gestionar conforme a los procedimientos y sistemas de registro actuales o futuros que este Servicio determine.
 - Utilizar los registros de gestión y ejecución de prestaciones a través de las plataformas informáticas definidas por el Servicio de Salud actuales y/o futuras.
 - Asegurar que las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador medico deberá estar registrado en la Superintendencia de Salud y deberá entregar un informe de atención al paciente y al departamento de salud, con el fin de que esta información quede registrada en su ficha clínica. Este informe debe ser entregado con un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.

Evaluación:

Se realizarán tres evaluaciones durante la ejecución del Programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación, definidos en el anexo N° 1 del Convenio.

- **La primera evaluación,** Se efectuará con corte al día 30 Abril y envié de informe a encargado programa de nivel central al 15 de Mayo. En esta evaluación se requerirá él envié de un informe detallando las comunas en convenio, horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicio adjudicadas y procesos licitatorios.
- **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:

La tabla de descuento es la siguiente:

Porcentaje cumplimiento Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (30%), Subt. 24
50,00%	0%

Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%
0%	Rescindir convenio

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 y tendrán plazo hasta el 31 de Diciembre del año en curso, para finalizar su ejecución.

- **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, lo que permitirá obtener el cumplimiento global del programa.

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

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

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

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 según registros de fuente oficial.

NOVENA: El Servicio ejecutara el monitoreo y evaluación del grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria; con datos extraídos por Unidad de Estadística del SSAS desde la página www.ssasur.cl. De acuerdo a lo anterior la Municipalidad deberá velar que todas las actividades y prestaciones que se realizan en el marco del Programa, se registren en forma mensual de acuerdo a lo indicado en los medios de verificación de la ejecución de las actividades asociadas al programa en los sistemas informáticos actuales o futuros habilitados por el Servicio de Salud.

DECIMA: Para la ejecución del **Componente N° 1: resolución de especialidades ambulatorias, estrategias: Medico gestor de la demanda, gastroenterología y Componente N° 2: procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, el**

Servicio de Salud transferirá los recursos en 2 cuotas: el 70% a la total tramitación del acto aprobatorio y el 30% restante en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en la cláusula **octava** del convenio y al Ítem VII de este Programa.-

La Municipalidad encomienda en forma completa e irrevocable al Servicio de Salud Araucanía Sur la licitación, adjudicación y celebración de los contratos y demás actos administrativos que procedan, para la compra de acciones y otros insumos necesarios para el cumplimiento del Componente N° 1: resolución de especialidades ambulatorias, estrategia de **OTORRINOLARINGOLOGÍA y OFTALMOLOGÍA**, señalado en la cláusula tercera y cuarta del presente convenio.

Los contratistas o proveedores deberán emitir su factura o boleta de prestación de servicios exenta a nombre de la Municipalidad. Estas serán recepcionadas en el Depto. de Abastecimiento para VB y verificación de conformidad de las prestaciones realizadas, para luego remitirla al Depto. de Finanzas que las cancelarán con los fondos asignados por medio de este convenio, y administrados en la cuenta de administración de fondos complementaria.

El Servicio de salud se obliga a:

1. En el caso de tener que llamarse a licitación, adoptar en las bases administrativas todas las garantías tendientes a la adecuada ejecución de lo mandado, en particular multas por atrasos, boletas bancarias de garantías por la correcta ejecución de la obra y seriedad de la oferta, terminación anticipada por incumplimiento y anticipados debidamente garantizados en caso de considerarse ello necesario. Además, actuará en todo momento con estricta sujeción a las Bases y con pleno respeto al principio de igualdad de los oferentes.
2. En las Bases se dejará constancia que la documentación y eventual facturación del contratista se efectuará a nombre del Mandante.
3. Pagar directamente y en el plazo de 30 días la factura o boleta de prestación de servicios exenta, presentada por el contratista.
4. Realizar todas las gestiones técnicas y administrativas necesarias para la materialización del mandato, lo que comprende desde la elaboración de estudios, expediente técnico, bases administrativas, especificaciones técnicas, llamado, apertura y adjudicación de las propuestas, celebración del contrato correspondiente, con el contratista favorecido, y demás roles de la ejecución de este.
5. Obtener del contratista seleccionado, las garantías estipuladas en las bases administrativas.
6. Rechazar o aprobar los documentos de pago del contratista y remitir oportunamente estos al Mandante, una vez efectuado el pago con cargo a la cuenta de administración de fondos de terceros.
7. Velar porque el contratista de cumplimiento a la normativa laboral y provisional.
8. Remitir al Mandante un informe y liquidación final de lo obrado.
9. Responder las consultas y solicitud de informes del Mandante y facilitar la inspección y revisión por parte de este de las rendiciones y cuentas, y aceptar sus sugerencias y recomendaciones.
10. Se faculta además al Servicio para redistribuir entre los diversos ítems descritos en la cláusula quinta de este convenio los recursos que resulten de excedentes producto del menor precio que se pague en ciertas prestaciones, sin perjuicio de mantener el monto total del convenio en los valores totales asignados al Municipio por estrategia. De la misma forma se valida que se dé circunstancialmente más prestaciones de las consignadas en dicho convenio por el mismo efecto de obtener un mejor precio de una prestación en particular.

11. Si las ofertas exceden el presupuesto estimado, podrá ser declarada desierta la propuesta, salvo que se obtenga una eventual suplementación de fondos.
12. De existir excedentes en los fondos asignados, el Servicio de Salud procederá de acuerdo a la normativa contable vigente.

La Municipalidad será responsable:

1. Colaborar en la citación de los pacientes para los operativos ejecutados tanto en dependencias de los establecimientos de la comuna como en instalaciones del proveedor, utilizando para ello los sistemas informáticos indicados por el Servicio de Salud en nóminas derivadas por el SSAS. Además, de colaborar en el traslado de aquellos usuarios que viven en sectores rurales de difícil acceso.
2. De ejecutarse las prestaciones sanitarias objeto de este convenio en la comuna respectiva, la Municipalidad deberá proveer las instalaciones necesarias que cumplan con los requerimientos sanitarios para la óptima ejecución de la actividad.
3. Nombrar a un funcionario responsable de la coordinación y supervisión de las prestaciones sanitarias, que se ejecuten en dependencias de los establecimientos de salud de la comuna.
4. Generar los egresos administrativos de las prestaciones ejecutadas, en los sistemas informáticos señalados por el por el Servicio de Salud, en un plazo no superior a cinco días hábiles.

DECIMO PRIMERA: 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.

Para el componente de Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad se deberá observar las normas básicas de aseo y desinfección, como a su vez, el cumplimiento de las Normas Técnicas Básicas de atención abierta para salas de procedimientos y pabellones de cirugía menor.

DECIMO SEGUNDA: La Municipalidad deberá informar mensualmente a este Servicio de Salud los ingresos y gastos generados por concepto de las estrategias indicadas en la cláusula cuarta del convenio. Dicha rendición debe ser realizada a través del sistema de monitoreo de convenios, disponible en la página web www.ssasur.cl, banner sistemas de convenios.

Considerando que las actividades a desarrollar por la Municipalidad y estipuladas en este Convenio son de continuidad a las ejecutadas en el año anterior, de acuerdo a lo estipulado en el artículo N° 13 de la Resolución N° 30 de la Contraloría general de la Republica que fija el procedimiento sobre rendiciones financieras, se aceptaran las rendiciones de cuentas de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio.

DECIMO TERCERA: El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Atención Primaria y Red Asistencial. No obstante lo anterior el Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su del Dpto. de Auditoria.

DECIMO CUARTA: Finalizado el periodo de vigencia del presente convenio, el servicio solicitará el reintegro de los recursos del valor correspondiente a la parte no ejecutada de las actividades descritas, objeto de este instrumento.

DECIMO QUINTA: El Servicio de Salud 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.

Sin perjuicio de lo anterior, las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la **Resolución N° 30 de 2015**, de la Contraloría General de la República que fija normas sobre procedimiento de rendición de cuentas.

DÉCIMO SEXTA: La vigencia del presente convenio es hasta el **31 de diciembre de 2019**. Sin perjuicio de lo anterior y siempre que el programa cuente disponibilidad presupuestaria para el año siguiente, su vigencia se prorrogará automáticamente hasta el 31 de diciembre del año siguiente. Dicha prórroga se formalizará mediante resolución exenta del Servicio de Salud, fijando las metas comprometidas y los recursos asociados a dicha prórroga. Será requisito para cursar la resolución referida, la previa rendición del saldo no ejecutado.

Ahora bien, conforme a los dictámenes N°16.037 y N° 11.189, ambos de 2008 de la Contraloría General de la República, las partes establecen que, por razones de buen servicio, las prestaciones contempladas en este convenio comenzaron a ser otorgadas en la forma pactada el **01 de enero de 2019**, no obstante, el pago estará condicionado a la total tramitación de la Resolución que lo aprueba.

Mediante convenios complementarios podrán modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad, las prestaciones que incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducir en su operación en conformidad con el mismo.

DÉCIMO SÉPTIMA: El presente convenio se firma en 5 ejemplares, quedando uno en poder de la Municipalidad, dos en el Ministerio de Salud (Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria) y el resto en poder del Servicio.



D. ABEL PAINEFILO BARRIGA
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE CURARREHUE



D. RENÉ LOPETEGUI CARRASCO
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR

Anexo N° 1 PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA

<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 "canasta 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 resolutive ▪ 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, Otorrinolaringología y procedimiento Gastroenterología</p> <p>Fórmula Indicador: $\frac{\text{N° de consultas y procedimientos realizados por el Programa}}{\text{N° de Consultas y procedimientos comprometidos en el Programa}} * 100$</p> <p>Indicador 2: Cumplimiento de la actividad de Tele Oftalmología y Tele Dermatología</p> <p>Fórmula Indicador: $\frac{\text{N° de Informes y consultas realizadas}}{\text{N° de Informes y consultas programadas}} * 100$</p> <p>Indicador 3: % de cumplimiento de la programación anual 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 SIGTE y acordada en el convenio</p> <p>Fórmula Indicador: $\frac{\text{N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente}}{\text{N° de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud}}$</p> <p>Indicador 4: % de cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 y 17 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio:</p> <p>Fórmula Indicador: $\frac{\text{N° de pacientes egresados por causal 16 y 17 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en convenio vigente}}{\text{N° de procedimientos de Fondo de ojo y Endoscopia Digestiva Alta programados como oferta de especialidad de Oftalmología y Gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud}}$</p>	<p>Medio de verificación:</p> <p>Indicador N° 1: REM /Programa</p> <p>Indicador N° 2: Plataforma /Programa</p> <p>Indicador N° 3: SIGTE</p> <p>Indicador N°4: SIGTE</p>
--	---	--	--

COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p>Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad.</p> <p>Estos procedimientos 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><u>Estrategia:</u> 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: Orogar 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: Indicador 1: Cumplimiento de actividad programada Fórmula Indicador: N° Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados *100 N° Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos</p> <p>Indicador 2: % de cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordada en el convenio Fórmula Indicador: N° 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 SIGTE y acordada en convenio vigente N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud</p>	<p>MEDIO DE VERIFICACIÓN Medio de Verificación: Indicador N° 1: REM /Programa</p> <p>Indicador N° 2: SIGTE</p>