



SACY MCR ctz

ORIGINAL
DIRECCIÓN S. SALUD COQUIMBO

RESOLUCIÓN EXENTA N° 2494,

LA SERENA,

31 MAYO 2018

Int. N° 041

VISTOS:

El D.F.L. N° 1/05 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.S. N°2.753 de 1979, D.S. N°140 de 2004 sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, la resolución N°1.600/08 y 30/15 ambas de la Contraloría General de la República y D.S. N°22/15 del Ministerio de Salud; y

CONSIDERANDO:

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1353 del 29 de Noviembre del 2017**, del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante del presente protocolo, el que el establecimiento se compromete a desarrollar. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante **Resolución exenta N° 83 del 19 de enero del 2018**, del Ministerio de Salud; dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1°. - **APRUEBASE** el protocolo de fecha 15.05.2018 suscrito entre el **HOSPITAL DE ILLAPEL**, representado por su Directora **D. LIA VILLARROEL SALINAS** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director **D. ERNESTO JORQUERA FLORES**, relativo al Programa de Resolutividad en Atención Primaria de Salud 2018, según se detalla en el presente instrumento.

**PROTOCOLO DE ACUERDO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2018
HOSPITAL ILLAPEL**

En La Serena a.....15.05.2018..... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director **ERNESTO JORQUERA FLORES**, del mismo domicilio, personería según D.S. N°22 del 23 de Febrero de 2015 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y el **HOSPITAL DE ILLAPEL**, representado por su Directora **D. LIA VILLARROEL SALINAS**, ambos domiciliados en Independencia N°512, Illapel, en adelante el "Hospital" o el "Establecimiento", indistintamente, se ha acordado celebrar un Protocolo de Acuerdo, que consta de las siguientes cláusulas.

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse. Expresa su inciso 3° que "en el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 6 del Decreto Supremo N° 154 de 2016, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Resolutividad en Atención Primaria de Salud (APS).

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1353 del 29 de Noviembre del 2017**, del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante del presente protocolo, el que el establecimiento se compromete a desarrollar. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante **Resolución exenta N° 83 del 19 de enero del 2018**, del Ministerio de Salud.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al establecimiento recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:

Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

- Oftalmología
- Gastroenterología
- Otorrinolaringología
- Tele dermatología

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Establecimiento, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$18.719.622.-(dieciocho millones setecientos diecinueve mil seiscientos veintidós pesos)**, los cuales corresponden al Subtítulo 22, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior, conforme a los montos que ha asignado el Ministerio de Salud para ello.

El Establecimiento se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como a cumplir las acciones señaladas por éste, para estrategias específicas, se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

QUINTA: El Establecimiento se compromete a utilizar y distribuir los recursos entregados en la cláusula cuarta del presente instrumento de la manera que a continuación se expone, para las siguientes actividades y metas:

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES	MONTO TOTAL SUBT. 22 (\$)
1	COMPONENTE 1.1	Canastas oftalmológicas	120	4.629.000
	COMPONENTE 1.2	Canastas gastroenterología	55	5.328.452
	COMPONENTE 1.3	Canastas otorrinolaringología	60	7.628.100
	COMPONENTE 1.4	Consultas Tele dermatología	100	1.134.070
		Canastas Tele dermatología	70	
TOTAL COMPONENTE N° 1:				\$18.719.622
TOTAL COMPONENTES:				\$18.719.622

SEXTA: Los recursos serán transferidos por el Servicio al establecimiento, en representación del Ministerio de Salud en 2 cuotas, de la siguiente forma:

- a) La primera cuota, correspondiente al 70% del total de los recursos, se transferirá una vez tramitada la resolución aprobatoria de este convenio.
- b) La segunda, corresponderá a un máximo del 30% restante, monto que estará sujeto a la evaluación de cumplimiento de metas y será proporcional a éste, según se indica en la cláusula octava.

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

En este sentido, el Hospital deberá velar porque los pacientes beneficiarios de este programa provengan en un 100% de la lista de espera (LE) de Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología. La lista de espera por Consulta Nueva de Especialidad Médica, ingresadas con fecha igual o anterior al 31 de Octubre del 2017.

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

- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa.
- Mejorar los registros de demanda de consultas médicas de especialidades.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Mejorar los registros de Listas de Espera para cada especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas en la comuna.
- Se deben registrar todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud y además registrar las interconsultas revisadas y validadas por el Médico Gestor.
- 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.
- Para las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador médico deberá estar registrado en la Superintendencia de Salud.
- Todas las prestaciones realizadas deben quedar registradas en ficha clínica, incluyendo las realizadas por compra de servicios. En esta última, el prestador deberá entregar un informe de atención a cada paciente, con copia al establecimiento de salud o comuna, el cual será incluido en ficha clínica. Este informe deberá ser entregado con un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.

OCTAVA: El Servicio está facultado a monitorear el avance del Programa de Resolutividad en APS, lo que se realizará 3 veces en el año, para el que la comuna deberá emitir informes en los siguientes periodos:

- a) El primero de ellos al 30 de abril, a fin de pesquisar dificultades y corregirlas oportunamente. El envío del Informe a la encargada del Servicio de Salud deberá efectuarse hasta el 10 mayo de 2018. En esta evaluación se requerirá el envío de un informe detallando, Horas de profesionales contratadas según estrategia, compra de servicios adjudicadas, según formato Anexo N° 3.
- b) El segundo al 31 de agosto. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si el cumplimiento de la sumatoria de las ponderaciones de los respectivos componentes según el cuadro adjunto en Anexo N°2, es inferior al 50%, se aplicará la siguiente tabla de descuentos:

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

- c) El tercero y final al 31 de diciembre de 2018, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones según las metas comprometidas.

NOVENA: El establecimiento se obliga a enviar al Servicio, mensualmente, a partir de esta fecha, un informe de la ejecución de las actividades asociadas al presente protocolo, que deberá ser enviado dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente al informado. Este informe deberá incluir, al menos: estado de avance en la ejecución de actividades y la rendición financiera de la ejecución de los fondos traspasados que señale los medios verificadores utilizados y cualquier otro antecedente que sea requerido por el Servicio.

El Servicio podrá solicitar al establecimiento, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio, pudiendo efectuar una constante supervisión ya sea en terreno o por medio de informe, control y evaluación del mismo.

DÉCIMA: Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, según los componentes asignados:

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

- **Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:**
 - **Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:**
1. **Indicador:** Cumplimiento de la actividad proyectada en Consulta de Oftalmología, Otorrinolaringología y procedimientos Gastroenterología.
 - Fórmula de cálculo: (N° de Consultas realizadas por el Programa / N° de Consultas comprometidas en el Programa)*100
 - Medio de verificación: (REM 29/ Programa).
 2. **Indicador:** Cumplimiento de la actividad Tele Dermatología.
 - Forma de Cálculo: (N° de consultas e informes comprometidos/ N° de consultas e informes programados)*100
 - Medio de Verificación: Plataforma web MINSAL disponible.
 3. **Indicador:** Porcentaje de Cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el Repositorio Ministerial disponible acordada en el convenio:
 - Fórmula de cálculo: (N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el Repositorio Ministerial disponible y acordada en convenio vigente / Número de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringológica y Dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud)*100
 - Medio de verificación: Repositorio Ministerial disponible.
 4. **Indicador:** Porcentaje de Cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 y 17 de la LE por procedimientos de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el Repositorio Ministerial disponible y acordada en el convenio:
 - Fórmula de cálculo: (N° de pacientes egresados por causal 16 y 17 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el Repositorio Ministerial disponible y acordada en convenio vigente/ Número de procedimientos de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta programados como oferta de especialidad de Oftalmología y Gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud)*100
 - Medio de verificación: Repositorio Ministerial disponible.

DÉCIMA PRIMERA: El Servicio velará aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Conjuntamente a ello, cada establecimiento deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos.

DÉCIMA SEGUNDA: Finalizado el período de vigencia del convenio, en caso que la evaluación final de cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, se tendrá en consideración para efectos de asignación de fondos correspondientes al año siguiente.

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

DÉCIMA CUARTA: El presente protocolo tendrá vigencia desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del año 2018.

Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes que dada la naturaleza del programa y en virtud de la necesidad de otorgar continuidad en la atención y prestación de salud, sólo para fines de la contratación del recurso humano, se dio inicio al presente programa a partir del 1 enero del 2018, atendido lo señalado en los dictámenes N°16.037/08 y N° 11.189/08, ambos de la Contraloría General de la República y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N° 19.880.

Mediante protocolos complementarios podrán modificarse anualmente los montos a transferir al establecimiento en conformidad con el mismo, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

DÉCIMA QUINTA: El presente protocolo se firma en 1 ejemplar, quedando en poder del Servicio de Salud.

Firmas Ilegibles

D. LIA VILLARROEL SALINAS
DIRECTORA
HOSPITAL ILLAPEL

D. ERNESTO JORQUERA FLORES
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

ANOTESE Y COMUNIQUESE.



D. ERNESTO JORQUERA FLORES
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

DISTRIBUCIÓN:

- Archivo

UNIDAD GESTIÓN DEL USUARIO Y LISTAS DE ESPERA
AV.FCO. DE AGUIRRE 795 LA SERENA FONDO: (51) 333848
FONO RED MINSAL: 513848
mary.cea@redsalud.gov.cl - mariana.fluxa@redsalud.gov.cl



**PROTOCOLO DE ACUERDO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2018**

15 MAY 2018 HOSPITAL ILLAPEL

En La Serena a..... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director **ERNESTO JORQUERA FLORES**, del mismo domicilio, personería según D.S. N°22 del 23 de Febrero de 2015 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y el **HOSPITAL DE ILLAPEL**, representado por su Directora **D. LIA VILLARROEL SALINAS**, ambos domiciliados en Independencia N°512, Illapel, en adelante el "Hospital" o el "Establecimiento", indistintamente, se ha acordado celebrar un Protocolo de Acuerdo, que consta de las siguientes cláusulas.

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse. Expresa su inciso 3° que "en el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 6 del Decreto Supremo N° 154 de 2016, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Resolutividad en Atención Primaria de Salud (APS).

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1353 del 29 de Noviembre del 2017**, del Ministerio de Salud y que se entiende forma parte integrante del presente protocolo, el que el establecimiento se compromete a desarrollar. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante **Resolución exenta N° 83 del 19 de enero del 2018**, del Ministerio de Salud.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al establecimiento recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:

Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

- Oftalmología
- Gastroenterología
- Otorrinolaringología
- Tele dermatología

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Establecimiento, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$18.719.622.- (dieciocho millones setecientos diecinueve mil seiscientos veintidós pesos)**, los cuales corresponden al Subtítulo 22, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior, conforme a los montos que ha asignado el Ministerio de Salud para ello.

El Establecimiento se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como a cumplir las acciones señaladas por éste, para estrategias específicas, se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

QUINTA: El Establecimiento se compromete a utilizar y distribuir los recursos entregados en la cláusula cuarta del presente instrumento de la manera que a continuación se expone, para las siguientes actividades y metas:

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES	MONTO TOTAL SUBT. 22 (\$)
1	COMPONENTE 1.1	Canastas oftalmológicas	120	4.629.000
	COMPONENTE 1.2	Canastas gastroenterología	55	5.328.452
	COMPONENTE 1.3	Canastas otorrinolaringología	60	7.628.100
	COMPONENTE 1.4	Consultas Tele dermatología	100	1.134.070
		Canastas Tele dermatología	70	
TOTAL COMPONENTE Nº 1:				\$18.719.622
TOTAL COMPONENTES:				\$18.719.622

SEXTA: Los recursos serán transferidos por el Servicio al establecimiento, en representación del Ministerio de Salud en 2 cuotas, de la siguiente forma:

- a) La primera cuota, correspondiente al **70%** del total de los recursos, se transferirá una vez tramitada la resolución aprobatoria de este convenio.
- b) La segunda, corresponderá a un máximo del **30%** restante, monto que estará sujeto a la evaluación de cumplimiento de metas y será proporcional a éste, según se indica en la cláusula octava.

SÉPTIMA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria y el Servicio de Salud. En este sentido, el Hospital deberá velar porque los pacientes beneficiarios de este programa provengan en un 100% de la lista de espera (LE) de Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología. La lista de espera por Consulta Nueva de Especialidad Médica, ingresadas con fecha igual o anterior al **31 de Octubre del 2017**.

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

- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa.
- Mejorar los registros de demanda de consultas médicas de especialidades.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Mejorar los registros de Listas de Espera para cada especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas en la comuna.
- Se deben registrar todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud y además registrar las interconsultas revisadas y validadas por el Médico Gestor.
- 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.
- Para las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador médico deberá estar registrado en la Superintendencia de Salud.
- Todas las prestaciones realizadas deben quedar registradas en ficha clínica, incluyendo las realizadas por compra de servicios. En esta última, el prestador deberá entregar un informe de atención a cada paciente, con copia al establecimiento de salud o comuna, el cual será incluido en ficha clínica. Este informe deberá ser entregado con un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.

OCTAVA: El Servicio está facultado a monitorear el avance del Programa de Resolutividad en APS, lo que se realizará 3 veces en el año, para el que la comuna deberá emitir informes en los siguientes periodos:

- a) El primero de ellos al 30 de abril, a fin de pesquisar dificultades y corregirlas oportunamente. El envío del Informe a la encargada del Servicio de Salud deberá efectuarse hasta el 10 mayo de 2018. En esta evaluación se requerirá el envío de un informe detallando, Horas de profesionales contratadas según estrategia, compra de servicios adjudicadas, según formato Anexo N° 3.
- b) El segundo al 31 de agosto. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de octubre, si el cumplimiento de la sumatoria de las ponderaciones de los respectivos componentes según el cuadro adjunto en Anexo N°2, es inferior al 50%, se aplicará la siguiente tabla de descuentos:

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

- c) El tercero y final al 31 de diciembre de 2018, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones según las metas comprometidas.

NOVENA: El establecimiento se obliga a enviar al Servicio, mensualmente, a partir de esta fecha, un informe de la ejecución de las actividades asociadas al presente protocolo, que deberá ser enviado dentro de los primeros cinco días hábiles del mes siguiente al informado. Este informe deberá incluir, al menos: estado de avance en la ejecución de actividades y la rendición financiera de la ejecución de los fondos traspasados que señale los medios verificadores utilizados y cualquier otro antecedente que sea requerido por el Servicio.

El Servicio podrá solicitar al establecimiento, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio, pudiendo efectuar una constante supervisión ya sea en terreno o por medio de informe, control y evaluación del mismo.

DÉCIMA: Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, según los componentes asignados:

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

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

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

1. **Indicador:** *Cumplimiento de la actividad proyectada en Consulta de Oftalmología, Otorrinolaringología y procedimientos Gastroenterología.*

- Fórmula de cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / \text{N}^\circ \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$

- Medio de verificación: (REM 29/ Programa).

2. **Indicador:** *Cumplimiento de la actividad Tele Dermatología.*

- Forma de Cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ de consultas e informes comprometidos} / \text{N}^\circ \text{ de consultas e informes programados}) * 100$

- Medio de Verificación: Plataforma web MINSAL disponible.

3. **Indicador:** *Porcentaje de Cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el Repositorio Ministerial disponible acordada en el convenio:*

- Fórmula de cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el Repositorio Ministerial disponible y acordado en convenio vigente} / \text{Número de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringológica y Dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud}) * 100$

- Medio de verificación: Repositorio Ministerial disponible.

4. **Indicador:** *Porcentaje de Cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 y 17 de la LE por procedimientos de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el Repositorio Ministerial disponible y acordada en el convenio:*

- Fórmula de cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ de pacientes egresados por causal 16 y 17 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el Repositorio Ministerial disponible y acordada en convenio vigente} / \text{Número de procedimientos de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta programados como oferta de especialidad de Oftalmología y Gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud}) * 100$

- Medio de verificación: Repositorio Ministerial disponible.

DÉCIMA PRIMERA: El Servicio velará aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Conjuntamente a ello, cada establecimiento deberá utilizar y registrar los gastos efectuados en conformidad a lo estipulado por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos.

DÉCIMA SEGUNDA: Finalizado el periodo de vigencia del convenio, en caso que la evaluación final de cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, se tendrá en consideración para efectos de asignación de fondos correspondientes al año siguiente.

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

DÉCIMA CUARTA: El presente protocolo tendrá vigencia desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre del año 2018.

Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes que dada la naturaleza del programa y en virtud de la necesidad de otorgar continuidad en la atención y prestación de salud, sólo para fines de la contratación del recurso humano, se dio inicio al presente programa a partir del 1 enero del 2018, atendido lo señalado en los dictámenes N°16.037/08 y N° 11.189/08, ambos de la Contraloría General de la República y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N° 19.880.

Mediante protocolos complementarios podrán modificarse anualmente los montos a transferir al establecimiento en conformidad con el mismo, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

DÉCIMA QUINTA: El presente protocolo se firma en 1 ejemplar, quedando en poder del Servicio de Salud.



D. LIA VILLARUEL SALINAS
DIRECTORA
HOSPITAL ILLAPEL



D. ERNESTO JORQUERA FLORES
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

SAC / LUA / CAA / JVG / MFG / MCR

ANEXO N°1: Programa Resolutividad en Atención Primaria

COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	FORMULA DE CALCULO	MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p>Componente 1: Resolución de especialidades ambulatorias</p> <p>Este componente considera la compra o entrega de prestaciones integrales en la Atención Primaria de Salud, a través del financiamiento destinado para tal efecto.</p> <p>Las actividades que contempla esta estrategia, de acuerdo al concepto de prestación integral, se consolidan en una "canasta integral" para cada una de las especialidades y están dirigidas a la resolución de patologías específicas que pueden ser abordadas de manera ambulatoria.</p> <p>Estrategias: 1) Fomentar el acceso oportuno a prestaciones ambulatorias para el manejo de patologías en el ámbito de las siguientes especialidades, a los beneficiarios del sistema público de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oftalmología - Otorrinolaringología - Gastroenterología - Dermatología 	<p>Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:</p> <p>-Productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de listas de espera y tiempos de espera para atención de especialidad y realización de procedimientos diagnósticos. • Atención cercana al territorio geográfico de los beneficiarios • Atención resolutiva • Asegurar continuidad de atención en la Red local. 	<p>Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:</p> <p>Indicador 1: cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmológica, Otorrinolaringológica y procedimiento Gastroenterología. Fórmula indicador: (N° de Consultas y procedimientos realizados por el Programa / N° de Consultas y procedimientos comprometidos en el Programa)*100</p> <p>Indicador 2: Cumplimiento de Tele Oftalmología y Tele Dermatología. Fórmula indicador: (N° de Consultas e informes realizados / N° de Consultas e Informes programados)*100</p> <p>Indicador 3: % de cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio. Fórmula indicador: (N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente/ N° de consultas de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringología según convenio vigente con el Servicio de salud)*100</p> <p>Indicador 4: Porcentaje de cumplimiento de la programación anual de egreso por causal 16 y 17 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio. Fórmula de cálculo: (N° de pacientes egresados por causal 16 y 17 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente/ Número de procedimientos de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta programados como oferta de especialidad de Oftalmología y Gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud)*100</p> <p>Indicador: Cumplimiento de actividad programada</p> <p>Fórmula de cálculo: (N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados/ N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos) *100</p> <p>Indicador: 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:</p> <p>Fórmula de cálculo: (N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneo quirúrgicos de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente/ N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programadas como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud)*100</p>	<p>Indicador N°1: REM/Programa</p> <p>Indicador N°2: Plataforma/Programa</p> <p>Indicador N°3: RNLE</p> <p>Indicador N°4: RNLE</p>
<p>Componente 2: Procedimientos cutáneos</p>	<p>-Productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución progresiva de la lista de espera • Disminución progresiva del tiempo de espera • Incremento absoluto del número de procedimientos resolutivos a nivel local 	<p>Indicador: 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:</p> <p>Fórmula de cálculo: (N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneo quirúrgicos de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente/ N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programadas como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud)*100</p>	<p>Indicador N°4: RNLE</p>

ANEXO N°2: Cuadro de Ponderaciones Según Componente

COMPONENTE	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META ANUAL	PESO RELATIVO ESTRATEGIA	PESO RELATIVO COMPONENTE	
ESPECIALIDADES AMBULATORIAS	Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmológica y procedimiento Gastroenterología	<p>Numerador: N° de Consultas y procedimientos realizados por el Programa</p> <p>Denominador: N° de Consultas y procedimientos comprometidas en el Programa</p>	100%	20%		
			<p>Numerador: N° de Informes y consultas comprometidos</p> <p>Denominador: N° de Informes y consultas programadas</p>	100%	10%	
			<p>Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente</p> <p>Denominador: N° de consultas de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringología según convenio vigente con el Servicio de salud</p>	100%	50%	90%
			<p>Nota: considera LE comunal y establecimiento de AOS dependientes del Servicio de Salud, en relación a diagnósticos que aborda el programa.</p> <p>Porcentaje de Cumplimiento de la programación anual de egreso por causal 16 y 17 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio</p>	100%	70%	
PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	Cumplimiento de actividad programada	<p>Numerador: N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados</p> <p>Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos</p>	100%	50%		
			<p>Numerador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad a LE procedimiento Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente</p> <p>Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programadas como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud</p>	100%	50%	10%
			<p>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 acordado en el convenio</p>	100%	50%	

