

MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
Secretaría Municipal

6/55
APRUEBA CONVENIO SUSCRITO ENTRE
LA I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALI
Y EL SERVICIO DE SALUD METROPOLI-
TANO NORTE.-

CONCHALI, 17 FEB. 2014

DECRETO EXENTO N° 266/

LA ALCALDIA DECRETO HOY:

VISTOS: Prov. N°1046; Convenio de fecha 26.12.2013, suscrito con el Servicio de Salud Metropolitano Norte; Resolución Exenta N°2910, del 31.12.2013, de dicho Servicio; Certificado Presupuestario N° 72 de 07.02.2014 del Jefe Rentas y Finanzas; y TENIENDO PRESENTE las facultades y atribuciones que me confiere la Ley N°18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades,

DECRETO:

APRUEBASE el Convenio, de fecha 26 de diciembre de 2013, suscrito entre la I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALI, representada por su Alcalde Sr. CARLOS SOTTOLICHIO URQUIZA, por una parte y por la otra el SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE, representado por su Director Dr. CLAUDIO CARO THAYER, 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 Ministerio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria del presente instrumento, la suma anual y única de \$ 129.246.725.-

El presente convenio forma parte de este decreto.

IMPUTACION: 05.03.006.002.043 "Resolutividad en APS
24.01.003.003.043 "Resolutividad en APS

ANOTESE, COMUNIQUESE Y TRANSCRIBASE el presente Decreto a los Departamentos Municipales, hecho ARCHIVASE.



DANIEL BASTIAS FARIAS
Secretario Municipal (S)



IGNACIO CANALES MOLINA
Alcalde de Conchali (S)



DM/DBF/jqa.

TRANSCRITO A:

Control - Jurídico

SECPLA - Finanzas - CORESAM

Servicio de Salud Metropolitano Norte

O.P.I.R. - Sec. Municipal - Art. 7° letra g) Ley N° 20.285/

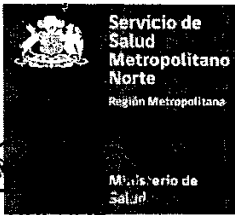
16:54 hrs

05.02.14

59.318057

Procl. 1046

002910 31.12.2013



Dirección
Asesoría Jurídica
N° 3287.- 31/12/13
REF.:1510/2013.-
CHM.-

RES. EX. N° _____

CP 72

SANTIAGO,



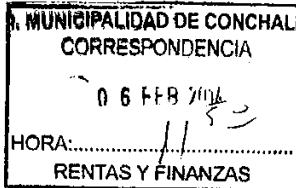
VISTOS: 043

Memorandum N° 811 del 19 Diciembre del 2013 de la Jefa Subdepartamento de Atención Primaria solicitando elaboración de los convenios celebrados con las Municipalidades que señala, correspondientes al **Programa Resolutividad**; Memorandum N° 2921 del 27 de Diciembre de 2013 de Asesoría Jefa (S) Subdepto de Atención Primaria enviando convenios para la firma de los alcaldes de las Municipalidades que indica; Resolución Exenta N°370 del 04 de Febrero 2013 MINSAL que aprueba **Programa de Resolutividad** para las comunas que indica; y en uso de las facultades que me confieren los artículos 23 del DFL N1 de 2005 que fija el texto refundido coordinado y sistematizado del DL N° 2763 de 1979 y de las leyes N° 18.933 y N° 18.469, 8° del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud y Resolución N° 1600 de 2008, de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente:

R E S O L U C I O N :

1.-Apruebase el siguiente convenio suscrito con la I. Municipalidad de Conchalí correspondiente al Programa Resolutividad:

En Santiago a **26 de Diciembre de 2013**, entre el **Servicio de Salud Metropolitano Norte**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Maruri N° 272, Comuna de Independencia, representado por su Director **DR. CLAUDIO CARO THAYER**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Conchalí** persona jurídica de derecho público, domiciliada en Avenida Independencia N° 3499, representada por su **Alcalde D. CARLOS SOTTOLICHIO URQUIZA** de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, 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: "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° 82 del 24 de Diciembre de 2012, 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 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° 370 del 04 de Febrero de 2013, del Ministerio de Salud. Anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.



TERCERA: El Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:

1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

Medico Gestor
 Oftalmología
 Unidades de Atención Primaria
 Oftalmológicas (UAPO) Otorrinología
 Dermatología
 Gastroenterología

2) Componente2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria del presente instrumento, la suma anual y única de \$ **129.246.725 (ciento veintinueve millones doscientos cuarenta y seis mil setecientos veinticinco pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior, conforme a los montos que ha asignado el Ministerio de Salud para ello.

La Municipalidad 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 y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

QUINTA: La Municipalidad se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O METAS	MONTO (\$)
1	COMPONENTE 1.1	OFTALMOLOGIA	0	0
		CONSULTAS UAPO OFTALMOLOGO	1380	26.611.292.-
		PROCEDIMIENTOS UAPO TECNOLOGO MEDICO	1036	
		CONSULTAS UAPO TECNOLOGO MEDICO VICIO REFRACCION	2000	
	COMPONENTE 1.2	Nº LENTES UAPO	2270	26.454.580.-
		FARMACOS UAPO	2040	11.481.120.-
		LUBRICANTES OCULARES	3201	14.412.898.-
		PROYECTOR OPTOTIPOS	1	500.000.-
		TOTAL		79.459.890.-
	COMPONENTE 1.3	OTORRINOLOGIA	100	10.996.300.-
	COMPONENTE 1.4	GASTROENTEROLOGIA	250	17.999.750.-
	COMPONENTE 1.5	DERMATOLOGIA	0	0
	COMPONENTE 1.6	MEDICO GESTOR	1	3.923.585.-
TOTAL COMPONENTE N° 1 (\$)				112.379.525.-

2	COMPONENTE Nº 2.1	P. CUTANEOS	800	16.867.200.-
TOTAL COMPONENTE Nº 2 (\$)				16.867.200.-
TOTAL PROGRAMA (\$)				129.246.- 725.-

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

En 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.
- Procurar que las prestaciones realizadas por el programa efectivamente signifiquen un aumento real en la oferta de horas de especialidad y no se superpongan con actividades habituales de los prestadores, cuando dichas actividades son realizadas por los mismos profesionales del establecimiento u otro del Servicio de Salud.
- 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.

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

- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa.
- Mejorar los registros de demanda de consultas médicas de especialidades.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Mejorar los registros de Listas de Espera para cada Especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud.
- 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.

Evaluación:

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 31 de Mayo de 2014.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de Julio de 2014. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la *segunda cuota en el mes de Octubre*, de acuerdo a:
 - I. Si es que su cumplimiento es inferior al 40%, para los componentes de Especialidades Ambulatorias (Oftalmología, UAPO, Otorrino, Tele-Dermatología) y Procedimientos Quirúrgicos Cutáneos de Baja Complejidad, se aplicará la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota(del 40%)
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%
0%	Rescindir convenio

- II. Si es que su cumplimiento es inferior al 100%, para el componente de Especialidades Ambulatorias (Medico Gestor de la demanda), se aplicará la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (40%)
100,00%	0%
Entre 90,00% y 99,99%	50%
Entre 80,00% y 89,99%	75%
Menos del 80%	100%

En relación a esto último, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con *corte al 31 de Julio* del año correspondiente, podrán optar a *reasignación de recursos*. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

La tercera evaluación y final, se efectuará al 31 de Diciembre de 2014, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

La evaluación se realizará en forma independiente para cada actividad de acuerdo al indicador señalado del Programa, excepto la actividad de UAPO que se evaluará con 2 indicadores, cada uno tendrá un peso relativo del 50%.

El grado de incumplimiento anual, será considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

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 Julio 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 en el REM por parte de los establecimientos respectivos.

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACION:

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

1. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Oftalmología
 - 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 / Programa)
2. Indicador: Cumplimiento de la actividad medica proyectada en UAPO
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas medicas realizadas en UAPO} / N^{\circ} \text{ de$

consultas medicas comprometidas en UAPO)*100

- Medio de verificación: (REM / Programa)

3. Indicador: Cumplimiento de la actividad tecnólogo medico proyectada en UAPO

- Fórmula de cálculo: (N° de consultas de tecnólogo medico realizadas en UAPO / N° de consultas de tecnólogo medico comprometidas en UAPO)*100

- Medio de verificación: (REM / Programa)

4. indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Otorrinolaringología

- Fórmula de cálculo:(N° de Consultas realizadas por el Programa / N° de Consultas comprometidas en el Programa)*100

- Medio de verificación: (REM / Programa)

5. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Gastroenterología.

- Fórmula de cálculo:(N° de Consultas realizadas por el Programa / N° de Consultas comprometidas en el Programa)*100

- Medio de verificación: (REM / Programa)

6. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de Tele-dermatología

- Fórmula de cálculo:(N° de Consultas realizadas por el Programa / N° de Consultas comprometidas en el Programa)*100

- Medio de verificación: (REM / Programa)

7. Indicador: Cumplimiento de SIC revisadas y gestionadas.

- Fórmula de cálculo:(N° de SIC revisadas y gestionadas por medico gestor de demanda de la comunal/N° de SIC generadas en la comuna)*100

- Medio de verificación: (Registro Local)

• **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)

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos en 2 cuotas:

a) La primera cuota, correspondiente al 60% del total de los recursos se transferirá una vez que se encuentre totalmente tramitada la resolución aprobatoria del presente instrumento.

b) La segunda cuota, podrá corresponder a un máximo de un 40% restante del total de recursos y estará sujeta a evaluación, se transferirá en el Octubre.

Si es que su cumplimiento es inferior al 40%, para los componentes de Especialidades Ambulatorias (Oftalmología, UAPO, Otorrino, Tele-Dermatología) y Procedimientos Quirúrgicos Cutáneos de Baja Complejidad, se aplicará la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2 ° cuota del (40%)
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%
0%	Rescindir convenio

Si es que su cumplimiento es inferior al 100%, para el componente de Especialidades Ambulatorias (Medico Gestor de la demanda), se aplicará la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota del (40%)
100,00%	0%
Entre 90,00% y 99,99%	50%
Entre 80,00% y 89,99%	75%
Menos del 80%	100%

OCTAVA: El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, 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 convenio.

NOVENA: El Servicio velará aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría.

Sin perjuicio de lo anterior estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, que dispone: a) en su numeral 5.2 "el Organismo Público receptor estará obligado a enviar a la Unidad otorgante un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual de su inversión, que deberá señalar a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible para el mes siguiente" y b) en su numeral 5.4 "Los Servicios de Salud no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a la administración de terceros, mientras la persona o institución que debe recibirlos no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta de la inversión de los fondos ya concedidos".

DECIMA: El Servicio 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 PRIMERA: El presente convenio tendrá vigencia a partir del 01 de Enero de 2014, previa la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba y hasta el 31 de diciembre de 2014.

DECIMA SEGUNDA: El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en el de la Municipalidad y los dos restantes en la del Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.

2.- El gasto que irrogue la presente Resolución se imputará a los siguientes Subtítulos 24-03-298-02 del Presupuesto del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

ANOTESE Y COMUNIQUESE



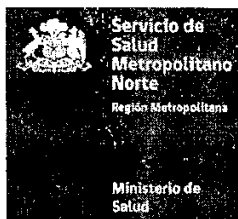
DIRECTOR
DR. CLAUDIO CARO THAYER
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE

DISTRIBUCION:

- Dirección
- Municipalidad (1 convenio)
- Subsecretaría de Redes Asistenciales, División Atención Primaria, MINSAL(2 convenios)
- Subdirecc. de Gestión Asistencial
- Subdepto. Atención Primaria.
- Asesoría Jurídica
- Partes.

MINISTRO DE FE

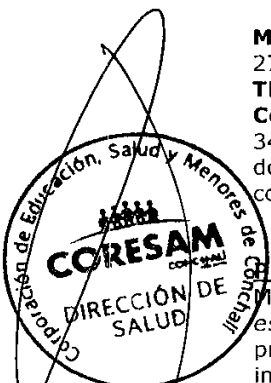
CLAU...



**Dirección
Asesoría Jurídica
N° 2876.-
REF.: 1510/2013-
ALG/EMN/SIZ/ADM.-**

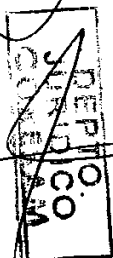
**CONVENIO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS**

En Santiago a **26 de Diciembre de 2013**, entre el **Servicio de Salud Metropolitano Norte**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Maruri N° 272, Comuna de Independencia, representado por su Director **DR. CLAUDIO CARO THAYER**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Conchalí** persona jurídica de derecho público, domiciliada en Avenida Independencia N° 3499, representada por su **Alcalde D. CARLOS SOTTOLICHIO URQUIZA** de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:



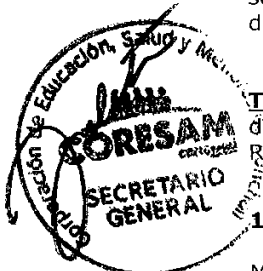
PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado *por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que* el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en 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° 82 del 24 de Diciembre de 2012, 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 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° 370 del 04 de Febrero de 2013, del Ministerio de Salud. Anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la Municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.



TERCERA: El Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes componentes del Programa de Resolutividad en APS:

1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

- Medico Gestor
- Oftalmología
- Unidades de Atención Primaria Oftalmológicas (UAPO)
- Otorrinología
- Dermatología
- Gastroenterología



[Handwritten signature]
1

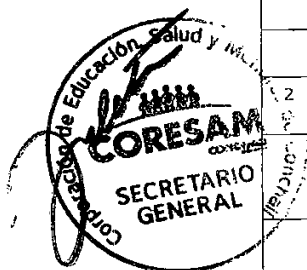
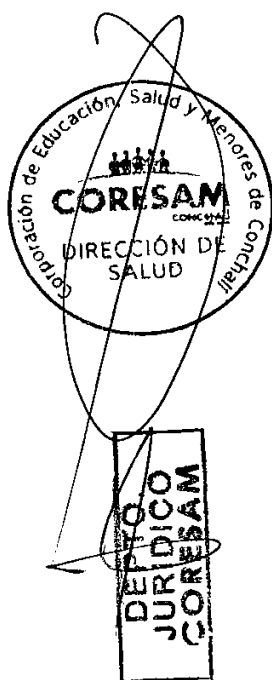
2) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Servicio de Salud, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria del presente instrumento, la suma anual y única de **\$ 129.246.725 (ciento veintinueve millones doscientos cuarenta y seis mil setecientos veinticinco pesos)**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior, conforme a los montos que ha asignado el Ministerio de Salud para ello.

La Municipalidad 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 y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

QUINTA: La Municipalidad se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

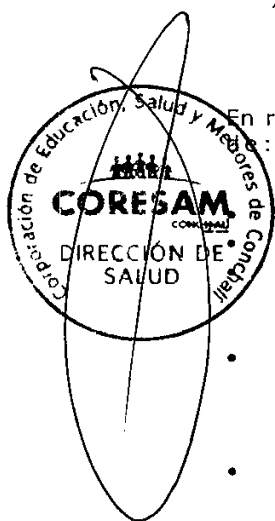
Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O METAS	MONTO (\$)
1	COMPONENTE 1.1	OFTALMOLOGIA	0	0
		CONSULTAS UAPO OFTALMOLOGO	1380	26.611.292.-
		PROCEDIMIENTOS UAPO TECNOLOGO MEDICO	1036	
		CONSULTAS UAPO TECNOLOGO MEDICO VICIO REFRACCION	2000	
	COMPONENTE 1.2	Nº LENTES UAPO	2270	26.454.580.-
		FARMACOS UAPO	2040	11.481.120.-
		LUBRICANTES OCULARES	3201	14.412.898.-
		PROYECTOR OPTOTIPOS	1	500.000.-
		TOTAL		79.459.890.-
	COMPONENTE 1.3	OTORRINOLOGIA	100	10.996.300.-
COMPONENTE 1.4	GASTROENTEROLOGIA	250	17.999.750.-	
COMPONENTE 1.5	DERMATOLOGIA	0	0	
COMPONENTE 1.6	MEDICO GESTOR	1	3.923.585.-	
TOTAL COMPONENTE Nº 1 (\$)				112.379.525.-
2	COMPONENTE Nº 2.1	P. CUTANEOS	800	16.867.200.-
TOTAL COMPONENTE Nº 2 (\$)				16.867.200.-
TOTAL PROGRAMA (\$)				129.246.-725.-



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

En 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.
- Procurar que las prestaciones realizadas por el programa efectivamente signifiquen un aumento real en la oferta de horas de especialidad y no se superpongan con actividades habituales de los prestadores, cuando dichas actividades son realizadas por los mismos profesionales del establecimiento u otro del Servicio de Salud.
- 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.



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

- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa.
- Mejorar los registros de demanda de consultas médicas de especialidades.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Mejorar los registros de Listas de Espera para cada Especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud.
- 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.

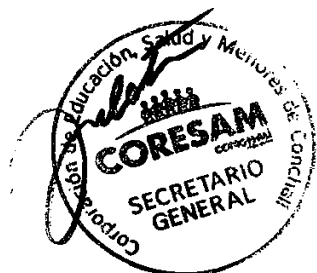
Evaluación:

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 31 de Mayo de 2014.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de Julio de 2014. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, de acuerdo a:

I. Si es que su cumplimiento es inferior al 40%, para los componentes de Especialidades Ambulatorias (Oftalmología, UAPO, Otorrino, Tele-Dermatología) y Procedimientos Quirúrgicos Cutáneos de Baja Complejidad, se aplicará la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota(del 40%)
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%
0%	Rescindir convenio



- II. Si es que su cumplimiento es inferior al 100%, para el componente de Especialidades Ambulatorias (Medico Gestor de la demanda), se aplicará la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (40%)
100,00%	0%
Entre 90,00% y 99,99%	50%
Entre 80,00% y 89,99%	75%
Menos del 80%	100%

En relación a esto último, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de Julio del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

La tercera evaluación y final, se efectuará al 31 de Diciembre de 2014, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

La evaluación se realizará en forma independiente para cada actividad de acuerdo al indicador señalado del Programa, excepto la actividad de UAPO que se evaluará con 2 indicadores, cada uno tendrá un peso relativo del 50%.

El grado de incumplimiento anual, será considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

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 Julio del año correspondiente.

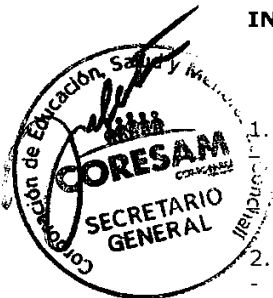
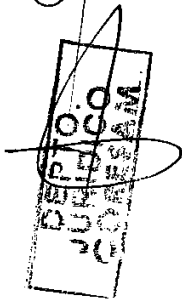
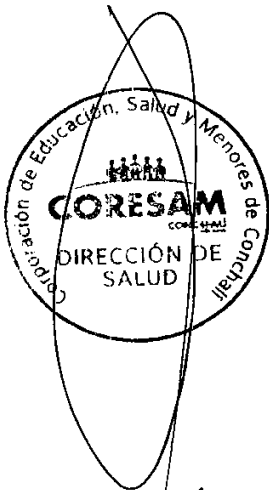
En el caso de comunas o establecimientos dependientes, que reciben recursos adicionales, como parte de la redistribución que se realice en Octubre, tendrán plazo hasta el 31 de Diciembre del año en curso, para finalizar su ejecución.

Cada Servicio de Salud deberá asegurar que en forma mensual las prestaciones hayan sido registradas en el REM por parte de los establecimientos respectivos.

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACION:

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

1. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Oftalmología
Fórmula de cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ de Consultas realizadas por el Programa} / \text{N}^\circ \text{ de Consultas comprometidas en el Programa}) * 100$
Medio de verificación: $(\text{REM} / \text{Programa})$
2. Indicador: Cumplimiento de la actividad medica proyectada en UAPO
Fórmula de cálculo: $(\text{N}^\circ \text{ de consultas medicas realizadas en UAPO} / \text{N}^\circ \text{ de consultas medicas comprometidas en UAPO}) * 100$
Medio de verificación: $(\text{REM} / \text{Programa})$



3. Indicador: Cumplimiento de la actividad tecnólogo medico proyectada en UAPO
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas de tecnólogo medico realizadas en UAPO} / N^{\circ} \text{ de consultas de tecnólogo medico comprometidas en UAPO}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
4. indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Otorrinolaringología
 - 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 / Programa)
5. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en 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 / Programa)
6. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de Tele-dermatología
 - 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 / Programa)
7. Indicador: Cumplimiento de SIC revisadas y gestionadas.
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de SIC revisadas y gestionadas por medico gestor de demanda de la comunal} / N^{\circ} \text{ de SIC generadas en la comuna}) * 100$
 - Medio de verificación: (Registro Local)

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)

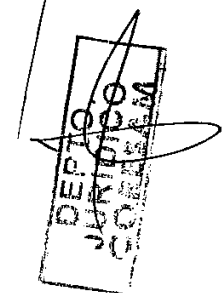
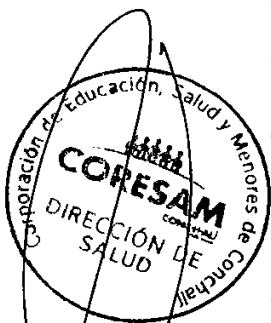
SEPTIMA: Los recursos serán transferidos en 2 cuotas:

- a) La primera cuota, correspondiente al 60% del total de los recursos se transferirá una vez que se encuentre totalmente tramitada la resolución aprobatoria del presente instrumento.
- b) La segunda cuota, podrá corresponder a un máximo de un 40% restante del total de recursos y estará sujeta a evaluación, se transferirá en el Octubre.

Si es que su cumplimiento es inferior al 40%, para los componentes de Especialidades Ambulatorias (Oftalmología, UAPO, Otorrino, Tele-Dermatología) y Procedimientos Quirúrgicos Cutáneos de Baja Complejidad, se aplicará la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2 ° cuota del (40%)
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%
0%	Rescindir convenio

Si es que su cumplimiento es inferior al 100%, para el componente de Especialidades Ambulatorias (Medico Gestor de la demanda), se aplicará la siguiente tabla:



M

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota del (40%)
100,00%	0%
Entre 90,00% y 99,99%	50%
Entre 80,00% y 89,99%	75%
Menos del 80%	100%

OCTAVA: El Servicio, requerirá a la Municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, 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 convenio.

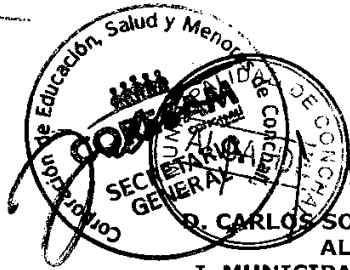
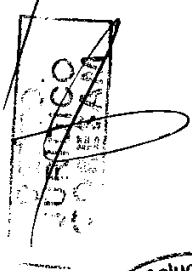
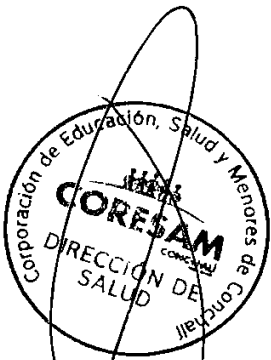
NOVENA: El Servicio velará aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría.

Sin perjuicio de lo anterior estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, que dispone: a) en su numeral 5.2 "el Organismo Público receptor estará obligado a enviar a la Unidad otorgante un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual de su inversión, que deberá señalar a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible para el mes siguiente" y b) en su numeral 5.4 "Los Servicios de Salud no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a la administración de terceros, mientras la persona o institución que debe recibirlos no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta de la inversión de los fondos ya concedidos".

DECIMA: El Servicio 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 PRIMERA: El presente convenio tendrá vigencia a partir del 01 de Enero de 2014, previa la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba y hasta el 31 de diciembre de 2014.

DECIMA SEGUNDA: El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en el de la Municipalidad y los dos restantes en la del Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.



DR. CARLOS SOTTOLICHIO URQUIZA
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE CONCHALI



DR. CLAUDIO CARO THAYER
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE





SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
 DIVISIÓN JURÍDICA
 AZUQUILÁN, VALDIVIA, CONCEPCIÓN, SANTIAGO



APRUEBA PROGRAMA DE
 RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN
 PRIMARIA.

EXENTA N° 370

SANTIAGO, - 4 FEB. 2013

VISTOS:

Lo solicitado en memorándum C51 N° 04 de enero de 2013, de la jefa de la División de Atención Primaria; lo dispuesto en los artículos 4° y 7° del D.F.L. N° 1 de 2005, de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763 de 1979, entre otros; en los artículos 6° y 25 del Decreto Supremo N° 136, de 2004, del Ministerio de Salud, en la ley N° 19.378 y lo establecido en la resolución N° 1600, de 2008, de la Contraloría General de la República;

CONSIDERANDO:

- La necesidad de fortalecer la capacidad resolutive de la atención primaria de salud para mejorar la calidad que brinda, dicto la siguiente:

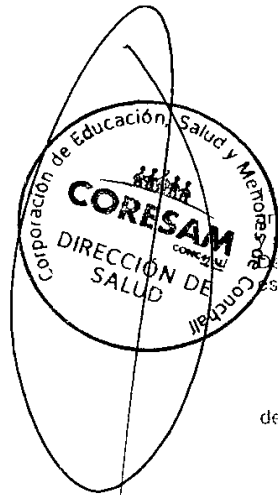
RESOLUCIÓN:

1° APRUÉBASE, a contar de la fecha de la presente resolución, el texto del Programa de Resolutiveidad en Atención Primaria.

2° El programa que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de 15 páginas y un anexo, cuyo original, visado por el Subsecretario de Redes Asistenciales, se mantendrá en poder de la jefa de la División de Atención Primaria.

Todas las copias del programa en referencia deberán guardar estricta concordancia con el texto original.

3° REMÍTASE un ejemplar del Programa de Resolutiveidad en Atención Primaria a los Servicios de Salud del país.



4° DERÓGASE la Resolución Exenta N°
20 de 13 de enero de 2012, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD

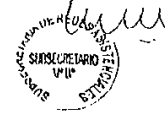
DISTRIBUCIÓN:

- Gabinete Ministro
- División de Atención Primaria
- Servicios de Salud del país
- División Jurídica
- Oficina de Partes



SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA

AJTL



PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD
EN ATENCIÓN PRIMARIA

INDICE



I.	ANTECEDENTES:	3
II.	FUNDAMENTACIÓN:	4
III.	PROPÓSITO:	4
IV.	DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:	5
u	Objetivo General:	5
"	Objetivos Específicos:	5
V.	COMPONENTES.....	5
V.1	Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias	5
V.2	Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad.7	
VII.	MONITOREO Y EVALUACIÓN:.....	8
VIII.	INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN	12
u	Cumplimiento del Objetivo Específico N° 1:	12
u	Cumplimiento del Objetivo Específico N° 2:	12
IX.	FINANCIAMIENTO	13
"	Establecimientos de dependencia del Servicio de Salud:	13
u	Establecimientos de dependencia municipal:	14
XI.	ANEXO 2: PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA	16

I. ANTECEDENTES:

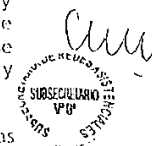
El Modelo de Atención concebido para la Red de Salud en su conjunto, plantea variados desafíos a los equipos de salud y a la gestión, generando exigencias de adaptación y desarrollo de nuevas capacidades, manejo de tecnología y traspaso de conocimiento y responsabilidad entre los distintos componentes 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. Lo anterior se verificará con el mejoramiento de la calidad, oportunidad y resolutivez en el afrontamiento de los problemas.

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 el mejor grado de calidad y con los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles. Esto implica, para la Atención Primaria de Salud, la capacidad de resolver sin necesidad de derivar a los pacientes a otros componentes de la Red y, por lo tanto, en un lugar más cercano a la población, creando vínculos permanentes con su población a cargo, que verá satisfecha, con un alto porcentaje sus necesidades de salud. En el logro de esta capacidad resolutive la capacitación permanente del Recurso Humano debe estar presente en el desarrollo y cumplimiento de cada uno de los componentes del Programa. Todo lo anterior se traduce, entre otras cosas en un aumento de la oferta de atención, y ampliación de carteras de servicios con mayor producción local.

Para el logro de lo anterior, debe existir la voluntad política de dotar a la Atención Primaria de Salud de los elementos que fortalezcan su resolutivez, ya sea a través de capacitación o de implementación de algunas técnicas, permitiendo el manejo de problemas de salud que, de otra manera, tendrían que ser resueltos en otros dispositivos de la Red, con el consiguiente aumento de costos, tiempos de espera para los usuarios y mayor desplazamiento para los usuarios. En función de esto, se ha implementado desde el año 1999 el Programa de Fortalecimiento de la Resolutivez en Atención Primaria de Salud.

El desafío alcanza a toda la Red, para dar coherencia, consistencia y continuidad a la provisión de servicios con calidad en el marco del Modelo de Atención con enfoque Familiar y Comunitario en desarrollo. La Gestión en Redes implica dar una mirada de conjunto a las necesidades, de manera que éstas sean abordadas desde los distintos componentes de la Red, con un criterio común, optimizando el uso de los recursos, evitando esperas innecesarias y desplazamiento de los pacientes sin justificación. En el caso de que los pacientes requieran acceder a un componente distinto dentro de la Red, esto debiera estar asegurado por un proceso conocido y oportuno.

La oferta especializada debiera programarse en función de la demanda generada desde los establecimientos de Atención Primaria, favoreciendo el acceso, continuidad y resolución de aquellas prestaciones que son propias de su cartera de servicios. Idealmente estas prestaciones debieran ser realizadas por profesionales de la Red Pública para asegurar la continuidad de atención.



II. FUNDAMENTACIÓN:

La Reforma de la Salud establece como uno de sus objetivos el fortalecimiento de la Atención Primaria, a través de capacitación de sus equipos de salud y de mejorar la infraestructura e implementación.

En virtud de que la demanda supera a la oferta, se producen brechas que es factible de abordar a través de distintas estrategias que son complementarias y que permiten ampliar oferta y cobertura:

- Utilización de cupos ofertados por la Red de Prestadores Públicos
- Capacitación Gestionada o trabajo conjunto entre Médicos Especialistas y Médicos de Atención Primaria
- Programa de Especialistas en terreno
- Telemedicina
- Otros



El Programa de Resolutividad 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.

El desarrollo de este Programa ha impactado positivamente tanto en los equipos de salud local como en los usuarios, lo que ha generado una mayor confianza en nuestro sistema de salud, favoreciendo la relación de médicos de atención primaria con los médicos especialistas y disminuyendo en muchos casos tiempos de espera. Lo anterior ha generado un incremento de la demanda oculta lo que claramente justifica la mantención e idealmente futura expansión de los componentes de este Programa.

Es importante para el Trabajo en Red, considerar que los profesionales que participen del Programa pertenezcan en lo posible a la Red local y que se integren con los equipos de salud locales en un trabajo conjunto, sistemático y permanente, entendiendo que el usuario no pertenece a uno de los componentes de la Red, sino que por el contrario, es parte de la misma y debe desplazarse dentro de ella fluidamente y con procesos que aseguren la continuidad de atención, única forma de asegurar un trabajo eficiente, con optimización de recursos y con un estándar de calidad que logre impacto sanitario y satisfacción en el usuario.

III. PROPÓSITO:

La población que se atiende en establecimientos de Atención Primaria de Salud accede con mayor oportunidad a una atención cercana, integral, y de calidad a través de estrategias de fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:

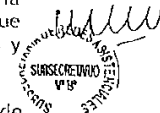
▪ Objetivo General:

Mejorar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria de Salud, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones de especialidad considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, con un Enfoque de Salud Familiar e integral.

▪ Objetivos Específicos:

1. Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la Atención Primaria de Salud y que hoy en día presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden ser resueltas en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.

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



V. COMPONENTES

V.1 Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias

Este componente considera la compra o entrega de prestaciones integrales en la Atención Primaria de Salud, a través del financiamiento destinado para tal efecto.

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.

Estrategias:

- 1) Fomentar el acceso oportuno a prestaciones ambulatorias para el manejo de patologías en el ámbito de las siguientes especialidades, a los beneficiarios del sistema público de salud:

- a) Médico Gestor de la Demanda: preferentemente debe ejecutar el cargo un médico de familia, su objetivo está orientado a mejorar la atención integral de los usuarios haciendo efectiva la integración de las Redes Asistenciales, en aspectos de referencia y contrarreferencia, de solicitud de interconsulta (SIC), exámenes diagnósticos y/o terapéuticos y toda otra necesidades de atención inter niveles (médicas y odontológicas) . Mediante el uso racional de los recursos de especialidades para resolver integralmente las atenciones.

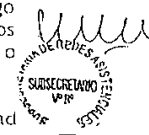
Especial esfuerzos deberá realizarse en potenciar las consultorías y reuniones clínicas que aporten mejoría de capacidad diagnóstica a los equipos de salud

Objetivos específicos

- Manejar y difundir en la red local protocolos y flujogramas de derivación de patologías según compromisos y requerimientos de su red.

- Tomar conocimiento, revisar y validar las SIC originadas en la microrred e ingresadas al módulo de listas de espera.
 - Colaborar en la reformulación de SIC mal emitidas y orientar su correcta emisión.
 - Recoger y gestionar contrareferencias (informes proceso diagnóstico IPD) para su seguimiento.
 - Recoger las SIC no pertinentes devueltas desde especialidades y reorientar la atención de los usuarios.
- b) **Oftalmología:** Esta orientado al diagnóstico y tratamiento de los siguientes problemas de salud ocular: Vicios de Refracción (personas hasta 64 años), ojo rojo, tumores benignos (Chalazion, Pterigion) y Atención Integral del paciente con Diabetes. Se podrá incluir a personas de otras edades si existe el requerimiento local que lo amerite.

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 de 1.2 pares de lentes de cualquier dioptría. En el caso de que en la evaluación integral del profesional se produzca el hallazgo de una patología con Garantía Explícita en Salud (GES), se deberán elaborar todos los documentos establecidos por la regulación vigente y generarse la sospecha o confirmación diagnóstica con las garantías asociadas.



En el año 2010 se incorpora al programa de Resolutividad la estrategia de Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO), que cuenta con Orientaciones Técnicas específicas y que incluye el cambio de funciones establecidas en la Ley Nº 20.470.

- c) **Otorrinolaringología:** está orientado al diagnóstico y tratamiento de la Hipoacusia (personas hasta 64 años), Síndrome Vertiginoso y Otitis Aguda (personas de 15 y más años). Se podrá incluir a personas de otras edades si existe el requerimiento local que lo amerite.

La canasta integral incluye: consulta médica, audiometría y entrega de audifono cuando corresponda y a lo menos 1 control de seguimiento a los pacientes beneficiarios de audifonos. En el caso de Síndrome Vertiginoso y Otitis se entregarán fármacos específicos orales y tópicos respectivamente.

- d) **Gastroenterología:** Erradicar la infección por *Helicobacter pylori* cuando se asocie a esofagitis, úlcera duodenal, úlcera gástrica, gastritis linfonodular, gastritis atrófica. (Personas de 15 y más años)

La canasta integral incluye: examen endoscópico con biopsia, test de ureasa y tratamiento a pacientes con diagnóstico positivo a *Helicobacter pylori*

- e) **Dermatología:** Las prestaciones de esta especialidad están orientadas a tratar farmacológicamente¹ a pacientes con patología dermatológica, evaluada a través de la estrategia de Tele dermatología, (no existe límite de edad establecido), logrando que el médico de Atención Primaria entregue fármacos efectivos, seguros y resolutivos, de acuerdo a las orientaciones entregadas por el Dermatólogo, generando un impacto real en el usuario. Esta prestación estará circunscrita a los Servicios de Salud en que se disponga, de acuerdo a las disponibilidades presupuestarias y requerimientos sanitarios para esta estrategia.

Nota: La canasta integral del componente Resolución de Especialidades Ambulatorias constituye una referencia y asegura el acceso a prestaciones

¹ Ver Anexo Nº 1

requeridas. No obliga a otorgar la totalidad de las prestaciones, pues la frecuencia es referencial. En el caso de la canasta de Dermatología esta podrá ser modificada de acuerdo a la realidad local, pero manteniendo la línea de los fármacos.

Las personas que accedan a las prestaciones del programa deberán ser aquellas que se encuentren en lista de espera para atención y serán en primera instancia aquellas que se encuentren en lista de espera prolongada (mas de 120 días) y luego aquellas que tengan un tiempo inferior. No obstante se debe considerar el criterio de prioridad clínica.

Los Servicios de Salud podrán incorporar otras prestaciones no mencionadas anteriormente, en el componente de especialidades ambulatorias, previa autorización por escrito de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud y siempre y cuando se asegure la continuidad de atención y resolución del paciente para todas aquellas prestaciones que se deriven de la primera, esto es, consulta médica, exámenes, entrega de fármacos, etc.

V.2 Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad.

La incorporación de procedimientos mínimamente invasivos a realizar en Atención Primaria, ha significado una reducción en la lista de espera de patologías, especialmente dermatológicas, que por su nivel de baja complejidad estaban siendo postergadas en su resolución.

La experiencia nacional e internacional demuestra la alta resolutividad y bajo costo de esta actividad, disminución de la demanda a niveles de mayor complejidad y aporte a la satisfacción de las necesidades de los usuarios.

Estos procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local y tras los que no se espera que existan complicaciones posquirúrgicas importantes.

En general pueden abordarse en Atención Primaria lesiones benignas menores de 3 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.

De resolución ambulatoria y electiva se consideran los siguientes tipos de intervenciones: Papilectomías, Nevus benignos, Verrugas, Angiomas, Granuloma Piógeno, Onicectomía y Fibromas. La realización de biopsias diagnósticas, deberán ser efectuadas por los médicos especialistas. Esta indicación no excluye el hecho de que todas las lesiones extirpadas a Nivel de Atención Primaria sean enviadas a análisis histopatológico.

Las intervenciones señaladas, idealmente deben ser realizadas por médicos de Atención Primaria u otros, con entrenamiento adecuado, aumentando de esta manera su resolutividad.

Estrategia:

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.

VI. PRODUCTOS ESPERADOS

• Objetivo Específico Número 1:

Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la Atención Primaria de Salud y que hoy en día presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden ser resueltas en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.

Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias

Productos:

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

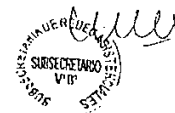
Objetivo Específico Número 2:

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

Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad.

Productos:

- Disminución progresiva de la lista de espera.
- Disminución progresiva del tiempo de espera.
- Incremento absoluto del número de procedimientos resolutivos a nivel local



VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN:

En 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.
- Procurar que las prestaciones realizadas por el programa efectivamente signifiquen un aumento real en la oferta de horas de especialidad y no se superpongan con actividades habituales de los prestadores, cuando dichas actividades son realizadas por los mismos profesionales del establecimiento u otro del Servicio de Salud.
- Propiciar la compra de las atenciones médicas aplicando economía de escata, logrando bajar precios por volúmenes de prestaciones y otorgando la posibilidad de reinvertir en otras prestaciones dentro del mismo programa.

8

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

- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa.
- Mejorar los registros de demanda de consultas médicas de especialidades.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Mejorar los registros de Listas de Espera para cada Especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud.
- 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.



Evaluación:

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 31 de Mayo.
- La segunda evaluación, se efectuará con corte al 31 de Julio 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 Octubre, de acuerdo a:

- I. Si es que su cumplimiento es inferior al 40%, para los componentes de Especialidades Ambulatorias (Oftalmología, UAPO, Otorrino, Tele-Dermatología) y Procedimientos Quirúrgicos Cutáneos de Baja Complejidad, se aplicará la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (40%)
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%
0%	Rescindir convenio

- II. Si es que su cumplimiento es inferior al 100%, para el componente de Especialidades Ambulatorias (Medico Gestor de la demanda), se aplicará la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (40%)
100,00%	0%
Entre 90,00% y 99,99%	50%
Entre 80,00% y 89,99%	75%
Menos del 80%	100%



En relación a esto último, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de Julio del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

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

La evaluación se realizará en forma independiente para cada actividad de acuerdo al indicador señalado del Programa, excepto la actividad de UAPO que se evaluará con 2 indicadores, cada uno tendrá un peso relativo del 50%.

El grado de incumplimiento anual, será considerado en la asignación de recursos del año siguiente.

10

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 Julio 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 en el REM por parte de los establecimientos respectivos.



VIII. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

▪ Cumplimiento del Objetivo Específico N° 1:

1. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Oftalmología
 - 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 / Programa)
2. Indicador: Cumplimiento de la actividad medica proyectada en UAPO
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas medicas realizadas en UAPO} / N^{\circ} \text{ de consultas medicas comprometidas en UAPO}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
3. Indicador: Cumplimiento de la actividad tecnólogo medico proyectada en UAPO
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas de tecnólogo medico realizadas en UAPO} / N^{\circ} \text{ de consultas de tecnólogo medico comprometidas en UAPO}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
4. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en Otorrinolaringología
 - 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 / Programa)
5. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en 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 / Programa)
6. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de Tele dermatología
 - 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 / Programa)
7. Indicador: Cumplimiento de SIC revisadas y gestionadas.
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de SIC revisadas y gestionadas por medico gestor de demandas de la comuna} / N^{\circ} \text{ de SIC generadas en la comuna}) * 100$
 - Medio de verificación: (Registro Local)

▪ 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)



IX. FINANCIAMIENTO

- Establecimientos de dependencia del Servicio de Salud:

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 02 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 al marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud y establecimientos dependientes).

Los respectivos Servicios de Salud, asignarán a los establecimientos dependientes mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa, de acuerdo a los montos que ha asignado el Ministerio de Salud para ello. Estos recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en 2 cuotas.

El gasto que irroque el Programa deberá ser imputado al ítem 21 y/o 22, según corresponda.

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 60% contra convenio y el 40% restante contra evaluación en octubre, conforme las siguientes tablas de rebaja:

- I. Si es que su cumplimiento es inferior al 40%, para los componentes de Especialidades Ambulatorias (Oftalmología, UAPO, Otorrino, Tele-Dermatología) y Procedimientos Quirúrgicos Cutáneos de Baja Complejidad, se aplicará la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (40%)
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%
0%	Rescindir convenio

- II. Si es que su cumplimiento es inferior al 100%, para el componente de Especialidades Ambulatorias (Medico Gestor de la demanda), se aplicará la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del (40%)
100,00%	0%
Entre 90,00% y 99,99%	50%
Entre 80,00% y 89,99%	75%
Menos del 80%	100%



• 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, asociada al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes" Ley N° 19.378, glosa 03 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 al marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos).

Los respectivos Servicios de Salud, asignarán a los municipios mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa, de acuerdo a los montos que ha asignado el Ministerio de Salud para ello. Estos recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en 2 cuotas

El gasto que irroge el Programa deberá ser imputado al ítem 24 03 298 01.

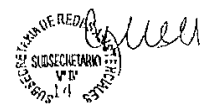
Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 60% contra convenio y el 40% restante contra evaluación en octubre, conforme las siguientes tablas de rebaja:

- I. Si es que su cumplimiento es inferior al 40%, para los componentes de Especialidades Ambulatorias (Oftalmología, UAPO, Otorrino, Tele-Dermatología) y Procedimientos Quirúrgicos Cutáneos de Baja Complejidad, se aplicará la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota del (40%)
40,00%	0%
Entre 30,00% y 39,99%	50%
Entre 20,00% y 29,99%	75%
Menos del 20%	100%
0%	Rescindir convenio

- II. Si es que su cumplimiento es inferior al 100%, para el componente de Especialidades Ambulatorias (Medico Gestor de la demanda), se aplicará la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por actividad	Porcentaje de Descuento de recursos 2° cuota del (40%)
100,00%	0%
Entre 90,00% y 99,99%	50%
Entre 80,00% y 89,99%	75%
Menos del 80%	100%



Asimismo, todo lo anterior deberá regirse por las normas establecidas en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, sobre la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos para la Atención Primaria de Salud.



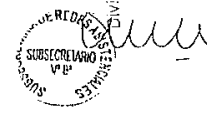
ANEXO 1: PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIO

COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p>Componente 1: Resolución de Especialidades Ambulatorias</p> <p>Este componente considera la compra o entrega de prestaciones integrales en la Atención Primaria de Salud, a través del financiamiento destinado para tal efecto.</p> <p>Las actividades que contempla esta estrategia, de acuerdo al concepto de prestación integral, se consolidan en una "consulta integrada" para cada una de las especialidades y están dirigidas a la resolución de patologías específicas que pueden ser abordadas de manera ambulatoria.</p> <p>Esíntesis:</p> <p>1) Fomentar el acceso oportuno a prestaciones ambulatorias para el manejo de patologías en el ámbito de las siguientes especialidades, a los beneficiarios del sistema Público de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Otorrinolaringología - Gastroenterología - Dermatología 	<p>• Cumplimiento del Objetivo Específico N° 1:</p> <p>Productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de listas de espera y tiempos de espera para atención de especialidad y realización de procedimientos diagnósticos • Atención cercana al territorio geográfico de los beneficiarios • Atención resolutive • 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 Otorrinolaringología</p> <p>Fórmula Indicador 1: $\frac{N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa}}{100}$</p> <p>Numerador: N° de Consultas comprometidas en el Programa</p> <p>Denominador: N° de Consultas realizadas por el Programa</p> <p>Indicador 2: Cumplimiento de la actividad médica proyectada en UAPO</p> <p>Fórmula Indicador 2: $\frac{N^{\circ} \text{ de consultas médicas realizadas en UAPO}}{100}$</p> <p>Numerador: N° de consultas médicas comprometidas en UAPO</p> <p>Denominador: N° de consultas médicas comprometidas en UAPO</p> <p>Indicador 3: Cumplimiento de la actividad de tecnología médica proyectada en UAPO</p> <p>Fórmula Indicador 3: $\frac{N^{\circ} \text{ de consultas tecnología médica realizadas en UAPO}}{100}$</p> <p>Numerador: N° de consultas tecnología médica comprometidas en UAPO</p> <p>Denominador: N° de consultas tecnología médica comprometidas en UAPO</p> <p>Indicador 4: Cumplimiento de la actividad proyectada en Otorrinolaringología</p> <p>Fórmula Indicador 4: $\frac{N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa}}{100}$</p> <p>Numerador: N° de Consultas comprometidas en el Programa</p> <p>Denominador: N° de Consultas comprometidas en el Programa</p> <p>Indicador 5: Cumplimiento de la actividad proyectada en Gastroenterología.</p> <p>Fórmula Indicador 5: $\frac{N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa}}{100}$</p> <p>Numerador: N° de Consultas comprometidas en el Programa</p> <p>Denominador: N° de Consultas comprometidas en el Programa</p> <p>Indicador 6: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de Teledermatología</p> <p>Fórmula Indicador 6: $\frac{N^{\circ} \text{ de Consultas realizadas por el Programa}}{100}$</p> <p>Numerador: N° de Consultas comprometidas en el Programa</p> <p>Denominador: N° de Consultas comprometidas en el Programa</p> <p>Indicador 7: Cumplimiento de SIC revisadas y gestionadas.</p> <p>Fórmula Indicador 7: $\frac{N^{\circ} \text{ de SIC revisadas y gestionadas por médico gestor de demanda de la comuna} / N^{\circ} \text{ de SIC generadas en la comuna}}{100}$</p> <p>Numerador: N° de SIC revisadas y gestionadas por médico gestor de demanda de la comuna</p> <p>Denominador: N° de SIC generadas en la comuna</p>	<p>Medio de verificación:</p> <p>Indicador N° 1: REM/Programa</p> <p>Indicador N° 2: REM/Programa</p> <p>Indicador N° 3: REM/Programa</p> <p>Indicador N° 4: REM/Programa</p> <p>Indicador N° 5: REM/Programa</p> <p>Indicador N° 6: REM/Programa</p> <p>Indicador N° 7: Registro local</p>



COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p>Componente 2: Procedimientos Quirúrgicos de Baja Complejidad.</p> <p>Estos procedimientos quirúrgicos 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: Otorgar atención integral a pacientes que presentan 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. Incremento absoluto del número de procedimientos resolutivos a nivel local. 	<p>Cumplimiento del Objetivo Específico N° 2: Indicador 1: Cumplimiento de actividad programada</p> <p>Fórmula Indicador 1:</p> $\frac{\text{N° Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados}}{\text{N° de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos}}$ <p>Numerador: Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados</p> <p>Denominador: Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos</p>	<p>Medio de verificación: Indicador N° 1: REM / Programa</p>

Nota: el o los anexos, son parte integrante del convenio.



Subsecretaría de Atención Primaria / Subsecretaría de Redes Asistenciales