



SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS.
DIRECCION ATENCION PRIMARIA
JGB/GRC/NMR/NMV/GCS/CC/ATCIP/ATM

RESOLUCION EXENTA N° 1961

RANCAGUA, - 31 MAR 2023

VISTOS: Ord. C73 N° 2.509, de fecha 19 de agosto de 2021, del Ministerio de Salud, solicita la incorporación de cláusula de prórroga automática en los convenios para la ejecución de los programas de reforzamiento en atención primaria; Ord. N° 4.530, de fecha 20 de diciembre de 2022, del Ministerio de Salud, mediante el cual informa la continuidad de los programas de reforzamiento en Atención Primaria de Salud para la anualidad 2023; Ord. N° 4.751, de fecha 30 de diciembre de 2022, del Ministerio de Salud, mediante el cual informa los programas de reforzamiento de Atención Primaria de Salud, que incorporan y no incorporan modificaciones para el año 2023; Ley 21.516 que establece el presupuesto de la nación para el año 2023; D.F.L. N°1 de 2006, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2673/79 y otros cuerpos legales, Decreto Supremo N°140/2005, Decreto Exento N°15/2020, ambos del Ministerio de Salud; Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; y lo previsto en la Resolución N°7 del 26 de marzo de 2019 de Contraloría General de la Republica; Artículo 9° del D.S. N°140/2004 y Decreto Afecto N°5 del 2 de marzo de 2023 ambos del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDOS:

1.- Que, la ley de Presupuestos N°21.516, de fecha 20 de diciembre de 2022, que establece el presupuesto para el Sector Público para el año 2023, permite la prórroga automática de los convenios, en la medida que los Programas a ejecutar cuenten con los recursos disponibles.

2.- A través de Resolución 1276 del 7 de abril de 2022, se aprobó el convenio suscrito del "**Programa de Resolutividad en Atención Primaria**", entre este Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O'Higgins y la I. Municipalidad de Litueche, cuya continuidad para el año 2023 se declaró mediante la Resolución Exenta 844 del 9 de febrero de 2023 de este Servicio.

3.- A su vez el Ministerio de Salud a través de la Resolución Exenta N° 113, de fecha 09 de febrero del 2023, procedió a dar aprobación al "**Programa de Resolutividad en Atención Primaria**", para el año 2023, de la misma forma a través de la Resolución Exenta N° 240, de fecha 13 de marzo del 2023, del citado Ministerio, aprobó el marco presupuestario del programa para el presente año.



4-. Qué, es procedente actualizar para el convenio referido en el numeral No.2 anterior, el marco presupuestario, dado que la continuidad del mismo ya ha sido declarada mediante el acto administrativo pertinente, así como también las modificaciones técnicas que el aludido programa incorpora para la anualidad 2023, siendo estas las siguientes:

1. ANTECEDENTES

El Modelo de Atención concebido para la Red de Salud plantea variados desafíos a los equipos de salud y a la gestión clínica, generando exigencias de adaptación, desarrollo de nuevas capacidades, manejo de tecnologías y traspaso de conocimiento y responsabilidad entre los distintos componentes de la Red, con el fin de incrementar de manera cualitativa y cuantitativa las respuestas a las demandas de atención de salud de las personas. Dentro de estas respuestas que debe entregar la red en su conjunto, se encuentra la capacidad de resolver de manera oportuna los problemas de salud de las personas.

La capacidad resolutive se concibe como la posibilidad de dar respuesta a los problemas de salud en cada uno de los establecimientos que componen la Red, con un óptimo grado de calidad, y los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles. Esto implica, para la APS, la capacidad de resolver sin necesidad de derivar a las personas a otros puntos de la Red, lo que supone resolver sus necesidades de salud cerca del lugar donde viven, trabajan y estudian, lo que permitirá crear vínculos con su población a cargo y aumentar la satisfacción usuaria.

Otro elemento de la capacidad resolutive se compone de la capacitación permanente de las personas que trabajan en la red asistencial. Esta es una tarea esencial para lograr el desarrollo y cumplimiento de cada uno de los componentes del Programa. Lo anterior, se traduce, entre otras cosas, en un aumento de las capacidades de la atención primaria de resolver problemas de salud localmente.

El desafío de proveer respuestas oportunas a las necesidades de la persona alcanza a toda la Red. Para dar coherencia, consistencia y continuidad a la provisión de servicios en el marco del modelo de atención con enfoque familiar y comunitario, la gestión de Redes debe dar una mirada de conjunto a las necesidades, de manera que éstas sean abordadas desde los distintos puntos de la Red, con un criterio común, optimizando el uso de los recursos, evitando esperas innecesarias y el desplazamiento de los pacientes sin justificación.

2. FUNDAMENTACIÓN

La Reforma de Salud, estableció como uno de sus principales objetivos el fortalecimiento de la APS, a través de capacitación de sus equipos de salud y la mejora de la infraestructura e implementación. En virtud que la demanda supera a la oferta, es que se producen brechas que son factibles de abordar mediante estrategias complementarias que permiten ampliar oferta y cobertura:

- Utilización de cupos ofertados por la Red de Prestadores Públicos
- Capacitación Gestionada, consultorías y/o trabajo conjunto entre Médicos Especialistas y Médicos de Atención Primaria.
- Estrategia de Equipos móviles.
- Estrategia de Telemedicina.
- Otros.

Este Programa corresponde a una de estas estrategias, que no pretende por sí sola dar cuenta de la resolución de una brecha, sino más bien aportar junto a otras estrategias al



aumento de oferta para prestaciones de salud en la APS. Para ello, es importante el trabajo en una red integrada y que quienes implementen el programa consideren que los profesionales que participen pertenezcan, en lo posible, a la Red local y que se integren con los equipos de salud del territorio.

3. PROPÓSITO

El Programa tiene como propósito que la población que se atiende en establecimientos de APS, acceda con mayor oportunidad a una atención cercana, integral y de calidad a través de estrategias de fortalecimiento de la APS.

4. DESCRIPCIÓN

El Programa plantea tres componentes a desarrollar en los centros de salud familiar (CESFAM) u otros centros de salud debidamente habilitados. El primer componente es resolución de especialidades ambulatorias, el segundo componente corresponde a procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad (intervenciones quirúrgicas menores), y el tercer componente es la atención de mujeres en etapa de climaterio.

5. OBJETIVO GENERAL

Mejorar la capacidad resolutive de la APS, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica en atenciones de especialidad en la atención primaria.

6. OBJETIVOS ESPECIFICOS

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.

7. COMPONENTES

COMPONENTE 1: RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES AMBULATORIAS.

Este componente considera la compra o entrega de prestaciones integrales en la APS, para resolver de manera ambulatoria, patologías específicas a través del financiamiento destinado para tal efecto.

Se deberá considerar el tiempo de espera de acuerdo a lo registrado en el sistema de gestión de tiempos de espera (SIGTE), para en primera instancia atender los casos de mayor antigüedad. No obstante, se debe considerar el criterio de prioridad clínica cuando corresponda.



Estrategias:

El fomento del acceso oportuno a prestaciones de especialidad, se logra mediante las siguientes estrategias:

a) Médico Gestor de la Demanda

Corresponde a horas mensuales de trabajo que deben ser preferentemente ejecutadas por un médico de familia u otro médico que tenga un conocimiento vasto del territorio a cargo y de la red asistencia.

Su objetivo es potenciar la integración de las Redes Asistenciales, en aspectos de referencia y contra referencia, de solicitud de interconsulta (SIC), exámenes diagnósticos y/o terapéuticos, y toda otra necesidad de atención entre niveles.

Sus tareas deben enfocarse principalmente en potenciar las consultorías y reuniones clínicas que aporten mejoría de capacidad diagnóstica en los equipos de salud, participación de los comités y equipos de referencia y contra referencia de su respectivo centro de salud y del Servicio de Salud al cual pertenezca.

El detalle de sus roles, funciones, y tareas se especificará en la Orientación técnica de este programa.

b) Oftalmología

Está orientado al diagnóstico y tratamiento de los siguientes problemas de salud ocular: Vicios de Refracción No GES, calificación de urgencia oftalmológica, ojo rojo, glaucoma, sospecha de cataratas, procedimientos quirúrgicos menores y evaluación o tamizaje de fondo de ojo en personas con diabetes.

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

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

La **canasta integral incluye**: consulta médica, consulta de tecnólogo médico y evaluación integral (examen de agudeza visual, tonometría ocular, optometría, etc.), entrega de medicamentos y la entrega de 1,2 pares de lentes (como referencia) de cualquier dioptría. La cartera de servicios para la canasta integral está orientada básicamente para la resolución de vicio de refracción en personas de 15 a 64 años, y otras patologías agudas según requerimiento local que lo amerite y se encuentren identificadas en SIGTE.

La **Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)**, cuenta con, cartera de prestaciones, infraestructura, recurso humano y flujo de atención específicos.

La UAPO estará circunscrita a los Servicios de Salud en que se disponga, de acuerdo a las disponibilidades presupuestarias.



c) Otorrinolaringología

Está orientado al diagnóstico y tratamiento de la hipoacusia en personas hasta los 64 años, síndrome vertiginoso, epistaxis, otitis aguda y crónica (personas de 15 y más años).

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

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

La **canasta integral incluye**: consulta médica, audiometría y entrega de audífono cuando corresponda y a lo menos 1 control de seguimiento a los pacientes beneficiarios de audífonos. En el caso de síndrome vertiginoso y otitis se entregarán fármacos específicos orales y tópicos respectivamente, según indicación del otorrinolaringólogo.

La **Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica (UAPORRINO)**, cuenta con orientaciones técnicas específicas que definen sus objetivos, cartera de servicio, infraestructura, recurso humano y flujo de atención.

Tanto en la UAPO como en UAPORRINO las actividades deberán ser programadas de acuerdo a la orientación técnica vigente en donde se describe su funcionamiento. Estas estrategias están orientadas a la resolución de casos **No GES**, no obstante, se podrá incorporar usuarios con patologías **GES**, una vez cumplidas las actividades programadas según las orientaciones técnicas vigentes. La **atención de patologías GES** deberá ser **respaldada mediante** la generación de un **convenio de compra de servicio u otro** (por ejemplo, de colaboración), entre la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud y el Servicio de Salud, que **asegure el financiamiento o la colaboración en el funcionamiento**, así como los **registros requeridos y el cumplimiento de garantías de salud** para la patología a atender, acorde a la normativa.

d) Gastroenterología

Busca erradicar la infección por *Helicobacter pylori* cuando se asocie a esofagitis, úlcera duodenal, úlcera gástrica, gastritis linfonodular, gastritis atrófica en personas de 15 y más años, como método de prevención y/o detección precoz del cáncer gástrico.

La **canasta incluye**: examen endoscópico digestivo alto (EDA) con test de ureasa y biopsia. Adicionalmente, MINSAL podrá determinar la utilización de otras estrategias con respaldo clínico comprobado, que contribuyan a mejorar la detección y erradicación de *helicobacter pylori*, como factor precursor de cáncer gástrico, y/o a priorizar la demanda de endoscopia en aquellas personas con mayor riesgo de desarrollar cáncer gástrico. Para ello Minsal definirá protocolos de implementación, y el financiamiento y metas asociadas definidas para cada Servicio de Salud.



e) **Dermatología**

Las prestaciones de esta especialidad están orientadas a la evaluación y tratamiento de pacientes de toda edad con patología dermatológica, a través de la estrategia de **Tele dermatología**. Para ello, los establecimientos de atención primaria u hospitales de familia y comunidad, contarán con una programación de atenciones y una **canasta de fármacos** establecida por la División de Atención Primaria del MINSAL, para el tratamiento de las personas, de acuerdo con la indicación entregada por el especialista.

Esta canasta de fármacos debe estar disponible en todos los establecimientos de APS que utilizan la estrategia y es la siguiente:

Diagnósticos	MEDICAMENTO	DOSIS	FORMA FARMACEUTICA
VITILIGO	Clobetasol	0,05%	Crema y/o unguento
	Hidrocortisona	1%	Crema y/o locion
	Tacrolimus 0,1%	0,1%	Unguento
	Tacrolimus 0,03%	0,03%	Unguento
PSORIASIS	Clobetasol	0,05%	Crema y/o unguento
	Hidroxicina	20 mg	Comprimido
	Levocetirizina	5 mg	Comprimido
	Levocetirizina	5mg/ml	Gotas
	Levocetirizina	2,5mg/5ml	Jarabe
	Crema liquida humectante	200ml	Crema
	Vaselina salicilada	5%	Crema
ACNE INFLAMATORIO	Doxiciclina	100 mg	Comprimido
	Adapaleno	0,30%	Gel topico
	Adapaleno 0,1%+peroxido de benzoilo 2,5%	0,1%/2,5%	Gel topico
	Adapaleno	0,10%	Gel topico
ACNE NO INFLAMATORIO	Adapaleno	0,30%	Gel topico
	Adapaleno	0,10%	Gel topico
ONICOMICOSIS	Fluconazol	150 mg	Comprimido
	Terbinafina	250 mg	Comprimido
MICOSIS PIEL LAMPIÑA Y RESTO DEL CUERPO	ketonazol	2%	shampoo
	Ciclopiroxolamina	1%	Crema
	Terbinafina	1%	Crema
	Terbinafina	250 mg	Comprimido
ROSACEA	Metronidazol	0,75%	Crema y/o gel
	Ivermectina 1%	1%	Crema
	Doxiciclina	100 mg	Comprimido
DERMATITIS AGUDAS, CRONICAS Y SEBORREICAS	Clobetasol	0,05%	Crema y/o unguento
	Hidrocortisona	1%	Crema
	Hidrocortisona	1%	Locion
	Hidroxicina	20 mg	Comprimido
	Hidroxicina	10 mg/5 mL	Jarabe
	ketonazol	2%	champu
	Levocetirizina	5 mg	Comprimido
	Crema liquida humectante	200ml	crema
	Hidroxicina	20 mg	Comprimido
	Hidroxicina	10 mg/5 mL	Jarabe
	Levocetirizina	5 mg	Comprimido
	Levocetirizina	5mg/ml	Gotas
	Levocetirizina	2,5mg/5ml	Jarabe
	Tacrolimus 0,1%	0,1%	Unguento
Tacrolimus 0,03%	0,03%	Unguento	
VERRUGAS Y MOLUSCOS	Ácido salicílico 16,7% + Ácido Láctico 15%	16,7% y 15%	Solución
PEDICULOSIS	Permetrina 1%	1%	Loción capilar
ESCABIOSIS	Permetrina 5%	5%	Loción corporal
CBC, CEC, MELANOMA, QUERATOSIS ACTINICAS, DAÑO SOLAR CRONICO, ALTO RIESGO DE EXPOSICIÓN SOLAR, DERMATITIS FOTOAGRAVADAS, ENTRE OTRAS	Filtro solar 50+	50+	Gel
	Filtro solar 50+	50+	Crema
DERMATITIS, PSORIASIS, XEROSIS, PRURIGOS Y LIQUENES	Crema hidratante	urea 5%	Crema
	Crema hidratante	urea 10%	Crema
	Crema hidratante liquida	variable	Loción



A DEFINIR DENTRO DE LAS ANTERIORES	Recetario magistral	variable	Formulación a definir. Para el tratamiento de patologías del listado, cuando no es posible adquirir fármaco listado, la formulación tiene mejor resultado y/o es menos costoso.
------------------------------------	---------------------	----------	---

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

COMPONENTE 2: PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD.

Incorpora procedimientos mínimamente invasivos de baja complejidad en la atención primaria. Considera la implementación de salas de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y capacitación de los médicos de APS, por parte de los médicos especialistas 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. Asimismo, la estrategia considera todos los insumos necesarios para realizar la actividad.

En general, pueden abordarse en APS **lesiones benignas menores de 5 cm.** de diámetro en la piel y tejidos subcutáneos, descartando aquellas que, por su urgencia, posible riesgo o complicación, ameriten ser resueltas en un Servicio de Urgencia o en un Policlínico de Especialidades Quirúrgicas. No se recomienda la extirpación de lesiones sospechosas de malignidad, estos pacientes deberán ser derivados al especialista cumpliendo los criterios clínicos y protocolos locales de referencia y contra referencia del respectivo Servicio de Salud.

De resolución ambulatoria y electiva se consideran los siguientes tipos de intervenciones:

1602203	Resto del cuerpo (no cabeza, cuello y genitales) hasta 3 lesiones: extirpación, reparación o biopsia, total o parcial, de lesiones benignas cutáneas por excisión	
ejemplos:	dermatofibromas, verrugas, granulomas piógenos o telangiectásicos	hasta 3 lesiones por sesión
1602206	Extirpación de lesiones benignas por sec. tangencial, curetaje y/o fulguración hasta 15 lesiones	
ejemplos:	queratosis seborreicas, fibromas blandos, angiomas rubí múltiples en cuero cabelludo, rostro y cuello queratosis seborreicas, fibromas blandos, angiomas rubí múltiples en cuerpo	hasta 15 lesiones por sesión
1602224	Extirpación de lesión benigna subepidérmica, incluye Tumor sólido, quiste epidérmico y lipoma por lesión resto del cuerpo (que no es cabeza, cuello y genitales) menores a 3cm de diámetro	
ejemplos:	lipomas, quistes epidérmicos, tumores sólidos, neurofibromas	1 lesión por sesión
1602225	Vaciado y curetaje quirúrgico de lesiones quísticas o abscesos	
1602231	Onicectomía total o parcial simple	
1602232	Cirugía reparadora ungueal por proceso inflamatorio	

Todas las lesiones extirpadas (exceptuando las onicectomías) enviadas a análisis histopatológico.

Las especificaciones técnicas y administrativas para estos procedimientos estarán debidamente especificadas en las Orientaciones técnicas del Programa.



COMPONENTE 3: ATENCIÓN DE MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO.

Considera una "canasta integral" para la especialidad de ginecología, que busca fortalecer los procesos de soporte para mejorar la atención integral personas en etapa de climaterio, para mejorar su calidad de vida y, complementariamente, colaborar en la prevención de patologías crónicas de alta morbimortalidad.

Este componente considera la compra o entrega de la prestación de canasta integral ginecológica, por médico especialista ginecólogo a mujeres entre 45 y 64 años que estén en etapa de climaterio, de acuerdo a los criterios de derivación a especialidad vigentes en Programas de Salud y/o protocolos de referencia y contra referencia locales de los respectivos Servicios de Salud.

La **canasta integral ginecológica** contempla: consulta médica, examen de laboratorio de hormona folículo estimulante (FSH), exámenes de apoyo diagnóstico (ecotomografía transvaginal o transrectal) y prescripción de medicamentos a entregar por la APS por otra vía de financiamiento (Programa de adquisición y gestión de medicamentos, dispositivos médicos e insumos GES y no GES).

Sobre la resolución de especialidades ambulatorias y canastas integrales:

Las canastas integrales del componente resolución de especialidades ambulatorias constituyen una referencia y asegura el acceso a prestaciones requeridas, ya que la frecuencia de los requerimientos asociados a los problemas de salud descritos es referencial.

En el caso de las canastas farmacológicas para Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología (incluye Tele dermatología), éstas podrán ser actualizadas por cada Servicio de Salud considerando su realidad local, disponibilidad del medicamento y registro vigente del medicamento ante el Instituto de Salud Pública. Estas modificaciones deben ser excepcionales y trabajadas interdisciplinariamente por el equipo técnico correspondiente, manteniendo los grupos farmacológicos definidos y actualizando el arsenal farmacológico del respectivo Servicio de Salud. **Se requiere que toda modificación sea informada a MINSAL para su validación.**

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

Los Servicios de Salud podrán incorporar otras prestaciones no mencionadas anteriormente, en el componente de especialidades ambulatorias, siempre y cuando cumplan los siguientes criterios:

- Que correspondan a prestaciones que cuenten con gran demanda asistencial (lista de espera) y se encuentren en el SIGTE.
- Que correspondan a atenciones integrales, es decir, que aseguren la resolución del problema de salud.
- Haber cumplido las acciones comprometidas en el programa, por parte de los establecimientos objeto del convenio del programa.



El programa de salud considera todos los insumos y recursos humanos necesarios para realizar las actividades, entre los que se encuentran los elementos de protección personal para la ejecución de las actividades, así como la movilización de los usuarios en aquellas comunas que sólo disponen de canastas integrales o no poseen especialistas en su territorio cercano.

En caso de cumplir las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la mantención y reposición de equipos y/o equipamiento utilizados en las estrategias UAPO, UAPORRINO y cirugía cutánea de baja complejidad, adjuntando todos los antecedentes necesarios que avalan esta solicitud, siempre que vaya en directa relación con los objetivos del programa, asegurando siempre el cumplimiento de las metas programadas y la continuidad de la atención.

8. PRODUCTOS ESPERADOS

1) *Componente 1: Resolución de especialidades ambulatorias.*

Productos:

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

2) *Componente 2: Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad.*

Productos:

- Incremento absoluto del número de procedimientos resolutivos a nivel local.
- Disminución progresiva de las listas y tiempos de espera para procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad (intervenciones quirúrgicas menores).

3) *Componente 3: Atención de mujeres en etapa de climaterio.*

Productos:

- Atención integral, cercana y resolutive por médico especialista en ginecología para diagnóstico y tratamiento de sintomatología climaterica en mujeres derivadas.
- Disminución progresiva de listas y tiempos de espera para atenciones de ginecología y realización de procedimientos diagnósticos.

9. MONITOREO Y EVALUACIÓN

Se realizarán dos evaluaciones durante la ejecución del Programa de Salud, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación, sin perjuicio de que desde la división de atención primaria se pueda solicitar información sobre los estados de los convenios y ejecución de los componentes cuando sea necesario. Las evaluaciones son:



- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al **31 de agosto** del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de septiembre del año en curso, si es que su cumplimiento es inferior al 60%.

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

- **La segunda evaluación y final**, se efectuará con corte al **31 de diciembre** del año en curso, fecha en que el programa de salud deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

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

Los recursos para equipamiento y/o implementación no serán sujeto de reliquidación, en el caso que se presente algún grado de ejecución de metas asociadas a estos recursos.

En relación con los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa de salud, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un plan de trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar a MINSAL la no reliquidación del programa de salud, quién determinará en última instancia si procede o no a aceptar solicitudes de no reliquidación.

No obstante, la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del programa al **31 de diciembre** y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales (o al corte de **agosto**), podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa de salud.

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 a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al **31 de agosto** del año correspondiente.

En el caso de comunas o establecimientos dependientes, que reciben recursos adicionales, como parte de la redistribución que se realice en octubre, tendrán plazo hasta el **31 de diciembre** del año en curso, para finalizar su ejecución.



Cada Servicio de Salud deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas correctamente en el REM, SIGTE y plataformas Web por parte de los establecimientos.

10. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Los indicadores y su ponderación son los siguientes:

Tabla N.º 2: Indicadores y ponderación en programa de salud Resolutividad.

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Peso final estrategia	Fuente
1. Resolución Especialidades Ambulatorias: Peso relativo componente 60%	1.1 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología	<p>§ <i>Numerador:</i> N° consultas oftalmología realizadas por el Programa de Salud</p> <p>§ <i>Denominador:</i> N° de consultas de oftalmología comprometidos en el Programa de Salud.</p>	20%	<p>REM A29</p> <p>Programación acordada entre SS y MINSAL</p>
	1.2 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas de otorrinolaringología	<p>§ <i>Numerador:</i> N° consultas otorrinolaringología realizadas por el Programa de Salud</p> <p>§ <i>Denominador:</i> N° de consultas de otorrinolaringología comprometidos en el Programa de Salud.</p>	15%	<p>REM A29</p> <p>Programación acordada entre SS y MINSAL</p>
	1.3 Cumplimiento de la actividad proyectada en procedimientos gastroenterología.	<p>§ <i>Numerador:</i> N° procedimientos gastroenterología realizadas por el Programa de Salud</p> <p>§ <i>Denominador:</i> N° de consultas y procedimientos oftalmología, otorrinolaringología y gastroenterología comprometidos en el Programa de Salud.</p>	15%	<p>REM A29</p> <p>Programación acordada entre SS y MINSAL</p>
	1.4 Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología	<p>§ <i>Numerador:</i> N° informes de consultas realizadas e informadas de tele oftalmología</p> <p>§ <i>Denominador:</i> N° de informes y consultas de tele oftalmología programadas.</p>	10%	<p>REM A29</p> <p>Programación acordada entre SS y MINSAL</p>
	1.5 Cumplimiento de la actividad de tele dermatología.	<p>§ <i>Numerador:</i> N° informes de consultas realizadas e informadas de tele dermatología.</p>	10%	<p>REM A29</p>



		§ <i>Denominador:</i> N° de informes y consultas de tele dermatología programadas.		Programación acordada entre SS y MINSAL
2. Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad.	2. 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.	20%	REM A29 Programación acordada entre SS y MINSAL
3. Climaterio	3. Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas y procedimientos ginecología.	§ <i>Numerador:</i> N° casos de climaterio resueltos por consulta ginecológica realizadas por el Programa de Salud § <i>Denominador:</i> N° de casos de climaterio a resolver por consulta ginecológica programados en el Programa de Salud	10%	REM A29 Programación acordada entre SS y MINSAL

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

11. FINANCIAMIENTO

Establecimientos de dependencia municipal:

El programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 01 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este programa entre los meses de enero a diciembre de cada año, de acuerdo con el marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente los objetivos, metas y prestaciones a los establecimientos de atención primaria involucrados, así como las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación.

El programa de salud considera todos los insumos necesarios para realizar las actividades, no obstante, el establecimiento podrá solicitar por escrito al Servicio de Salud, la autorización para la adquisición de otros medicamentos e insumos relacionados con los componentes y estrategias del programa de salud, que vaya en directa relación con la atención de los usuarios asegurando siempre el cumplimiento de las metas programadas y en concordancia con la cartera de prestaciones otorgada por la APS.

Será de responsabilidad de cada Servicio de Salud determinar si los gastos asociados al programa se ajustan a los lineamientos de este y de acuerdo con las necesidades locales.

Los Servicios de Salud, podrán a su vez determinar otros criterios de distribución de los recursos destinados a los establecimientos o comunas de su territorio, que desarrollan las prestaciones del programa, atendiendo a criterios de equidad y de acortamiento de brechas en el otorgamiento de las prestaciones, así como de eficiencia en el uso de los recursos,



sin sobrepasar los recursos totales asignados al Servicio de Salud y sin perjuicio de los objetivos del programa.

Se deja constancia que la glosa 02 de la Ley de Presupuesto del Sector Público antes citada, contempla que para efectos de la ejecución de los convenios señalados en el artículo 56 de la ley N° 19.378, la entidad administradora de salud municipal podrá contratar personal conforme la normativa establecida en esa misma ley o bien a honorarios acorde con lo dispuesto en el artículo 4° del citado Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este programa de salud.

Sin perjuicio de lo anterior, con el propósito de lograr mejores precios, equidad de acceso y calidad de las prestaciones en el territorio, los municipios podrán utilizar mecanismos como compra coordinada o mandar al Servicio de Salud para realizar compra de servicios, insumos, fármacos y procedimientos que sean necesarios para otorgar las prestaciones de los componentes del programa.

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en dos cuotas: 70% a la total tramitación del acto aprobatorio del convenio y el 30% restante en octubre del año respectivo, de acuerdo con los resultados de la evaluación señalada en el ítem 9 de este programa.

El descuento se realizará de acuerdo en lo indicado en la tabla N° 3.

Tabla N.º 3: Descuento según cumplimiento del Programa de Salud Resolutividad.

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

Los recursos para equipamiento y/o implementación no serán sujeto de reliquidación, en el caso que se presente algún grado de ejecución de metas asociadas a estos recursos.

Estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N.º 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio de Salud respectivo.

Se podrá incorporar en estos convenios, una cláusula que permita su prórroga automática, siempre que el programa de salud a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su



término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 01 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del año mismo, y deberá contener el siguiente texto:

"Las partes acuerdan que el presente contrato se prorrogará automáticamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuestos del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, 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 año mismo."

5.- Los fondos transferidos a la I. Municipalidad, solo podrán ser destinados a los objetivos del programa, financiando exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente las metas a lograr, e indicadores, estrategias y beneficiarios legales. El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en esta Resolución se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por este Servicio de Salud O'Higgins para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

6.- El Servicio de Salud O'Higgins efectuará el monitoreo y evaluación del grado de cumplimiento del programa, conforme a las metas definidas por el Ministerio de Salud.

7.- Es deber del Municipio cautelar y resguardar prolijamente que todas las actividades y prestaciones que se realizan en el marco del programa, se registren correctamente y en forma mensual de acuerdo a lo indicado en los medios de verificación del programa, en los sistemas informáticos actuales o futuros habilitados por el Servicio de Salud y en los registros estadísticos mensuales (REM) establecidos por el Ministerio de Salud.

8.- Las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N°30, de la Contraloría General de la República. Las rendiciones de cuentas se deberán realizar mensualmente en la plataforma SISREC del mencionado Órgano de control, dentro de los quince (15) primeros días hábiles administrativos 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. Considerando que las actividades a desarrollar por la Municipalidad y estipuladas en esta resolución, son de continuidad a las ejecutadas en el año anterior, se aceptaran rendiciones de cuentas de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio, de acuerdo a lo estipulado



en el artículo N°13 de la aludida Resolución N° 30. Los servicios no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a cualquier título a terceros, cuando la rendición se haya hecho exigible y la persona o entidad receptora no haya rendido cuenta de la inversión de cualquier fondo ya concedido, salvo en casos debidamente calificados y expresamente fundados por la unidad otorgante. En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido cuenta de la transferencia anterior.

9.- Finalizado el período de vigencia de la presente Resolución, esto es el 31 de diciembre de 2023, el Municipio deberá restituir los recursos no rendidos, observados y/o no ejecutados.

RESOLUCION:

1.- **APRUEBASE**, las modificaciones establecidas en el numeral 4, del “Programa de Resolutividad en Atención Primaria”.

2.- **ASIGNASE**, a la I. Municipalidad de Litueche, desde la fecha de la total tramitación de la presente Resolución, la suma anual y única de \$ 1.522.970.- (un millón quinientos veintidos mil novecientos setenta pesos) para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas para el año 2023. Según la siguiente distribución:

Componente	Estrategia	Monto	Meta
1. RESOLUCIÓN DE ESPECIALIDADES AMBULATORIAS	a) MÉDICO GESTOR DE LA DEMANDA	\$0	No aplica
	Gestor de la demanda 11 hrs. Mensual urbano	\$0	
	Gestor de la Demanda 5 hrs. mensual rural	\$0	
	b)OFTALMOLOGÍA (UAPO)	\$0	- Consultas Nueva Glaucoma - Control Glaucoma oftalmólogo - Otras consultas oftalmólogos - Consultas vicio tecnólogo médico - Atenciones y procedimientos Tecnólogo médico - Fondos de ojo Tecnólogo Médico
	Operación 12 meses de continuidad	\$0	
	22 horas adicionales Tecnólogo Médico	\$0	
	Lentes		- N° Lentes



	Fármacos Glaucoma anual		N° Fármacos — Glaucoma anual
	Lubricantes oculares anual		N° Lubricantes — oculares anual
	c) OTORRINOLARINGOLOGÍA	\$1.522.970	
	Operación 12 meses Uaporrino	\$0	Nueva consulta Hipoacusia otorrino — Otras Consultas otorrino Atenciones y procedimientos Tecnólogo médico.
	Audífonos	\$0	— N° audífonos
	Canasta de Fármacos	\$0	N° canasta — fármacos
	Canasta Integral	\$1.522.970	10 N° Canastas integrales
	d) GASTROENTEROLOGÍA	\$0	Canastas integrales
	e) TELEDERMATOLOGÍA	\$0	120 Consultas tele dermatología
2. PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD	CIRUGÍAS BAJA COMPLEJIDAD	\$0	Cirugías Proyectadas
3. ATENCIÓN DE MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO	CANASTA CLIMATERIO	\$0	— Canastas Climaterio
	Total recursos financieros a traspasar	\$1.522.970	

3.- TRANSFIERANSE, los recursos presupuestarios en dos (02) cuotas, la primera equivalente a un 70% del total de los recursos, una vez afinada la presente resolución y se encuentren recepcionados los recursos desde el Ministerio de Salud; y una segunda cuota equivalente al 30% restante del total de los recursos en el mes de octubre del presente año 2023, contra los resultados de la primera evaluación, de acuerdo a los indicadores definidos en el Programa.



4.- TENGASE PRESENTE, que en todo lo no modificado en esta Resolución, se mantiene vigente lo estipulado en el convenio original, singularizado en el considerando 2.

5.- IMPUTESE, el gasto que irroque la presente Resolución al ítem 24-03-298 del presupuesto del Servicio de Salud.

NOTIFIQUESE, ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



JAIME GUTIERREZ BOCAZ
DIRECTOR SERVICIO DE SALUD DEL LIBERTADOR
GENERAL BERNARDO O' HIGGINS

DISTRIBUCION:

- Ministerio de Salud- DIVAP
- I. Municipalidad de Litueche.
- Dirección Atención Primaria SSO
- Sub-Director de Recursos Físicos y Administrativos
- Sub-Dirección de Gestión Asistencial.
- Sub-Dirección Gestión y desarrollo de las personas
- Jefe Dpto. Jurídico
- Jefe Dpto. Auditoría

