

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

SECRETARÍA MUNICIPAL

APRUEBA CONVENIO c/SERVICIO DE SALUD

DECRETO ALCALDICIO N° 523

DALCAHUE, 03 de marzo de 2022

**VISTOS:** La Resolución Exenta N° 674 del 07 de febrero de 2022 del Servicio de Salud Chiloé; el Decreto Alcaldicio N° 2157 del 28 de diciembre de 2021, que nombra en calidad de Suplente en el cargo de Alcalde de la Comuna, a la sra. Susana Vera Cárcamo; los Artículos 2°, 56 y siguientes de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, texto refundido.

DECRETO:

**APRUEBASE:** En todos sus puntos el “*Convenio Programa Resolutividad en APS*” suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, representada por su Alcaldesa doña Susana Elizabeth Vera Cárcamo y el Servicio de Salud Chiloé representada por el Director don José Cárdenas Burce y mediante el cual se transfiere a la Municipalidad de Dalcahue la suma total de \$13.780.819.- (trece millones setecientos ochenta mil ochocientos diecinueve pesos).

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



~~CLARA INÉS VERA GONZÁLEZ~~

SECRETARIA MUNICIPAL



SUSANA ELIZABETH VERA CÁRCAMO

ALCALDESA DE LA COMUNA

**DISTRIBUCIÓN:**

- Dirección Administración y Finanzas
- Corporación Municipal
- Secretaría Municipal
- Concejo Municipal
- Control Interno
- **Oficina Transparencia**
- Of. Partes

**RESOLUCION EXENTA N° 674**

**CASTRO, 07 FEB. 2022**

**VISTOS ESTOS ANTECEDENTES:** El convenio **Resolutividad en APS**, suscrito con fecha 19 de enero de 2022, entre el **Servicio de Salud Chiloé** y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**; el programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 104 del 02 de Febrero de 2021; y sus recursos distribuidos mediante Resolución Exenta N° 26 del 07 de enero de 2022, todas del Ministerio de Salud; lo dispuesto en el D.F.L. N° 29 de 2005 del Ministerio de Hacienda, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo; DFL N° 1 de 2006 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2.763 de 1979; Ley 19.378; Ley 20.229 de 2007 que otorga facultades para la creación del Servicio de Salud Chiloé; Ley 18.575 de Bases Generales de la Administración del Estado; Decreto Supremo N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento de los Servicios de Salud; D.F.L. N° 1 del 13 de febrero de 2008 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial el 28 de junio de 2008, que crea el Servicio de Salud Chiloé; lo previsto en la Resolución N° 7 del 2019 y Resolución N° 16 del 2020, ambas de la Contraloría General de la República y D.E. N° 23 de fecha 01 de septiembre de 2021 del Ministerio de Salud **CONSIDERANDO:** 1.- Resolución Exenta N° 26 del 07 de enero de 2022, del Ministerio de Salud, que distribuye recursos. 2.- Que se hace necesario transferir dichos recursos para financiar el convenio Resolutividad en APS suscrito con fecha 19 de enero de 2022, entre el Servicio de Salud Chiloé y la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, cuyo propósito es contribuir a la entrega de servicios de salud accesibles y oportunos a la población beneficiaria a cargo de la Atención Primaria mejorando el acceso y la disponibilidad de medicamentos a las personas y familias afectadas por enfermedades no transmisibles con prioridad en problemas de salud cardiovascular, de manera de potenciar, la oportunidad y calidad técnica, en las atenciones de salud, de forma integral y con un enfoque de salud familiar. 3- En mérito de los argumentos antes indicados y a fin de que produzca todos sus efectos como en derecho corresponde, dicto lo siguiente:

**RESOLUCIÓN**

- 1. APRUÉBASE, "CONVENIO RESOLUTIVIDAD EN APS"** suscrito con fecha 19 de enero de 2022, entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, en virtud del cual el Servicio de Salud Chiloé conviene en asignar recursos, los

2. **TRANSFIÉRASE**, primera cuota correspondiente al 70% del total de los recursos del convenio, correspondiente a **\$13.780.819.-**, previa verificación, por parte del Subdepartamento de Gestión Financiera del Servicio, del cumplimiento por parte de la comuna de los requisitos definidos en la Resolución 30/2015 de la Contraloría General de la República, que hubiere cumplido con los reintegros y convenios de pago que se han hecho exigibles.
3. **PUBLÍCASE**, en Portal de Transparencia Activa, del Servicio de Salud Chiloé.
4. **SÍRVASE**, el presente documento como suficiente oficio remitido.
5. **IMPÚTASE** el gasto que irroge el cumplimiento de este al ítem 24-03-298-002 **RESOLUTIVIDAD EN APS** del año 2022.

**ANÓTESE Y COMUNÍQUESE**



**D. JOSÉ CÁRDENAS BURCE**  
**DIRECTOR**  
**SERVICIO DE SALUD CHILOÉ.**



Director/Subdepartamento G.F./Subdirector G.A./Jurídica/Subdepartamento APS/UAQM/Igb

Distribución:  
La que indica:

- Ilustre Municipalidad de Dalcahue
- Subdirección de Recursos Físicos y Financieros
- Subdepartamento Gestión Financiera, S.S. Chiloé.
- Subdirección APS, S.S. Chiloé
- Referente Técnico del Programa D. Claudia Arias Carrasco
- Dpto. Jurídica, S.S. Chiloé
- Of. Partes, S.S. Chiloé

**CONVENIO**  
**PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN APS**  
**ENTRE**  
**ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**  
**Y**  
**SERVICIO DE SALUD CHILOÉ**

En Castro a 19 de enero de 2022 entre el **Servicio de Salud Chiloé**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.979.210-6, domiciliado en calle O'Higgins N° 504, en la ciudad de Castro, representado por su Director **D. José Cárdenas Burce**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**, corporación autónoma de derecho público RUT N° 69.230.300-8, domiciliada en Calle Pedro Montt N°105, de la comuna de Dalcahue, representada por su Alcaldesa (S) **D. Susana Vera Cárcamo**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un Convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

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

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 35 del 26 de diciembre de 2016, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

Se precisa que El Servicio ha suscrito Convenio de Colaboración con la Contraloría General de la Republica para la utilización del Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas, en adelante denominado SISREC, aprobado por Resolución Exenta N° 04015 del 29 de octubre de 2020 de la Contraloría General de la Republica, disponible en la página WEB institucional del "Servicio" (<https://sschi.redsalud.gob.cl/>).

**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 Resolutividad en APS.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 104 del 02 de Febrero de 2021, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 26 del 07 de enero de 2022, del Ministerio de Salud. Además, si se disponen, se complementa con las Orientaciones Técnicas del Programa. El Programa y sus Orientaciones Técnicas, de estar disponibles, se entienden forma parte integrante del convenio, el que la "Municipalidad" se compromete a desarrollar en virtud del presente Instrumento, el que se encuentra disponible en la página WEB institucional del "Servicio" (<https://sschi.redsalud.gob.cl/>).

**TERCERA: De las orientaciones técnicas.** El Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el cumplimiento Programa según lo siguiente:

### **1. PROPÓSITO.**

El Programa de Salud en todos sus componentes, tiene como propósito que la población que se atiende en establecimientos de APS, acceda con mayor oportunidad a una atención cercana, integral y de calidad a través de estrategias de fortalecimiento de la APS.

### **2. DESCRIPCIÓN.**

El Programa de Salud plantea tres componentes a desarrollar en los centros de salud familiar (CESFAM) u otros centros de salud debidamente habilitados, para reforzar los establecimientos locales con recursos financieros adicionales, acordes a su población.

El primer componente es resolución de especialidades ambulatorias, el segundo componente son los procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad (intervenciones quirúrgicas menores), y el tercer componente es la atención de mujeres en etapa de climaterio.

### **3. OBJETIVO GENERAL.**

Mejorar la capacidad resolutive de la APS, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones de especialidad considerando los aspectos promocionales, preventivos, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, con un enfoque de salud familiar e integral.

### **4. OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

**Nº 1:** Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la APS y que presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden ser resueltas en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.

**Nº 2:** Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria.

**Nº 3:** Otorgar atención integral y resolutive por médico especialista en ginecología para diagnóstico y tratamiento de sintomatología climatérica en mujeres derivadas, aliviando sintomatología somática, psicológica, genitourinaria y sexual asociada a esta etapa.

### **5. COMPONENTES.**

#### **A. COMPONENTE 1: RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES AMBULATORIAS.**

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

Las actividades que contempla esta estrategia, de acuerdo con el 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 de Salud deberán ser aquellas que se encuentren en lista de espera para atención (registradas en Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE)), 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.

vicio de refracción, y otras patologías agudas según requerimiento local que lo amerite y se encuentren identificadas en SIGTE.

**La Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)**, cuenta con orientaciones técnicas específicas que definen sus objetivos, cartera de servicio, infraestructura, recurso humano y flujo de atención.

En el caso que la evaluación integral del profesional se produzca un hallazgo de una patología con Garantía Explícita en Salud (GES), se deberán elaborar todos los documentos establecidos por la regulación vigente y generarse la sospecha diagnóstica o confirmación de la patología y su tratamiento o derivación a nivel secundario cuando corresponda, dependiendo de la cartera de servicios y mapa de red. Asimismo, se deberá cautelar que el registro en SIGGES se cumpla de acuerdo con los plazos establecidos para no comprometer el cumplimiento de la garantía.

Las actividades de la UAPO deberán ser programadas de acuerdo a las orientaciones técnicas vigentes que describen su funcionamiento. Esta estrategia está orientada a la resolución de casos **No GES**, no obstante, se podrán incorporar usuarios con patologías **GES**, previo requisito de que exista cumplimiento de las actividades programadas según las orientaciones técnicas vigentes. La **atención de patologías GES** deberá ser respaldada mediante la generación de un **convenio de compra de servicio u otro** (por ejemplo, de colaboración), entre la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud y el Servicio de Salud, que **asegure los registros requeridos y cumplimiento de garantías de salud** para la patología a atender, acorde a los lineamientos entregados por FONASA.

**La UAPO** cuenta con la estrategia de **Tele-Oftalmología**, que consiste en un tamizaje para la pesquisa precoz de *retinopatía diabética* (RD) para prevenir la pérdida visual en personas con diabetes mellitus. Las fotografías se realizan con el uso de cámara fotográfica retinal no miátrica, que deben cumplir con las características mínimas requeridas en la orientación técnica vigente. Las fotografías del fondo de ojo tomadas por los tecnólogos médicos de oftalmología en las UAPO son analizadas a través de una plataforma provista por MINSAL o sistema local, procedimiento que procesa mediante inteligencia artificial las fotografías, separando las imágenes normales (negativas) de las alteradas (positivas), siendo sólo estas últimas derivadas a informe médico por especialista. En otros casos en que el respectivo Servicio de Salud lo determine, las fotografías, pueden ser interpretadas por oftalmólogo a distancia mediante plataforma, quien emitirá el informe correspondiente.

Las confirmaciones diagnósticas, derivaciones y tratamiento de los usuarios con sospecha de *retinopatía diabética* deben ser de acuerdo con la guía clínica GES de retinopatía diabética MINSAL que establece flujos y tiempos diferenciados según la severidad de la RD.

Según la plataforma digital en uso, indicada por MINSAL o sistema local, si el resultado del tamizaje resulta positivo, la fotografía deberá ser evaluada por oftalmólogo para confirmar sospecha diagnóstica y clasificarla como RD leve, moderada o proliferativa. En caso de confirmar sospecha o si la fotografía no puede ser interpretada para hacer un diagnóstico, es el oftalmólogo de la UAPO quien deberá evaluar presencialmente al usuario (**control presencial**) para confirmar o descartar el diagnóstico de RD (o el especialista que determine la Red de derivación del respectivo Servicio de Salud), priorizando según disponibilidad de hora a los usuarios con RD severa o proliferativa según informe.

Si la confirmación diagnóstica es de **RD no proliferativa leve o moderada**, el usuario deberá mantenerse en control con oftalmólogo de la UAPO (de acuerdo con lo señalado en la Guía Práctica GES de RD 2018 o como determine la Red de derivación del respectivo Servicio de Salud). En caso de **RD no proliferativa severa o RD proliferativa** deberá derivarse al usuario al nivel secundario, de acuerdo con la derivación establecida, señalando **urgencia** en su atención.

En consecuencia, si se confirma la **RD leve o moderada** y el paciente requiere **tratamiento médico** deberá mantenerse en control en la UAPO (según disponibilidad de recurso humano y

**Servicio de  
Salud Chiloé**  
Subdirección de Gestión Asistencial  
Subdepartamento de APS

El paciente será egresado de lista de espera utilizando la causal que se indique en la Norma Técnica Administrativa -División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA), MINSAL-, de acuerdo con lo descrito en el documento de orientaciones técnicas vigentes del Programa de Salud.

**Estrategias:**

Fomentar el acceso oportuno a prestaciones ambulatorias para el manejo de patologías, a los beneficiarios del sistema público de salud, en el ámbito de las siguientes especialidades: oftalmología, otorrinolaringología, gastroenterología y dermatología:

- a) **Médico Gestor de la Demanda:** (horas mensuales) preferentemente debe ejecutar el cargo un médico de familia, cuyo objetivo está orientado a mejorar la atención integral de los usuarios haciendo efectiva la integración de las Redes Asistenciales, en aspectos de referencia y contra referencia, de solicitud de Interconsulta (SIC), exámenes diagnósticos y/o terapéuticos, y toda otra necesidad de atención 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, así como revisión de SIC y participación de los comités y/o equipos de referencia y contra referencia de su respectivo centro de salud y del Servicio de Salud al cual pertenezca.

**Principales Actividades:**

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

En el caso de la provincia de Chiloé, no se contempla esta estrategia, pero se incorpora al convenio para servir de guía en aquellas actividades realizadas por los médicos contralores de los establecimientos de APS.

- 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, tohometría 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

La entrega de las prestaciones otorrinolaringológica se realiza según la siguiente modalidad:

- La Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica (**UAPORRINO**), que cuenta con un equipo profesional especialista junto con el equipamiento necesario para dar resolución integral a problemas de salud de la especialidad.

**La Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica (UAPORRINO)**, cuenta con orientaciones técnicas específicas que definen sus objetivos, cartera de servicio, infraestructura, recurso humano y flujo de atención.

En el caso que 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 UAPORRINO deberán ser programadas de acuerdo a las orientaciones técnicas vigentes que describen su funcionamiento. Esta estrategia está orientada a la resolución de casos **No GES**, no obstante, se podrán incorporar usuarios con patologías **GES**, previo requisito de que exista cumplimiento de las actividades programadas según las orientaciones técnicas vigentes. La **atención de patologías GES** deberá ser respaldada mediante la generación de un **convenio de compra de servicio u otro** (por ejemplo, de colaboración), entre la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud y el Servicio de Salud, que **asegure los registros requeridos y cumplimiento de garantías de salud** para la patología a atender.

La UAPORRINO considera todos los insumos necesarios para realizar las actividades, no obstante, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la mantención de equipos utilizados en dicha estrategia y reposición de equipos y/o equipamiento menor, con sus respectivos respaldos técnicos, que vaya en directa relación con la atención de los usuarios en la especialidad de otorrinolaringología asegurando siempre el cumplimiento de las metas programadas y la continuidad de la atención. Finalmente, es MINSAL quien deberá aprobar el uso de dichos recursos.

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

En el caso de existir estrategias con respaldo clínico comprobado, que sean realizadas en algunos centros y/o Servicios de Salud, que contribuyan a mejorar la pesquisa de cáncer gástrico, en la misma línea que la canasta integral, podrán ejecutarse previo cumplimiento de metas y consulta a su respectivo Servicio de Salud y autorización de MINSAL.

- e) **Dermatología:** las prestaciones de esta especialidad están orientadas a la evaluación y tratamiento de pacientes de toda edad con patología dermatológica, a través de la estrategia de **Tele dermatología**. Para ello, los establecimientos de atención primaria u hospitales de la familia y comunidad, contarán con una programación de atenciones y una **canasta de fármacos** establecida por la DIVAP, MINSAL, según la orientación técnica vigente, para el tratamiento de los pacientes, de acuerdo con la indicación entregada por el especialista. Esta

Red de derivación local), y notificar al paciente de la relevancia del control metabólico, bajo el programa de salud cardiovascular, para retrasar el avance de su patología; por el contrario, si se conforma RD severa o RD proliferativa se deriva para **tratamiento médico/quirúrgico** en el nivel secundario según Red derivación GES, cumpliendo los términos administrativos del GES (registro SIGGES y notificaciones correspondientes), mediante una SIC para tratamiento de RD emitida por el **oftalmólogo** de la UAPO.

En caso que se requieran estudios adicionales no disponibles en UAPO, deberá derivarse al centro de salud de referencia (según Red de derivación GES), mediante la emisión de una SIC como **sospecha de RD** emitida por el oftalmólogo de la UAPO, o en su defecto, por el tecnólogo médico de oftalmología acorde a la Red de derivación del respectivo Servicio de Salud, aportando la mayor cantidad de antecedentes en la derivación, incluyendo el resultado del tamizaje, datos del médico informante, agudeza visual y presión intraocular del paciente.

Tabla Nº 1: Clasificación de RD y controles.

<b>Retinopatía diabética (RD)</b>	<b>Hallazgos observables en oftalmología de ojos dilatados</b>	<b>Referencias</b>
Sin RD aparente	No hay anomalías	Revisión en 1 o 2 años para repeticiones del tamizaje (no requiere oftalmólogo)
RD no proliferativa leve	Solo microaneurismas	Revisión en 1 o 2 años <b>SI</b> hay buen control metabólico
RD no proliferativa moderada	Más que solo microaneurismas pero menos que RD severa no proliferativa	Revisión en 6 meses - 1 año o referir al oftalmólogo
RD no proliferativa severa	Cualquiera de los siguientes: ▪ Hemorragias intraretinianas ( $\geq 20$ en cada cuadrante). ▪ Anomalías microvasculares intraretinianas (IRMA) en 1 cuadrante. ▪ Sin signos de RD proliferativa.	<b>Referir al oftalmólogo SEMI URGENTE</b>
RD proliferativa	RD no proliferativa y 1 o más de: ▪ Neovascularización. ▪ Hemorragia vítrea/prerretiniana.	<b>Referir al oftalmólogo URGENTE (1 mes)</b>

Fuente: Guía de práctica clínica GES 2018, MINSAL.

Los registros en SIGGES deberán cumplirse según normativa para el pago de las prestaciones correspondientes a cada nivel de atención, según lo indicado por FONASA.

La UAPO 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 las actividades, no obstante, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la mantención de equipos utilizados en dicha estrategia y reposición de equipos y/o equipamiento menor, con sus respectivos respaldos técnicos, que vaya en directa relación con la atención de los usuarios en la especialidad de oftalmología asegurando siempre el cumplimiento de las metas programadas y la continuidad de la atención. Finalmente, es MINSAL quien deberá aprobar el uso de dichos recursos.

- 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.

**Servicio de  
Salud Chiloé**  
Subdirección de Gestión Asistencial  
Subdepartamento de APS

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 (Intervenciones quirúrgicas de baja complejidad), realizados sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local y tras los que no se espera que existan complicaciones posquirúrgicas importantes.

En general, pueden abordarse en APS **lesiones benignas menores de 5 cm.** de diámetro en la piel y tejidos subcutáneos, descartando aquellas que, por su urgencia, posible riesgo o complicación, ameriten ser resueltas en un Servicio de Urgencia o en un Policlínico de Especialidades Quirúrgicas. No se recomienda la extirpación de lesiones sospechosas de malignidad, estos pacientes deberán ser derivados al especialista cumpliendo los criterios clínicos y protocolos locales de referencia y contra referencia del respectivo Servicio de Salud.

De resolución ambulatoria y electiva se consideran los siguientes tipos de intervenciones: papilectomías, nevus benignos, verrugas, angiomas, granuloma plógeno, onicectomía, fibromas. La realización de biopsias diagnósticas, asociadas a las intervenciones descritas, deberá ser efectuada por los médicos especialistas. Esta indicación no excluye el hecho de que todas las lesiones extirpadas a nivel de APS sean enviadas a análisis histopatológico.

Las patologías por resolver, mediante este componente deberán ser registradas en SIGTE con los códigos indicados en las orientaciones técnicas vigentes, concordantes con lo señalado por la División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA).

Las intervenciones señaladas, idealmente deben ser realizadas por médicos de APS 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 APS, 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 y/o equipamiento utilizados en dicha estrategia, adjuntando todos los antecedentes necesarios que avalan esta solicitud.

Los componentes 1 y 2 del programa de salud, consideran todos los insumos necesarios para realizar las actividades, no obstante, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la mantención de equipos utilizados en dicha estrategia y reposición de equipos y/o equipamiento menor, con sus respectivos respaldos técnicos, que vaya en directa relación con la atención de los usuarios en la especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y las salas de procedimientos de cirugía menor, asegurando siempre el cumplimiento de las metas programadas y la continuidad de la atención. Finalmente, es MINSAL quien deberá aprobar el uso de dichos recursos.

**C. COMPONENTE 3: ATENCIÓN DE MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO.**

Al igual que el primer componente, las actividades se consideran en una "canasta Integral" para la especialidad de ginecología, que busca fortalecer los procesos de soporte para optimar la oportunidad del proceso diagnóstico en la atención integral de la mujer en etapa de climaterio, para mejorar la calidad de vida de las mujeres y, complementariamente, colabora en la prevención de patologías crónicas de alta morbimortalidad.

canasta de fármacos debe estar disponible en todos los establecimientos de APS que utilizan la estrategia.

La estrategia de Tele dermatología deberá funcionar de acuerdo a las orientaciones técnicas vigentes que complementarán el presente programa de salud.

**NOTA:** *La canasta integral del componente resolución de especialidades ambulatorias constituye una referencia y asegura el acceso a prestaciones requeridas, ya que la frecuencia de los requerimientos asociados a los problemas de salud descritos es referencial.*

*En el caso de las canastas farmacológicas para Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología (Incluye Tele dermatología), éstas podrán ser actualizadas por cada Servicio de Salud considerando su realidad local, disponibilidad del medicamento y registro vigente del medicamento ante el Instituto de Salud Pública.*

*Las modificaciones deben ser excepcionales y trabajadas interdisciplinariamente por el equipo técnico correspondiente, manteniendo los grupos farmacológicos definidos y actualizando el arsenal farmacológico del respectivo Servicio de Salud.*

**Se requiere que toda modificación sea informada a MINSAL para su validación.**

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

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

- 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.

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

El programa de salud considera todos los insumos y recursos humanos necesarios para realizar las actividades, entre los que se encuentran los elementos de protección personal para la ejecución de las actividades, así como la movilización de los usuarios en aquellas comunas que sólo disponen de canastas integrales o no poseen especialistas en su territorio cercano. No obstante, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la mantención de equipos utilizados en dicha estrategia y reposición de equipos y/o equipamiento menor, con sus respectivos respaldos técnicos, que vaya en directa relación con la atención de los usuarios en la especialidad de oftalmología asegurando siempre el cumplimiento de las metas programadas y la continuidad de la atención. A su vez, es MINSAL quien deberá aprobar el uso de dichos recursos.

## **B. COMPONENTE 2: PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD.**

La incorporación de procedimientos mínimamente invasivos a realizar en APS 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.

**Servicio de  
Salud Chiloé**  
Subdirección de Gestión Asistencial  
Subdepartamento de APS

- Procurar que las prestaciones realizadas por el Programa de Salud efectivamente signifiquen un aumento real en la oferta de horas de especialidad y no se superpongan con actividades habituales de los prestadores, cuando dichas actividades son realizadas por los mismos profesionales del establecimiento u otros del Servicio de Salud.
- Propiciar la compra de las atenciones médicas aplicando economía de escala, logrando bajar precios por volúmenes de prestaciones y otorgando la posibilidad de reinvertir en otras prestaciones dentro del mismo Programa de Salud.
- El Servicio de Salud podrá establecer pautas para efectuar adquisición de prestaciones a considerar como Instrumento base en los procesos de licitación de las comunas pertenecientes a su Red.
- Realizar auditorías técnicas.

En relación con el Sistema de registro de este Programa de Salud, el Encargado de Resolutividad en conjunto con el Encargado de lista de espera del Servicio de Salud respectivo, deberán velar por:

- La adecuada gestión clínico-administrativa del Programa de Salud.
- 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 de Salud, y para el caso del tercer componente trabajar coordinadamente con el encargado del Programa de Salud de la Mujer.
- Mejorar los registros de Listas de Espera (LE) para cada especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las SIC generadas desde la APS e Ingresarlas al SIGTE según la Normativa vigente.
- El registro de todas las actividades que se realizan en el marco del Programa de Salud sea registrado de acuerdo con 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.*

#### **7.1 Evaluación y Monitoreo:**

Se realizarán tres evaluaciones durante la ejecución del Programa de Salud, en función de los Indicadores establecidos y sus medios de verificación:

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al día 30 abril del año en curso y envío de informe a encargado Programa de Salud nivel central al 15 de mayo del año en curso. 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° 1. Este informe deberá ser generado desde el Servicio de Salud hacia el nivel central. Para esto, las comunas deberán enviar los datos anteriormente mencionados al referente técnico el día 05 de mayo.
- **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 septiembre del año en curso, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

**Estrategia:**

Este componente considera la compra o entrega de la prestación de canasta integral ginecológica, por médico especialista ginecólogo a mujeres entre 45 y 64 años que estén en etapa de climaterio con patologías asociadas a la baja de estrógenos, de acuerdo con criterios de derivación a especialidad según la orientación técnica vigente del Programa de Salud y/o protocolos de referencia y contra referencia locales de los respectivos Servicios de Salud.

La **canasta integral ginecológica** incluye: consulta médica, examen de laboratorio de hormona foliculo estimulante (FSH), exámenes de apoyo diagnóstico (ecotomografía transvaginal o transrectal) y prescripción de medicamentos a entregar por la APS por otra vía de financiamiento (Programas Ministeriales).

**6. PRODUCTOS ESPERADOS.**

*1) Componente 1: Resolución de especialidades ambulatorias.*

*Productos:*

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

*2) Componente 2: Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad.*

*Productos:*

- Disminución progresiva de las listas y tiempos de espera para procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad (intervenciones quirúrgicas menores).
- Incremento absoluto del número de procedimientos resolutivos a nivel local.

*3) Componente 3: Atención de mujeres en etapa de climaterio.*

*Productos:*

- Disminución progresiva de listas y tiempos de espera para atenciones de ginecología y realización de procedimientos diagnósticos.
- Atención resolutive y cercana al territorio geográfico de los beneficiarios.
- Atención integral y resolutive por médico especialista en ginecología para diagnóstico y tratamiento de sintomatología climatérica en mujeres derivadas.

**7. 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 (CIRA)*, la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando al CIRA a los equipos técnicos de los Servicios de Salud encargados de los temas para definir claramente los criterios de referencia.
- Incorporar las actividades del Programa de Salud a la planificación del establecimiento, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme demanda y oferta.

En caso de no aplicar una o más metas, los pesos relativos se ponderarán proporcionalmente de acuerdo con la estrategia o componente correspondiente.

Las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al **31 de 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 de acuerdo con la evaluación del Programa de Salud efectuada. De existir cumplimiento en todas las comunas, este excedente no se generará.

- **La tercera evaluación y final**, se efectuará con corte al **31 de diciembre** del año en curso, fecha en que el programa de salud deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

El Servicio de Salud realizará el seguimiento y monitoreo sistemático de la ejecución del presente programa de salud, estableciendo los compromisos para mejorar las áreas necesarias; todo ello independientemente de acciones específicas que corresponde a los departamentos de auditoría.

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

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

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

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

## **7.2 Informe de Cumplimiento y Reliquidación:**

Para aquellas comunas que administren salud municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de septiembre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al **31 de 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 correctamente en el REM, SIGTE y plataformas Web por parte de los establecimientos.

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

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

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

**Tabla N.º 2: Indicadores y ponderación en programa de salud Resolutividad.**

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Peso final estrategia
1. Resolución Especialidades Ambulatorias: Peso relativo componente 60%	1. Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología, otorrinolaringología y procedimientos gastroenterología.  Meta anual 100% cumplimiento.	• <i>Numerador:</i> N° consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología realizadas por el Programa de Salud • <i>Denominador:</i> N° de consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología comprometidos en el Programa de Salud.	20%
	2. Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y tele dermatología.  Meta anual 100% cumplimiento.	• <i>Numerador:</i> N° Informes de consultas realizadas e Informadas de tele oftalmología y tele dermatología. • <i>Denominador:</i> N° de Informes y consultas de tele oftalmología y tele dermatología programadas.	10%
	3. Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causal 17* y 19* de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el SS en el SIGTE y acordada en este Programa de Salud.  Meta anual 100% cumplimiento.	• <i>Numerador:</i> N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causales 17* y 19* de LE dermatológica; todas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE.  • <i>Denominador:</i> N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología.	15%
	4. Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE por procedimientos de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta (EDA), ambas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud.  Meta anual: 100% cumplimiento <i>Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS dependientes del SS.</i>	• <i>Numerador:</i> N° de pacientes egresados por causal 16* y 19* correspondiente a LE procedimiento fondo de ojo y por causal 16* correspondiente a LE procedimientos EDA; ambos de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE.  • <i>Denominador:</i> N° de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología.	15%
2. Procedimientos quirúrgicos de baja complejidad. Peso relativo componente 20%	5. Cumplimiento de la actividad programada.	• <i>Numerador:</i> N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados. • <i>Denominador:</i> N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados.	10%
	6. Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE por procedimientos de cirugía menor ambulatoria, de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud.  Meta anual: 100% cumplimiento	• <i>Numerador:</i> N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por SS en SIGTE.  • <i>Denominador:</i> N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta.	10%
3. Climatario. Peso relativo componente: 20%	7. Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas y procedimientos ginecología.  Meta anual: 100% cumplimiento	• <i>Numerador:</i> N° consultas y procedimientos ginecológicos realizados por el Programa de Salud  • <i>Denominador:</i> N° de consultas y procedimientos ginecológicos programados en el Programa de Salud	10%
	8. Porcentaje de cumplimiento de la programación del egreso por causal 16* y 17* de la LE ginecológica (climaterio), de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud.	• <i>Numerador:</i> N° de pacientes egresados por causal 16* y 17* correspondiente a LE ginecológica (climaterio), de mayor antigüedad publicada por SS en SIGTE. • <i>Denominador:</i> N° de consultas y procedimientos ginecológicos (climaterio) programados como oferta.	10%

\*: Considera las causales de egreso LE vigentes al momento de elaboración del Programa de Salud, de haber modificaciones se considerarán parte del presente Programa de Salud previo envío de resolución y/o documento formal por parte de MINSAL que indique causales.

**Servicio de  
Salud Chiloé**  
Subdirección de Gestión Asistencial  
Subdepartamento de APS

- *Fórmula de cálculo:* (Nº de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por SS en SIGTE / Nº procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta) \*100
- *Medio de verificación numerador:* SIGTE.
- *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.

*Nota: La lista de espera (LE) de mayor antigüedad deberá resolverse por el programa de salud, ésta se establecerá de la existente en cada comuna y establecimientos de APS dependiente del Servicio de Salud. Solo en caso de no tener lista de espera antigua podrá abordar lista más reciente. La validación de los egresos requerirá el cumplir con la publicación de los registros de responsabilidad APS en el SIGTE, los medios de verificación asociados podrán ser auditados.*

**Cumplimiento del Objetivo Específico N° 3:**

- Indicador N°7:** Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas y procedimientos ginecología.
  - *Fórmula de cálculo:* (Nº consultas y procedimientos ginecológicos realizados por el Programa de Salud / Nº de consultas y procedimientos ginecológicos programados en el programa de salud) \*100.
  - *Medio de verificación numerador:* REM A29 sección A y REM A32.
  - *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.
- Indicador N°8:** Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16 y 17 de la LE ginecológica (climaterio) de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE / Nº de consultas programadas como oferta de especialidad de ginecología (climaterio) \*100
  - *Medio de verificación:* Registro en SIGTE.

*Nota: La lista de espera (LE) de mayor antigüedad deberá resolverse por el programa de salud, ésta se establecerá de la existente en cada comuna y establecimientos de APS dependiente del Servicio de Salud. Solo en caso de no tener lista de espera antigua podrá abordar lista más reciente. La validación de los egresos requerirá el cumplir con la publicación de los registros de responsabilidad APS en el SIGTE, los medios de verificación asociados podrán ser auditados.*

**Plan de mejoras:** De aplicarse descuentos en las segundas cuotas, una vez realizada la reliquidación, la comuna deberá presentar un Plan de Mejoras para la ejecución técnica del periodo restante del año, en el caso que exista la posibilidad desde MINSAL de redistribuir en el mismo programa y comuna.

**Evaluación:** El servicio podrá realizar auditorías y solicitar informes complementarios si se requiere y utilizar otras fuentes de verificación de la información presentada por la comuna en el caso que fuera necesario para evaluar pertinencia técnica y proporcionalidad del gasto, lo anterior sustentado en el uso eficiente de los recursos del estado.

**Registro REM para evaluar proporcionalidad:** Se realizará en base a la programación de Nº de actividades a acordar entre referente técnico del Servicio de Salud y encargados técnicos de las respectivas comunas. La programación de la cartera de prestaciones asociada al programa se elaborará en base a las orientaciones técnicas del programa, u otros instrumentos normativos de MINSAL según corresponda.

El acuerdo de las prestaciones a realizar deberá quedar escrito en acta de reunión entre los referentes técnicos del Servicio de Salud y los referentes técnicos de las comunas.

Si los acuerdos de prestaciones mínimas a registrar en REM de parte de la comuna no se cumplen se deberá rendir proporcionalmente de acuerdo a las horas o prestaciones efectivamente ejecutadas.

Si durante la vigencia del convenio la comuna pasa a paso 1, 2 o 3 según escenario epidemiológico, deberá acordar con el referente técnico un mínimo de prestaciones a realizar en forma remota o

**Servicio de  
Salud Chiloé**  
Subdirección de Gestión Asistencial  
Subdepartamento de APS

- *Fórmula de cálculo:* (N° consultas y procedimientos realizadas por el Programa de Salud / N° de consultas y procedimientos comprometidos en el Programa de Salud) \*100.
  - *Medio de verificación numerador:* REM A29, sección A y sección B; REM A32, sección C.
  - *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.
- b. Indicador N° 2:** Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y tele dermatología.
- *Fórmula de cálculo:* (N° Informes de consultas realizadas e informadas / N° de informes y consultas programadas) \*100
  - *Medio de verificación numerador:* plataforma web indicada por MINSAL y/o plataforma local + REM A30, sección C + REM A30AR, sección A y C.
  - *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.
- c. Indicador N° 3:** Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16 de la LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causal 17 y 19 de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el SS en el SIGTE y acordada en este programa de salud.
- *Fórmula de cálculo:* (N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causales 17 y 19 de LE dermatológica; todas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE / N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología) \* 100
  - *Medio de verificación numerador:* SIGTE.
  - *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.
- d. Indicador N°4:** Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16 de la LE por procedimientos de fondo de ojo y por causal 16 en endoscopia digestiva alta (EDA), ambas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este programa de salud.
- *Fórmula de cálculo:* (N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento fondo de ojo y por causal 16 correspondiente a LE procedimientos EDA; ambos de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE / N° de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología) \*100.
  - *Medio de verificación numerador:* SIGTE.
  - *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.

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

- a. Indicador N°5:** Cumplimiento de la actividad programada.
- *Fórmula de cálculo:* (N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados (intervenciones quirúrgicas menores) / N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados (intervenciones quirúrgicas menores); \*100.
  - *Medio de verificación numerador:* REM A 29.
  - *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.
- b. Indicador N°6:** Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16 de la LE por procedimientos de cirugía menor ambulatoria, de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este programa de salud.

**Servicio de  
Salud Chiloé**  
Subdirección de Gestión Asistencial  
Subdepartamento de APS

Toda transferencia de recursos está sujeta a la disponibilidad presupuestaria del Servicio y se hace presente que de conformidad al inciso 2 del artículo N°18 de la Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, "En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido cuenta de la transferencia anterior,". En consecuencia, este Servicio de Salud, no transferirá nuevos recursos del programa, mientras la Municipalidad no haya resuelto el reintegro de los saldos no utilizados en el ejercicio anterior y que deben ser ingresados a Rentas Generales de la Nación, Instrucción impartida en el Artículo Nro.7 de la actual Ley de Presupuesto de la Nación Nro.21.395 del año 2022.

**QUINTA:** El Servicio podrá requerir a la "Municipalidad" los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y lo señalado en el presente convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso efectuando evaluación del mismo.

Sin perjuicio de lo anterior, la Municipalidad deberá rendir cuenta de las actividades efectuadas, con los respectivos respaldos documentales que correspondan, de acuerdo a lo establecido en la Resolución N° 30 del año 2015 de la Contraloría General de la República que "Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas". Al respecto dicha Resolución señala en su artículo N° 20 "Las referidas unidades deberán preparar mensualmente una rendición de cuentas de sus operaciones, dentro de los quince (15) días hábiles administrativos siguientes al mes que corresponda, o en las fechas que la ley contemple."

La Municipalidad, quedará obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

- a) Utilizar el SISREC para la rendición de cuentas a que dé lugar el presente convenio, ocupando las funcionalidades que otorga el perfil ejecutor, dando cumplimiento al marco normativo aplicable, incluyendo la preceptiva de la resolución N° 30, de 2015, de la Contraloría General de la República. En relación a lo anterior, el "Servicio" sólo revisará rendiciones a través de SISREC.
- b) Designar a los funcionarios que tengan las calidades de analista ejecutor, encargado ejecutor y su subrogante y ministro de fe en el SISREC.
- c) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través del SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, la habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quién corresponda, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.
- d) Custodiar adecuadamente los documentos originales de la rendición garantizando su autenticidad, integridad y disponibilidad para las revisiones de la Contraloría General de la República, en el marco de la normativa legal pertinente.
- e) Rendir gastos en forma proporcional a la ejecución técnica del Convenio según define el artículo tercero de este convenio.
- f) Ante un gasto observado por parte del Servicio, la Municipalidad podrá presentar su apelación dentro de 10 días hábiles desde la fecha de ser observado, de no presentar antecedentes en el plazo indicado se da por rechazado el gasto. Se deja establecido que la toda reclamación con respecto a un gasto observado debe realizarse a través de SISREC, por ende, no se aceptaran reclamaciones presentadas en otro medio o formato. En caso de no presentarse reclamación dentro del plazo señalado o esta se presentase en otro medio o formato que el indicado, el Servicio de Salud Chiloé dará por cerrado el gasto.

El Servicio, quedará obligado en su calidad de otorgante, a lo siguiente:

- a) Designar a los funcionarios para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado y analista otorgante.

**Servicio de  
Salud Chiloé**  
Subdirección de Gestión Asistencial  
Subdepartamento de APS

presencial según el plan paso a paso de MINSAL y según las orientaciones de reactivación de la misma repartición vigentes.

**Modificaciones:** se podrán solicitar Modificaciones de cláusulas técnicas, financieras y administrativas hasta el 30 de septiembre del año en curso, esto implica que la comuna deberá prever anticipadamente aquellas situaciones que pueden poner en riesgo el cumplimiento de uno o más componentes del convenio.

La solicitud de la Municipalidad será vía oficio al Servicio, indicado el programa y argumentos técnicos que respaldan la solicitud. De no contar con la argumentación técnica se rechazará de plano la solicitud informando a la comuna mediante el medio de comunicación por escrito más expedito, considerándose como no presentada. La aprobación de una solicitud será mediante addendum al Convenio y la dictación de la respectiva Resolución Aprobatoria.

No se aceptarán solicitudes de extensión de vigencia del convenio en materias financieras, ya que se entiende que prever situaciones problemáticas para el término de éste es una actividad acordada por las partes y se podrá establecer alternativas de solución en forma oportuna.

**CUARTA: De los recursos financieros.** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Servicio de Salud viene en asignar a la "Municipalidad" los siguientes recursos para el logro de lo señalado en los indicadores de gestión e impacto, los que serán transferidos de la siguiente manera:

	Monto total	Cuotas	Monto cuota	Porcentaje cuota %	Requisito transferencia
Convenio	<b>\$19.686.885.-</b>  <b>Diecinueve millones seiscientos ochenta y seis mil ochocientos ochenta y cinco pesos.</b>	Primera cuota	\$13.780.819.-	70	Contra la aprobación del convenio mediante resolución.
		Segunda cuota	\$5.906.066.-	30	Sujeta a los resultados de la evaluación señalada en el presente convenio.
Fecha inicio Convenio / Addendum e Ingreso a SISREC	Tendrá vigencia a partir de la total tramitación del último acto administrativo que lo apruebe, <i>no obstante, por razones de buen servicio, se entiende que éste se ha iniciado a partir del 1º de enero de 2022, fecha anterior a la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, considerando el artículo 52 de la Ley Nº 19.880 que autoriza la retroactividad del acto administrativo en la medida en que produce efectos favorables para las partes y no lesiona derechos de terceros.</i>  Este Convenio se ingresará a SISREC como Proyecto nuevo por cada componente.				

**Detalle financiero:**

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ESTRATEGIA	Nº DE ACTIVIDADES O METAS	Distribución 2022
1	COMPONENTE 1.1	LENTES UAPO	450	\$ 6.840.000
	COMPONENTE 1.3	GASTROENTEROLOGIA	100	\$ 10.929.100
	COMPONENTE 1.4	DERMATOLOGÍA	1	\$ 110.000
2	COMPONENTE Nº 2.1	P. CUTANEOS	45	\$ 1.236.465
3	COMPONENTE Nº 3	CLIMATERIO	20	\$ 571.320
<b>TOTAL PROGRAMA</b>				<b>\$ 19.686.885</b>

**Servicio de  
Salud Chiloé**

Subdirección de Gestión Asistencial  
Subdepartamento de APS

b) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas del proyecto con documentación electrónica y digital a través del SISREC durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto. Lo anterior incluye, por ejemplo, la habilitación de firma electrónica avanzada del encargado otorgante y su subrogante, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e Internet.

c) Revisar los gastos ingresados por la comuna dentro de 20 días hábiles de su presentación y dentro de 10 días hábiles para gastos observados, en la medida que la comuna rinda gastos en forma mensual. El "Servicio" estará obligado a cerrar el proyecto al término del plazo máximo para rendir que en ningún caso podrá ser superior al último día del mes de marzo del año siguiente.

La obligación de rendir cuenta, señalada en el inciso precedente, subsistirá aun cuando la Municipalidad ejecute las actividades, a través de su Corporación de Salud, en cuyo caso la "Municipalidad", deberá arbitrar las medidas administrativas que sean necesarias, para que dicha entidad también le rinda cuenta, tanto de los recursos como de las actividades realizadas.

**SEXTA:** Será de responsabilidad de la "Municipalidad" velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en los diferentes establecimientos de salud. Lo anterior independiente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de eventuales revisiones que pudiese efectuar.

**SÉPTIMA:** Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada o no rendida del programa objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la "Municipalidad" al Servicio dentro del mes de enero de 2023 o al cierre del proyecto en SISREC.

Los recursos transferidos a la "Municipalidad" sólo podrán ser destinados para el cumplimiento de las prestaciones mínimas establecidas en el convenio, sin embargo en el caso de que la "Municipalidad" cumpla con lo acordado y optimice el gasto de dichos recursos, los excedentes se podrán utilizar en la realización de las mismas prestaciones dentro de los parámetros establecidos en el programa, previa solicitud de modificación del plan de gastos y que no implique modificación de cláusulas del convenio ni extensión de su vigencia, vía oficio al Servicio de Salud antes de 30 de septiembre del año en curso y con la aprobación de éste mediante medio de comunicación por escrito.

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.

**OCTAVA:** El presente convenio de transferencias de recursos incluidas las modificaciones que regulen las actividades, acciones y gastos del mismo, tendrá una vigencia hasta el 31 de diciembre del mismo año y extendiéndose la revisión de los gastos hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados o rechazados.

El convenio se podrá prorrogar de manera automática en los siguientes términos:

a) De la Prórroga automática.

Las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará automática y sucesivamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuesto del Sector Público del año respectivo (siguiente), salvo que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

b) De la vigencia y cómo se formaliza

**Servicio de  
Salud Chiloé**

Subdirección de Gestión Asistencial  
Subdepartamento de APS

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año. Esta prórroga se formalizará mediante Resolución Exenta o la toma de razón de Resolución Afecta del Servicio de Salud la que establecerá las metas y recursos asociados.

c) De la representación por parte del Municipio.

La Municipalidad podrá representar mediante oficio al Servicio la Resolución de prórroga automática dentro de un plazo de 10 día hábiles desde su notificación.

d) Constancia.

Se deja constancia que las metas y recursos financieros entregados en el año en curso, deben estar ejecutados al 31 de diciembre de dicho año. Se entiende que la prórroga automática se refiere a la continuidad del programa en relación de la ejecución técnica y financiera del marco presupuestario del año siguiente, con el fin de dar inicio las prestaciones o actividades que requieren continuidad a partir del 1 de enero del año siguiente.

**NOVENA:** El Servicio y la Municipalidad incorporaran al presente Convenio el Anexo: "Plan de Gastos", que se entienden forma parte integrante del convenio, y la información contenida en el será la utilizada para revisar la pertinencia sanitaria de los gastos. Por otra parte, la revisión financiera de los gastos está regulada por la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la Republica en el "TITULO I. NORMAS GENERALES".

Para que exista acuerdo de voluntades respecto al Plan de Gastos y sus modificaciones, la Municipalidad y Servicio definirán su contenido y se entenderá aprobado por la comuna al ser enviado al Servicio por Oficio/Ordinario y la aprobación de éste mediante medio de comunicación por escrito.

Se deja expresamente estipulado que la no presentación o acuerdo o aprobación de un plan de gastos antes de la primera rendición de gastos en SISREC del año en curso faculta la "Servicio" a utilizar el Plan de Gastos elaborado por este, el que se informará a la comuna por la vía escrita más expedita posible. El Plan de Gastos podrá ser modificado durante la vigencia del convenio por parte del Servicio de ser necesario ajustar aspectos sanitarios del mismo. De la misma forma, el plazo máximo para modificar un Plan de Gastos es el 30 de septiembre del año en curso.

**DECIMA:** En el evento de que el presente convenio se vea beneficiado, con mayores recursos de los indicados en el presente instrumento, se procederá a confeccionar el respectivo addendum y se mantendrán o fijaran nuevas fechas para modificaciones al convenio y/o plan de gasto, según sea el caso.

**DECIMA PRIMERA:** El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando dos en poder del Servicio y uno en la "Municipalidad".

**ANEXO: "PLAN DE GASTOS"**

El presente formato contiene la información mínima a utilizar y cada programa lo adaptará a las necesidades específicas de este.

<b>PLAN DE GASTOS</b>				
PROGRAMA				
N° RESOLUCIÓN ASOCIADO AL PLAN DE GASTOS				
COMUNA				
NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE REFERENTE COMUNAL				
NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE REFERENTE SERVICIO DE SALUD				
Gastos de Operación				
Descripción del gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad estimada	Monto unitario estimado	Monto total estimado	Respaldo para acreditarlo.
Gastos de Personal				
Descripción del gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad estimada	Monto unitario estimado	Monto total estimado	Respaldo para acreditarlo.
Gastos de Inversión				
Descripción del gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad estimada	Monto unitario estimado	Monto total estimado	Respaldo para acreditarlo.

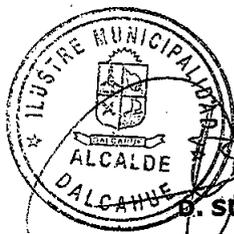
**Servicio de  
Salud Chiloé**  
Subdirección de Gestión Asistencial  
Subdepartamento de APS

Plan de Gastos elaborado por este, el que se informará a la comuna por la vía escrita más expedita posible. El Plan de Gastos podrá ser modificado durante la vigencia del convenio por parte del Servicio de ser necesario ajustar aspectos sanitarios del mismo. De la misma forma, el plazo máximo para modificar un Plan de Gastos es el 30 de septiembre del año en curso.

**DECIMA:** En el evento de que el presente convenio se vea beneficiado, con mayores recursos de los indicados en el presente instrumento, se procederá a confeccionar el respectivo addendum y se mantendrán o fijaran nuevas fechas para modificaciones al convenio y/o plan de gasto, según sea el caso.

**DECIMA PRIMERA:** El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando dos en poder del Servicio y uno en la "Municipalidad".

**DÉCIMA SEGUNDA:** La personería del D. Susana Vera Cárcamo por la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, en su calidad de Alcalde, constá en el Decreto Municipal N°2157 del 28 de diciembre de 2021.

  
D. SUSANA VERA CÁRCAMO  
ALCALDESA (S)

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

  
D. JOSÉ GARDENAS BURCE  
DIRECTOR

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

Director/Subdirección de Gestión Asistencial/Subdepartamento APS/Referente/UAGM/aip