

APRUEBESE CONVENIO "PROGRAMA
RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA" ENTRE
EL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE
Y LA ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE RECOLETA

DECRETO EXENTO N° **975** /2018.

RECOLETA, **20 ABR. 2018**

VISTOS:

- 1.- El Convenio, "Programa Resolutividad en Atención Primaria" entre el Servicio de Salud Metropolitano Norte y la Ilustre Municipalidad de Recoleta, de fecha 05 de febrero de 2018. ✓
- 2.- La Resolución N° 0012 de fecha 16 de febrero de 2018, el Servicio de Salud Metropolitano Norte que aprueba el Convenio "Programa Resolutividad en Atención Primaria" ✓
- 3.- Decreto Exento N° 3613 de fecha 06 de diciembre de 2016, que asume cargo de Alcalde Titular Don Daniel Jadue Jadue;

TENIENDO PRESENTE:

Las facultades que me confiere la Ley 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades, con esta fecha dicto el siguiente decreto.

DECRETO:

- 1.- **APRUEBESE**, Convenio denominado, "Programa Resolutividad en Atención Primaria" suscrito entre el Servicio de Salud Metropolitano Norte y la Ilustre Municipalidad de Recoleta, contenido en documento anexo, que pasa a formar parte integrante del presente Decreto exento. ✓
- 2.- El presente convenio tendrá vigencia a partir de la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba y hasta el 31 de diciembre de 2018 sin perjuicio de lo anterior, podrá ser prorrogado por solicitud de la Municipalidad efectuada con anterioridad al 30 de noviembre del año 2018, en conformidad a su cláusula décima.
- 3.- **IMPUTESE**, el ingreso al ITEM 24-03-298-02 denominado "Programas Sociales" y el gasto que origine el presente convenio al presupuesto del Departamento de Salud vigente para el año 2018.-
Centros de Costos: 16.35.01., 16.35.02., 16.35.03., 16.35.04., 16.35.05.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y TRANSCRÍBASE a las dependencias Municipales que corresponda, y hecho, ARCHÍVESE.



HORACIO NOVOA MEDINA
SECRETARIO MUNICIPAL



DANIEL JADUE JADUE
ALCALDE





Dirección Asesoría Jurídica
Nº361.-
N.REF: 238/2018 09.02.2018

TRANSCRITO POR
- 5 MAR 2018
OFICINA DE SALUD METROPOLITANO NORTE
OFICINA DE PARTES
12.02.2018

16.02.18 00012

RESOLUCIÓN AFECTA Nº

SANTIAGO,

TOMADO RAZON
- 2 MAR 2018
CONTRALORIA

VISTOS:

Lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley Nº 1 de 2005 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley Nº 2.763 de 1979 y de las Leyes Nº 18.469 y Nº 18.933; en la Ley Nº 18.575 Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado; en la Ley Nº 19.880 sobre Bases de los Procedimientos Administrativos; en la Ley Nº 19.880 que establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado; en la Ley Nº 21.053 sobre Presupuestos del Sector Público para el año 2018; en el Decreto Supremo Nº 2.296 de 1995 del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento General de la Ley Nº 19.378; en el Decreto Supremo Nº 140 de 2004 del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; Decreto Afecto Nº 08 de 26 de Febrero de 2016 que designa en calidad de Titular al Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte y en resolución Nº 1600 de 2008, de la Contraloría General de la República.

CONSIDERANDO:

1. Que, el Ministerio de Salud, mediante Resolución Exenta Nº 1353 de 29 de noviembre de 2017, ha aprobado el "**Programa Resolutividad en Atención Primaria**", cuyo propósito es que la población que se atiende en establecimientos de Atención Primaria de Salud, acceda con mayor oportunidad a una atención cercana, integral y de calidad a través de estrategias de fortalecimiento de la Atención Primaria de salud;
2. Que, a través de Resolución Exenta Nº 83 de 19 de Enero de 2018, del Ministerio de Salud, se distribuyen los recursos para la ejecución del Programa señalado en el considerando anterior;
3. Que, de acuerdo a lo anterior, el Servicio de Salud Metropolitano Norte y la Ilustre Municipalidad de Recoleta, han suscrito un convenio para la ejecución del "Programa Resolutividad en Atención Primaria", año 2018.
4. Que, mediante Memorándum Nº 56 de 09 de Febrero de 2018, el Subdepartamento de Atención Primaria remite a Asesoría Jurídica los ejemplares del convenio, debidamente suscritos;
5. Que, mediante Certificado de Disponibilidad Presupuestaria Nº 054 de 30 de Enero de 2018, del Subdepartamento de Finanzas, se indica que este Servicio de Salud cuenta con el presupuesto suficiente para la ejecución de la presente Resolución;

RESUELVO:

1. APRUÉBESE el Convenio suscrito entre el Servicio de Salud Metropolitano Norte y la Ilustre Municipalidad de Recoleta, para la ejecución del "Programa Resolutividad en Atención Primaria", año 2018, cuyo texto es el siguiente:

En Santiago a 05 de Febrero de 2018, entre el **Servicio de Salud Metropolitano Norte**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Maruri Nº 272, Tercer Piso, Comuna de Independencia, representado por su Director **DR. ALFONSO JORQUERA ROJAS**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Recoleta**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Avenida Recoleta Nº 2774 de la Comuna de Recoleta, representada por su alcalde **D. DANIEL JADUE JADUE** de ese mismo domicilio, en adelante "la Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, conforme a las declaraciones, términos y condiciones que se expresan en las cláusulas siguientes:

PRIMERO: 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".

El Ministerio de Salud ha impulsado el "Programa Resolutividad en Atención Primaria de Salud", en adelante "el Programa", cuyos objetivos generales y específicos son los siguientes:

OBJETIVOS DEL PROGRAMA	
Objetivo General	Mejorar la capacidad resolutive de la Atención Primaria de Salud, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertenencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones de especialidad considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, con un enfoque de Salud Familiar e Integral.
Objetivos Específicos	<p>1. Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la Atención Primaria de Salud y que hoy en día presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden resolverse en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.</p> <p>2. Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria.</p>

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 1353 del 29 de Noviembre del 2017 del Ministerio de Salud. Asimismo, mediante Resolución Exenta N° 83 del 19 de enero de 2018, del Ministerio de Salud, se distribuyen los recursos para la ejecución del Programa en cuestión.

SEGUNDO: Para efectos de la aplicación del Programa, las partes vienen en suscribir, en este acto, un convenio para su ejecución, declarando, además, que conocen y aceptan el contenido de los documentos indicados en el párrafo anterior, razón por la cual no se insertan ni se anexan al presente acuerdo.

TERCERO: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a aportar en el financiamiento de los siguientes componentes del Programa, productos esperados y/o sus estrategias asociadas:

COMPONENTES:

Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias.

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

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

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

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

Estrategias:

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

- a) **Médico Gestor de la Demanda:** preferentemente debe ejecutar el cargo un médico de familia, su objetivo está orientado a mejorar la atención integral de los usuarios haciendo efectiva la integración de las Redes Asistenciales, en aspectos de referencia y contra referencia, de solicitud de interconsulta (SIC), exámenes diagnósticos y/o terapéuticos y

toda otra necesidad de atención inter niveles. Mediante el uso racional de los recursos de especialidades para resolver integralmente las atenciones. Especial esfuerzo deberá realizarse en potenciar las consultorías y reuniones clínicas que aporten mejoría de capacidad diagnóstica a los equipos de salud.

Principales Actividades

- Manejar y difundir en la red local protocolos y flujogramas de derivación de patologías según compromisos y requerimientos de su red.
 - Tomar conocimiento, revisar y validar las SIC originadas en la microred e ingresadas al módulo de listas de espera.
 - Colaborar en la reformulación de SIC mal emitidas y orientar su correcta emisión.
 - Recoger y gestionar contra referencias (informes proceso diagnóstico IPD) para su seguimiento.
 - Recoger las SIC no pertinentes devueltas desde especialidades y reorientar la atención de los usuarios.
- b) **Oftalmología:** Está orientado al diagnóstico y tratamiento de los siguientes problemas de salud ocular en todas las edades: Vicios de Refracción, calificación de urgencia oftalmológica, ojo rojo, glaucoma, sospecha de cataratas, procedimientos quirúrgicos menores y atención integral del paciente con diabetes.

La entrega de las prestaciones oftalmológicas se realizará 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 al equipamiento necesario para dar resolución integral a problemas de salud oftalmológicos.

La canasta integral incluye: consulta médica, consulta de tecnólogo médico y evaluación integral (examen de agudeza visual, tonometría ocular, optometría, etc.), entrega de medicamentos y de 1.2 pares de lentes de cualquier dioptría. La cartera de servicios para la canasta integral está orientada básicamente para la resolución de Vicio de Refracción, y otras patologías agudas según requerimiento local que lo amerite, y se encuentren identificadas en RNLE.

En caso que la evaluación integral del profesional arroje 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 al 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 Unidad de Atención Primaria Oftalmológica - UAPO- deberán ser programadas de acuerdo a las Orientaciones Técnicas que describen su funcionamiento. Esta estrategia está orientada a la resolución de casos NO GES, no obstante, se pondrán incorporar usuarios con patologías GES, previo requisito exista cumplimiento de las actividades programadas según orientaciones técnicas. La atención de patología GES deberá ser respaldada mediante la generación de un convenio de compra de servicio entre la comuna establecimiento dependiente del Servicio de Salud y el Servicio de Salud.

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

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

- c) **Otorrinolaringología:** está orientado al diagnóstico y tratamiento de la Hipoacusia en personas hasta los 64 años, Síndrome Vertiginoso, Epistaxis, 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.

La entrega de las prestaciones otorrinolaringológicas se realizan mediante dos modalidades:

- La canasta integral para comunas que no cuentan con la especialidad de Otorrinolaringología dentro de sus prestaciones.
- La Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica (UAPOrrino), que cuenta con un equipo profesional especialista junto con el equipamiento necesario para dar solución integral a problemas de alud de la especialidad.

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

En caso que la evaluación integral del profesional arroje 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 al 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 Unidad, deberá ser programada de acuerdo a las Orientaciones Técnicas que describen su funcionamiento. Esta estrategia está orientada a la resolución de casos NO GES, no obstante, se pondrán incorporar usuarios con patologías GES, previo requisito exista cumplimiento de las actividades programadas según orientaciones técnicas. La atención de patología GES deberá ser respaldada mediante la generación de un convenio de compra de servicio entre la comuna establecimiento dependiente del Servicio de Salud y el Servicio de Salud

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

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

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

La estrategia de Teledermatología deberá funcionar de acuerdo a las orientaciones técnicas que complementan el presente programa.

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

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

- a. Que correspondan a prestaciones que cuenten con gran demanda asistencial (lista de espera) y se encuentren en RNLE,
- b. 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.

Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad

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

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

De resolución ambulatoria y electiva se consideran los siguientes tipos de intervenciones: Papilectomías, Nevus benignos, Verrugas, Angiomas, Granuloma Piógeno, Onicectomía y Fibromas. La realización de biopsias diagnósticas, deberán 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.

Estrategia:

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

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

PRODUCTOS ESPERADOS

Objetivo Específico Número 1:

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

Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias

Productos:

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

Objetivo Específico Número 2:

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

Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad.

Productos:

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

CUARTO: De acuerdo a lo anterior, el Servicio transfiere a la Municipalidad la suma de **\$279.857.779-** (Doscientos setenta y nueve millones, ochocientos cincuenta y siete mil,

setecientos setenta y nueve pesos), para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior.

Los recursos serán transferidos a la Municipalidad, en 2 cuotas, según se detalla en el siguiente cuadro:

TRANSFERENCIAS DE RECURSOS	MONTO CUOTAS A TRANSFERIR
Los recursos asignados serán transferidos en 2 cuotas:	
Cuota 1 (70%)	\$ 195.900.445.-
Cuota 2 (30%)	\$ 83.957.334.-
Requisito para transferencia Cuota 1	Total tramitación del Convenio y Resolución respectiva.
Requisito para transferencia Cuota 2	La segunda cuota se transferirá en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación.

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 24-03-298-02 del presupuesto del Servicio de Salud, según corresponda.

QUINTO: La Municipalidad se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

COMPONENTE	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	META	VALOR REFERENCIAL	MONTO	
1	MÉDICO GESTOR	Médico Gestor	4	\$ 1.230.000	\$ 4.920.000	
	OFTALMOLOGÍA	Operación 12 meses UAPO + 2 TMO de 44 horas	1	\$ 48.499.197	\$ 48.499.197	
		Atenciones Oftalmólogo	1.780			
		Tecnólogo médico Vicios de refracción	2.500			
		Retinografías	2.500			
		Egresos causal 16 (consultas)	2.590			
		Egresos causal 16 y 17 (procedimientos)	2.500			
		Lentes	2.592	\$ 13.474	\$ 34.924.608	
		Fármacos e Insumos	10.560		\$ 81.691.104	
		SUBTOTAL				
	OTORRINOLARINGOLOGÍA	Consultas (Canasta)	200	\$ 127.135	\$ 25.427.000	
		Egresos causal 16	200			
	GASTROENTEROLOGÍA	Endoscopías	670	\$ 96.881	\$ 64.910.270	
		Egresos causal 16	670			
	DERMATOLOGÍA	Consultas	190			
		Egreso causal 17	190			
	TOTAL COMPONENTE No. 1					\$ 260.372.179
2	CIRUGÍA MENOR	Procedimientos Quirúrgicos	800	\$ 24.357	\$ 19.485.600	
		Egresos causal 16	800			
TOTAL COMPONENTE No. 2					\$ 19.485.600	
TOTAL PROGRAMA					\$ 279.857.779	

SEXTO: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las estrategias y objetivos de las cláusulas anteriores y al grado de cumplimiento del mismo.

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad.

En dicho proceso, es importante considerar la responsabilidad que le compete al Gestor de Red en la Coordinación de la Red Asistencias. 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 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

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

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

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

La primera evaluación, se efectuará con corte al día 30 abril y envío de informe a encargado programa de nivel central al 15 de mayo. En esta evaluación se requerirá el envío de un informe detallando las comunas en convenio, horas profesionales contratadas según estrategia, compras de servicio adjudicadas, según formato Anexo N°2. Este informe es generado desde el Servicio de Salud al nivel central.

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:

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

La segunda evaluación, se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 50%, de acuerdo al siguiente cuadro:

COMPONENTE	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META ANUAL	PESO RELATIVO ESTRATEGIA	PESO RELATIVO COMPONENTE
ESPECIALIDADES AMBULATORIAS	Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmológica, Otorrinolaringología y procedimiento Gastroenterología	Numerador: N° de consultas y procedimientos realizados por el Programa. Denominador: N° de consultas y procedimientos comprometidos en el Programa.	100%	20%	90%
	Cumplimiento de la actividad de Tele	Numerador: N° de informes y consultas comprometidos.	100%	10%	

	Oftalmología y tele Dermatología	Denominador: N° de informes y consultas programados.			
	% de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE Oftalmología, otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio. Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS dependientes del Servicio de Salud, en relación a diagnósticos que aborda el programa	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológico y causal 17 de LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente. Denominador: N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud.	100%	50%	
	% de cumplimiento de la programación del año 2017 por egreso por causal 16 de la LE por procedimientos de Fondo de Ojo y Endoscopia digestiva alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio. Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS dependientes del Servicio de Salud	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente. Denominador: N° de procedimientos de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud	100%	20%	
COMPONENTE	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META ANUAL	PESO RELATIVO ESTRATEGIA	PESO RELATIVO COMPONENTE
PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	1. Indicador Cumplimiento de actividad programada.	Numerador: Número de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados. Denominador: Número de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos.	100%	50%	10%
	% de cumplimiento del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor	Numerador: N° se pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneos quirúrgicos de baja complejidad de mayor	100%	50%	

	antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en convenio. Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS dependientes del Servicio de Salud.	antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente. Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud.		
--	--	---	--	--

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

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

Tercera Evaluación y final, se efectuará al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

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

Los recursos para equipamiento y/o implementación no 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.

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."

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACION:

Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:

1.- Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de oftalmología, otorrinolaringología y procedimientos de gastroenterología.

Fórmula de cálculo: (N° de Consultas realizadas por el Programa / N° de Consultas comprometidas en el Programa)*100

Medio de verificación: (REM / Programa)

2.- Indicador: Cumplimiento de la actividad de Tele Oftalmología y Tele Dermatología.

Fórmula de cálculo: (N° de consultas e informes comprometidos/ N° de consultas e informes comprometidos)* 100

Medio de verificación: (Plataforma web MINSAL y/o plataforma local servicio de salud/Programa)

3.- Indicador: % de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE oftalmológica, otorrinolaringológica y causal 17 de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio.

Fórmula de cálculo: (N° de pacientes egresados por causal 16 a LE oftalmológica, otorrinolaringológica y causal 17 de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio vigente/N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología, según el convenio vigente con el Servicio de Salud)*100

Medio de verificación: RNLE

4.- Indicador: % de cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopía Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio.

Fórmula de cálculo: (N° de pacientes egresados por causal 16 a LE procedimiento de fondo de ojo y endoscopía digestiva alta, de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio vigente/N° de procedimientos de fondo de ojo y endoscopía digestiva alta, programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología, según el convenio vigente con el Servicio de Salud)*100

Medio de verificación: RNLE

Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:

1.- Indicador: Cumplimiento de actividad programada.

Fórmula de cálculo: (N° Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados/N° de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos)*100.

Medio de verificación: (REM / Programa)

2.- Indicador: % 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 RNLE y acordada en el convenio.

Fórmula de cálculo: (N° de pacientes egresados por causal 16 a LE procedimientos cutáneos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio vigente/N° de procedimientos de baja complejidad programados como oferta según el convenio vigente con el Servicio de Salud)*100.

Medio de verificación: RNLE

Nota: La lista de espera de mayor antigüedad deberá resolverse por el programa, esta se establecerá de la existente en cada comuna y establecimiento 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 RNLE, los medios de verificación asociados podrán ser auditados.

El Servicio, a través de la Dirección de Atención Primaria, y el Referente Técnico a cargo del Programa, deberán velar por la correcta ejecución del Programa, como también de los recursos transferidos por este Servicio en razón del mismo, sin perjuicio de las funciones de Auditoría del Servicio.

Cabe señalar que la Municipalidad deberá observar lo dispuesto en la ley N° 20.584, que regula los "Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud", comprometiéndose a respetar los deberes y los derechos de los pacientes, asegurando una atención segura y de calidad para los beneficiarios, según los estándares establecidos.

El Servicio, a través de la Dirección de Atención Primaria, y el Referente Técnico a cargo del Programa, deberán velar por la correcta ejecución del Programa, como también de los recursos

transferidos por este Servicio en razón del mismo, sin perjuicio de las funciones de Auditoría del Servicio.

SÉPTIMO: El Servicio requerirá a la Municipalidad los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos indicados en este convenio, con los detalles y especificaciones que estime pertinentes, debiendo efectuar una constante supervisión, seguimiento y evaluación del mismo.

Se deja constancia de que el Servicio podrá impartir normas técnicas para la ejecución del programa, con el objeto de alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

Se deberá considerar la antigüedad de los casos abiertos en el RNLE al momento de la resolución de los mismos. Se espera que el 60% de los egresos correspondan a casos abiertos en **Lista de espera excesivamente prolongada** (Mayor a 120 días). Se deberá poner especial atención en los casos abiertos con fecha anterior al 31 de diciembre del 2016, los cuales deberán egresar durante el presente año o existir información detallada respecto a su gestión de contacto.

OCTAVO: El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su departamento de Auditoría. La Municipalidad se compromete a que en la ejecución de los gastos deberá atenerse a las normas sobre contratación pública y a rendir cuenta de la totalidad de los fondos que por este acto se acuerdan traspasar, en conformidad a la resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

NOVENO: El presente convenio tendrá vigencia a partir de la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba y hasta el 31 de diciembre de 2018.

Sin perjuicio de lo anterior, podrá ser prorrogado por solicitud de la Municipalidad efectuada con anterioridad al 30 de noviembre del año 2018, en Oficina de Partes del Servicio, dirigida al Director del Servicio de Salud. Dicha solicitud se autorizará solo por una vez para los recursos asignados del año presupuestario 2018, reservándose el Servicio el derecho de aceptar o denegar la solicitud de prórroga.

Se deja constancia por las partes que, por razones de buen servicio, las actividades a que se refiere este Convenio han comenzado a ejecutarse desde el 01 de Enero de 2018, de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 de la Ley N° 19.880, razón por la cual, dichas prestaciones se imputarán a los recursos que se transfieren de acuerdo a lo señalado en la cláusula cuarta.

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

DÉCIMO PRIMERO: En relación a los saldos que no se ejecuten referidos al presente convenio, deberán ser ingresados a Rentas Generales de la Nación, conforme a las normas sobre rendición de cuentas.

DÉCIMO SEGUNDO: El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en poder de la Municipalidad y el restante en la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

La personería del **Dr. Alfonso Jorquera Rojas**, consta en el Decreto Afecto N° 08 de 26 de Febrero de 2016, del Ministerio de Salud, que designa en calidad de Titular al Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Por su parte, la personería de Don **Daniel Jadue Jadue** para actuar en representación del Municipio de Recoleta, consta de Decreto Alcaldicio N°3613 de fecha 06 de diciembre de 2016.

Los instrumentos señalados en los párrafos anteriores no se insertan ni se anexan al presente convenio por ser conocidos de las partes.

2. **IMPÚTESE** el gasto que irroga el cumplimiento de la presente Resolución, al ítem presupuestario N° 24-03-298-02, del Presupuesto vigente del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

3. **TENGÁSE PRESENTE**, que atendida la cuantía del convenio que se aprueba en virtud del presente acto administrativo, este producirá sus efectos una vez sea tomado razón por Contraloría General de la República.

TOMESÉ RAZÓN, ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE



DR. ALEJANDRO TORQUERA ROJAS
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

AGG/pmf

DISTRIBUCIÓN

- 1º Contraloría Regional Metropolitana de Santiago
- Dirección SSMN
- Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL
- Subdirección Gestión Asistencial SSMN
- Subdirección de Recursos Físicos y Financieros SSMN
- Subdepartamento de Atención Primaria SSMN
- Municipalidad
- Encargado Programa SSMN
- Subdepartamento Finanzas SSMN
- Asesoría Jurídica SSMN
- Of. de Partes SSMN

Transcribe fielmente

TRANSCRITO FIELMENTE

Ministro de Fe

MINISTRO DE FE
CARLOS CAÑETE SILVA



Subdirección de Gestión Asistencial
Subdepartamento de Atención Primaria de Salud
Unidad de Control APS

Nº 121

CONVENIO
"PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD"

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE
Y
MUNICIPALIDAD DE RECOLETA

En Santiago a 05 de Febrero de 2018, entre el **Servicio de Salud Metropolitano Norte**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Maruri Nº 272, Tercer Piso, Comuna de Independencia, representado por su Director **DR. ALFONSO JORQUERA ROJAS**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Recoleta**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Avenida Recoleta Nº 2774 de la Comuna de Recoleta, representada por su alcalde **D. DANIEL JADUE JADUE** de ese mismo domicilio, en adelante "la Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, conforme a las declaraciones, términos y condiciones que se expresan en las cláusulas siguientes:

PRIMERO: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley Nº 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".

El Ministerio de Salud ha impulsado el "Programa Resolutividad en Atención Primaria de Salud", en adelante "el Programa", cuyos objetivos generales y específicos son los siguientes:

OBJETIVOS DEL PROGRAMA	
Objetivo General	Mejorar la capacidad resolutive de la Atención Primaria de Salud, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones de especialidad considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, con un enfoque de Salud Familiar e Integral.
Objetivos Específicos	<ol style="list-style-type: none">1. Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la Atención Primaria de Salud y que hoy en día presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden resoluestas en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.2. Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resoluestas en forma ambulatoria.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta Nº 1353 del 29 de Noviembre del 2017 del Ministerio de Salud. Asimismo, mediante Resolución Exenta Nº 83 del 19 de enero de 2018, del Ministerio de Salud, se distribuyen los recursos para la ejecución del Programa en cuestión

1348408

SEGUNDO: Para efectos de la aplicación del Programa, las partes vienen en suscribir, en este acto, un convenio para su ejecución, declarando, además, que conocen y aceptan el contenido de los documentos indicados en el párrafo anterior, razón por la cual no se insertan ni se anexan al presente acuerdo.

TERCERO: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a aportar en el financiamiento de los siguientes componentes del Programa, productos esperados y/o sus estrategias asociadas:

COMPONENTES:

Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias.

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

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

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

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

Estrategias:

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

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

Principales Actividades

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

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

La entrega de las prestaciones oftalmológicas se realizará 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 al equipamiento necesario para dar resolución integral a problemas de salud oftalmológicos.

La canasta integral incluye: consulta médica, consulta de tecnólogo médico y evaluación integral (examen de agudeza visual, tonometría ocular, optometría, etc.), entrega de medicamentos y de 1.2 pares de lentes de cualquier dioptría. La cartera de servicios para la canasta integral está orientada básicamente para la resolución de Vicio de Refracción, y otras patologías agudas según requerimiento local que lo amerite, y se encuentren identificadas en RNLE.

En caso que la evaluación integral del profesional arroje 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 al 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 Unidad de Atención Primaria Oftalmológica – UAPO- deberán ser programadas de acuerdo a las Orientaciones Técnicas que describen su funcionamiento. Esta estrategia está orientada a la resolución de casos NO GES, no obstante, se pondrán incorporar usuarios con patologías GES, previo requisito exista cumplimiento de las actividades programadas según orientaciones técnicas. La atención de patología GES deberá ser respaldada mediante la generación de un convenio de compra de servicio entre la comuna establecimiento dependiente del Servicio de Salud y el Servicio de Salud.

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

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

- c) **Otorrinolaringología:** está orientado al diagnóstico y tratamiento de la Hipoacusia en personas hasta los 64 años, Síndrome Vertiginoso, Epistaxis, 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.

La entrega de las prestaciones otorrinolaringológicas se realizan mediante dos modalidades:

- La canasta integral para comunas que no cuentan con la especialidad de Otorrinolaringología dentro de sus prestaciones.
- La Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica (UAPOrrino), que cuenta con un equipo profesional especialista junto con el equipamiento necesario para dar solución integral a problemas de salud de la especialidad.

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

En caso que la evaluación integral del profesional arroje 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 al 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 Unidad, deberá ser programada de acuerdo a las Orientaciones Técnicas que describen su funcionamiento. Esta estrategia está orientada a la resolución de casos NO GES, no obstante, se pondrán incorporar usuarios con patologías GES, previo requisito exista cumplimiento de las actividades programadas según orientaciones técnicas. La atención de patología GES deberá ser respaldada mediante la generación de un convenio de compra de servicio entre la comuna establecimiento dependiente del Servicio de Salud y el Servicio de Salud

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

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

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

La estrategia de Teledermatología deberá funcionar de acuerdo a las orientaciones técnicas que complementan el presente programa.

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

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

- a. Que correspondan a prestaciones que cuenten con gran demanda asistencial (lista de espera) y se encuentren en RNLE,
- b. 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.

Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad

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

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

De resolución ambulatoria y electiva se consideran los siguientes tipos de intervenciones: Papilectomías, Nevus benignos, Verrugas, Angiomas, Granuloma Piógeno, Onicectomía y Fibromas. La realización de biopsias diagnósticas, deberán 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.

Estrategia:

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

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

PRODUCTOS ESPERADOS

Objetivo Específico Número 1:

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

Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias

Productos:

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

Objetivo Específico Número 2:

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

Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad.

Productos:

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

CUARTO: De acuerdo a lo anterior, el Servicio transfiere a la Municipalidad la **suma de \$279.857.779- (Doscientos setenta y nueve millones, ochocientos cincuenta y siete mil, setecientos setenta y nueve pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior.

Los recursos serán transferidos a la Municipalidad, en 2 cuotas, según se detalla en el siguiente cuadro:

TRANSFERENCIAS DE RECURSOS	MONTO CUOTAS A TRANSFERIR
Los recursos asignados serán transferidos en 2 cuotas:	
Cuota 1 (70%)	\$ 195.900.445.-
Cuota 2 (30%)	\$ 83.957.334.-
Requisito para transferencia Cuota 1	Total tramitación del Convenio y Resolución respectiva.
Requisito para transferencia Cuota 2	La segunda cuota se transferirá en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación.

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 24-03-298-02 del presupuesto del Servicio de Salud, según corresponda.

QUINTO: La Municipalidad se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

COMPONENTE	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	META	VALOR REFERENCIAL	MONTO	
1	MÉDICO GESTOR	Médico Gestor	4	\$ 1.230.000	\$ 4.920.000	
	OFTALMOLOGÍA	Operación 12 meses UAPO + 2 TMO de 44 horas	1	\$ 48.499.197	\$ 48.499.197	
		Atenciones Oftalmólogo	1.780			
		Tecnólogo médico Vicios de refracción	2.500			
		Retinografías	2.500			
		Egresos causal 16 (consultas)	2.590			
		Egresos causal 16 y 17 (procedimientos)	2.500			
		Lentes	2.592	\$ 13.474	\$ 34.924.608	
		Fármacos e Insumos	10.560		\$ 81.691.104	
		SUBTOTAL				
	OTORRINOLARINGOLOGÍA	Consultas (Canasta)	200	\$ 127.135	\$ 25.427.000	
		Egresos causal 16	200			
	GASTROENTEROLOGÍA	Endoscopías	670	\$ 96.881	\$ 64.910.270	
		Egresos causal 16	670			
	DERMATOLOGÍA	Consultas	190			
Egreso causal 17		190				
TOTAL COMPONENTE No. 1					\$ 260.372.179	
2	CIRUGÍA MENOR	Procedimientos Quirúrgicos	800	\$ 24.357	\$ 19.485.600	
		Egresos causal 16	800			
TOTAL COMPONENTE No. 2					\$ 19.485.600	
TOTAL PROGRAMA					\$ 279.857.779	

SEXTO: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las estrategias y objetivos de las cláusulas anteriores y al grado de cumplimiento del mismo.

El monitoreo y evaluación se orienta a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa con el propósito de mejorar su eficiencia y efectividad. En dicho proceso, es importante considerar la responsabilidad que le compete al Gestor de Red en la Coordinación de la Red Asistencias. 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 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

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

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

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

La primera evaluación, se efectuará con corte al día 30 abril y 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, según formato Anexo N°2. Este informe es generado desde el Servicio de Salud al nivel central.

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:

Porcentaje cumplimiento global del Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota del 30%
50% y más	0%
Entre 40 y 49,99 %	50%
Entre 30 y 39,99 %	75%
Menos del 30 %	100%
0%	Rescindir convenio

La segunda evaluación, se efectuará con corte al 31 de agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 50%, de acuerdo al siguiente cuadro:

COMPONENTE	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META ANUAL	PESO RELATIVO ESTRATEGIA	PESO RELATIVO COMPONENTE
ESPECIALIDADES AMBULATORIAS	Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmológica, Otorrinolaringología y procedimiento Gastroenterología	Numerador: N° de consultas y procedimientos realizados por el Programa. Denominador: N° de consultas y procedimientos comprometidas en el Programa.	100%	20%	90%
	Cumplimiento de la actividad de Tele Oftalmología y tele Dermatología	Numerador: N° de informes y consultas comprometidos. Denominador: N° de informes y consultas programados.	100%	10%	
	% de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE Oftalmología, otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio. Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS dependientes del Servicio de Salud, en relación a diagnósticos que aborda el programa	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológico y causal 17 de LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente. Denominador: N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud.	100%	50%	
	% de cumplimiento de la programación del año 2017 por egreso por causal 16 de la LE por procedimientos de Fondo de Ojo y Endoscopia digestiva alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio. Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS dependientes del Servicio de Salud	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente. Denominador: N° de procedimientos de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud	100%	20%	

COMPONENTE	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META ANUAL	PESO RELATIVO ESTRATEGIA	PESO RELATIVO COMPONENTE
PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	1. Indicador Cumplimiento de actividad programada.	Numerador: Número de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados. Denominador: Número de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos.	100%	50%	10%
	% de cumplimiento del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en convenio. Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS dependientes del Servicio de Salud.	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneos quirúrgicos de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente. Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud.	100%	50%	

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

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

Tercera Evaluación y final, se efectuará al 31 de Diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

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

Los recursos para equipamiento y/o implementación no 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.

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."

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACION:

Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:

1.- Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de oftalmología, otorrinolaringología y procedimientos de gastroenterología.

Fórmula de cálculo: (N° de Consultas realizadas por el Programa / N° de Consultas comprometidas en el Programa)*100

Medio de verificación: (REM / Programa)

2.- Indicador: Cumplimiento de la actividad de Tele Oftalmología y Tele Dermatología.

Fórmula de cálculo: (N° de consultas e informes comprometidos/ N° de consultas e informes comprometidos)* 100

Medio de verificación: (Plataforma web MINSAL y/o plataforma local servicio de salud/Programa)

3.- Indicador: % de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE oftalmológica, otorrinolaringológica y causal 17 de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio.

Fórmula de cálculo: (N° de pacientes egresados por causal 16 a LE oftalmológica, otorrinolaringológica y causal 17 de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio vigente/N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología, según el convenio vigente con el Servicio de Salud)*100

Medio de verificación: RNLE

4.- Indicador: % de cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio.

Fórmula de cálculo: (N° de pacientes egresados por causal 16 a LE procedimiento de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta, de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio vigente/N° de procedimientos de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta, programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología,

según el convenio vigente con el Servicio de Salud)*100

Medio de verificación: RNLE

Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:

1.- Indicador: Cumplimiento de actividad programada.

Fórmula de cálculo: (N° Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados/N° de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos)*100.

Medio de verificación: (REM / Programa)

2.- Indicador: % 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 RNLE y acordada en el convenio.

Fórmula de cálculo: (N° de pacientes egresados por causal 16 a LE procedimientos cutáneos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio vigente/N° de procedimientos de baja complejidad programados como oferta según el convenio vigente con el Servicio de Salud)*100.

Medio de verificación: RNLE

Nota: La lista de espera de mayor antigüedad deberá resolverse por el programa, esta se establecerá de la existente en cada comuna y establecimiento 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 RNLE, los medios de verificación asociados podrán ser auditados.

El Servicio, a través de la Dirección de Atención Primaria, y el Referente Técnico a cargo del Programa, deberán velar por la correcta ejecución del Programa, como también de los recursos transferidos por este Servicio en razón del mismo, sin perjuicio de las funciones de Auditoría del Servicio.

Cabe señalar que la Municipalidad deberá observar lo dispuesto en la ley N° 20.584, que regula los "Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud", comprometiéndose a respetar los deberes y los derechos de los pacientes, asegurando una atención segura y de calidad para los beneficiarios, según los estándares establecidos.

El Servicio, a través de la Dirección de Atención Primaria, y el Referente Técnico a cargo del Programa, deberán velar por la correcta ejecución del Programa, como también de los recursos transferidos por este Servicio en razón del mismo, sin perjuicio de las funciones de Auditoría del Servicio.

SÉPTIMO: El Servicio requerirá a la Municipalidad los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos indicados en este convenio, con los detalles y especificaciones que estime pertinentes, debiendo efectuar una constante supervisión, seguimiento y evaluación del mismo.

Se deja constancia de que el Servicio podrá impartir normas técnicas para la ejecución del programa, con el objeto de alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

Se deberá considerar la antigüedad de los casos abiertos en el RNLE al momento de la resolución de los mismos. Se espera que el 60% de los egresos correspondan a casos abiertos en Lista de espera excesivamente prolongada (Mayor a 120 días). Se deberá poner especial atención en los casos abiertos con fecha anterior al 31 de diciembre del 2016, los cuales deberán egresar durante el presente año o existir información detallada respecto a su gestión de contacto.

OCTAVO: El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su departamento de Auditoría. La Municipalidad se compromete a que en la ejecución de los gastos deberá atenerse a las normas sobre contratación pública y a rendir cuenta de la totalidad de los fondos que por este acto se acuerdan traspasar, en conformidad a la resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

NOVENO: El presente convenio tendrá vigencia a partir de la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba y hasta el 31 de diciembre de 2018.

Sin perjuicio de lo anterior, podrá ser prorrogado por solicitud de la Municipalidad efectuada con anterioridad al 30 de noviembre del año 2018, en Oficina de Partes del Servicio, dirigida al Director del Servicio de Salud. Dicha solicitud se autorizará solo por una vez para los recursos asignados del año presupuestario 2018, reservándose el Servicio el derecho de aceptar o denegar la solicitud de prórroga.

Se deja constancia por las partes que, por razones de buen servicio, las actividades a que se refiere este Convenio han comenzado a ejecutarse desde el 01 de Enero de 2018, de conformidad con lo previsto en el Artículo 52 de la Ley N° 19.880, razón por la cual, dichas prestaciones se imputarán a los recursos que se transfieren de acuerdo a lo señalado en la cláusula cuarta.

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


DÉCIMO PRIMERO: En relación a los saldos que no se ejecuten referidos al presente convenio, deberán ser ingresados a Rentas Generales de la Nación, conforme a las normas sobre rendición de cuentas.


DÉCIMO SEGUNDO: El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en poder de la Municipalidad y el restante en la División de Atención Primaria de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL.

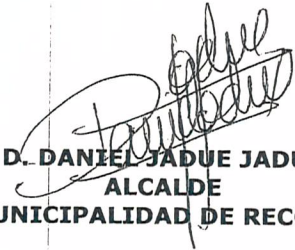
La personería del **Dr. Alfonso Jorquera Rojas**, consta en el Decreto Afecto N° 08 de 26 de Febrero de 2016, del Ministerio de Salud, que designa en calidad de Titular al Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Por su parte, la personería de Don **Daniel Jadue Jadue** para actuar en representación del Municipio de Recoleta, consta de Decreto Alcaldicio N°3613 de fecha 06 de diciembre de 2016.

Los instrumentos señalados en los párrafos anteriores no se insertan ni se anexan al presente convenio por ser conocidos de las partes.


DR. ALFONSO JORQUERA ROJAS
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE
DIRECTOR
NORTE
JIM/KMC/FHS


MUNICIPALIDAD DE RECOLETA
Recoleta
ALCALDE


D. DANIEL JADUE JADUE
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE RECOLETA