



DSD / MFG / MCR / ctz

ORIGINAL
DIRECCIÓN S. SALUD COQUIMBO

1283

RESOLUCIÓN EXENTA N° _____/

LA SERENA, 04 ABR. 2017

Int. N° 025

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 759/03 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°1208 del 16 de Noviembre del 2016**, el que se describe en el presente protocolo y se entiende forma parte integrante del mismo. Se distribuyen los recursos del Programa según la **Resolución exenta N° 106 del 23 de enero del 2017**, ambas emanadas por el Ministerio de Salud; dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1°.- **APRUEBASE** el protocolo de fecha 28.03.2017 suscrito entre el **HOSPITAL DE LOS VILOS**, representado por su Director **D. PABLO BAÑADOS FERNANDEZ** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director **D. ERNESTO JORQUERA FLORES**, relativo al Programa de Resolutividad en Atención Primaria de Salud 2017, según se detalla en el presente instrumento.

**PROTOCOLO DE ACUERDO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2017
LOS VILOS**

En La Serena a28.03.2017...., entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, representado por su Director **D. ERNESTO JORQUERA FLORES**, ambos domiciliados en Avda. Francisco de Aguirre N°795, La Serena, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y el **HOSPITAL DE LOS VILOS**, representado por su Director **D. PABLO BAÑADOS FERNANDEZ**, ambos domiciliados en Arauco S/N, Los Vilos, 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 del 2015, 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 APS**.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1208 del 16 de Noviembre del 2016**, el que se describe en el presente protocolo y se entiende forma parte integrante del mismo. Se distribuyen los recursos del Programa según la **Resolución exenta N° 106 del 23 de enero del 2017**, ambas emanadas por el Ministerio de Salud.

TERCERA: El Servicio de Salud, ha convenido asignar al Municipio a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:

Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

- Oftalmología
- Gastroenterología
- Otorrinolaringología
- Tele dermatología

Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Servicio de Salud, conviene en asignar al Establecimiento, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$15.344.574.- (Quince millones, trescientos cuarenta y cuatro mil, quinientos setenta y cuatro 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 los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES	MONTO TOTAL SUBT. 22 (\$)
1	COMPONENTE 1.1	Canastas oftalmológicas	122	5.691.666
	COMPONENTE 1.2	Canastas gastroenterología	34	3.040.960
	COMPONENTE 1.3	Canastas otorrinolaringología	25	3.097.850
	COMPONENTE 1.4	Consultas Tele dermatología	60	663.138
		Canastas Tele dermatología	42	
TOTAL COMPONENTE N° 1:				12.493.614
2	COMPONENTE 2	Procedimientos cutáneos	120	2.850.960
TOTAL COMPONENTE N° 2:				2.850.960
TOTAL COMPONENTES:				15.344.574

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.

Para el proceso de monitoreo y evaluación es importante considerar la responsabilidad que le compete al Gestor de Red en la coordinación de la Red Asistencial. Al respecto se recomienda:

- Trabajar en el *Consejo Integrador de la Red Asistencial*, la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando a este Consejo a los equipos técnicos de los Servicios de Salud encargados de los temas para definir claramente los criterios de referencia.
- Incorporar las actividades del Programa a la planificación del establecimiento, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme demanda y oferta.
- Propiciar la compra de las atenciones médicas aplicando economía de escala, logrando bajar precios por volúmenes de prestaciones y otorgando la posibilidad de reinvertir en otras prestaciones dentro del mismo programa.
- Que al menos el 80% de los pacientes de Oftalmología y Otorrinolaringología provengan de la Lista de Espera de Consultas Nuevas de Especialidad Médica, ingresadas con fecha igual o anterior al **31 de diciembre del 2015**.
- Los fondos de ojos, serán monitorizados y evaluados por la plataforma de tele oftalmología.

En relación al Sistema de registro de este Programa, la Municipalidad estará encargada 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, con el fin de proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas en la comuna.
- Registrar todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud y 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 los medios de verificación, RNLE y REM, según corresponda.
- 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 2017**. El envío del Informe a la encargada del Servicio de Salud será con corte al **10 mayo 2017**. 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**.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al **31 de agosto del 2017**. 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 de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (30%)
50,00%	0%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%
0%	Rescindir Protocolo

En relación a esto último, los hospitales 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 aquellos hospitales que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

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

- **La tercera evaluación** y final, se efectuará al **31 de diciembre 2017**, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellos 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 Octubre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente. Cada Servicio de Salud deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, RNLE y plataformas por parte de los establecimientos respectivos.

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

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

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

- Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / N^{\circ} \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
- Medio de verificación: (REM 29/ Programa)
- Medio de verificación local: RNLE

1.2 Indicador: $(\text{consultas realizadas de LE de CNE del corte 31.12.15} / \text{total de consultas realizadas}) * 100$

- Medio de verificación local: RNLE

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

- Forma de Cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas e informes comprometidos} / N^{\circ} \text{ de consultas e informes programados}) * 100$
- Medio de Verificación:
Plataforma web MINSAL (teledermatologia.redsalud.gov.cl) y/o plataforma local servicio de salud/Programa)

3. Indicador: *Porcentaje de Cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y Causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio:*

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

4. Indicador: *Porcentaje de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en convenio:*

- Forma de Cálculo: $(N^{\circ} \text{ de pacientes egresado por causal 16 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y Endoscopia Alta, de mayor antigüedad}) * 100$
- Medio Verificador: (RNLE)

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

1. Indicador: *Cumplimiento de actividad programada*

- Fórmula de cálculo: $(\text{Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados} / \text{Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}) * 100$
- Medio de verificación: (REM / Programa)

SÉPTIMA: Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud, en 2 cuotas, la primera de un 70% con la total tramitación del convenio y el 30% restante de acuerdo al grado de cumplimiento de la evaluación de octubre. Si el **cumplimiento total del programa es menor al 50%** se aplicará rebaja de acuerdo a la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (30%), Subt. 24
60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir convenio

OCTAVA: El Servicio, requerirá al Establecimiento, un informe de gastos relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos identificados 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. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente protocolo.

NOVENA: Las transferencias de recursos se rigen 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 del uso de los recursos transferidos.

El referido informe mensual deberá remitirse dentro de los primeros diez (10) días hábiles del mes siguiente al que se informa, incluso respecto de aquellos meses en que no exista inversión de los fondos traspasados, y deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión y el saldo disponible para el mes siguiente.

DÉCIMA: Finalizado el periodo de vigencia anual del presente convenio y en el caso que el Municipio no haya cumplido con el 100% de la ejecución de los fondos del programa para el año respectivo, el Servicio procederá a solicitar a la comuna el reintegro de dichos fondos. Sin perjuicio de lo anterior, excepcionalmente y en forma fundada, las partes podrán de común acuerdo, mediante la suscripción de los actos administrativos correspondientes, utilizar estos saldos para dar continuidad durante la anualidad siguiente a este programa de salud. La petición de la utilización de estos saldos por parte de la Municipalidad para los fines antes previstos se realizará a más tardar el día 15 de noviembre del año en curso.

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

DÉCIMA SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia 1 de enero hasta el 31 de diciembre del año 2017.

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

Firmas Ilegibles

D. PABLO BAÑADOS FERNANDEZ
DIRECTOR
HOSPITAL LOS VILOS

D. ERNESTO JORQUERA FLORES
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

ANOTESE Y COMUNIQUESE.



DISTRIBUCIÓN:

- Archivo



**PROTOCOLO DE ACUERDO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2017
LOS VILOS**

En La Serena a _____, entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, representado por su Director D. **ERNESTO JORQUERA FLORES**, ambos domiciliados en Avda. Francisco de Aguirre N°795, La Serena, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y el **HOSPITAL DE LOS VILOS**, representado por su Director **D. PABLO BAÑADOS FERNANDEZ**, ambos domiciliados en Arauco S/N, Los Vilos, 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 del 2015, 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 APS**.

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N°1208 del 16 de Noviembre del 2016**, el que se describe en el presente protocolo y se entiende forma parte integrante del mismo. Se distribuyen los recursos del Programa según la **Resolución exenta N° 106 del 23 de enero del 2017**, ambas emanadas por el Ministerio de Salud.

TERCERA: El Servicio de Salud, ha convenido asignar al Municipio a la Municipalidad recursos destinados a financiar los siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:

Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

- Oftalmología
- Gastroenterología
- Otorrinolaringología
- Tele dermatología

Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Servicio de Salud, conviene en asignar al Establecimiento, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$15.344.574.- (Quince millones, trescientos cuarenta y cuatro mil, quinientos setenta y cuatro 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 los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES	MONTO TOTAL SUBT. 22 (\$)
1	COMPONENTE 1.1	Canastas oftalmológicas	122	5.691.666
	COMPONENTE 1.2	Canastas gastroenterología	34	3.040.960
	COMPONENTE 1.3	Canastas otorrinolaringología	25	3.097.850
	COMPONENTE 1.4	Consultas Tele dermatología	60	663.138
		Canastas Tele dermatología	42	
TOTAL COMPONENTE N° 1:				12.493.614
2	COMPONENTE 2	Procedimientos cutáneos	120	2.850.960
TOTAL COMPONENTE N° 2:				2.850.960
TOTAL COMPONENTES:				15.344.574

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.

Para el proceso de monitoreo y evaluación es importante considerar la responsabilidad que le compete al Gestor de Red en la coordinación de la Red Asistencial. Al respecto se recomienda:

- Trabajar en el *Consejo Integrador de la Red Asistencial*, la continuidad de atención de los usuarios en la Red, incorporando a este Consejo a los equipos técnicos de los Servicios de Salud encargados de los temas para definir claramente los criterios de referencia.
- Incorporar las actividades del Programa a la planificación del establecimiento, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme demanda y oferta.
- Propiciar la compra de las atenciones médicas aplicando economía de escala, logrando bajar precios por volúmenes de prestaciones y otorgando la posibilidad de reinvertir en otras prestaciones dentro del mismo programa.

- Que al menos el 80% de los pacientes de Oftalmología y Otorrinolaringología provengan de la Lista de Espera de Consultas Nuevas de Especialidad Médica, ingresadas con fecha igual o anterior al **31 de diciembre del 2015**.
- Los fondos de ojos, serán monitorizados y evaluados por la plataforma de tele oftalmología.

En relación al Sistema de registro de este Programa, la Municipalidad estará encargada 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, con el fin de proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas en la comuna.
- Registrar todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud y 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 los medios de verificación, RNLE y REM, según corresponda.
- 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 2017**. El envío del Informe a la encargada del Servicio de Salud será con corte al **10 mayo 2017**. 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**.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al **31 de agosto del 2017**. 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 de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (30%)
50,00%	0%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30,00% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%
0%	Rescindir Protocolo

En relación a esto último, los hospitales 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 aquellos hospitales que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

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

- **La tercera evaluación** y final, se efectuará al **31 de diciembre 2017**, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellos 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 Octubre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente. Cada Servicio de Salud deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM, RNLE y plataformas por parte de los establecimientos respectivos.

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN:

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

1.1 Indicador: *Cumplimiento de la actividad proyectada en Consulta de Oftalmología, Otorrinolaringología y procedimiento 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)
- Medio de verificación local: RNLE

1.2 Indicador: (consultas realizadas de LE de CNE del corte 31.12.15 / total de consultas realizadas)*100

- Medio de verificación local: RNLE

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 (teledermatologia.redsalud.gov.cl) y/o plataforma local servicio de salud/Programa)

3. Indicador: *Porcentaje de Cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y Causal 17 de la LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio:*

- Fórmula de cálculo:(N° de pacientes egresados por causal 16 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 / Número de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringológica y Dermatológica según convenio vigente con el Servicio de Salud)*100
- Medio de verificación: (RNLE)

4. Indicador: *Porcentaje de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en convenio:*

- Forma de Cálculo: (N° de pacientes egresado por causal 16 correspondiente a LE procedimiento Fondo de Ojo y Endoscopia Alta, de mayor antigüedad)*100
- Medio Verificador: (RNLE)

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

1. Indicador: *Cumplimiento de actividad programada*

- Fórmula de cálculo: (Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados / Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos)*100
- Medio de verificación: (REM / Programa)

SÉPTIMA: Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud, en 2 cuotas, la primera de un 70% con la total tramitación del convenio y el 30% restante de acuerdo al grado de cumplimiento de la evaluación de octubre. Si el **cumplimiento total del programa es menor al 50%** se aplicará rebaja de acuerdo a la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (30%), Subt. 24
60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir convenio

OCTAVA: El Servicio, requerirá al Establecimiento, un informe de gastos relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos identificados 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. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente protocolo.

NOVENA: Las transferencias de recursos se rigen 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 del uso de los recursos transferidos.

El referido informe mensual deberá remitirse dentro de los primeros diez (10) días hábiles del mes siguiente al que se informa, incluso respecto de aquellos meses en que no exista inversión de los fondos traspasados, y deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión y el saldo disponible para el mes siguiente.

DÉCIMA: Finalizado el periodo de vigencia anual del presente convenio y en el caso que el Municipio no haya cumplido con el 100% de la ejecución de los fondos del programa para el año respectivo, el Servicio procederá a solicitar a la comuna el reintegro de dichos fondos. Sin perjuicio de lo anterior, excepcionalmente y en forma fundada, las partes podrán de común acuerdo, mediante la suscripción de los actos administrativos correspondientes, utilizar estos saldos para dar continuidad durante la anualidad siguiente a este programa de salud. La petición de la utilización de estos saldos por parte de la Municipalidad para los fines antes previstos se realizará a más tardar el día 15 de noviembre del año en curso.

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

DÉCIMA SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia 1 de enero hasta el 31 de diciembre del año 2017.

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



[Handwritten signature in blue ink]

D. PABLO BAÑADOS FERNANDEZ
DIRECTOR
HOSPITAL LOS VILOS



[Handwritten signature in black ink]

D. ERNESTO JORQUERA FLORES
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

[Handwritten signature in black ink]
DSD/CYA/CAA/JVO/MFG/MCB

ANEXO N° 1: PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA

COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION
<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:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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: <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 cerrada al territorio geográfico de los beneficiarios. - Atención resolutoria. - 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</p> <p>Formula Indicador: N° de consultas realizadas por el Programa *100 N° de consultas y procedimientos comprometidos en el Programa</p> <p>Indicador 2: Cumplimiento de la actividad Tele Oftalmología y Tele Dermatología.</p> <p>Formula Indicador: N° de Informes y consultas realizadas *100 N° de informes y consultas programadas</p> <p>Indicador 3: % de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de la Le Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio.</p> <p>Formula Indicador: (N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 del a LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente/N° de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud)*100</p> <p>Indicador 4: % de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de salud en el RNLE y acordada en el convenio.</p> <p>Formula Indicador: (N° de pacientes egresados por causal 16 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/N° de procedimiento 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>Medio de verificación: Indicador N°1: REM/Programa</p> <p>Indicador N°2: REM/Programa</p> <p>Indicador N°3: RNLE</p> <p>Indicador N°4: RNLE</p>

COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN
<p>Componente 3: Procedimientos quirúrgicos de Baja Complejidad.</p> <p>Estos procedimientos de baja complejidad y de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local y tras los que no se espera que existan complicaciones posquirúrgicas importantes.</p> <p>Estrategia:</p> <p>A través de la implementación de las salas de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y de la capacitación de los médicos de Atención Primaria, por parte de los médicos especialistas Dermatólogos y/o cirujanos de la red de salud local, con protocolos y guías clínicas consensuadas, conocidas y compartidas, logrando un trabajo conjunto y colaborativo con una distribución del trabajo según complejidad, garantizando un acceso oportuno de los pacientes con patologías malignas o graves a la especialidad.</p>	<p>Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:</p> <p>Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria.</p> <p>Productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Disminución progresiva de la lista de espera. - disminución progresiva del tiempo de espera. <p>Incremento absoluto del número de procedimientos resolutivos a nivel local.</p>	<p>Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:</p> <p>Indicador 1: Cumplimiento de la actividad programada</p> <p>Formula Indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}} * 100$</p> <p>Indicador 2: % de Cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio.</p> <p>Formula indicador: $\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes egresados por casual 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneo quirúrgico de baja complejidad de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente/ N}^\circ \text{ de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el servicio de Salud}}{\text{N}^\circ \text{ de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el servicio de Salud}} * 100$</p>	<p>Medio de verificación:</p> <p>Indicador N°1: REM/Programa</p> <p>Indicador N°2: RNLE</p>

ANEXO N° 2: Cuadro de Ponderaciones Según Componentes

COMPONENTE	INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META ANUAL	PESO REALTIVO ESTRATEGIA	PESO RELATIVO COMPONENTE
ESPECIALIDADES AMBULATORIAS	Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta Oftalmológica, Otorrinolaringológica y procedimiento Gastroenterología.	Numerador: N° de consultas realizadas por el Programa Denominador: N° de consultas y procedimientos comprometidos en el Programa.	100%	30%	90%
	Cumplimiento de la actividad Tele Oftalmología y Tele Dermatología.	Numerador: N° de Informes y consultas realizadas Denominador: N° de Informes y consultas programadas	100%	20%	
	% de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 de la Le Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio.	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE Oftalmológica, Otorrinolaringológica y causal 17 del a LE Dermatológica de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente. Denominador: N° de consultas programadas como oferta de especialidad de Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología según convenio vigente con el Servicio de Salud	100%	30%	
PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	% de cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio.	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 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. Denominador: N° de procedimiento de Fondo de Ojo y Endoscopia Digestiva Alta programados como oferta de especialidad de Oftalmología y Gastroenterología según convenio vigente con el Servicio de Salud.	100%	20%	10%
	Cumplimiento de la actividad programada.	Numerador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizadas. Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos.	100%	50%	
	% de Cumplimiento de la programación del año 2017 del egreso por causal 16 de la LE por procedimiento de cirugía menor ambulatoria de mayor antigüedad publicada por el Servicio de Salud en el RNLE y acordada en el convenio.	Numerador: N° de pacientes egresados por causal 16 correspondiente a LE procedimiento cutáneo quirúrgicos de baja complejidad publicada por el Servicio de Salud en RNLE y acordada en convenio vigente. Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados como oferta según convenio vigente con el servicio de Salud)	100%	50%	