



ORIGINAL
DIRECCIÓN S. SALUD COQUIMBO

SAC / LMT / MDC / CCM / MCR / MFG / ctz.

RESOLUCIÓN EXENTA N° 2876 /

LA SERENA,

- 6 MAYO 2022

Int N° 60

VISTOS:

El D.F.L. N°1/05 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.S. N°2.753 de 1979, el D.S. N°140 de 2004 sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, la Resolución N° 07/2019, 16/2020 y 30/2015 todas de la Contraloría General de la República, el Decreto Exento N° 28 de fecha 22 de marzo de 2022 del Ministerio de Salud en relación con la Resolución Exenta Ra 428/103/2020 del Servicio de Salud Coquimbo; y

CONSIDERANDO

1. 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 y de la modernización de la Atención Primaria, incorporándola 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**, el que fue aprobado por Resolución Exenta N° 942 del 14 de diciembre del 2021.
2. Que, con fecha 07 de enero de 2022, el Ministerio de Salud emite Resolución Exenta N° 26 con el objeto de financiar el Programa de Resolutividad en APS 2022.
3. Que, con Fecha 08 de abril 2022 se celebra protocolo entre el Hospital Vicuña, representado por su Director D. Carlo Fuente Campos y el Servicio de Salud Coquimbo representado por su Director (S) D. German López Álvarez, relativo al Programa Resolutividad En APS 2022.
4. Por lo anteriormente expuesto y en razón de las facultades de mi cargo, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1°.- **APRUÉBESE** el protocolo de fecha 08.04.2022 suscrito entre el **HOSPITAL DE VICUÑA**, representado por su Director **D. CARLO FUENTES CAMPOS** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director (S) **D. GERMAN LOPEZ ÁLVAREZ**, relativo al Programa de Resolutividad en APS 2022, según se detalla en el presente instrumento.

PROTOCOLO DE ACUERDO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) 2022
HOSPITAL VICUÑA

En La Serena a.....08.04.2022..... 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 (S) **D. GERMAN LOPEZ ÁLVAREZ**, según Decreto Exento N° 28 del 22 de marzo de 2022 del Ministerio de Salud en relación con la Resolución Exenta RA 428/103/2020 del Servicio de Salud Coquimbo, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y el **HOSPITAL DE VICUÑA**, representado por su Director **CARLO FUENTES CAMPOS**, ambos domiciliados en Arturo Prat N°591, Vicuña, en adelante el "Hospital" o el "Establecimiento", indistintamente, se ha acordado celebrar un Protocolo de Acuerdo, que consta de las siguientes cláusulas.

PRIMERA: 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 y de la modernización de la Atención Primaria, incorporándola 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 el Hospital de la Familia y Comunidad, con el objeto de mejorar la capacidad resolutiva en dicho nivel de atención, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica en la atención de especialidad, considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos y de control epidemiológico, con un enfoque integral y de Salud Familiar.

SEGUNDA: El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°942 del 14 de diciembre del 2021**, del Ministerio de Salud, que se entiende forma parte integrante del presente convenio. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante Resolución N° 26, de fecha 7 de enero de 2022, del Ministerio de Salud.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar al Establecimiento, presupuestariamente, recursos destinados a financiar todos o algunos de los objetivos y componentes del "Programa de Resolutividad en APS":



Objetivos específicos

- 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.
- 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.
- 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.

Componentes

1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

- Medico Gestor
- Oftalmología
- Gastroenterología
- Otorrinolaringología
- Tele-Dermatología

2) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar presupuestariamente al Establecimiento, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$33.751.190 (treinta y tres millones setecientos cincuenta y un mil ciento noventa pesos)**, los cuales corresponden al Subtítulo 22, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

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 cumplir los siguientes objetivos:

- Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna
- Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria

QUINTA: El establecimiento se compromete a utilizar y distribuir los recursos asignados 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	Apoyo EPP y/o traslados		800.000
	COMPONENTE 1.1	Canastas oftalmológicas	210	9.138.360
	COMPONENTE 1.2	Canastas gastroenterología	70	7.650.370
	COMPONENTE 1.3	Canastas otorrinolaringología	60	8.605.380
	COMPONENTE 1.4	Consultas Tele dermatología	150	2.984.130
Canastas Tele dermatología		90		
TOTAL COMPONENTE N° 1:				\$29.178.240
2	COMPONENTE 2.1	Procedimientos cutáneos	140	3.846.780
		Insumos intervención quirúrgica		726.170
TOTAL COMPONENTE N° 2:				\$4.572.950
TOTAL COMPONENTES:				\$33.751.190

SEXTA: 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:

- El 100% de los pacientes deberán provenir de la Lista de Espera (LE) de Consulta Nueva de Especialidad Médica de Oftalmología, Otorrinolaringología, Ginecología (climaterio) y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al **31 de Diciembre del 2021** (se adjunta como anexo nómina de pacientes en LE). Al 31 de julio de 2022 deberán encontrarse egresados de LE todos los casos con ingreso anterior a diciembre del año 2020. Los pacientes que reciban una prestación de cirugía menor o se les realice una Endoscopia Digestiva o un Fondo de Ojo, también deberán provenir de la LE, por lo que deberán incorporarlos a SIREC 4.

En relación al Sistema de registro de este Programa, los Hospitales Comunitarios estarán encargados de:

- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa, las cuales deberán provenir de SIGTE o SIREC 4, según corresponda.
- 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 el establecimiento e ingresarlas al SIGTE, según normativa vigente.
- Se deben registrar todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud, las que además deberán ser revisadas y validadas por un 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.

Evaluación y Monitoreo:

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

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al día **30 de abril 2022**. El envío del Informe a la encargada del Servicio de Salud será con corte al **10 mayo 2022**. 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° 1**. De no existir avance, esta situación deberá ser informada, igualmente.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al **31 de agosto del 2022**. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota presupuestaria en el mes de septiembre, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo con los siguientes mecanismos de evaluación:

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Peso final estrategia
1. Resolución Especialidades Ambulatorias: Peso relativo componente 80%	1.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología, otorrinolaringología y procedimientos gastroenterología. Meta anual 100% cumplimiento.	• <i>Numerador:</i> N° consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología realizadas por el Programa de Salud • <i>Denominador:</i> N° de consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología comprometidos en el Programa de Salud.	20%
	1.2 Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y teledermatología. Meta anual 100% cumplimiento.	• <i>Numerador:</i> N° informes de consultas realizadas e informadas de tele oftalmología y teledermatología. • <i>Denominador:</i> N° de informes y consultas de tele oftalmología y tele dermatología programadas.	20%
	1.3 Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causal 17* y 19* de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el SS en el SIGTE y acordada en este Programa de Salud. Meta anual 100% cumplimiento.	• <i>Numerador:</i> N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causales 17* y 19* de LE dermatológica; todas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE. • <i>Denominador:</i> N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología.	20%
	1.4 Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE por procedimientos de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta (EDA), ambas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud. Meta anual: 100% cumplimiento	• <i>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.	20%
2. Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad. Peso relativo componente 20%	2.1 Cumplimiento de la actividad programada.	• <i>Numerador:</i> N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados. • <i>Denominador:</i> N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados.	10%
	2.2 Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE por procedimientos de cirugía menor ambulatoria, de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud. Meta anual: 100% cumplimiento	• <i>Numerador:</i> N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por SS en SIGTE. • <i>Denominador:</i> N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta.	10%

Los pacientes atendidos deberán provenir de la Lista de Espera registrada en SIGTE y el hospital deberá acreditar que las atenciones realizadas se encuentran registradas en REM. Esta información deberá ser informada a la encargada del Servicio de Salud con plazo máximo **10 de octubre de 2022**.

- **La tercera evaluación y final**, se efectuará al **31 de diciembre de 2022**, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas y deberá haberse egresado de SIGTE a todos los pacientes ingresados a LE hasta el año 2021.

Los recursos para equipamiento y/o implementación no serán sujetos de reliquidación, en el caso que se presente algún grado de ejecución de metas asociada 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, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, el establecimiento podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar a MINSAL la no reliquidación del Programa. Finalmente MINSAL determinará si procede o no a aceptar solicitudes de no reliquidación.

Con todo, dicha excepcionalidad no será aplicable a la meta de egreso de LE por anualidad.

El grado de incumplimiento al corte de julio, será considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellas comunas que administren Salud Municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de Septiembre hacia aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de julio del año correspondiente.

Cada Departamento de Salud u Hospital Comunitario deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, SIGTE y plataformas web por parte de los establecimientos respectivos

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:

- a. Indicador N° 1:** Cumplimiento de la actividad proyectada en Consultas de Oftalmología, Otorrinolaringología y procedimientos gastroenterología.
- Fórmula de cálculo: (N° de Consultas y procedimientos realizadas por el Programa / N° de Consultas y procedimientos comprometidos en el Programa)*100
 - Medio de verificación: (REM A29/ Programa)
- b. Indicador N° 2:** Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y teledermatología
- Fórmula de cálculo: (N° de informes de Consultas realizadas e informadas / N° de informes y Consultas programadas)*100
 - Medio de verificación: (plataforma web indicada por MINSAL y/o plataforma local/ Programa)
- 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 causales 17 Y 19 de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en el convenio:
- Fórmula de cálculo:(N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica y Otorrinolaringológica y causales 17 y 19 de LE dermatológica; todas de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE / Número de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringología y dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud)*100
 - Medio de verificación: (SIGTE/Programa)
- 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 endoscopia digestiva alta (EDA), ambas de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en el convenio:
- Fórmula de cálculo:(N° de pacientes egresados por causal 16, 17 y 19 correspondiente a LE procedimientos de fondo de ojo y por causal 16 correspondiente a LE procedimientos EDA; ambos de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE / Número de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de Oftalmología y gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud)*100
 - Medio de verificación: (SIGTE/Programa)

Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:

- e. Indicador N°5:** Cumplimiento de actividad programada
- Fórmula de cálculo:(N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados/ N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos)*100
 - Medio de verificación: (REM A29/Programa)
- f. Indicador N°6:** Cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordado en el convenio:
- Fórmula de cálculo:(N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneo quirúrgico de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE / N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud)*100
 - Medio de verificación: (SIGTE/Convenio)

Nota: La LE de mayor antigüedad deberá resolverse por el Programa, 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.

SÉPTIMA: Los recursos serán asignados por el Servicio de Salud de acuerdo con el marco presupuestario definido por la ley de Presupuesto del año vigente.

La ejecución del subtítulo 22 Bienes y Servicio de Consumo correspondiente al 70% de los gastos para la debida implementación de las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos, componentes, metas e indicadores señalados en el Programa, se realizará desde el momento que se dicte la resolución que asigne los mismos a los establecimientos dependientes, a través del cumplimiento de las instrucciones emanadas por la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda informada en los oficios Circulares N° 8 y 9 de fecha 01 y 28 de abril de 2020, respectivamente, donde señala que las compras serán realizadas con disponibilidad presupuestaria de acuerdo a la información Financiera de Estado mediante la interoperación con el Sistema de Compras Públicas y el pago se realizará centralizadamente desde la Tesorería General de la República (TGR) vía transferencia a las cuentas corrientes de los proveedores del Estado.

La ejecución del gasto del 30% restante del total de recursos, se realizará a contar del mes de septiembre del año correspondiente, del cual se rebajará los recursos correspondientes a la aplicación de la reliquidación que se realice respecto a los resultados de la evaluación, de acuerdo con los indicadores definidos en el programa y se aplicarán rebajas de acuerdo a la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento Programa	Porcentaje de Descuento de 2º cuota presupuestaria (30%)
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

OCTAVA: 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 verificadoros utilizados y cualquier otro antecedente que sea requerido por el Servicio.

El Servicio podrá solicitar al Hospital, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente protocolo, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.



El Servicio, requerirá al Establecimiento, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este protocolo, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

NOVENA: El Servicio podrá validar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Conjuntamente a ello, el Hospital 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 ejecutados de acuerdo a presupuesto asignado.

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

DÉCIMA PRIMERA: El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2022. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera de este convenio, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero del año 2022 por razones de continuidad y/o buen servicio, atendido lo señalado en los dictámenes N°11.189/08 y N°16.037/08, ambos de la Contraloría General de la República, y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N°19.880, y el artículo 13 inciso segundo de la Resolución N° 30 de la Contraloría General de la República, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para los beneficiarios legales inscritos en los establecimientos de la comuna.

DÉCIMA SEGUNDA: Las partes acuerdan que el contrato se prorrogará en forma automática y sucesiva, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del sector público del año respectivo, salvo que el convenio termine por las causales señaladas en la cláusula décimo segunda o que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año.

Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a un nuevo convenio, cuyo monto a asignar se establecerá mediante Resolución Exenta del Servicio de Salud, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del sector público respectiva.

Por otro lado, y mediante convenios complementarios con el establecimiento, podrá modificarse anualmente los montos a asignar, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder de cada parte.

Firmas Ilegibles

CARLO FUENTES CAMPOS
DIRECTOR
HOSPITAL VICUÑA

D. GERMAN LOPEZ ÁLVAREZ
DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



D. GERMAN LÓPEZ ÁLVAREZ
DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

DISTRIBUCIÓN:
Archivo

Servicio De Salud Coquimbo, Subdepto. Gestion Hospitalaria y de la Demanda
Av. Francisco de Aguirre # 795 La Serena
Teléfono : (51) 2333756-513756 (Red Salud)





PROTOCOLO DE ACUERDO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) 2022
HOSPITAL VICUÑA

08 ABR 2022

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 (S) **D. GERMAN LOPEZ ÁLVAREZ**, según Decreto Exento N° 28 del 22 de marzo de 2022 del Ministerio de Salud en relación con la Resolución Exenta RA 428/103/2020 del Servicio de Salud Coquimbo, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y el **HOSPITAL DE VICUÑA**, representado por su Director **CARLO FUENTES CAMPOS**, ambos domiciliados en Arturo Prat N°591, Vicuña, en adelante el "Hospital" o el "Establecimiento", indistintamente, se ha acordado celebrar un Protocolo de Acuerdo, que consta de las siguientes cláusulas.

PRIMERA: 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 y de la modernización de la Atención Primaria, incorporándola 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 el Hospital de la Familia y Comunidad, con el objeto de mejorar la capacidad resolutiva en dicho nivel de atención, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica en la atención de especialidad, considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos y de control epidemiológico, con un enfoque integral y de Salud Familiar.

SEGUNDA: El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°942 del 14 de diciembre del 2021**, del Ministerio de Salud, que se entiende forma parte integrante del presente convenio. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante Resolución N° 26, de fecha 7 de enero de 2022, del Ministerio de Salud.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar al Establecimiento, presupuestariamente, recursos destinados a financiar todos o algunos de los objetivos y componentes del "Programa de Resolutividad en APS":

Objetivos específicos

- a. **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.
- b. **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.
- c. **N° 3:** Otorgar atención integral y resolutiva 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.

Componentes

1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

- Médico Gestor



- Oftalmología
- Gastroenterología
- Otorrinolaringología
- Tele-Dermatología

2) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar presupuestariamente al Establecimiento, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$33.751.190 (treinta y tres millones setecientos cincuenta y un mil ciento noventa pesos)**, los cuales corresponden al Subtítulo 22, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

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 cumplir los siguientes objetivos:

- Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna
- Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria

QUINTA: El establecimiento se compromete a utilizar y distribuir los recursos asignados 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	Apoyo EPP y/o traslados		800.000
	COMPONENTE 1.1	Canastas oftalmológicas	210	9.138.360
	COMPONENTE 1.2	Canastas gastroenterología	70	7.650.370
	COMPONENTE 1.3	Canastas otorrinolaringología	60	8.605.380
	COMPONENTE 1.4	Consultas Tele dermatología	150	2.984.130
		Canastas Tele dermatología	90	
TOTAL COMPONENTE N° 1:				\$29.178.240
2	COMPONENTE 2.1	Procedimientos cutáneos	140	3.846.780
		Insumos intervención quirúrgica		726.170
TOTAL COMPONENTE N° 2:				\$4.572.950
TOTAL COMPONENTES:				\$33.751.190

SEXTA: 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:

- El 100% de los pacientes deberán provenir de la Lista de Espera (LE) de Consulta Nueva de Especialidad Médica de Oftalmología, Otorrinolaringología, Ginecología (climaterio) y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al **31 de Diciembre del 2021** (se



adjunta como anexo nómina de pacientes en LE). Al 31 de julio de 2022 deberán encontrarse egresados de LE todos los casos con ingreso anterior a diciembre del año 2020. Los pacientes que reciban una prestación de cirugía menor o se les realice una Endoscopia Digestiva o un Fondo de Ojo, también deberán provenir de la LE, por lo que deberán incorporarlos a SIREC 4.

En relación al Sistema de registro de este Programa, los Hospitales Comunitarios estarán encargados de:

- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa, las cuales deberán provenir de SIGTE o SIREC 4, según corresponda.
- 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 el establecimiento e ingresarlas al SIGTE, según normativa vigente.
- Se deben registrar todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud, las que además deberán ser revisadas y validadas por un 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.

Evaluación y Monitoreo:

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

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al día **30 de abril 2022**. El envío del Informe a la encargada del Servicio de Salud será con corte al **10 mayo 2022**. 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° 1**. De no existir avance, esta situación deberá ser informada, igualmente.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al **31 de agosto del 2022**. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota presupuestaria en el mes de septiembre, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo con los siguientes mecanismos de evaluación:

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Peso final estrategia
1. Resolución Especialidades Ambulatorias: Peso relativo componente 80%	1.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología, otorrinolaringología y procedimientos gastroenterología. Meta anual 100% cumplimiento.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numerador: N° consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología realizadas por el Programa de Salud ▪ Denominador: N° de consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología comprometidos en el Programa de Salud. 	20%



	1.2 Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y teledermatología. Meta anual 100% cumplimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Numerador: N° informes de consultas realizadas e informadas de tele oftalmología y teledermatología. • Denominador: N° de informes y consultas de tele oftalmología y tele dermatología programadas. 	20%
	1.3 Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causal 17* y 19* de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el SS en el SIGTE y acordada en este Programa de Salud. Meta anual 100% cumplimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE oftalmológica y otorrinolaringológica; y causales 17* y 19* de LE dermatológica; todas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE. • Denominador: N° de consultas programadas como oferta de especialidad de oftalmología, otorrinolaringología y dermatología. 	20%
	1.4 Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE por procedimientos de fondo de ojo y endoscopia digestiva alta (EDA), ambas de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud. Meta anual: 100% cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Numerador: 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. • Denominador: N° de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de oftalmología y gastroenterología. 	20%
2. Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad. Peso relativo componente 20%	2.1 Cumplimiento de la actividad programada.	<ul style="list-style-type: none"> • Numerador: N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados. • Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados. 	10%
	2.2 Porcentaje de cumplimiento de la programación del año en curso del egreso por causal 16* de la LE por procedimientos de cirugía menor ambulatoria, de mayor antigüedad publicada por el SS en SIGTE y acordada en este Programa de Salud. Meta anual: 100% cumplimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16* correspondiente a LE procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad, de mayor antigüedad publicada por SS en SIGTE. • Denominador: N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta. 	10%



Los pacientes atendidos deberán provenir de la Lista de Espera registrada en SIGTE y el hospital deberá acreditar que las atenciones realizadas se encuentran registradas en REM. Esta información deberá ser informada a la encargada del Servicio de Salud con plazo máximo **10 de octubre de 2022**.

- **La tercera evaluación** y final, se efectuará al **31 de diciembre de 2022**, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas y deberá haberse egresado de SIGTE a todos los pacientes ingresados a LE hasta el año 2021.

Los recursos para equipamiento y/o implementación no serán sujetos de reliquidación, en el caso que se presente algún grado de ejecución de metas asociada 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, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, el establecimiento podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar a MINSAL la no reliquidación del Programa. Finalmente MINSAL determinará si procede o no a aceptar solicitudes de no reliquidación.

Con todo, dicha excepcionalidad no será aplicable a la meta de egreso de LE por anualidad.

El grado de incumplimiento al corte de julio, será considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellas comunas que administren Salud Municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de Septiembre hacia aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de julio del año correspondiente.

Cada Departamento de Salud u Hospital Comunitario deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, SIGTE y plataformas web por parte de los establecimientos respectivos

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

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

- Indicador N° 1:** *Cumplimiento de la actividad proyectada en Consultas de Oftalmología, Otorrinolaringología y procedimientos gastroenterología.*
 - *Fórmula de cálculo:* (N° de Consultas y procedimientos realizados por el Programa / N° de Consultas y procedimientos comprometidos en el Programa)*100
 - Medio de verificación: (REM A29/ Programa)
- Indicador N° 2:** *Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología y tele dermatología*
 - *Fórmula de cálculo:* (N° de informes de Consultas realizadas e informadas / N° de informes y Consultas programadas)*100
 - Medio de verificación: (plataforma web indicada por MINSAL y/o plataforma local/ Programa)
- 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 causales 17 Y 19 de la LE dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en el convenio:*
 - *Fórmula de cálculo:*(N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica y Otorrinolaringológica y causales 17 y 19 de LE dermatológica; todas de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE / Número de consultas programadas



- como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringología y dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud)*100
- Medio de verificación: (SIGTE/Programa)
- 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 endoscopia digestiva alta (EDA), ambas de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE y acordada en el convenio:
- Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de pacientes egresados por causal 16, 17 y 19 correspondiente a LE procedimientos de fondo de ojo y por causal 16 correspondiente a LE procedimientos EDA; ambos de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE} / \text{Número de procedimientos de fondo de ojo y EDA programados como oferta de especialidad de Oftalmología y gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud}) * 100$
 - Medio de verificación: (SIGTE/Programa)
- **Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:**
- e. Indicador N°5:** Cumplimiento de actividad programada
- Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados} / N^{\circ} \text{ de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM A29/Programa)
- f. Indicador N°6:** Cumplimiento de la programación anual del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el SIGTE y acordado en el convenio:
- Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneo quirúrgicos de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en SIGTE} / N^{\circ} \text{ de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el Servicio de Salud}) * 100$
 - Medio de verificación: (SIGTE/Convenio)

Nota: La LE de mayor antigüedad deberá resolverse por el Programa, 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.

SÉPTIMA: Los recursos serán asignados por el Servicio de Salud de acuerdo con el marco presupuestario definido por la ley de Presupuesto del año vigente.

La ejecución del subtítulo 22 Bienes y Servicio de Consumo correspondiente al 70% de los gastos para la debida implementación de las actividades destinadas al cumplimiento de los objetivos, componentes, metas e indicadores señalados en el Programa, se realizará desde el momento que se dicte la resolución que asigne los mismos a los establecimientos dependientes, a través del cumplimiento de las instrucciones emanadas por la Dirección de Presupuesto del Ministerio de Hacienda informada en los oficios Circulares N° 8 y 9 de fecha 01 y 28 de abril de 2020, respectivamente, donde señala que las compras serán realizadas con disponibilidad presupuestaria de acuerdo a la información Financiera de Estado mediante la interoperación con el Sistema de Compras Públicas y el pago se realizará centralizadamente desde la Tesorería General de la República (TGR) vía transferencia a las cuentas corrientes de los proveedores del Estado.

La ejecución del gasto del 30% restante del total de recursos, se realizará a contar del mes de septiembre del año correspondiente, del cual se rebajará los recursos correspondientes a la aplicación de la reliquidación que se realice respecto a los resultados de la evaluación, de acuerdo con los indicadores definidos en el programa y se aplicarán rebajas de acuerdo a la siguiente tabla:



Porcentaje cumplimiento Programa	Porcentaje de Descuento de 2º cuota presupuestaria (30%)
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

OCTAVA: 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 verificadoros utilizados y cualquier otro antecedente que sea requerido por el Servicio.

El Servicio podrá solicitar al Hospital, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente protocolo, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

El Servicio, requerirá al Establecimiento, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este protocolo, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

NOVENA: El Servicio podrá validar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Conjuntamente a ello, el Hospital 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 ejecutados de acuerdo a presupuesto asignado.

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

DÉCIMA PRIMERA: El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2022. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera de este convenio, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero del año 2022 por razones de continuidad y/o buen servicio, atendido lo señalado en los dictámenes N°11.189/08 y N°16.037/08, ambos de la Contraloría General de la República, y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N°19.880, y el artículo 13 inciso segundo de la Resolución N° 30 de la Contraloría General de la República, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para los beneficiarios legales inscritos en los establecimientos de la comuna.

DÉCIMA SEGUNDA: Las partes acuerdan que el contrato se prorrogará en forma automática y sucesiva, siempre que el programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del sector público del año respectivo, salvo que el convenio termine por las causales señaladas en la cláusula décimo segunda o que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año.

Para todos los efectos legales, la prórroga automática da inicio a un nuevo convenio, cuyo monto a asignar se establecerá mediante Resolución Exenta del Servicio de Salud, de conformidad a lo que se disponga en la Ley de Presupuestos del sector público respectiva.



Por otro lado, y mediante convenios complementarios con el establecimiento, podrá modificarse anualmente los montos a asignar, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

Prorrogado el convenio, el Servicio de Salud deberá dictar una resolución que establezca las metas y recursos disponibles para el nuevo período.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder de cada parte.

**CARLO FUENTES CAMPOS
DIRECTOR
HOSPITAL VICUÑA**



**D. GERMAN LOPEZ ALVAREZ
DIRECTOR(S)
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**

Handwritten initials and names: INAA / LMT / MOC / CDM / MCR / MFG



ANEXO N° 1
Cuadro Evaluación Primer Corte

HOSPITAL DE xxxxx	Oftalmología				Otorrinolaringología		Gastroenterología		Procedimientos quirúrgicos de baja complejidad	Observaciones
	Oftalmólogo	Tecnólogo Médico	Canasta Integral Adjudicada		Canasta Integral Adjudicada		Licitación Adjudicada (SI/No)	Fecha comienzo prestación		
	N° Horas contratadas	N° Horas Contratadas	Si/No	Fecha comienzo prestación	Si/No	Fecha comienzo prestación				



ANEXO N° 2
CANASTA Medicamentos Tele-dermato

	MEDICAMENTO	DOSIS	FORMA FARMACEUTICA	POSOLOGIA ESTANDAR DIARIA MÁXIMA	TRATAMIENTO COMPLETO (DIAS)	%DE PACIENTES (POR PROBLEMA DE SALUD)	Costo total + IVA (\$2022)	
continuidad	Clobetasol	0,05%	Crema y/o ungüento	una vez en la mañana x 1 mes y descansar 1 mes, repetir 3 ciclos	180	2	\$ 33.157	
continuidad	Hidrocortisona	1%	Crema y/o locion	una vez en la mañana x 1 mes y descansar 1 mes, repetir 3 ciclos	180			
continuidad	Adapaleno	0,10%	Gel topico	en las noches en zonas afectadas	90	5		
continuidad	Adapaleno	0,30%	Gel topico	en las noches en zonas afectadas	90			
continuidad	Metronidazol	0,75%	Crema y/o ungüento	aplicar mañana y/o noche x3 meses	90			
continuidad	Ciclopiroxolamina	1%	Crema	2 veces al día x 1 mes	30			
continuidad	Terbinafina	1%	Crema	2 veces al día x 1 mes	30			
continuidad	Hidrocortisona	1%	Crema	2 veces al día x 14 días	14	5		
continuidad	Hidrocortisona	1%	Locion	2 veces al día x 14 días	14			
continuidad	ketoconazol	2%	champú	5 minutos en cuero cabelludo x 1 mes	1 frasco			
continuidad	Vaselina salicilada	5%	Crema	aplicar en las noches en lesiones x 2 meses	60	20		
continuidad	Hidroxicina	10 mg/5 mL	Jarabe	según kilos de peso en la noche x 1 mes	30			
continuidad	Doxiciclina	100 mg	Comprimido	1 comp al día x 3 meses	90			
continuidad	Fluconazol	150 mg	Comprimido	1 comp a la semana x 12 a 24 semanas	90 a 180			
continuidad	Hidroxicina	20 mg	Comprimido	1 comp en la noche x 1 mes	30			
continuidad	Crema liquida humectante	200ml	crema	2 veces al día en cuerpo	60			
continuidad	Terbinafina	250 mg	Comprimido	1comp al día x 3 a 6v meses	90 a 180			
continuidad	Levocetirizina	5 mg	Comprimido	1 comp al día x 1 mes	30			
nueva	Duofilm o verrufilm	17%	Solución	Una pincelada en la lesion en las noches, todas las noches por 1 mes	30 (1 frasco)			5
nueva	Tacrolimus 0,1%	0,1%	Ungüento	Aplicar en las noches en lesión x entre a 1 a 6 meses	30 a 180 (1 pomo 15 g.)			3
nueva	Tacrolimus 0,03%	0,03%	Ungüento	Aplicar en las noches en lesión x entre a 1 a 6 meses	30 a 180 (1 pomo 15 g.)	3		
nueva	Permetrina 1%	1%	Loción capilar	Aplicar en las noches en cuero cabelludo el día 1 y repetir el día 7	1 frasco 80 ml	0,02		
nueva	Permetrina 5%	5%	Loción corporal	Aplicar en las noches en todo el cuerpo por 3 noches seguidas, descansar 4 noches y repetir 3 noches	1 frasco 200 ml	0,60		
nueva	Levocetirizina	5mg/ml	Gotas	Media gota por kilo dosis 1 a 3 dosis al día	1 frasco 15ml	2		
nueva	Levocetirizina	2,5mg/5ml	Jarabe	Bajo los 6 años 1,25 ml dosis (cada 1, 2 o 3 veces al día según patologías)Entre 6 y 11 años 2,5 ml dosis	1 frasco 100ml	2		
nueva	Filtro solar 50+	50+	Gel	Uso cada 2 horas si está al sol	1 frasco 100ml	8		
nueva	Filtro solar 50+	50+	Crema	Uso cada 2 horas si está al sol	1 frasco 100ml	8		
nueva	Crema hidratante	5%	Crema	Uso diario en cuerpo	1 frasco 200grs	5		
nueva	Crema hidratante	10%	Crema	Uso diario en cuerpo	1 frasco 200grs	5		
nueva	Crema hidratante liquida	variable	Loción	Uso diario en cuerpo	1 frasco 200ml	5		
nueva	Recetario magistral		Formulación a definir	Variable	variable	9		
nueva	Adapaleno 0,1%+peroxido de benzol	0,1%/2,5%	Gel	Aplicar en las noches en rostro	1 pomo 30grs	2		
nueva	Ivermectina 1%	1%	Crema	Aplicar en las noches en rostro	1 pomo 30grs	4		

