



DEPARTAMENTO DE SALUD

APRUÉBASE CONVENIO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN
APS 2023 LA HIGUERA.

LA HIGUERA,

VISTOS:

30 JUN 2023

El D.F.L. N°1/05 que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N°2.763 del 1979, D.S. N°140 de 2004 sobre reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, la Resolución N°1600/2008 y 759/03 ambas de la Contraloría General de la Republica, D.S. N°117 del 22.11.2010 del Ministerio de Salud., la Resolución N° 520 de 1996 de la Contraloría General de la República y en uso de las atribuciones que me confiere la ley:

CONSIDERANDO:

1.- Resolución Exenta N° 3823 de fecha 23 Junio de 2023.-

002479

DECRETO ALCALDICIO N° _____ /

APRUÉBASE, el “**CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2023 LA HIGUERA.**” de fecha 07 de Junio de 2023, suscrito entre la I. Municipalidad de La Higuera y el Servicio de Salud Coquimbo.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE A QUIENES CORRESPONDA Y ARCHÍVESE.



Yerko Galleguillos Ossandón
ALCALDE



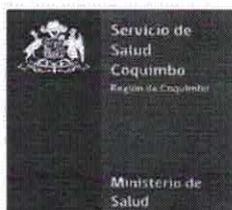
Mario Pizarro Bruzzone
SECRETARIO MUNICIPAL

Distribución:

- 1.- Correlativo Depto. de Salud 123/29-06-2023.-
- 2.- Encargado del Programa
- 3.- Finanzas
- 4.- Secretaría Municipal

EMR/bpz.-





ORIGINAL
DIRECCIÓN S. SALUD COQUIMBO

RESOLUCIÓN EXENTA N° 3823 /

LA SERENA, 23 JUN 2023

SAC / MOC / PGG / MCR / ctz

N° Int: 78

VISTOS:

El D.F.L. N°1/05 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.S. N°2.763 de 1979 y de las leyes N°18.933 y N°18.469, el D.S. N°140 de 2004 sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, Decreto Afecto N° 06 de 02 de marzo de 2023 del Ministerio de Salud; y

CONSIDERANDO:

1. Que, 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**.
2. Que, por resolución Exenta N° 352, de 13 de enero de 2023 del Servicio de Salud Coquimbo, se dispuso la prórroga del convenio Programa de Resolutividad en APS.
3. Los recursos asociados al Programa para el año 2023 fueron aprobados mediante Resolución Exenta N° 240 del 13 de marzo de 2022 del Ministerio de Salud.
4. Que, con fecha 07 de junio del 2023, el Servicio de Salud Coquimbo y la Ilustre Municipalidad de La Higuera suscribieron un convenio Programa Resolutividad en APS.
5. Por lo anteriormente expuesto y en razón de las facultades de mi cargo, dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1°.- **DÉJESE SIN EFECTO**, la Resolución Exenta N° 352 de fecha 13 de Enero del 2023 del Servicio de Salud Coquimbo.

2°.-**APRUÉBESE** el convenio de fecha 07.06.2023 suscrito entre la **MUNICIPALIDAD DE LA HIGUERA**, representada por su Alcalde **D. YERKO GALLEGUILLOS OSSANDÓN** el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director **D. CHRISTIAN VARGAS ALDAY**, relativo al Programa Resolutividad en APS.

CONVENIO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2023
LA HIGUERA

En La Serena a.....07.06.2023..... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director **D. CHRISTIAN VARGAS ALDAY**, Decreto Afecto N° 06 de 02 de marzo de 2023 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA HIGUERA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Avda. La Paz N°02, La Higuera, representada por su Alcalde **D. YERKO GALLEGUILLOS OSSANDÓN** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°1342/21, en adelante la "Municipalidad" o el "Municipio", indistintamente, 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: Expresa su inciso 3° que "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49". Por su parte, el artículo 4° del Decreto Supremo N° 37 del 23 de diciembre de 2021, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Resolutividad en APS, con el propósito de mejorar su capacidad resolutiva potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones médicas de especialidad.



El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N°113 del 9 de febrero del 2023, del Ministerio de Salud, que se entiende forma parte integrante del presente convenio. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante Resolución N° 240, de fecha 13 de marzo de 2023, del Ministerio de Salud.

TERCERA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos y componentes del Programa de Resolutividad en Atención Primaria:

Objetivos específicos

- a. **N° 1:** Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la APS y que presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden ser resueltas en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.
- b. **N° 2:** Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria.
- c. **N° 3:** Otorgar atención integral y resolutiva por médico especialista en ginecología para diagnóstico y tratamiento de sintomatología climatérica en mujeres derivadas, aliviando sintomatología somática, psicológica, genitourinaria y sexual asociada a esta etapa.

Componentes

1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

- Médico Gestor
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Gastroenterología
- Tele-Dermatología

2) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad

3) Componente 3: Atención de Mujeres en Etapa de Climaterio

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$4.844.555 (cuatro millones ochocientos cuarenta y cuatro mil quinientos cincuenta y cinco pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

El Municipio 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 sus establecimientos; en el componente 1.2 UAPO incorporará usuarios rurales y urbanos de la comuna de Salamanca y tendrá cobertura Provincial para el Fondo de Ojo, de acuerdo a nómina que será proporcionada por el Servicio de Salud (Anexo N° 3).

El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

N°	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	N° DE ACTIVIDADES O META ANUAL	MONTO (\$) Subtítulo 24
1	COMPONENTE 1.1 Médico Gestor	N° CESFAM de 5 horas Rural	1	\$769.128
	COMPONENTE 1.2 Oftalmología	Traslado usuarios a UAPO La Serena	50	\$913.244
	COMPONENTE 1.3 Otorrinolaringología	Traslado usuarios a UAPOrrino La Serena		\$479.443
	COMPONENTE 1.4 Dermatología	Consulta Tele dermatología	50	\$1.102.740
Canasta Tele dermatología		30		
TOTAL COMPONENTE N° 1				\$4.121.868
2	COMPONENTE N° 2.1. Cirugía	Procedimientos Cutáneos	40	\$ 1.580.000
TOTAL COMPONENTE N° 2				\$1.580.000
TOTAL PROGRAMA (\$)				\$4.844.555

QUINTA: Los recursos serán transferidos por el Servicio a la Municipalidad, en representación del Ministerio de Salud en 2 cuotas, de la siguiente forma:

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

El Servicio no entregará nuevos fondos a rendir, cuando la rendición se haya hecho exigible y la entidad receptora no haya rendido cuenta de la inversión de cualquier fondo ya concedido. En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido la remesa anterior.

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



- El 100% de los pacientes deberán provenir de la Lista de Espera (LE) de Consulta Nueva de Especialidad Médica de Otorrinolaringología, Ginecología (climaterio) y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al **30 de Junio del 2022** (se adjunta como anexo nómina de pacientes en LE). Al 31 de agosto de 2023 deberán encontrarse **egresados de LE todos los casos** con ingreso anterior a enero del año 2022. Los pacientes que reciban una prestación de cirugía menor o se les realice una Endoscopia Digestiva o un Fondo de Ojo, también deberán provenir de la LE, por lo que deberán incorporarlos a SIREC 4.

En relación al Sistema de registro de este Programa, los establecimientos de APS estarán encargados de:

- Incorporar, en los sistemas informáticos vigentes a los usuarios que ingresan a LE para recibir prestaciones incluidas en el Programa.
- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa, las cuales deberán provenir de SIGTE. Cuatrimestralmente se remitirá al profesional referente del Programa en el Servicio de Salud, la nómina de pacientes atendidos, desglosado para cada estrategia.
- 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.
- Se deben registrar todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud, las que además deberán ser revisadas y validadas por el Médico Gestor.
- Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.
- Para las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador médico deberá estar registrado en la Superintendencia de Salud.
- Todas las prestaciones realizadas deben quedar registradas en ficha clínica, incluyendo las realizadas por compra de servicios. En esta última, el prestador deberá entregar un informe de atención a cada paciente, con copia al establecimiento de salud o comuna, el cual será incluido en ficha clínica. Este informe deberá ser entregado con un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.

Se realizarán dos evaluaciones durante la ejecución del Programa de Salud, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación, sin perjuicio 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 de cada año. 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%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL PROGRAMA	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%
60,00% y más	0%
Entre 50 y 59,99 %	50%
Entre 40 y 49,99 %	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir el convenio

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 de cada año, fecha en que el programa de salud deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

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, quien 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 de cada año, para finalizar su ejecución.

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

Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, los que serán concordantes con la estrategia financiada en la comuna:



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	§ Numerador: N° consultas oftalmología realizadas por el Programa de Salud	20%	REM A29
		§ Denominador: N° de consultas de oftalmología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación convenida
	1.2 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas de otorrinolaringología	§ Numerador: N° consultas otorrinolaringología realizadas por el Programa de Salud	15%	REM A29
		§ Denominador: N° de consultas de otorrinolaringología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación convenida
	1.3 Cumplimiento de la actividad proyectada en procedimientos gastroenterología.	§ Numerador: N° procedimientos gastroenterología realizadas por el Programa de Salud	15%	REM A29
		§ Denominador: N° de procedimientos gastroenterología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación convenida
	1.4 Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología	§ Numerador: N° informes de consultas realizadas e informadas de tele oftalmología	10%	REM A29
		§ Denominador: N° de informes y consultas de tele oftalmología programadas.		Programación convenida
	1.5 Cumplimiento de la actividad de tele dermatología.	§ Numerador: N° informes de consultas realizadas e informadas de tele dermatología.	10%	REM A29
		§ Denominador: N° de informes y consultas de tele dermatología programadas.		Programación convenida
2. Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad.	2. Cumplimiento de la actividad programada.	§ Numerador: N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados.	20%	REM A29
		§ Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados.		Programación convenida
3. Clímatario	3. Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas y procedimientos ginecología.	§ Numerador: N° casos de clímatario resueltos por consulta ginecológica realizadas por el Programa de Salud	10%	REM A29
		§ Denominador: N° de casos de clímatario a resolver por consulta ginecológica programados en el Programa de Salud		Programación convenida

Los pacientes atendidos deberán provenir de la Lista de Espera registrada en SIGTE (SIREC IV para EDA y FO), detallada en Anexo N° 3; el Departamento de Salud u Hospital Comunitario deberá acreditar que las atenciones realizadas se encuentran registradas en REM. Esta información deberá ser informada a la encargada del Servicio de Salud cada 3 meses (abril, julio, octubre 2023 y enero 2024), en base a planilla de Anexo N° 3.

SÉPTIMA: La rendición de cuentas se efectuará conforme los procedimientos establecidos en la Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, que contempla la posibilidad de rendir cuentas con documentación auténtica en soporte papel, o bien, en formato electrónico o digital. A fin de contar con medios electrónicos compatibles con los utilizados por la Contraloría General de la República y que cuenten con un nivel de resguardo y seguridad que garantice la autenticidad, integridad y disponibilidad de la Información, a partir del presente convenio el municipio deberá rendir los recursos traspasados por el Servicio de Salud Coquimbo a través de la plataforma tecnológica denominada "Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas" o SISREC, para la ejecución de los proyectos antes individualizados y rendir las cuentas con documentación electrónica y digital; para tal efecto deberán designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en el sistema en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, además disponer de los medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas de las tareas, iniciativas y actividades del respectivo Programa de Atención Primaria de Salud, durante el periodo de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para su ejecución.

En casos excepcionales y fundados, en que el ejecutor se vea imposibilitado de rendir a través del SISREC, el Servicio de Salud Coquimbo dispondrá de un procedimiento alternativo para la rendición de los recursos; dichos casos serán informados a la Contraloría para su conocimiento. No obstante, dichas rendiciones deberán ser regularizadas en el SISREC una vez superados los inconvenientes.

OCTAVA: El Servicio podrá solicitar a la Municipalidad, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

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

DÉCIMA: Finalizado el periodo de vigencia del convenio y en caso que la evaluación final dé cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio re-liquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos la Municipalidad reintegrar a Rentas Generales de la Nación los recursos del convenio que no hayan sido ejecutados oportunamente, antes del 31 de enero del año siguiente, según lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 21.516, respaldos que deberán adjuntarse en el cierre del Programa de la plataforma de SISREC.

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

DÉCIMA SEGUNDA: El Servicio de Salud pondrá término anticipado al presente convenio, si se produce incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o si su ejecución se desvía de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo.



Para tales efectos, se enviará aviso por escrito a las contrapartes, mediante carta certificada al domicilio indicado en la comparecencia, expresando las circunstancias que motivan el término del convenio, dentro de los cinco días hábiles siguientes que el Servicio de Salud tome conocimiento de las irregularidades.

La Municipalidad, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de dicha carta, deberá entregar un informe de los gastos efectuados a la fecha. El Servicio deberá revisar dicho informe dentro del plazo de 15 días hábiles, contados desde su recepción y podrá aprobarlo u observarlo. En caso de tener observaciones o requerir aclaraciones por parte de la Municipalidad respecto del informe, éstas deberán notificarse por escrito dentro de los dos días hábiles siguientes al término de la revisión. La Municipalidad tendrá un plazo de 8 días hábiles contados desde la notificación de las observaciones, para hacer las correcciones o aclaraciones pertinentes y entregarlas al Servicio, el que deberá revisarlas y pronunciarse dentro de los 7 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción. La Municipalidad deberá restituir en cualquier caso los saldos no ejecutados, dentro del plazo de 10 días hábiles contados desde el pronunciamiento efectuado por el Servicio de Salud. En el mismo plazo deberá restituir los saldos no rendidos u observados, en caso de que el informe no haya sido aprobado.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2023 o hasta la aprobación del informe final de rendición de cuentas o hasta que se realice el reembolso de los gastos objetados, según corresponda. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera de este convenio, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero del año 2023 por razones de continuidad y/o buen servicio, atendido lo señalado en los dictámenes N°11.189/08 y N°16.037/08, ambos de la Contraloría General de la República, y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N°19.880, y el artículo 13 inciso segundo de la Resolución N° 30 de la Contraloría General de la República, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para los beneficiarios legales inscritos en los establecimientos de la comuna.

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

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

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

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

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

DÉCIMA CUARTA: El presente convenio se firma en 2 ejemplares del mismo tenor y oficio, quedando uno en poder de cada parte.

Firmas Ilegibles.

YERKO GALLEGUILLOS OSSANDÓN
ALCALDE

I. MUNICIPALIDAD DE LA HIGUERA

CHRISTIAN VARGAS ALDAY
DIRECTOR

SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

3°.- **IMPÚTESE**, el gasto que irrogue el presente convenio Subt. N°24-03-298, del Presupuesto vigente del Servicio de Salud Coquimbo para el año 2023.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



CHRISTIAN VARGAS ALDAY
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

DISTRIBUCIÓN:

- Archivo

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





CONVENIO
PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS 2023
LA HIGUERA

07 JUN 2023

En La Serena a..... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director D. **CHRISTIAN VARGAS ALDAY**, Decreto Afecto N° 06 de 02 de marzo de 2023 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE LA HIGUERA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Avda. La Paz N°02, La Higuera, representada por su Alcalde D. **YERKO GALLEGUILLOS OSSANDÓN** de ese mismo domicilio, personería jurídica según Decreto Alcaldicio N°1342/21, en adelante la "Municipalidad" o el "Municipio", indistintamente, 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: Expresa su inciso 3° que "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 4° del Decreto Supremo N° 37 del 23 de diciembre de 2021, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e Incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Resolutividad en APS, con el propósito de mejorar su capacidad resolutiva potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia diagnóstica en la derivación y calidad técnica, en atenciones médicas de especialidad.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N°113 del 9 de febrero del 2023, del Ministerio de Salud, que se entiende forma parte integrante del presente convenio. Los recursos para su ejecución han sido asignados mediante Resolución N° 240, de fecha 13 de marzo de 2023, del Ministerio de Salud.

TERCERA: El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes objetivos y componentes del Programa de Resolutividad en Atención Primaria:

Objetivos específicos

- a. **N° 1:** Otorgar prestaciones de especialidad ambulatoria con calidad, favoreciendo el acceso en forma oportuna a especialidades de gran demanda en la APS y que presentan listas y tiempos de espera significativos, y que por otra parte pueden ser resueltas en este nivel, obteniendo impacto sanitario y satisfacción usuaria.
- b. **N° 2:** Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria.
- c. **N° 3:** Otorgar atención integral y resolutiva por médico especialista en ginecología para diagnóstico y tratamiento de sintomatología climatérica en mujeres derivadas, aliviando sintomatología somática, psicológica, genitourinaria y sexual asociada a esta etapa.



Componentes

1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

- Médico Gestor
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Gastroenterología
- Tele-Dermatología

2) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad

3) Componente 3: Atención de Mujeres en Etapa de Climaterio

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$4.844.555 (cuatro millones ochocientos cuarenta y cuatro mil quinientos cincuenta y cinco pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

El Municipio 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 sus establecimientos; en el componente 1.2 UAPO incorporará usuarios rurales y urbanos de la comuna de Salamanca y tendrá cobertura Provincial para el Fondo de Ojo, de acuerdo a nómina que será proporcionada por el Servicio de Salud (Anexo N° 3).

El Municipio se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar las siguientes actividades y metas:

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O META ANUAL	MONTO (\$) Subtitulo 24
1	COMPONENTE 1.1 Médico Gestor	Nº CESFAM de 5 horas Rural	1	\$769.128
	COMPONENTE 1.2 Oftalmología	Traslado usuarios a UAPO La Serena	50	\$913.244
	COMPONENTE 1.3 Otorrinolaringología	Traslado usuarios a UAPOrrino La Serena		\$479.443
	COMPONENTE 1.4 Dermatología	Consulta Tele dermatología	50	\$1.102.740
Canasta Tele dermatología		30		
TOTAL COMPONENTE N° 1				\$4.121.868
2	COMPONENTE N° 2.1 Cirugía	Procedimientos Cutáneos	40	\$ 1.580.000
TOTAL COMPONENTE N° 2				\$1.580.000
TOTAL PROGRAMA (\$)				\$4.844.555

QUINTA: Los recursos serán transferidos por el Servicio a la Municipalidad, en representación del Ministerio de Salud en 2 cuotas, de la siguiente forma:

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



El Servicio no entregará nuevos fondos a rendir, cuando la rendición se haya hecho exigible y la entidad receptora no haya rendido cuenta de la inversión de cualquier fondo ya concedido. En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido la remesa anterior.

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

- El 100% de los pacientes deberán provenir de la Lista de Espera (LE) de Consulta Nueva de Especialidad Médica de Oftalmología, Otorrinolaringología, Ginecología (climaterio) y Dermatología, ingresadas con fecha igual o anterior al **30 de Junio del 2022** (se adjunta como anexo nómina de pacientes en LE). Al 31 de agosto de 2023 deberán encontrarse **egresados de LE todos los casos** con ingreso anterior a enero del año 2022. Los pacientes que reciban una prestación de cirugía menor o se les realice una Endoscopia Digestiva o un Fondo de Ojo, también deberán provenir de la LE, por lo que deberán incorporarlos a SIREC 4.

En relación al Sistema de registro de este Programa, los establecimientos de APS estarán encargados de:

- Incorporar, en los sistemas informáticos vigentes a los usuarios que ingresan a LE para recibir prestaciones incluidas en el Programa.
- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa, las cuales deberán provenir de SIGTE. Cuatrimestralmente se remitirá al profesional referente del Programa en el Servicio de Salud, la nómina de pacientes atendidos, desglosado para cada estrategia.
- 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.
- Se deben registrar todas las interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud, las que además deberán ser revisadas y validadas por el Médico Gestor.
- Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.
- Para las prestaciones realizadas por compra de servicio, el prestador médico deberá estar registrado en la Superintendencia de Salud.
- Todas las prestaciones realizadas deben quedar registradas en ficha clínica, incluyendo las realizadas por compra de servicios. En esta última, el prestador deberá entregar un informe de atención a cada paciente, con copia al establecimiento de salud o comuna, el cual será incluido en ficha clínica. Este informe deberá ser entregado con un plazo máximo de 5 días hábiles de realizada la prestación.

Se realizarán dos evaluaciones durante la ejecución del Programa de Salud, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación, sin perjuicio 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 de cada año. 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%, de acuerdo con el siguiente cuadro:

PORCENTAJE CUMPLIMIENTO GLOBAL DEL PROGRAMA	PORCENTAJE DE DESCUENTO DE RECURSOS 2º CUOTA DEL 30%
60,00% y más	0%
Entre 50 y 59,99 %	50%
Entre 40 y 49,99 %	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir el convenio



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 de cada año, fecha en que el programa de salud deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas.

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 de cada año, para finalizar su ejecución.

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

Los siguientes serán los mecanismos de evaluación que dispondrá el Servicio para medir la ejecución técnica del Programa, los que serán concordantes con la estrategia financiada en la comuna:

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	§ <i>Numerador</i> : N° consultas oftalmología realizadas por el Programa de Salud	20%	REM A29
		§ <i>Denominador</i> : N° de consultas de oftalmología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación convenida



	1.2 Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas de otorrinolaringología	§ <i>Numerador:</i> N° consultas otorrinolaringología realizadas por el Programa de Salud	15%	REM A29
		§ <i>Denominador:</i> N° de consultas de otorrinolaringología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación convenida
	1.3 Cumplimiento de la actividad proyectada en procedimientos gastroenterología.	§ <i>Numerador:</i> N° procedimientos gastroenterología realizadas por el Programa de Salud	15%	REM A29
		§ <i>Denominador:</i> N° de procedimientos gastroenterología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación convenida
	1.4 Cumplimiento de la actividad de tele oftalmología	§ <i>Numerador:</i> N° informes de consultas realizadas e informadas de tele oftalmología	10%	REM A29
		§ <i>Denominador:</i> N° de informes y consultas de tele oftalmología programadas.		Programación convenida
	1.5 Cumplimiento de la actividad de tele dermatología.	§ <i>Numerador:</i> N° informes de consultas realizadas e informadas de tele dermatología.	10%	REM A29
		§ <i>Denominador:</i> N° de informes y consultas de tele dermatología programadas.		Programación convenida
2. Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad.	2. Cumplimiento de la actividad programada.	§ <i>Numerador:</i> N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados.	20%	REM A29
		§ <i>Denominador:</i> N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados.		Programación convenida
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	10%	REM A29
		§ <i>Denominador:</i> N° de casos de climaterio a resolver por consulta ginecológica programados en el Programa de Salud		Programación convenida

Los pacientes atendidos deberán provenir de la Lista de Espera registrada en SIGTE (SIREC IV para EDA y FO), detallada en Anexo N° 3; el Departamento de Salud u Hospital Comunitario deberá acreditar que las atenciones realizadas se encuentran registradas en REM. Esta información deberá ser informada a la encargada del Servicio de Salud cada 3 meses (abril, julio, octubre 2023 y enero 2024), en base a planilla de Anexo N° 3.

SÉPTIMA: La rendición de cuentas se efectuará conforme los procedimientos establecidos en la Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, que contempla la posibilidad de rendir cuentas con documentación auténtica en soporte papel, o bien, en formato electrónico o digital. A fin de contar con medios electrónicos compatibles con los utilizados por la Contraloría General de la República y que cuenten con un nivel de resguardo

y seguridad que garantice la autenticidad, integridad y disponibilidad de la información, a partir del presente convenio el municipio deberá rendir los recursos traspasados por el Servicio de Salud Coquimbo a través de la plataforma tecnológica denominada "Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas" o SISREC, para la ejecución de los proyectos antes individualizados y rendir las cuentas con documentación electrónica y digital; para tal efecto deberán designar a los funcionarios que cuenten con las competencias técnicas y las atribuciones necesarias para perfilarse en el sistema en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de Ministro de fe, encargado, analista y administrador del SISREC, además disponer de los medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas de las tareas, iniciativas y actividades del respectivo Programa de Atención Primaria de Salud, durante el período de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para su ejecución.

En casos excepcionales y fundados, en que el ejecutor se vea imposibilitado de rendir a través del SISREC, el Servicio de Salud Coquimbo dispondrá de un procedimiento alternativo para la rendición de los recursos; dichos casos serán informados a la Contraloría para su conocimiento. No obstante, dichas rendiciones deberán ser regularizadas en el SISREC una vez superados los inconvenientes.

OCTAVA: El Servicio podrá solicitar a la Municipalidad, datos e informes extraordinarios e impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo.

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

DÉCIMA: Finalizado el período de vigencia del convenio y en caso que la evaluación final dé cuenta de un incumplimiento de las acciones comprometidas, el Servicio re-liquidará los montos traspasados, debiendo en estos casos la Municipalidad reintegrar a Rentas Generales de la Nación los recursos del convenio que no hayan sido ejecutados oportunamente, antes del 31 de enero del año siguiente, según lo establecido en el artículo 7° de la Ley N° 21.516, respaldos que deberán adjuntarse en el cierre del Programa de la plataforma de SISREC.

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

DÉCIMA SEGUNDA: El Servicio de Salud pondrá término anticipado al presente convenio, si se produce incumplimiento grave de las obligaciones establecidas en él, o si su ejecución se desvía de los fines que se tuvieron a la vista para celebrarlo.

Para tales efectos, se enviará aviso por escrito a las contrapartes, mediante carta certificada al domicilio indicado en la comparecencia, expresando las circunstancias que motivan el término del convenio, dentro de los cinco días hábiles siguientes que el Servicio de Salud tome conocimiento de las irregularidades.

La Municipalidad, dentro de los 20 días hábiles siguientes a la notificación de dicha carta, deberá entregar un informe de los gastos efectuados a la fecha. El Servicio deberá revisar dicho informe dentro del plazo de 15 días hábiles, contados desde su recepción y podrá aprobarlo u observarlo. En caso de tener observaciones o requerir aclaraciones por parte de la Municipalidad respecto del informe, éstas deberán notificársele por escrito dentro de los dos días hábiles siguientes al término de la revisión. La Municipalidad tendrá un plazo de 8 días hábiles contados desde la notificación de las observaciones, para hacer las correcciones o aclaraciones pertinentes y entregarlas al Servicio, el que deberá revisarlas y pronunciarse dentro de los 7 días hábiles siguientes a la fecha de su recepción. La Municipalidad deberá restituir en cualquier caso los saldos no ejecutados, dentro del plazo de 10 días hábiles contados desde el pronunciamiento efectuado por el Servicio de Salud. En el mismo plazo deberá restituir los saldos no rendidos u observados, en caso de que el informe no haya sido aprobado.



DÉCIMA TERCERA: El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, hasta el 31 de diciembre del año 2023 o hasta la aprobación del informe final de rendición de cuentas o hasta que se realice el reembolso de los gastos objetados, según corresponda. Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a las que se refiere la cláusula tercera de este convenio, comenzaron a ser otorgadas a partir del 1 de enero del año 2023 por razones de continuidad y/o buen servicio, atendido lo señalado en los dictámenes N°11.189/08 y N°16.037/08, ambos de la Contraloría General de la República, y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N°19.880, y el artículo 13 inciso segundo de la Resolución N° 30 de la Contraloría General de la República, toda vez que dichas actividades producen consecuencias favorables para los beneficiarios legales inscritos en los establecimientos de la comuna.

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

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

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

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

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

DÉCIMA CUARTA: El presente convenio se firma en 2 ejemplares del mismo tenor y oficio, quedando uno en poder de cada parte.



YERKO GALLEGUILLOS OSSANDÓN
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE LA HIGUERA



CHRISTIAN VARGAS ALDAY
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

SAC/NOC/PGG/RAN/MER/MFG



ANEXO N° 1: Canasta Tele dermatología

Diagnósticos	MEDICAMENTO	DOSIS	FORMA FARMACEUTICA
VITILIGO	Clobetasol	0,05%	Crema y/o ungüento
	Hidrocortisona	1%	Crema y/o loción
	Tacrolimus 0,1%	0,1%	Ungüento
	Tacrolimus 0,03%	0,03%	Ungüento
PSORIASIS	Clobetasol	0,05%	Crema y/o ungüento
	Hidroxicina	20 mg	Comprimido
	Levocetirizina	5 mg	Comprimido
	Levocetirizina	5mg/ml	Gotas
	Levocetirizina	2,5mg/5ml	Jarabe
	Crema líquida humectante	200ml	Crema
	Vaselina salicilada	5%	Crema
ACNE INFLAMATORIO	Doxiciclina	100 mg	Comprimido
	Adapaleno	0,30%	Gel tópico
	Adapaleno 0,1%+peroxido de benzoilo 2,5%	0,1%/2,5%	Gel tópico
	Adapaleno	0,10%	Gel tópico
ACNE NO INFLAMATORIO	Adapaleno	0,30%	Gel tópico
	Adapaleno	0,10%	Gel tópico
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 ungüento
	Hidrocortisona	1%	Crema
	Hidrocortisona	1%	Loción
	Hidroxicina	20 mg	Comprimido
	Hidroxicina	10 mg/5 mL	Jarabe
	ketonazol	2%	Champu
	Levocetirizina	5 mg	Comprimido
	Crema líquida 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%	Ungüento
Tacrolimus 0,03%	0,03%	Ungüento	
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 líquida	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.



ANEXO N° 2: PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS QUIRÚRGICOS DE BAJA COMPLEJIDAD.

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
1602208	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	hasta 15 lesiones por sesión
	queratosis seborreicas, fibromas blandos, angiomas rubí múltiples en cuerpo	
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	Vaciamiento y curetaje quirúrgico de lesiones quísticas o abscesos	
1602231	Onicectomía total o parcial simple	
1602232	Cirugía reparadora ungüal por proceso inflamatorio	

SIGTE_ID	ESPECIALIDAD	SOSPECHA_DIAG
23687414	Oftalmología	(H40) GLAUCOMA
23687556	Oftalmología	(H110) PTERIGION
23687529	Oftalmología	(H40) GLAUCOMA
23234781	Obstetricia	(H110) PTERIGION
23234636	Obstetricia	(H521) MIOPIA
23235428	Oftalmología	H527.4 - Vicio de refr
23235097	Obstetricia	(H919) HIPOACUSIA,
23166871	Oftalmología	H527.4 - Vicio de refr
23166833	Oftalmología	H527.4 - Vicio de refr
23166860	Oftalmología	H527.4 - Vicio de refr
23166856	Oftalmología	H527.4 - Vicio de refr
23166825	Oftalmología	H527.4 - Vicio de refr
23166803	Oftalmología	H527.4 - Vicio de refr
23166852	Oftalmología	H527.4 - Vicio de refr
23166869	Oftalmología	H527.4 - Vicio de refr
23166835	Oftalmología	H527.4 - Vicio de refr
23166798	Oftalmología	H527.4 - Vicio de refr
23166768	Oftalmología	H527.4 - Vicio de refr
23166839	Oftalmología	H527.4 - Vicio de refr
23166854	Oftalmología	H527.4 - Vicio de refr
23166843	Oftalmología	H527.4 - Vicio de refr
23020480	Oftalmología	(H527) TRASTORNO D
22913948	Oftalmología	(H527) TRASTORNO D
22914111	Otorrinolaringo	(H919) HIPOACUSIA,
22913887	Oftalmología	(H110) PTERIGION

