

22240



DECRETO N° 107
TEMUCO, 14 ABR. 2014

VISTOS:

- 1.- Lo dispuesto en el D.F.L N° 1-3063 de 1980, del Ministerio del Interior.
- 2.- Los D.S. N° 164 de 1981, N° 39 y N° 711 de 1987, del Ministerio de Salud.
- 3.- La Ley N° 19.378 de 1995, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
- 4.- D.A. N° 4784 del 18.12.2013, que Aprueba Presupuesto Área Salud Municipal año 2014.
- 5.- Res. Exta. N° 1576 del 28.03.2014 que aprueba Convenio Programa de Imágenes Diagnósticas en APS, suscrito el 24.02.2014, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.
- 6.- Las facultades contenidas en la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

- 1.- Apruébese, Convenio Programa de Imágenes Diagnósticas en APS, suscrito el 24.02.2014 (C. Costos 32.12.00), suscrito el 24.02.2014, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.
- 2.- Las cláusulas del referido Convenio se entienden formando parte integrante e inherente al presente Decreto.

ANÓTESE COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



JUAN ARANEDA NAVARRO
 SECRETARIO MUNICIPAL



MIGUEL BECKER ALVEAR
 ALCALDE



 GVF/MSR/EAP/CFV/elp.




- DISTRIBUCION:**
- Of. de Partes Municipal
 - Departamento de Salud



PAV/FPH



REF.: Aprueba Convenio "Programa de Imágenes Diagnósticas en APS" con **Municipalidad de Temuco.**

RESOLUCIÓN EXENTA Nº 1576

TEMUCO, 28 MAR 2014

VISTOS:

- 1.- Convenio "Programa de Imágenes Diagnósticas en APS", de fecha 24 de febrero de 2014, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la **Municipalidad de Temuco.**

CONSIDERANDO:

- 1.- Que las partes con fecha 24 de febrero de 2014, celebraron un Convenio para la ejecución del "Programa de Imágenes Diagnósticas en APS".

TENIENDO PRESENTE:

- 1.- DFL 1/05 que fija el texto refundido del DL:2763 que crea los Servicios de Salud
- 2.- DS. 140/04 Reglamento del Servicio Salud
- 3.- Reglamento de la Ley 15.076, aprobado por D.S. Nº110, de 1963, del Ministerio de Salud, modificado por el D.S. Nº908 de 1991, del mismo Ministerio
- 4.- Decreto Exento Nº 254 de 2010, que dispone orden de subrogancia de Directora del Servicio de Salud Araucanía Sur.
- 5.- Resolución 1600/08 de la Contraloría Gral. de la República,

RESOLUCION:

1.- **APRUEBASE** el Convenio "Programa de Imágenes Diagnósticas en APS", de fecha 24 de febrero de 2014, suscrito entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la **Municipalidad de Temuco**, conforme al siguiente tenor:

En Temuco a 24 de Febrero de 2014 entre el Servicio de Salud Araucanía Sur, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Prat Nº 969, Temuco, representado por su Directora Subrogante **DRA. PAOLA ALARCON VILLAGRAN**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Ilustre Municipalidad de Temuco, persona jurídica de derecho público domiciliada en calle Prat Nº 650, Temuco, representada por su Alcalde **D. MIGUEL BECKER ALVEAR** 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 Nº 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 6º del Decreto Supremo Nº 94 del 20 de Diciembre de 2013, 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 Imágenes Diagnósticas en APS.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 24 de 13 de Enero del 2014, del Ministerio de Salud. Anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

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

1. **Componente 1:** Detección precoz y oportuna de cáncer de mama en etapas In Situ I y II
2. **Componente 2:** Detección precoz y oportuna de displasia de cadera en niños y niñas de 3 meses.
3. **Componente 3:** Detección precoz y derivación oportuna de patología biliar y cáncer de vesícula.

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 \$ **140.555.328.-**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior, conforme a los montos que ha asignado el Ministerio de Salud para ello.

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 el establecimiento.

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

COMPONENTE 1	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O METAS	MONTO (\$)
Detección precoz y oportuna de cáncer de mama en etapa I y II	Mamografías EMP (Mujeres 50-54)	1692	40.132.278
	Mamografías EMP (Mujeres 55-59)	245	5.811.116
	Mamografías EMP (Mujeres 35-49, 60 y más)	515	12.215.203
	BIRADS 0: Proyección complementaria en el mismo examen	359	2.699.608
	Ecotomografía de Mama	165	3.205.427

	TOTAL COMPONENTE	64.063.632
--	-------------------------	-------------------

COMPONENTE 2	ACTIVIDAD	Número de actividades a realizar	Recursos Asociados
Detección precoz y derivación oportuna de displasia de cadera en niños y niñas de 3 meses	Radiografía de cadera	1300	10.807.928
	TOTAL COMPONENTE		10.807.928

COMPONENTE 3	ACTIVIDAD	Número de actividades a realizar	Recursos Asociados
Detección precoz y derivación oportuna de patología biliar y cáncer de vesícula	Nº Ecoabominal	2349	65.683.768
	TOTAL COMPONENTE		65.683.768

TOTAL PROGRAMA		140.555.328
-----------------------	--	--------------------

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

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 rutificado de las personas atendidas en el Programa.
- Mejorar los registros de demanda de consultas médicas de especialidades.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.

- Mejorar los registros de Listas de Espera para cada Especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud.
- Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.

Evaluación:

Se realizarán tres evaluaciones durante la ejecución del Programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al día 31 de Mayo.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de 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, de acuerdo a la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas de Programa	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%

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 del cumplimiento se realizará en forma global para el programa, por tanto todos los indicadores tendrán el mismo peso relativo, independientemente del componente a que corresponda.

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

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellos comunas que administren Salud Municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de Octubre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de 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.

El 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) A través de página Web
- b) Ingreso al Registro Estadístico Mensual (REM)
- c) Ingreso al SIGGES

Detalle:

- a) A través de planilla Web saludnet.minsal.gov.cl

Fecha de Corte	Fecha de Información de las comunas o establecimientos dependientes a la Dirección del Servicio de Salud	Fecha de Información de la Dirección del Servicio de Salud a la Subsecretaría de Redes Asistenciales
31 de Mayo	22 Junio	29 Junio
31 de Agosto	21 Septiembre	28 Septiembre
31 de Diciembre	25 Enero	31 Enero

La información anterior, será consolidada a nivel de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y se emitirán informes de cumplimiento de acuerdo a las instrucciones que emita el Subsecretario de Redes Asistenciales. La División de Atención Primaria de Salud (DIVAP) será responsable de revisar con cada Servicio de Salud los motivos del incumplimiento y establecer estrategias de mejora.

- b) Ingreso al Registro Estadístico Mensual (REM)

Fecha de Corte	Fecha de cierre Estadístico DEIS*
31 de Mayo	21 Junio
31 de Agosto	25 Septiembre
31 de Diciembre	22 Enero

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

Indicadores:

Cumplimiento del objetivo específico N° 1

Mamografía realizada a grupos de mujeres de 50 a 54 años y 55 a 59 años y otras edades con factores de riesgo (no debe ser mayor al 30% del total de las mamografías).

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación
-------------------------	------------------	--------------------	---------------------------

1. Demanda de mamografía resuelta por el Programa.	(N° de mamografías realizadas a mujeres de 50 a 54 y 55 a 59 años en el programa y otras edades con factores de riesgo)	/N° de mamografías solicitadas a mujeres de 50 a 54 y 55 a 59 años)*100	REM REM
% Cumplimiento actividad programada	(N° de mamografías realizadas a mujeres de 50 a 54 y 55 a 59 años y otras edades con factores de riesgo)	/N° de mamografías comprometidas a mujeres de 50 a 54 y 55 a 59 años y otras edades con factores de riesgo)*100	REM REM
2. % Mujeres con mamografías informadas como BI RADS 0, 1, 2, 3, 4, 5 y 6 en el Programa.	(N° mujeres con informe de mamografía BI RADS 0, 1, 2, 3, 4, 5 y 6 en el Programa.	/N° Total de mujeres con mamografías informadas en el programa) * 100	REM REM
3. % mujeres con BIRADS 0 con Mamografía y Proyección complementaria en el mismo examen	N° de mujeres con informe de Mamografía BIRADS 0 CON PROYECCIÓN	N° Total de mujeres con mamografía informada BIRADS 0	REM REM
4. Cobertura de mujeres entre 50 a 54 y 55 a 59 años con mamografía vigente ¹	(N° de mujeres de 50 a 54 y 55 a 59 años con examen de mamografía vigente cada 3 años.	N° total de mujeres inscritas o beneficiarias validada por Fonasa entre 50 a 54 y 55 a 59 años y otras edades con factores de riesgo)* 100	REM REM

Ecotomografía mamaria

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación
------------------	-----------	-------------	--------------------

¹ mamografía vigente de 3 años

SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR

DEPARTAMENTO JURIDICO

1. Demanda de ecotomografía mamaria resuelta por el Programa.	(N° de Eco tomografía mamaria realizadas en el programa a mujeres de 50 a 59 años con indicación	/N° total de eco tomografía mamaria solicitadas a mujeres de 50 a 59 años y otras edades con factores de riesgo beneficiarias validadas por Rut * 100)	REM REM
2. Cumplimiento de la Actividad comprometida	(N° de Ecotomografía mamaria realizadas en el programa a mujeres de 50 a 59 años beneficiarias validadas por Rut	/N° de eco tomografía mamaria comprometidas en mujeres de 50 a 59 años y otras edades con factores de riesgo inscritas validadas por Rut) * 100	REM REM

Cumplimiento del objetivo específico N° 2.

Radiografía de cadera

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación
Detección de displasia de caderas en niños y niñas de 3 meses	(N° de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas)	/Población de 0 años inscrita validada por Fonasa)*100	REM Población inscrita de 0 años validada por Fonasa
	(N° de niños y niñas con informe de patología de cadera en Programa	N° total de niñas y niños que se realiza radiografía de cadera en el Programa)* 100	REM REM
Cumplimiento de la Actividad comprometida	(N° de niños y niñas de 3 meses con radiografías de caderas realizadas	(N° total de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera comprometidas	REM Registro del Programa enviadas al DEIS

(*) Además se debe registrar en el SIGGES la orden de atención y la prestación, es fundamental que todas las radiografías de caderas realizadas en este grupo etáreo sean registradas en el SIGGES.

Cumplimiento del objetivo específico N° 3.

Ecotomografía abdominal

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación
1. Demanda de ecotomografía abdominal resuelta por el Programa.	(N° de Ecotomografía abdominal realizadas a personas inscritas validada de 35 y más años, en el Programa)	/N° total de ecotomografía abdominal solicitadas a personas inscritas validada de 35 y más años) * 100	REM REM
2. Cumplimiento de la Actividad comprometida	(N° de ecotomografía abdominal realizadas a personas inscritas validada de 35 y más años en el Programa)	/N° de ecotomografía abdominal comprometidas a personas inscritas validadas de 35 y más años) * 100	REM REM
3. Ecotomografía abdominal con resultado de litiasis biliar	(N° de ecotomografía abdominal realizadas en el programa a personas de 35 y más años con resultado de litiasis biliar)	/N° de Ecotomografía abdominal solicitadas realizadas en el programa a personas inscritas validas de 35 y más años) *100	REM REM

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

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, efectuando 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 Atención Primaria y Red Asistencial, no obstante lo anterior el Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su del Dpto. de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio respectivo.

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 perjuicio de lo anterior y previa rendición del saldo no ejecutado el Servicio de Salud podrá autorizar excepcionalmente y por razones fundadas, previa solicitud formal de la Municipalidad la posibilidad de que los saldos de dichos recursos sean utilizados para dar continuidad al programa, durante el plazo que se establecerá para tales efectos. Dicha autorización se formalizará mediante resolución del Servicio de Salud

Ahora bien, conforme al dictamen N° 16.037 de fecha 10.04.2008 y N° 11.189 de 2008 de la Contraloría General las partes establecen que por razones de buen servicio **las prestaciones contempladas en este convenio comenzaron a ser otorgadas en la forma pactada, el 01 de enero de 2014**, no obstante el pago estará condicionado a la total tramitación de la resolución que lo aprueba, acorde con lo señalado en los dictámenes de la Contraloría General, antes señalados.

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 9 ejemplares, quedando uno en poder de la Municipalidad, dos en el Ministerio de Salud (Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria) y el resto en poder del Servicio.

DECIMA CUARTA: La personería de Miguel Becker Alvear para actuar en representación del Municipio de Temuco, consta de acta de instalación del Concejo Municipal de fecha 06 de diciembre de 2012 y en Decreto Alcaldicio N° 4.368 de fecha de 06 diciembre de 2012. Por su parte, la personería de Paola Alarcón Villagrán, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur emana de Decreto Exento N° 254, de 2010, del Ministerio de Salud.

2.-IMPÚTESE, el gasto que irroge el presente convenio al Item N° 24-03-298 del presupuesto del Servicio según la naturaleza del mismo.

3.- NOTIFIQUESE, la presente resolución a la Municipalidad, una vez totalmente tramitada.



ANOTESE y COMUNIQUESE

Paola Alarcón Villagrán
PAOLA ALARCON VILLAGRAN
DIRECTORA SUBROGANTE
SERVICIO SALUD ARAUCANIA SUR

28.03.2014/ N° 526

DISTRIBUCIÓN:

Municipalidad
Minsal (2)
Dpto. Atención Primaria (2)
Dpto. Auditoría
Dpto. jurídico
Dpto. Finanzas
Archivo



SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR
DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y RED ASISTENCIAL
DEPARTAMENTO DE ASESORÍA JURÍDICA



CONVENIO PROGRAMA DE IMAGENES DIAGNÓSTICAS EN APS

En Temuco a 24 de Febrero de 2014 entre el Servicio de Salud Araucanía Sur, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Prat N° 969, Temuco, representado por su Directora Subrogante **DRA. PAOLA ALARCON VILLAGRAN**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Ilustre Municipalidad de Temuco, persona jurídica de derecho público domiciliada en calle Prat N° 650, Temuco, representada por su Alcalde **D. MIGUEL BECKER ALVEAR** 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° 94 del 20 de Diciembre de 2013, 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 Imágenes Diagnósticas en APS.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 24 de 13 de Enero del 2014, del Ministerio de Salud. Anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.



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

1. **Componente 1:** Detección precoz y oportuna de cáncer de mama en etapas In Situ I y II
2. **Componente 2:** Detección precoz y oportuna de displasia de cadera en niños y niñas de 3 meses.
3. **Componente 3:** Detección precoz y derivación oportuna de patología biliar y cáncer de vesícula.

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 \$ **140.555.328.-**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior, conforme a los montos que ha asignado el Ministerio de Salud para ello.

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 el establecimiento.

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

COMPONENTE 1	ACTIVIDAD	Nº DE ACTIVIDADES O METAS	MONTO (\$)
Detección precoz y oportuna de cáncer de mama en etapa I y II	Mamografías EMP (Mujeres 50-54)	1692	40.132.278
	Mamografías EMP (Mujeres 55-59)	245	5.811.116
	Mamografías EMP (Mujeres 35-49, 60 y más)	515	12.215.203
	BIRADS 0: Proyección complementaria en el mismo examen	359	2.699.608
	Ecotomografía de Mama	165	3.205.427
	TOTAL COMPONENTE		

COMPONENTE 2	ACTIVIDAD	Número de actividades a realizar	Recursos Asociados
Detección precoz y derivación oportuna de displasia de cadera en niños y niñas de 3 meses	Radiografía de cadera	1300	10.807.928
	TOTAL COMPONENTE		10.807.928



COMPONENTE 3	ACTIVIDAD	Número de actividades a realizar	Recursos Asociados
Detección precoz y derivación oportuna de patología biliar y cáncer de vesícula	Nº Ecoabominal	2349	65.683.768
	TOTAL COMPONENTE		65.683.768
TOTAL PROGRAMA			140.555.328

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

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 rutificado de las personas atendidas en el Programa.
- Mejorar los registros de demanda de consultas médicas de especialidades.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente en cada una de las especialidades, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Mejorar los registros de Listas de Espera para cada Especialidad, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las Interconsultas generadas desde la Atención Primaria de Salud.
- Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto medios de verificación.



Evaluación:

Se realizarán tres evaluaciones durante la ejecución del Programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

- **La primera evaluación**, se efectuará con corte al día 31 de Mayo.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al 31 de 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, de acuerdo a la siguiente tabla:

Porcentaje cumplimiento de Metas de Programa	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%

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 del cumplimiento se realizará en forma global para el programa, por tanto todos los indicadores tendrán el mismo peso relativo, independientemente del componente a que corresponda.

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

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellos comunas que administren Salud Municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de Octubre hacia a aquellas comunas y establecimientos dependientes de mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de 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.

El 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

06/13/17



MUNICIPALIDAD DE TERNOS
DIRECTOR
Departamento de Salud

Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. Lo anterior según el siguiente esquema:

- a) A través de página Web
- b) Ingreso al Registro Estadístico Mensual (REM)
- c) Ingreso al SIGGES

Detalle:

- a) A través de planilla Web saludnet.minsal.gov.cl

Fecha de Corte	Fecha de Información de las comunas o establecimientos dependientes a la Dirección del Servicio de Salud	Fecha de Información de la Dirección del Servicio de Salud a la Subsecretaría de Redes Asistenciales
31 de Mayo	22 Junio	29 Junio
31 de Agosto	21 Septiembre	28 Septiembre
31 de Diciembre	25 Enero	31 Enero

La información anterior, será consolidada a nivel de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y se emitirán informes de cumplimiento de acuerdo a las instrucciones que emita el Subsecretario de Redes Asistenciales. La División de Atención Primaria de Salud (DIVAP) será responsable de revisar con cada Servicio de Salud los motivos del incumplimiento y establecer estrategias de mejora.

- b) Ingreso al Registro Estadístico Mensual (REM)

Fecha de Corte	Fecha de cierre Estadístico DEIS*
31 de Mayo	21 Junio
31 de Agosto	25 Septiembre
31 de Diciembre	22 Enero

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



Indicadores:

Cumplimiento del objetivo específico N° 1

Mamografía realizada a grupos de mujeres de 50 a 54 años y 55 a 59 años y otras edades con factores de riesgo (no debe ser mayor al 30% del total de las mamografías).

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación
1. Demanda de mamografía resuelta por el Programa.	(N° de mamografías realizadas a mujeres de 50 a 54 y 55 a 59 años en el programa y otras edades con factores de riesgo)	/N° de mamografías solicitadas a mujeres de 50 a 54 y 55 a 59 años)*100	REM REM
% Cumplimiento actividad programada	(N° de mamografías realizadas a mujeres de 50 a 54 y 55 a 59 años y otras edades con factores de riesgo)	/N° de mamografías comprometidas a mujeres de 50 a 54 y 55 a 59 años y otras edades con factores de riesgo)*100	REM REM
2. % Mujeres con mamografías informadas como BI RADS 0, 1, 2, 3, 4, 5 y 6 en el Programa.	(N° mujeres con informe de mamografía BI RADS 0, 1, 2, 3, 4, 5 y 6 en el Programa.	/N° Total de mujeres con mamografías informadas en el programa) * 100	REM REM
3. % mujeres con BIRADS 0 con Mamografía y Proyección complementaria en el mismo examen	N° de mujeres con informe de Mamografía BIRADS 0 CON PROYECCIÓN	N° Total de mujeres con mamografía informada BIRADS 0	REM REM
4. Cobertura de mujeres entre 50 a 54 y 55 a 59 años con mamografía vigente ¹	(N° de mujeres de 50 a 54 y 55 a 59 años con examen de mamografía vigente cada 3 años.	N° total de mujeres inscritas o beneficiarias validada por Fonasa entre 50 a 54 y 55 a 59 años y otras edades con factores de riesgo)* 100	REM REM

Ecotomografía mamaria

Nombre	Numerador	Denominador	Medio verificación
--------	-----------	-------------	--------------------

¹ mamografía vigente de 3 años

02/03/14
 DIRECTOR
 Departamento de Salud

indicador			
1. Demanda de ecotomografía mamaria resuelta por el Programa.	(N° de Eco tomografía mamaria realizadas en el programa a mujeres de 50 a 59 años con indicación	/N° total de eco tomografía mamaria solicitadas a mujeres de 50 a 59 años y otras edades con factores de riesgo beneficiarias validadas por Rut * 100)	REM REM
2. Cumplimiento de la Actividad comprometida	(N° de Ecotomografía mamaria realizadas en el programa a mujeres de 50 a 59 años beneficiarias validadas por Rut	/N° de eco tomografía mamaria comprometidas en mujeres de 50 a 59 años y otras edades con factores de riesgo inscritas validadas por Rut) * 100	REM REM

Cumplimiento del objetivo específico N° 2.

Radiografía de cadera

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación
Detección de displasia de caderas en niños y niñas de 3 meses	(N° de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas)	/Población de 0 años inscrita validada por Fonasa)*100	REM Población inscrita de 0 años validada por Fonasa
	(N° de niños y niñas con informe de patología de cadera en Programa	N° total de niñas y niños que se realiza radiografía de cadera en el Programa)* 100	REM REM
Cumplimiento de la Actividad comprometida	(N° de niños y niñas de 3 meses con radiografías de caderas realizadas	(N° total de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera comprometidas	REM Registro del Programa enviadas al DEIS



(*) Además se debe registrar en el SIGGES la orden de atención y la prestación, es fundamental que todas las radiografías de caderas realizadas en este grupo etéreo sean registradas en el SIGGES.

Cumplimiento del objetivo específico N° 3.


Ecotomografía abdominal

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación
1. Demanda de eco tomografía abdominal resuelta por el Programa.	(N° de Ecotomografía abdominal realizadas a personas inscritas validada de 35 y más años, en el Programa)	/N° total de eco tomografía abdominal solicitadas a personas inscritas validada de 35 y más años) * 100	REM REM
2. Cumplimiento de la Actividad comprometida	(N° de ecotomografía abdominal realizadas a personas inscritas validada de 35 y más años en el Programa	/N° de eco tomografía abdominal comprometidas a personas inscritas validadas de 35 y más años) * 100	REM REM
3. Ecotomografía abdominal con resultado de litiasis biliar	(N° de ecotomografía abdominal realizadas en el programa a personas de 35 y más años con resultado de litiasis biliar	/N° de Ecotomografía abdominal solicitadas realizadas en el programa a personas inscritas validas de 35 y más años) *100	REM REM

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

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, efectuando 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 Atención Primaria y Red Asistencial, no obstante lo anterior el Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su del

04/03/14


Dpto. de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio respectivo.

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 perjuicio de lo anterior y previa rendición del saldo no ejecutado el Servicio de Salud podrá autorizar excepcionalmente y por razones fundadas, previa solicitud formal de la Municipalidad la posibilidad de que los saldos de dichos recursos sean utilizados para dar continuidad al programa, durante el plazo que se establecerá para tales efectos. Dicha autorización se formalizará mediante resolución del Servicio de Salud

Ahora bien, conforme al dictamen N° 16.037 de fecha 10.04.2008 y N° 11.189 de 2008 de la Contraloría General las partes establecen que por razones de buen servicio **las prestaciones contempladas en este convenio comenzaron a ser otorgadas en la forma pactada, el 01 de enero de 2014**, no obstante el pago estará condicionado a la total tramitación de la resolución que lo aprueba, acorde con lo señalado en los dictámenes de la Contraloría General, antes señalados.

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 9 ejemplares, quedando uno en poder de la Municipalidad, dos en el Ministerio de Salud (Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria) y el resto en poder del Servicio.

DECIMA CUARTA: La personería de Miguel Becker Alvear para actuar en representación del Municipio de Temuco, consta de acta de instalación del Concejo Municipal de fecha 06 de diciembre de 2012 y en Decreto Alcaldicio N° 4.368 de fecha de 06 diciembre de 2012. Por su parte, la personería de Paola Alarcón Villagrán, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur, emana de Decreto Exento N° 254, de 2010, del Ministerio de Salud.

26/03/14



MIGUEL BECKER ALVEAR
ALCALDE

I. MUNICIPALIDAD DE TEMUCO

TEMUCO



Paola Alarcón Villagrán

DRA. PAOLA ALARCON VILLAGRAN
DIRECTORA SUBROGANTE
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR