



DECRETO ALCALDICIO N° 1304 /

APRUEBA CONVENIO QUE INDICA

REQUINOA, 14 JUN 2022

Esta Alcaldía decretó hoy lo siguiente:

VISTOS :

Las Facultades que me confiere la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades, texto refundido, coordinado y sistematizado, fijado por el D.F.L. N° 1 del Ministerio del Interior de 2006.

Lo dispuesto en la Ley N° 19.880, sobre Procedimientos Administrativos.

CONSIDERANDO :

La Resolución Exenta N° 1276 de fecha 07.04.2022 que aprueba Convenio "Programa de Resolutividad en Atención Primaria", de fecha 15.03.2022, suscrito entre el Servicio de Salud de la Región del Libertador Bernardo O'Higgins y la I. Municipalidad de Requinoa.

DECRETO:

APRUEBASE Convenio "Programa de Resolutividad en Atención Primaria de Salud", de fecha 15 de Marzo de 2022, suscrito entre el Servicio de Salud de la Región del Libertador Bernardo O'Higgins y la I. Municipalidad de Requinoa. Monto de \$ 5.956.920.

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE



MARTA A. VILLARREAL SCARABELLO
SECRETARIO MUNICIPAL



WALDO VALDIVIA MONTECINOS
ALCALDE

WVM/CMAB/MAVS/avc.

DISTRIBUCION :

Secretaría Municipal (1)

Dirección de Adm. y Finanzas (1)

CESFAM Requinoa (1)

Archivo Convenios (1)

Archivo.-



DIRECCIÓN ATENCIÓN PRIMARIA
JACM / GRC / NMR / GCS / CCR / CCP / MCA / rap

CONVENIO "PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA"

SERVICIO DE SALUD DEL LIBERTADOR GENERAL BERNARDO O'HIGGINS

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE REQUINOA.

En Rancagua, a 15 de marzo de 2022, entre el Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O'Higgins, persona jurídica de derecho público, RUT N°61.606.800-8, representado por su Director don José Antonio Cavieres More, ambos con domicilio en Alameda N°609, de Rancagua, en adelante "**El Servicio**"; y la Ilustre Municipalidad de Requinoa, persona jurídica de derecho público, RUT N° 69.081.300-9, representada por su Alcalde don Waldo Antonio Valdivia Montecinos ambos domiciliados en Comercio N° 121 Requinoa, quien en adelante se denominará "**La Municipalidad**", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

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."

SEGUNDO: En el marco de la Reforma de Salud, que estableció como uno de sus principales objetivos el fortalecimiento de la APS, el Ministerio de Salud ha decidido impulsar a través de "**El Servicio**", el denominado "*Programa de Resolutividad en Atención Primaria*" y que fuere debidamente aprobado mediante su Resolución Exenta N° 942, de fecha 14 de diciembre de 2021, y que en este acto se entiende formar parte integrante del mismo y que "**La Municipalidad**" se compromete a ejecutar.

TERCERO: El objetivo General de dicho Programa es 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. Sus objetivos específicos son:

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

COMPONENTE Y SUBCOMPONENTES

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.

✓

3

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.

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.

Productos esperados:

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

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 microrred 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.

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

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

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

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

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

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.

La entrega de atención oftalmológica para la comuna de Requinoa será otorgada por la UAPO de Cèsfam Rengo Oriente que asignará cupos para:

- Centro Comunitario de Salud Familiar Chumaquito
- Centro de Salud Familiar Requinoa
- Posta de Salud Rural El Abra
- Posta de Salud Rural Los Lirios
- Posta de Salud Rural Totihue

c) **Otorrinolaringología:** está orientado al diagnóstico y tratamiento de la hipoacusia en personas hasta los 64 años, síndrome vertiginoso, epistaxis, otitis aguda y crónica (personas de 15 y más años). Se podrá incluir a personas de otras edades si existe el requerimiento local que lo amerite.

La entrega de las prestaciones otorrinolaringológica 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 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 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, según indicación del otorrinolaringólogo.

CANASTA INTEGRAL OTORRINOLOGÍA

GLOSA	CTDAD.	FREC.	TARIFA REFERENCIAL \$	COSTO TOTAL \$
Consulta integral de especialidades en Otorrino	2	80%	21.094	33.751
Consulta integral de especialidades en Otorrino	1	20%	21.094	4.219
Audiometría	1	35%	10.048	3.517
Impedanciometría	1	40%	8.764	3.506
Audífonos	1	30%	311.666	93.500
VIII Par	1	5%	25.205	1.260
Fármacos Otitis	1	20%	7.340	1.468
Fármacos Síndrome Vertiginoso (3 Meses)	3	5%	14.680	2.202
TOTAL \$				143.423

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.

**CANASTA INTEGRAL GASTROENTEROLOGÍA
(ERRADICACIÓN HELICOBACTER PYLORI)**

GLOSA	CTDAD.	FREC.	TARIFA REFERENCIAL \$	COSTO TOTAL \$
Gastroduodenoscopia (incluye esofagoscopia)	1	100%	72.805	72.805
Ureasa, test de (para <i>Helicobacter pylori</i>) o similar	1	100%	11.770	11.770
Estudio histopatológico corriente de biopsia diferida (por cada órgano)	1	100%	24.716	24.716
TOTAL \$				109.291

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 Teledermatología. Para ello, los establecimientos de atención primaria u hospitales de la familia y comunidad, contarán con una programación de atenciones y una canasta de fármacos 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 canasta de fármacos debe estar disponible en todos los establecimientos de APS que utilizan la estrategia.

CANASTA INTEGRAL DERMATOLOGÍA

MEDICAMENTO	DOSIS	FORMA FARMACÉUTICA
Adapaleno 0,1%+peróxido de benzoilo 2,5%	0,1%/2,5%	Gel
Adapaleno	0,10%	Gel tópico
Adapaleno	0,30%	Gel tópico
Ciclopiroxolamina	1%	Crema
Clobetasol	0,05%	Crema y/o ungüento
Crema hidratante	5%	Crema
Crema hidratante	10%	Crema
Crema hidratante liquida	variable	Loción
Crema liquida humectante	200ml	Crema
Doxiciclina	100 mg	Comprimido
Duofilm o verrufilm	17%	Solución
Filtro solar 50+	50+	Gel
Filtro solar 50+	50+	Crema
Fluconazol	150 mg	Comprimido
Hidrocortisona	1%	Crema y/o loción
Hidrocortisona	1%	Crema

Hidrocortisona	1%	Loción
Hidroxicina	10 mg/5 mL	Jarabe
Hidroxicina	20 mg	Comprimido
Ivermectina 1%	1%	Crema
ketoconazol	2%	Champú
Levocetirizina	5 mg	Comprimido
Levocetirizina	5mg/ml	Gotas
Levocetirizina	2,5mg/5ml	Jarabe
Metronidazol	0,75%	Crema y/o ungüento
Permetrina 1%	1%	Loción capilar
Permetrina 5%	5%	Loción corporal
Recetario magistral		Formulación a definir
Tacrolimus 0,03%	0,03%	Ungüento
Tacrolimus 0,1%	0,1%	Ungüento
Terbinafina	1%	Crema
Terbinafina	250 mg	Comprimido
Vaselina salicilada	5%	Crema

La estrategia de Teledermatología deberá funcionar de acuerdo a las orientaciones técnicas vigentes que complementan 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 Teledermatología), 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.

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.

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 piógeno, 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.

Productos esperados:

- 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.

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 equipamientos 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.

La resolución de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad para la comuna de Requinoa se efectuará en el Hospital de Coinco, que dispondrá de cupos para:

- Centro Comunitario de Salud Familiar Chumaquito
- Centro de Salud Familiar Requinoa
- Posta de Salud Rural El Abra
- Posta de Salud Rural Los Lirios
- Posta de Salud Rural Totihue

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.

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 folículo 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).

CANASTA CLIMATERIO

GLOSA	CTDAD.	FREC.	TARIFA REFERENCIAL \$	COSTO TOTAL \$
Consulta médico ginecólogo	1	100%	15.994	15.994
Examen hormona foliculoestimulante (FSH)	1	50%	4.698	2.349
Ecografía transvaginal o transrectal	1	80%	12.779	10.223
TOTAL \$				28.566

Productos esperados:

- 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 climaterica en mujeres derivadas.

CUARTO: Consecuente con lo expuesto anteriormente “El Servicio”, conviene en asignar a “La Municipalidad”, recursos presupuestarios para la ejecución del Programa antes aludido y específicamente para financiar los componentes y sus respectivas estrategias, a saber:

Componente	Estrategia	Monto	Meta
1.RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES AMBULATORIAS.	a) MÉDICO GESTOR DE LA DEMANDA	\$0	No Aplica
	Gestor Demanda 11 hrs. mensual urbano	\$0	
	Gestor Demanda 5 hrs. mensual rural	\$0	
	b) OFTALMOLOGÍA (UAPO):	\$0	Consultas Vicio - Oftalmólogo Consultas Nueva Glaucoma - Oftalmólogo Control Glaucoma - Oftalmólogo Otras Consultas - Oftalmólogo Consultas Vicio - Tecnólogo Medico Atenciones y Procedimientos - Tecnólogo Medico Fondos de Ojo - Tecnólogo Medico
	Operación 12 meses continuidad.	\$0	
	22 hrs. adicionales Tecnólogo Médico	\$0	
	Lentes	\$0	
	Fármacos Glaucoma Anual	\$0	
	Lubricantes Oculares Anual	\$0	N° Lentes - N° Fármacos Glaucoma Anual N° Lubricantes - Oculares Anual
	c) OTORRINOLARINGOLOGÍA	\$5.736.920	
	Operación 12 Meses Uaporrino	\$0	Nueva Consulta - Hipoacusia Otorrino Otras Consultas - Otorrino Atenciones Y Procedimientos - Tecnólogo Medico
	Audífonos	\$0	
	Canasta Fármacos	\$0	N° Audífonos N° Canasta Fármacos
	Canasta Integral	\$5.736.920	
	d) GASTROENTEROLOGÍA	\$0	N° Canastas Integrales - Canastas Integrales
	e) TELEDERMATOLOGÍA	\$220.000	
2.PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD.	CIRUGÍAS BAJA COMPLEJIDAD	\$0	2 Dermatoscopios - Cirugías Proyectadas
3: ATENCIÓN DE MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO.	CANASTA CLIMATERIO	\$0	- Canastas Climaterio
Total Recursos Financieros a traspasar		\$5.956.920	

QUINTO: Conforme lo señalado en las cláusulas precedentes, “El Servicio”, traspasará a “La Municipalidad”, una vez afinada la Resolución aprobatoria de este convenio, y recibidos los recursos desde el Ministerio de Salud, la suma de \$ 5.956.920.- (cinco millones novecientos cincuenta y seis mil novecientos veinte pesos), con el objeto de alcanzar el propósito y cumplimiento del Programa, objeto del presente convenio. Por su parte, “La Municipalidad” se obliga a cumplir todos y cada

uno de los objetivos del Programa, procediendo a la ejecución de sus acciones para los beneficiarios del sector público de salud, beneficiarios de la Atención Primaria.

SEXTO: Los recursos presupuestarios aludidos en la cláusula que precede, serán transferidos por **"El Servicio"** a **"La Municipalidad"** en dos (02) cuotas, la primera equivalente a un 70% del total de los recursos, una vez afinada la Resolución aprobatoria del presente convenio y se encuentren recepcionados los recursos desde el Ministerio de Salud; la segunda cuota equivalente al 30% restante del total de los recursos en el mes de octubre del presente año 2022, contra los resultados de la primera evaluación, de acuerdo a los indicadores definidos en el Programa de acuerdo al esquema que se indicará en cláusulas siguientes y se encuentren rendidos los recursos de la primera cuota por **"La Municipalidad"**, atendido que de no encontrarse dicha rendición de manera satisfactoria por **"El Servicio"**, no será traspasada la segunda cuota aludida, ello conforme establece el artículo 18 de la Resolución N°30, de 2015 de la Contraloría General de la República, que Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas, concordante con su Dictamen N°51.246, de 2016.

SÉPTIMO: **"La Municipalidad"** se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar exclusivamente los componentes, Sub- componentes y productos del Programa, que se presentan a continuación:

OBJETIVO ESPECIFICO	COMPONENTE	PRODUCTOS
N° 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.	1.-Resolución de especialidades ambulatorias.	• 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.
N° 2 Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria	2.-Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad.	• 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
N° 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	3.-Atención de mujeres en etapa de climaterio.	• 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

Para efectos de resguardar el desarrollo del Programa, la ejecución y cumplimiento de las metas comprometidas, **"La Municipalidad"** se obliga a disponer, adicionalmente, de las siguientes estrategias de gestión:

- a) Participar en reuniones de evaluación del Programa en las fechas y cortes que “El Servicio.” determine para reorientar su desarrollo si es necesario y repuntar el cumplimiento de las metas.
- b) Registrar todas las actividades realizadas mensualmente en el REM de Resolutividad.
- c) Todas las prestaciones realizadas deben quedar registradas en ficha clínica. En el caso de compra de servicios, el prestador deberá entregar un informe de atención a cada usuario atendido, con copia al establecimiento de salud el cual será incluido en ficha clínica.

Los pacientes a atender por parte de “**La Municipalidad**”, corresponderán a usuarios en espera de atención con solicitud de interconsulta registrada en plataforma “Fonendo” respetándose en todo momento el criterio de priorización por tiempo de espera del paciente, cuya definición será realizada por “**El Servicio**” de acuerdo a los requerimientos del Ministerio de Salud.

El criterio de priorización y selección de interconsultas para ser atendidas en los mencionados ámbitos del Programa de Resolutividad para su ejecución correcta de acuerdo a la normativa ministerial es el siguiente:

- Para el Componente 1, Resolución De Especialidades Ambulatorias, la resolución de la lista de espera de consultas nuevas de especialidades médicas con destino APS en las especialidades de Oftalmología, Ginecología (Climaterio), Otorrinolaringología y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de diciembre del año 2020, deberá ser resuelta de la siguiente forma en cada trimestre:

Trimestre	Nº acción	Acciones y/o Metas Específicas
I	1	Resolución del 10,0% de su universo total al 31 de diciembre de 2020.
	2	Resolución del 100,0% de personas con fecha de ingreso igual o anterior al 31 de diciembre de 2018.
II	3	Resolución del 25,0% de su universo total al 31 de diciembre de 2020.
	4	Resolución del 100,0% de personas con fecha de ingreso igual y anterior al 31 de diciembre de 2019.
III	5	Resolución del 55,0% de su universo total al 31 de diciembre de 2020.
	6	Resolución del 100,0% de personas con fecha de ingreso igual y anterior al 30 de junio de 2020.
IV	7	Resolución del 100,0% de su universo total al 31 de diciembre de 2020.
	8	Resolución del 100,0% de personas con fecha de ingreso igual y anterior al 31 de diciembre de 2020.

- Para el Componente 2, Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos De Baja Complejidad, la resolución de la lista de espera por intervenciones quirúrgicas menores electivas en establecimientos de baja complejidad, ingresadas con fecha igual o anterior al 30 de junio del año 2021, deberá ser resuelta de la siguiente forma en cada trimestre:

Corte	Nº acción	Acciones y/o Metas Específicas
I	1	Resolución del 10,0% de su universo total al 30 de junio de 2021.
	2	Resolución del 100,0% de personas con fecha de ingreso igual y anterior al 30 de junio de 2019.
II	3	Resolución del 25,0% de su universo total al 30 de junio de 2021.
	4	Resolución del 100,0% de personas con fecha de ingreso igual y anterior al 30 de junio de 2020.
III	5	Resolución del 55,0% de su universo total al 30 de junio de 2021.
	6	Resolución del 100,0% de personas con fecha de ingreso igual y anterior al 31 de diciembre de 2020.

IV	7	Resolución del 100,0% de su universo total al 30 de junio de 2021.
	8	Resolución del 100,0% de personas con fecha de ingreso igual y anterior al 30 de junio de 2021.

“La **Municipalidad**” deberá velar y resguardar por la demanda de pacientes que son parte del universo del programa, asimismo aquellos que ya se encuentran atendidos sean ingresado en los sistemas informáticos FONENDO en forma diaria idealmente, considerando que el “**El Servicio**” exportará y será el responsable de cargar al Registro Nacional de Lista de espera, los segundos y cuartos martes de cada mes.

En el caso de dispositivo UAPO y especialidad de Gastroenterología (para la realización de procedimientos de endoscopia), la comuna podrá brindar atención a pacientes de otras comunas, previa autorización y coordinación con “**El Servicio**”.

“La **Municipalidad**” deberá garantizar que las prestaciones comprometidas estén correctamente reflejadas en los sistemas de información solicitados por “**El Servicio**” (FONENDO, Ficha clínica papel o digital, REM y SIGTE), por lo que asegurará que el personal a cargo de este registro cuente con capacitación pertinente.

Para el caso que “La **Municipalidad**” considere hacer difusión en su comuna de cualquier tipo, como diseños gráficos para pendones, flyers, afiches, pasacalles lienzos, invitaciones y otros medios audiovisuales, éstos deberán incorporar el logo oficial de “**El Servicio**”. Como también en cuñas radiales, spots en TV, diarios, revistas comunales y letreros indicativos, o cualquier otro en que deberán también hacer referencia a “**El Servicio.**”

OCTAVO: El monitoreo y evaluación se orientan a conocer el desarrollo y grado de cumplimiento de los diferentes componentes del Programa, con el propósito de mejorar su eficacia y eficiencia., por ello, “**El Servicio**” evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas contenidas en éste y en concordancia a los pesos relativos señalados en la siguiente tabla:

Indicadores y ponderación en programa de salud Resolutividad.

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Peso final estrategia
1. Resolución Especialidades Ambulatorias: Peso relativo componente 60%	1. Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología, otorrinolaringología y procedimientos gastroenterología.	• <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.	Meta anual 100% cumplimiento.	20%
	2. Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y tele dermatología.	• <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.	Meta anual 100% cumplimiento.	10%
	3. Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE	• <i>Numerador:</i> N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y	Meta anual 100% cumplimiento.	15%

	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.	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.		
	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. <i>Nota: considera LE comunal y establecimientos de APS dependientes del SS.</i>	• <i>Numerador:</i> N° de pacientes egresados por causal 16*, 17* 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.	Meta anual: 100% cumplimiento	15%
2. Procedimientos cutáneos 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.	Meta anual: 100% cumplimiento	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.	• <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.	Meta anual: 100% cumplimiento	10%
3. Climaterio Peso relativo componente: 20%	7. Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas y procedimientos ginecología.	• <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	Meta anual: 100% cumplimiento	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	• Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16* y 17* correspondiente a LE ginecológica (climaterio), de mayor antigüedad publicada por SS en SIGTE. • Denominador: N° de consultas y procedimientos ginecológicos (climaterio) programados como oferta.	Meta anual: 100% cumplimiento	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.

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

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.
- **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:

Porcentaje cumplimiento Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota del (30%), Subt. 22
60,00% y más	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir convenio

Las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas de acuerdo con la evaluación del Programa de Salud efectuada.

- **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” realizará seguimiento y monitoreo sistemático de la ejecución de las actividades comprometidas por “La Municipalidad”, 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 Municipalidad” podría apelar a “El Servicio”, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez “El Servicio”,

una vez analizada 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” 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 julio), podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente Programa de Salud.

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

El cumplimiento del programa para efectos de reliquidación se evaluará con los siguientes indicadores:

Cumplimiento del Objetivo Específico N° 1:

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

■ *Fórmula de cálculo:*

$$\frac{\text{N° consultas y procedimientos realizadas por el Programa de Salud}}{\text{N° de consultas y procedimientos comprometidos en el Programa de Salud}} \times 100$$

■ *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:*

$$\frac{\text{N° informes de consultas realizadas e informadas}}{\text{N° de informes y consultas programadas}} \times 100$$

■ *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:*

$$\frac{\begin{array}{l} \text{N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE oftalmológica} \\ \text{y otorrinolaringológica; y causales 17 y 19 de LE dermatológica;} \\ \text{todas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE} \end{array}}{\text{N° de consultas programadas como oferta de especialidad de} \\ \text{oftalmología, otorrinolaringología y dermatología}} \times 100$$

■ *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:*

$$\frac{\text{N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento fondo de ojo y por causal 16 correspondiente a LE procedimientos EDA; ambos de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE}}{\text{N° de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología}} \times 100$$

■ *Medio de verificación numerador:* SIGTE.

■ *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.

Cumplimiento del Objetivo Específico N° 2:

e. Indicador N°5: Cumplimiento de la actividad programada.

■ *Fórmula de cálculo:*

$$\frac{\text{N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados (intervenciones quirúrgicas menores)}}{\text{N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados (intervenciones quirúrgicas menores)}} \times 100$$

■ *Medio de verificación numerador:* REM A 29.

■ *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.

f. 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.

■ *Fórmula de cálculo:*

$$\frac{\text{N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por SS en SIGTE}}{\text{N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta}} \times 100$$

■ *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:

g. Indicador N°7: Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas y procedimientos ginecología.

■ *Fórmula de cálculo:*

$$\frac{\text{N° consultas y procedimientos ginecológicos realizados por el Programa de Salud}}{\text{N° de consultas y procedimientos ginecológicos programados en el Programa de Salud}} \times 100$$

■ *Medio de verificación numerador:* REM A29 sección A y REM A32.

■ *Medio de verificación denominador:* Programación del programa de salud remitido desde MINSAL.

h. 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

$$\frac{\text{N° de consultas programadas como oferta de especialidad de ginecología (climaterio)}}{\times 100}$$

■ *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.

NOVENO: “El Servicio” podrá requerir en cualquier oportunidad, a **“La Municipalidad”**, los datos e informes relativos a la ejecución del Programa, y sus componentes específicos con los detalles, y especificaciones que estime del caso.

DÉCIMO: “El Servicio” no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este convenio se señala. Por ello, para 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.

UNDÉCIMO: Para dar estricto cumplimiento a todas y cada una de las estipulaciones reguladas en el presente convenio, y demás políticas de Auditoría, y otras determinadas por **“El Servicio”**, se designa para todos los fines que fueren pertinentes, como responsable técnico y supervisor del Programa al funcionario de la Dirección Atención Primaria, don Claudio Corvalán Plaza, asesor de la Dirección de Atención Primaria; y como responsable de la transferencia de los recursos presupuestarios del mismo, a don Gerardo Cisternas Soto, Jefe Departamento de Finanzas, o a quienes legalmente les subroguen, quiénes detentarán desde luego las facultades necesarias para lograr los objetivos antes descritos.

No obstante lo anterior, los funcionarios aludidos en su rol encomendado, deberán a lo menos disponer de un monitoreo sobre los gastos involucrados y la eficacia en la ejecución de los objetivos del programa y que para cuyo efecto “La Municipalidad”, se obliga desde luego a registrar mensual y detalladamente la ejecución de los recursos en el Sistema de Rendición de cuentas de la Contraloría General de la República (SISREC), obligación que para estos efectos recaerá en el Director o Jefe de Salud Municipal según sea el caso, o quien este encomiende.

DUODÉCIMO: Consecuente con lo expuesto precedentemente y para efectos de la rendición de cuentas de los recursos presupuestarios, objeto de este convenio, y en todo lo eventualmente omitido en el mismo, **“El Servicio”** conjuntamente con **“La Municipalidad”**, deberán velar y procurar por el estricto cumplimiento de lo establecido en la Resolución N°30, de fecha 11 de Marzo de 2015, que

"Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas", dictada por la Contraloría General de la República, tomada de razón el 24 de Marzo de 2015, por el mismo Órgano Contralor, y demás normas que regulan la materia, instrumentos que en este acto, ambos comparecientes declaran expresa e íntegramente por reconocidos, reproducidos y desde luego pasan a formar parte integrante del presente convenio para su aplicación y demás fines pertinentes. Al respecto y con la finalidad de abordar integralmente las revisiones y/o rendiciones financieras objeto de la ejecución del programa materia de este convenio, **"El Servicio"** podrá además a través de su Departamento de Auditoría, efectuar los procesos inherentes con la misma.

DÉCIMO TERCERO: El presente convenio rige a partir del primero de enero del presente año 2022, hasta el 31 de diciembre del mismo año, debiendo considerarse extendido, dicho término de la vigencia, solo hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados, por **"La Municipalidad"**, en concordancia con lo que establece el Dictamen N° 92.578 de 2016, si ninguna de las partes manifiesta intención de terminarlo anticipadamente, lo que, de provocarse, deberá ser comunicado mediante carta certificada, en un plazo no superior a 30 días, previos a su término. No obstante, lo anterior **"El Servicio"** podrá poner término anticipado al convenio de manera fundada previo informe que para estos efectos deberá emanar de la Dirección de Atención Primaria, el que deberá dar cuenta del incumplimiento por parte de **"La Municipalidad"** de los objetivos propios del programa o del uso de recursos para fines diferentes a los transferidos y, de ocurrir tal situación se notificará a **"La Municipalidad"**, en el mismo plazo y forma antes aludida. Sin perjuicio de lo anterior, **"La Municipalidad"** deberá velar por dar estricto y cabal cumplimiento al plazo ya otorgado para la ejecución de los recursos en las metas, componentes y/o estrategias del Programa según sea el caso, habida consideración de la obligatoriedad del cumplimiento de la "anualidad presupuestaria".

No obstante, lo anterior el presente convenio se entiende prorrogado en forma automática y sucesiva siempre que el Programa de Salud objeto del mismo, cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término en la forma ya antes referida. La eventual prórroga del presente convenio, comenzará a regir desde el 01 de enero del año presupuestario siguiente, y su duración podrá extenderse hasta el 31 de diciembre del mismo año inclusive, ello en armonía con lo solicitado por el Subsecretario de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, mediante su Ordinario C73 N° 2509, de fecha 19 de agosto de 2021, instrumento que desde luego los comparecientes dan por reconocido, y pasa a formar parte integrante del presente convenio.

Prorrogado el presente convenio, **"El Servicio"**, deberá dictar en su oportunidad una resolución que establezca para el nuevo periodo prorrogado, las metas, objetivos, componentes, estrategias u otras que fueren inherentes con el Programa, como asimismo disponer sobre los recursos presupuestarios eventualmente disponibles para el nuevo periodo prorrogado.

Sin perjuicio de lo señalado precedentemente, las partes dejan constancia que, de acuerdo a lo establecido en el artículo 52 de la Ley sobre Procedimientos Administrativos 19.880 y que el presente convenio solo tiene efectos beneficiosos respecto de la población beneficiaria y que estas prestaciones se encuentran otorgadas desde la fecha de entrada en vigencia las cuales no se han interrumpido y que dichas acciones de salud se encuentran en ejecución y en desarrollo, constando además que tales acciones no vulneran derechos de terceros, las prestaciones efectuadas desde la fecha de vigencia del presente convenio hasta la completa tramitación de su resolución aprobatoria.

Los recursos disponibles y presentes deben ser imputados al Ítem Presupuestario 24.03.298 del Presupuesto vigente 2022 del Servicio de Salud O'Higgins".

DÉCIMO CUARTO: Finalizado el periodo de vigencia del presente convenio, **"La Municipalidad"** deberá restituir los fondos no ejecutados, no rendidos u observados al término de este año presupuestario correspondiente al año 2022, dentro del plazo de 15 días hábiles. Sin perjuicio de lo anterior, **"El Servicio"** realizará informe evaluativo técnico financiero que dará a conocer a la comuna y donde podrá requerir una restitución de fondos mayor a lo no realizado por la comuna, si correspondiere, ello en concordancia de lo establecido en el Dictamen N°92.578, de 2016, de la Contraloría General de la República.

DÉCIMO QUINTO: Complementario a lo expuesto en la cláusula duodécima, los comparecientes, desde luego, se obligan a cumplir estrictamente lo establecido en el Artículo N°13 de la Resolución N°30, de fecha 11 de Marzo de 2015, que *"Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas"*, dictada por la Contraloría General de la República, tomada de razón el 24 de Marzo de

2015, por el mismo Órgano Contralor, que establece: *“Solo se aceptarán como parte de la rendición de cuentas los desembolsos efectuados con posterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia. En casos calificados, podrán incluirse en la rendición de cuentas gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación, siempre que existan razones de continuidad o buen servicio, las que deberán constar en el instrumento que dispone la entrega de los recursos”*, ello fundado en la oportunidad y la forma mediante la cual el Ministerio de Salud transfiere efectivamente los recursos presupuestarios a **“El Servicio”**, y este a su vez la oportunidad con la que transfiere a los diferentes Municipios como en el caso de este convenio, situación que, sin duda, genera una serie de dificultades tanto administrativas como de ejecución de los diferentes componentes o estrategias del Programa, situaciones que de hecho deben ser permanentemente asumidas por los comparecientes, solo con la finalidad de no perjudicar, entorpecer o menoscabar las necesidades propias de salud que requieren los beneficiarios de **“La Municipalidad”**, agregado a que los comparecientes, conforme su investidura pública, deben procurar y velar por la continuidad y servicialidad de los entes de salud, ello también conforme lo consigna la Ley N°18.575, en el sentido que se debe actuar por iniciativa propia, en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación de sus trámites.

DÉCIMO SEXTO: La Personería de don José Antonio Cavieres More, para representar al Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O'Higgins, en su calidad de Director, consta del Decreto Afecto N°08, de fecha 25 de enero de 2022, del Ministerio de Salud, en trámite de Toma de Razón por Contraloría General de la República. La personería de don Waldo Antonio Valdivia Montecinos, para representar a la Ilustre Municipalidad de Requinoa, en su calidad de Alcalde, consta en Decreto Alcaldicio N° 1217, de fecha 29 de Junio del 2021, del referido Municipio.

DÉCIMO SÉPTIMO: Para todos los efectos derivados del presente convenio, las partes fijan domicilio en Rancagua y se someten a la jurisdicción de sus Tribunales.

DÉCIMO OCTAVO: El presente convenio se firma en cuatro ejemplares de idéntico tenor y fecha, quedando uno en poder de **“La Municipalidad”**; uno en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud y los restantes en poder de **“El Servicio.”** Asimismo, y para efectos de la obtención de copias de este convenio, podrán obtenerse a través de la herramienta denominada "GOOGLE DRIVE", de **“El Servicio”**, sin perjuicio que, además, la Dirección de Atención Primaria, podrá otorgar las copias que le sean requeridas formalmente.



JOSE ANTONIO CAVIERES MORE
DIRECTOR
SERVICIO SALUD DEL LIBERTADOR
GENERAL BERNARDO O'HIGGINS



WALDO ANTONIO VALDIVIA
MONTECINOS
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE REQUINOA

ry