



PUERTO VARAS,

20 JUN 2011

2785

N° 2785 EX.-/ VISTOS: a) La Resolución N° 0911 de fecha 18 de abril del año 2011, que aprueba Convenio con el Servicio de Salud del Reloncaví;
b) Lo dispuesto en el Decreto Exento N° 4142 del 06 de diciembre 2008, sobre delegación de firmas en el Sr. Administrador Municipal, de documentación alcaldía bajo fórmula "Por Orden del Sr. Alcalde";
c) Las facultades que me confiere la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, cuyo texto refundido fue fijado por el DFL - 1 del 09.05.2006 publicado en el Diario Oficial del 26.07.2006, Ley N° 19.378, "Estatuto de Salud Primaria Municipal" y Ley N° 18.620, "Código del Trabajo":

D E C R E T O :

1° APRUEBASE, en todas sus partes el Convenio suscrito entre el **Servicio de Salud del Reloncaví** y la **I. Municipalidad de Puerto Varas**, con fecha 28 de febrero del año 2011, denominado "**Programa de Resolutividad en Atención Primaria 2011**".

2° Impútese el gasto que asciende a \$17.330.933 (diecisiete millones trescientos treinta mil novecientos treinta y tres pesos) anuales, a las siguientes cuentas:

N° Cuenta	Nombre Cuenta	Monto (\$)
114.05.31	Resolución Especialidades	12.299.626.-
114.05.46	Cirugía Menor en Atención Primaria	5.031.307.-
	Total	17.330.933.-

ANÓTESE, COMUNÍQUESE, PUBLÍQUESE EN EL PORTAL DE TRANSPARENCIA y una vez hecho, ARCHÍVESE

FELIPE NUÑEZ TRANEZ
SECRETARIO MUNICIPAL

LUIS BECERRA VARGAS
ADMINISTRADOR MUNICIPAL
Por Orden del Alcalde

LBV/ASB/MRO/FNI/jmm

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUERTO VARAS

Departamento de Salud Municipal
Del Salvador 320 4to. Piso
Fonos: (65) 361222 - Fax (65) 361337
secsalud@ptovaros.cl

Alfonso P. Salas
Director de Salud
Director de Asesoramiento
RMM



Servicio de Salud del Reloncavi
DEPARTAMENTO JURÍDICO



110.05.01
114.05.46

RESOLUCIÓN EXENTA N° J/ 0911/

PUERTO MONTT, 18 ABR. 2011

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES:

La necesidad de aprobar el Convenio, de fecha 28 de febrero de 2011, suscrito entre el **SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI** y la **MUNICIPALIDAD DE PUERTO VARAS**, mediante el cual el Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad los recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes componentes del "Programa de Resolutividad en A.P.S. Año 2011": **1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:** Oftalmología; Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO); Otorrinolaringología; Dermatología; **2) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad**, asignando la suma anual y única de \$17.330.933.-, y en las condiciones establecidas en el citado convenio; **TENIENDO PRESENTE:** La Resolución Exenta N° 53, de fecha 11 de Febrero de 2011, del Ministerio de Salud; **Y TENIENDO, ADEMÁS, PRESENTE:** lo dispuesto en el D.F.L. N° 1 de 2006, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2763/79 y otros cuerpos legales, Decreto Supremo N° 140/2005, Decreto N° 127 de fecha 13 de Diciembre de 2010, del Ministerio de Salud y lo prevenido en la Resolución N° 1600 del 30 de Octubre de 2008, publicada en el Diario Oficial del 06 de Noviembre 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 Convenio de fecha 28 de febrero del 2011, suscrito entre el **SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI** y la **MUNICIPALIDAD DE PUERTO VARAS**, mediante el cual el Servicio traspassa a la Municipalidad la suma anual y única de \$17.330.933.-, para desarrollar las acciones en los términos indicados en el citado Convenio.
- 2. IMPUTESE** el gasto que irrogue el cumplimiento de este Convenio al Item 24-03-298, **Atención Primaria Ley 19.378.**

ANOTESE Y COMUNIQUESE,

DR. RAFAEL MERINO MARIN
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVI

DR. RMM/CCV/fiag.



SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVÍ
DEPTO. PROCESOS ASISTENCIALES
DR.RMM/CCV/BRD/MT/DG/LSC/EAM/YCG

CONVENIO PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS AÑO 2011 CON ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE PUERTO VARAS

En Puerto a 28 de Febrero de 2011, entre el Servicio de Salud del Reloncaví, persona jurídica de derecho público RUT N° 61.607.700-7, domiciliado en calle Egaña N° 85, representado por su Director Dr. Rafael Merino Marín, Cédula Nacional de Identidad N° 10.341.859-3, del mismo domicilio, en adelante el "**Servicio**" y la Ilustre Municipalidad de Puerto Varas, persona jurídica de derecho público, RUT N° 69.220.200-7, domiciliada en calle San Francisco N° 413, representada por su Alcalde Sr. Ramón Bahamonde Cea, Cédula Nacional de Identidad N° 6.391.589-0, 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° 132 del 27 de Diciembre de 2010, 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, enamadas 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 Atención Primaria".

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 53 de 11 de Febrero del 2011, 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 Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todos o algunos de los siguientes componentes del "Programa de Resolutividad en Atención Primaria":

1) Componente 1: Especialidades Ambulatorias:

- Oftalmología
- Unidades de Atención Primaria Oftalmológicas (UAPO)
- Otorrinolaringología
- Dermatología

2) Componente 2: Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad

CUARTA: Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de \$ 17.330.933.- (diecisiete millones treientos treinta mil novecientos treinta y tres pesos), para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior.

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 META	MONTO (\$)
1	COMPONENTE 1.1	OFTALMOLOGIA		
		Vicio refracción	370	8.929.580
		Otras consultas	10	241.340
	COMPONENTE 1.3	OTORRINOLOGIA		
		Hipoacusia	15	1.513.890
		Síndrome Vertiginoso	11	1.110.186
	Otitis	5	504.630	
2	COMPONENTE Nº 2.1	P. CUTANEOS		
		Cirugías baja com.	260	5.031.307
TOTAL PROGRAMA (\$)				17.330.933

17.330.933
17.330.933
17.330.933



17.330.933

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

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

- Solicitar y verificar que exista un registro asociado al RUT de las personas atendidas en el Programa.
- Disponer las mejoras necesarias en 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, lo que debe dar cuenta de todas las Interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud.
- Verificar que todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, sean registradas de acuerdo a lo indicado en el punto VIII Indicadores y Medios de Verificación del programa.

La Municipalidad se compromete a cumplir con los registros y entregar la información que El Servicio solicite al respecto.

Los medios de verificación para evaluar los indicadores que dicen relación a personas atendidas y/ o personas ingresadas a control será a través de los registros de la información recogida directamente de los REM, Planilla Web y de las metas acordadas entre el Servicio y la División de Atención Primaria.

La evaluación del programa se efectuará en tres etapas:

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al día 31 de Mayo.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de Agosto. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre y reasignación de los recursos.

Los recursos correspondientes a los meses de Septiembre a Diciembre o la segunda cuota del 40%, se transferirá de acuerdo a la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas por Componente	Porcentaje de Descuento a 2º cuota	% Transferencia 2º cuota
60%	0%	100%
Entre 50% y 59,99%	50%	50%
Entre 40% y 49,99%	75%	25%
Menos del 40%	100%	0
0%	Rescinde convenio	0



En relación a esto último, 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.

- **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 Componente del Programa y cada indicador tendrá el mismo peso relativo.

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

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

En caso de comunas que administren Salud Municipal o establecimientos dependientes del Servicio, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el Servicio podrá redistribuir el excedente de recursos, en el mes de Octubre, hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 30 de Agosto.

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.

El Servicio informará a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, acerca del cumplimiento del Programa y de cada uno de sus Componentes en las fechas establecidas; según el siguiente esquema:

a) Ingreso al Registro Estadístico Mensual (REM)

Fecha de Corte	Fecha de cierre Estadístico DEIS*
31 de Mayo	22 Junio
31 de Agosto	22 Septiembre
31 de Diciembre	25 Enero

* La información de prestaciones realizadas deberá estar ingresada en REM a la fecha de cierre del Departamento de Estadísticas e Información en Salud DEIS.

Cumplimiento de Objetivos

Se evaluara a través de los siguientes indicadores:

▪ **Cumplimiento del Objetivo Especifico 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: $(N^{\circ} \text{ de consultas realizadas en UAPO} / N^{\circ} \text{ de consultas comprometidas en UAPO}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
3. 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)
4. 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)
- **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)
 2. Indicador: Tiempo de respuesta (realización-resultado biopsia) en cirugía trazadora; "Extirpación de nevus"
 - Fórmula de cálculo: $(\text{Fecha de solicitud de la biopsia}) - (\text{Fecha informe de resultado})$
 - Medio de verificación: (Planilla web)

Observación: para efectos de reliquidación el indicador N° 2 no será considerado.

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos por el Servicio en 2 cuotas (60% - 40%), la 1° cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la 2° cuota contra el grado de cumplimiento del programa.

La Municipalidad podrá otorgar mandato simple al Servicio para realizar un proceso de intermediación en compra de las actividades objeto de este Convenio.

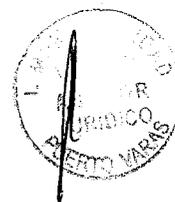
OCTAVA: El Servicio, requerirá a la municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula tercera de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación 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 por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría.

Para la ejecución de este convenio, los fondos aportados por el Servicio, especificados en la cláusula cuarta, tienen la calidad de extra presupuestarios y se deben mantener en una cuenta contable exclusiva.

DECIMA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Servicio descontará de la transferencia regular de Atención Primaria, el valor correspondiente a la parte pagada y no ejecutada del Programa objeto de este instrumento, en su caso.

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



DÉCIMA SEGUNDA: El presente convenio tendrá vigencia desde el 1 de Enero hasta el 31 de Diciembre del año en curso, sin embargo se renovará automática y sucesivamente por períodos iguales si el Servicio no da aviso con treinta días de anticipación a su fecha de vencimiento, su voluntad de no perseverar en él.

Sin perjuicio de la renovación automática del convenio, mediante convenios complementarios podrán modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad en conformidad con el mismo, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sean necesarios introducirle en su operación.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio se firma en 6 ejemplares, quedando tres en poder del Servicio, uno en la Municipalidad y los dos restantes en el Ministerio de Salud División de Integración de Redes y Departamento de APS y Redes Ambulatorias.



SR. RAMON BAHAMONDE GEA
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD PUERTO VARAS



DR. RAFAEL MERINO MARIN
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD DEL RELONCAVÍ



SUBSECRETARÍA REDES ASISTENCIALES
DEPTO. ASESORIA JURÍDICA
FBV/INMO/CMS/SIR/AMSCH/ISL

APRUEBA PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN ATENCIÓN PRIMARIA.



EXENTA N° 53

SANTIAGO, 11 FEB. 2011

VISTO: lo solicitado por memorando N° 30 de 2011, de la División de Atención Primaria; lo dispuesto en los artículos 4° y 7° del DFL N°1 de 2005, del Ministerio de Salud; en los artículos 6° y 25 del decreto N° 136 de 2004, del Ministerio de Salud; en la ley N° 19.378 y en la resolución N° 1.600 de 2008 de la Contraloría General de la República, y

CONSIDERANDO:

primaria, dicto la siguiente: - La necesidad de mejorar la capacidad resolutive de la atención

RESOLUCION:

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

2°.- El programa que se aprueba en virtud de este acto administrativo, se expresa en un documento de 15 páginas y dos anexos, 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 Resolutividad en Atención Primaria, a los Servicios de Salud del país.

4°.- DERÓGASE la resolución exenta N° 388 de 2010, del Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



[Handwritten signature]

DR. LUIS CASTILLO FUENZALIDA
MINISTRO DE SALUD
SUBROGANTE

DISTRIBUCIÓN:

- Gabinete del Ministro
 - Depto. Asesoría Jurídica
 - División AP
 - Oficina de Partes
- 4/2/11



SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCION PRIMARIA



**PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD
EN ATENCION PRIMARIA**

INDICE

I.	ANTECEDENTES:	3
II.	FUNDAMENTACIÓN:	4
III.	PROPÓSITO:	4
IV.	DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:	4
□	Objetivo General:	4
□	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.	6
VII.	MONITOREO Y EVALUACIÓN:	7
VIII.	INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN	9
□	Cumplimiento del Objetivo Específico N°1:	9
□	Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:	10
IX.	FINANCIAMIENTO	10
□	Establecimientos de dependencia del Servicio de Salud:	10
□	Establecimientos de dependencia municipal:	11
X.	ANEXO 1: CANASTAS DE ESPECIALIDADES AMBULATORIAS.....	12
XI.	ANEXO 2: PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA	14



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 resolutivez 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, en un alto porcentaje sus necesidades de salud. En el logro de esta capacidad resolutivez la capacitación permanente del Recurso Humano debe estar presente en el desarrollo y cumplimiento de cada uno de los componentes del Programa.

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.

En los equipos de Atención Primaria la resolutivez se traduce en la capacidad de diagnosticar y manejar adecuadamente la patología prevalente, con los métodos diagnósticos y terapéuticos a su alcance, derivar oportunamente según los protocolos establecidos y concensuados y lograr influir en la incidencia de patologías a través de programas eficaces de promoción y prevención.



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:

- Utilización de cupos ofertados por la Red de Prestadores Públicos
- Capacitación Gestionada o trabajo conjunto entre Médicos Especialistas y Médicos de Atención Primaria
- Operativos en Salud
- Telemedicina
- Programas específicos
- Compra de Servicios

El Programa de Resolutividad corresponde a una de estas estrategias, que no pretende por sí solo dar cuenta de la resolución de una brecha, sino más bien aportar junto a otras estrategias en la resolución de los problemas de salud de la población.

El éxito de este Programa de Resolutividad 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, aumentando la relación de médicos de atención primaria con los médicos especialistas, mejorando la pertinencia diagnóstica y de derivación por parte de los médicos de Atención Primaria, 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, entendiéndose 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 acceden con mayor oportunidad a una atención cercana, con integralidad, calidad y de carácter resolutiva, a través de estrategias de fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud, disminuyendo los tiempos de espera de atención.

IV. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA:

▪ Objetivo General:

Mejorar la capacidad resolutiva 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.
2. 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:

Oftalmología: Vicios de Refracción (personas hasta 64 años), ojo rojo, tumores benignos (Chalazion, Pterigion). Se podrá incluir a personas de otras edades si existe el requerimiento local que lo amerite.

La canasta integral¹ incluye: consulta médica 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 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)**, sus Orientaciones Técnicas se encuentran en el Anexo N° 2.

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 integral² incluye: consulta médica, audiometría y entrega de audífono cuando corresponda y a lo menos 1 control de seguimiento a los pacientes beneficiarios de audífonos. En el caso de Síndrome Vertiginoso y Otitis se entregarán fármacos específicos orales y tópicos respectivamente.

¹ Ver Anexo N° 1

² Ver Anexo N° 1



Dermatología: Las prestaciones de esta especialidad están orientadas a tratar farmacológicamente³ 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 constituye una referencia y asegura el acceso a prestaciones requeridas. No obliga a otorgar la totalidad de las prestaciones, pues la frecuencia es referencial. En el caso de la canasta de Dermatología ésta podrá ser modificada de acuerdo a la realidad local, pero manteniendo la línea de los fármacos.

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 del paciente para todas aquellas prestaciones que se deriven de la primera, esto es, consulta médica, otros exámenes, entrega de fármaco

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 resolutivez 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 resolutivez.

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

³ Ver Anexo N° 1



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 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 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 de Salud estará encargado de:

- Mantener un registro rufificado 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 efectuara con corte al 31 de Agosto del año en curso. De acuerdo con los resultados obtenidos en esta evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre, si es que su cumplimiento es inferior al 60%, de acuerdo al siguiente cuadro:

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

En relación a esto último, 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.

- 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 Componente del Programa y cada indicador tendrá el mismo peso relativo.

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 30 de Agosto del año correspondiente.

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

Cada Servicio de Salud deberá informar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, acerca del cumplimiento del Programa y de cada uno de sus Componentes en las fechas establecidas a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. Lo anterior según el siguiente esquema:

a) Ingreso al Registro Estadístico Mensual (REM)

Fecha de Corte	Fecha de cierre Estadístico DEIS*
31 de Mayo	22 Junio
31 de Agosto	23 Septiembre
31 de Diciembre	23 Enero

* La información de prestaciones realizadas deberá estar ingresada en REM a la fecha de cierre del Departamento de Estadísticas e Información en Salud DEIS.

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 médica proyectada en UAPO
 - Fórmula de cálculo: $(N^{\circ} \text{ de consultas realizadas en UAPO} / N^{\circ} \text{ de consultas comprometidas en UAPO}) * 100$
 - Medio de verificación: (REM / Programa)
3. 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)
4. Indicador: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de Teledermatología
 - 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)



■ **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 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, comuna y establecimientos).

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en 2 cuotas, en representación del Ministerio de Salud.

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

El gasto que irrogue 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, la tabla de rebaja es la siguiente:

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



▪ **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)
2. Indicador: Tiempo de respuesta (realización-resultado biopsia) en cirugía trazadora; "Extirpación de nevus"
 - Fórmula de cálculo: (Fecha de solicitud de la biopsia) – (Fecha informe de resultado)
 - Medio de verificación: (Planilla web)

Observación: para efectos de reliquidación el indicador N° 2 no será considerado.

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 01 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de Enero a Diciembre de cada año, de acuerdo 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 recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en 2 cuotas, en representación del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los establecimientos dependientes del Servicio de Salud mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.

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, la tabla de rebaja es la siguiente:

Porcentaje cumplimiento de Metas por Componente	Porcentaje de Descuento de recursos 2ª cuota del (40%)
60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%
0%	Rescindir convenio



X. ANEXO N°1: Canastas Componente Resolución de especialidades ambulatorias

Canasta Oftalmología

GLOSA	CTDAD.	FREC.
Consulta integral de especialidades en Oftalmología	2	20%
Consulta integral de especialidades en Oftalmología	1	80%
Lentes	1,2	80%
Lagrimas artificiales	3 (meses)	15%
Colirios	1	5%

Canasta Otorrinolaringología

GLOSA	CTDAD.	FREC.
Consulta integral de especialidades en Otorrino	2	80%
Consulta integral de especialidades en Otorrino	1	20%
AUDIOMETRIA	1	35%
IMPEDANCIOMETRIA	1	30%
AUDIFONOS	1	30%
VIII PAR	1	5%
Fármacos otitis	1	20%
Fármacos Síndrome vertiginoso	3 meses	5%



Canasta Dermatología

GLOSA	CTDAD	FREC.
Psoriasis y Vitiligo (clobetasol , hidroxicina)	6 meses	20%
Acne Inflamatorio (doxiciclina , adapaleno)	6 meses	5%
Acne no Inflamatorio (adapaleno)	3 meses	5%
Onicomycosis (Fluconazol 150mg)	6 meses	10%
Micosis Piel Lampiña (Ciclopiroxolamina)	1 mes	5%
Rosácea eritematotelangectásica (metronidazol crema 0,75%)	3 meses	5%
Rosácea Papulomatosa y rosácea ocular (doxiciclina y metronidazol crema 0,75%)	3 meses	5%
Dermatitis (hidrocortisona 1% , hidroxicina)	1 mes	5%



COMPONENTE	PRODUCTOS ESPERADOS	INDICADORES	MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p>Componente 2: Procedimientos Cutáneos 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><u>Estrategia:</u></p> <p>A través de la implementación de las salas de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y de la capacitación de los médicos de Atención Primaria, por parte de los médicos especialistas Dermatólogos y/o Cirujanos de la Red de salud local, con protocolos y guías clínicas consensuadas, conocidas y compartidas, logrando un trabajo conjunto y colaborativo con una distribución del trabajo según complejidad, garantizando un acceso oportuno de los pacientes con patologías malignas o graves a la especialidad.</p>	<p>Cumplimiento del Objetivo Específico N° 2:</p> <p>Otorgar atención integral a pacientes que presenten patologías cutáneas de resolución quirúrgica de baja complejidad y susceptibles de ser resueltas en forma ambulatoria.</p> <p>Productos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Disminución progresiva de la lista de espera. Disminución progresiva del tiempo de espera. Incremento absoluto del número de procedimientos resolutivos a nivel local 	<p>Cumplimiento del Objetivo Específico N°2:</p> <p>Indicador 1: Cumplimiento de actividad programada</p> <p>Fórmula</p> <p>Indicador 1: (Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados / Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos) *100</p> <p>Numerador: Número Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados</p> <p>Denominador: Número de Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad comprometidos</p> <p>Indicador 2: Tiempo de respuesta (realización-resultado biopsia) en cirugía trazadora: "Extirpación de nevus"</p> <p>Fórmula Indicador 2: (Fecha de solicitud de la biopsia) - (Fecha informe de resultado)</p> <p>Numerador: Fecha de solicitud de la biopsia</p> <p>Denominador: Fecha informe de resultado</p>	<p>Medio de verificación:</p> <p>Indicador N° 1: REM /Programa</p> <p>Indicador N° 2: Planilla web</p>



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

XI. ANEXO 2: PROGRAMA RESOLUTIVIDAD EN ATENCION PRIMARIA

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 "carretera integral" para cada una de las especialidades y están dirigidas a la resolución de patologías específicas que pueden ser abordadas de manera ambulatoria.</p> <p>Estrategias:</p> <p>A) 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> <p>Oftalmología Otorrinolaringología Dermatología</p>	<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 resolutiva ▪ 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 Oftalmología</p> <p>Fórmula Indicador 1: (N° de Consultas realizadas por el Programa / N° de Consultas comprometidas en el Programa)*100</p> <p>Numerador: N° de Consultas realizadas por el Programa</p> <p>Denominador: N° de Consultas comprometidas en el Programa</p> <p>Indicador 2: Cumplimiento de la actividad médica proyectada en UAPO</p> <p>Fórmula Indicador 2: (N° de consultas realizadas en UAPO / N° de consultas comprometidas en UAPO) *100</p> <p>Numerador: N° de consultas realizadas en UAPO</p> <p>Denominador: N° de consultas comprometidas en UAPO</p> <p>Indicador 3: Cumplimiento de la actividad proyectada en Otorrinolaringología</p> <p>Fórmula Indicador 3: (N° de Consultas realizadas por el Programa / N° de Consultas comprometidas en el Programa)*100</p> <p>Numerador: N° de Consultas realizadas por el Programa</p> <p>Denominador: N° de Consultas comprometidas en el Programa</p> <p>Indicador 4: Cumplimiento de la actividad proyectada en consulta de Teleodermatología</p> <p>Fórmula Indicador 4: (N° de Consultas realizadas por el Programa / N° de Consultas comprometidas en el Programa)*100</p> <p>Numerador: N° de Consultas realizadas por el Programa</p> <p>Denominador: N° de Consultas comprometidas en el Programa</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>

