

608 308



DECRETO N° 288

TEMUCO, 04 JUL. 2013

VISTOS:

- 1.- Lo dispuesto en el D.F.L. N° 1-3068 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° 19.878 de 1995, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.
- 4.- Convenio "Programa de Imágenes Diagnosticas en APS", suscrito el 27 de Mayo del 2013, entre el Servicio de Salud Araucanía Sur y la Municipalidad de Temuco.
- 5.- Las facultades contenidas en la Ley N° 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades.

DECRETO:

- 1.- Apruébese, Convenio "Programa de Imágenes Diagnosticas en APS", suscrito el 27 de Mayo del 2013, 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 ARCHIVASE.



JUAN ARANEDA NAVARRO
SECRETARIO MUNICIPAL

CMF/MSR/ EAP/CFV/elp.

DISTRIBUCION:

- Of. de Partes Municipal
- Departamento de Salud



MIGUEL BECKER ALVEAR
ALCALDE





MUNICIPALIDAD DE TEMUCO
OFICINA DE PARTES
PROVIDENCIA 5051
FECHA ENTRADA 27 JUN. 2013
FBOC N° Salud
RESPONDER ANTES DE

REF: Aprueba convenio de Ejecución de Programas de Imágenes Diagnósticas en APS, con Municipalidad de Temuco.

RESOLUCIÓN EXENTA N°

2836

TEMUCO, 20 JUN 2013

MABS/FPH/JCC

VISTOS: estos antecedentes:

- 1.-Convenio de Traspaso de Establecimientos de salud, de acuerdo con las normas del D.F.L. N° 1.3063/80, del Ministerio de Salud y sus modificaciones posteriores.-
- 2.- Convenio de fecha 27 de mayo de 2013, suscrito entre la Municipalidad de Temuco y el Servicio de Salud Araucanía Sur.
- 3.-Solicitud efectuada por Dpto. de Atención primaria y Red Asistencial mediante correo electrónico.
- 4.- Programa de Imágenes Diagnósticas en APS, Aprobado por Resol. Exta. 27/13.-
- 5.-Resol. Exta. N° 445 de fecha 15.03.2013 que distribuye Recurso Programa Imágenes Diagnósticas en APS año 2013.
- 6.- Certificado de disponibilidad presupuestaria.

Y TENIENDO PRESENTE : lo dispuesto en:

- 1.-DFL N° 1 que fija texto refundido del D. L. N° 2763/1979, que crea los Servicios de Salud.
- 2.-D.S. N° 140/2004, del Ministerio de Salud.
- 3.-D.S. N°120/10, del Ministerio de Salud.-
- 4.-D. F. L N° 1/19.414/97 del M. de Salud.-
- 5.-Ley N° 18.575, sobre Bases Generales de la Administración del Estado.-
- 6.-Resolución 1600/08 de la Contraloría Gral. de la República; dicto la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1.-APRUEBASE, convenio de fecha 27 de mayo de 2013, suscrito entre el Servicio Salud Araucanía Sur y la **Municipalidad de Temuco** que se entiende parte integrante de esta Resolución, convenio que es del siguiente tenor:

En Temuco a 27 de Mayo de 2013 entre el Servicio de Salud Araucanía Sur, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Prat N° 969, Temuco, representado por su Directora **DRA. MARÍA ANGÉLICA BARRÍA SCHULMEYER**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Ilustre Municipalidad de Temuco, persona jurídica de derecho público domiciliada en domiciliada en calle Prat N° 650, Temuco, representada por su Alcalde **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° 82 del 24 de Diciembre de 2012, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades

programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Resolutividad en APS.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 27 de 22 de Enero del 2013, del Ministerio de Salud. Anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar los 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 Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de \$ 142.276.754, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura 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 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)	1648	37.950.144
	Mamografías EMP (Mujeres 55-59)	248	5.710.944
	Mamografías EMP (Mujeres 35-49, 60 y más)	503	11.583.084
	BIRADS 0: Proyección complementaria en el mismo examen	357	2.606.377
	Ecotomografía de Mama	165	3.112.065
	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	1336	10.783.713
	TOTAL COMPONENTE		10.783.713

COMPONENTE 3	ACTIVIDAD	Número de actividades a realizar	Recursos Asociados
Detección precoz y derivación oportuna de patología biliar y cáncer de vesícula	Nº Ecoabominal	2598	70.530.427
	TOTAL COMPONENTE		70.530.427

TOTAL PROGRAMA			142.276.754
-----------------------	--	--	--------------------

Se establece que los beneficiarios a atender en cada uno de los componentes especificados deberán ser aquellos provenientes de la lista espera oficial que el Servicio de Salud entregará al Municipio oportunamente, lo cuales podrá ser verificados a través de distintas modalidades de control que se dispongan.

SIXTA: 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.
- Propiciar la compra de exámenes 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 que los prestadores entreguen la información que permita:

- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa.
- Mejorar los registros de demanda de exámenes y procedimientos.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Mejorar los registros de Listas de Espera para cada procedimiento, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las órdenes de examen 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 de Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2° 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.

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.

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

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	30 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 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

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)	/N° de mamografías solicitadas a mujeres de 50 a 54 y 55 a 59 años)*100	REM BM 18 (2012), Sección K. Celdas F89 REM BS 17 (2012), P1, Celdas F183 <hr/> REM BM 18 (2012), Sección K. Celdas F88 REM BS 17 (2012), Sección P1, Celdas F182
% Cumplimiento actividad programada	(N° de mamografías realizadas a mujeres de 50 a 54 y 55 a 59 años.	/N° de mamografías solicitadas a mujeres de 50 a 54 y 55 a 59 años)*100	REM BM 18 (2012) Sección K. Celdas F89 REM BS 17 (2012), P1, Celdas F183 <hr/> Registro del Programa

2. % Mujeres con mamografías informadas como BI RADS 0, 4, 5 y 6 en el Programa.	(N° mujeres con informe de mamografía BI RADS 4, 5 y 6 en el Programa.	/N° Total de mujeres con mamografías informadas en el programa) * 100	REM BM 18 Sección K. Celda C93 REM BS 17, Sección P1. Celda C187 REM BM 18. Sección K, celda C89 REM BS17. Sección P1, Celda C183
3. % mujeres con BIRADS o con Mamografía y Proyección complementaria en el mismo examen	N° de mujeres con informe de Mamografía BIRADS O CON PROYECCIÓN	N° Total de mujeres con mamografía informada BIRADS 0	REM BM 18
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.	N° total de mujeres inscritas o beneficiarias validada por Fonasa entre 50 a 54 y 55 a 59 años)* 100	REM P12 Sección C. Celdas B45, B46 Población inscrita o beneficiaria validada Fonasa

Ecotomografía mamaria

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación
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 beneficiarias validadas por Rut * 100)	REM BM18 (2012). Sección K Celdas E96+F96+G96+H96 REM BS17 (2012). Sección P.1 Celdas E190+F190+G190+H190 ----- REM BM18 (2012). Sección K Celdas E95+F95+G95+H95 REM BS17 (2012). Sección P1. Celdas E189+F189+G189+H189
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 beneficiarias validadas por Rut) * 100	REM BM18 (2012). Sección K Celdas E96+F96+G96+H96 REM BS17 (2012). Sección P.1 Celdas E190+F190+G190+H190 ----- Registro del Programa

Cumplimiento del objetivo específico N° 2.

Radiografía de cadera

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

¹ mamografía vigente de 3 años

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 3 meses inscrita o beneficiaria validada por Fonasa)*100	REM 18 serie BM ----- Población inscrita o beneficiaria validada por Fonasa.
Cumplimiento de la Actividad comprometida	(N° de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas	(N° de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera comprometidas	REM 18 serie BM ----- Registro del Programa

(*) 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 etareo 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 Eco tomografía abdominal realizadas en el programa a personas de 35 y más años	/N° total de eco tomografía abdominal solicitadas a personas de 35 y más años) * 100	REM BM18 (2012). Sección K Celda E99,F99,G99,H99 REM BS17 (2012).Sección P.1 Celda E193,F193,G193,H193 ----- REM BM18 (2012). Sección K Celda E98,F98,G98,H98 REM BS17 (2012).Sección P.1 Celda E192,F192,G192,H192
2. Cumplimiento de la Actividad comprometida	(N° de eco tomografía abdominal realizadas en el programa a personas de 35 y más años	/N° de eco tomografía abdominal comprometidas a personas de 35 y más años) * 100	REM BM18 (2012). Sección K Celda E99,F99,G99,H99 REM BS17 (2012).Sección P.1 Celda E193,F193,G193,H193 ----- Registro del Programa
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 realizadas en el programa a personas de 35 y más años) *100	REM BM18 (2012). Sección K Celda E100,F100,G100,H100 REM BS17 (2012).Sección P.1 Celda E194,F194,G194,H194 ----- REM BM18 (2012). Sección K Celda E99,F99,G99,H99 REM BS17 (2012).Sección P.1 Celda E193,F193,G193,H193

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos al Servicio de Salud 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.

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 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, existiendo la posibilidad de prorrogarlo, si ambas partes así lo acuerdan, suscribiendo el convenio respectivo y en el evento que exista la disponibilidad presupuestaria para ello y que sus disposiciones se ajusten al programa vigente, de ser necesario. 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 2013**, 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 necesario introducirle en su operación.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio se firma en 7 ejemplares, quedando 4 en poder del Servicio de Salud, uno en el de la Municipalidad y los dos restantes en la del Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.

DECIMO 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 María Angélica Barría Schulmeyer, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur emana Decreto Supremo N°120 de 2010, del Ministerio de Salud.

3.-TRANSFIÉRASE la suma de \$142.276.754.-
para los fines señalados en el convenio.-

4.-IMPUTESE, el gasto que origina el convenio,
Item 24-03-298 del Presupuesto del Servicio Salud Araucanía Sur del año 2013.

5.-NOTIFIQUESE la presente Resolución al Sr. Alcalde de la Municipalidad, a Dpto. de Atención Primaria y Red Asistencial, remitiéndole copias íntegras de la misma y del Convenio.-



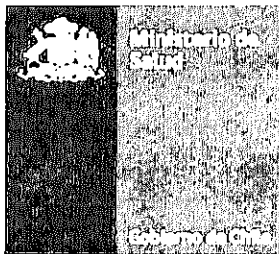
ANOTESE Y COMUNIQUESE.

D. MARIA ANGELICA BARRIA SCHULMEYER
DIRECTORA
SERVICIO SALUD ARAUCANÍA SUR

17.06.2013N°971

DISTRIBUCION:

- MUNICIPALIDAD
- DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA Y RED ASISTENCIAL
- DPTO. JURÍDICO.
- DPTO. FINANZAS.
- AUDITORÍA.
- ARCHIVO.



**SERVICIO DE SALUD
ARAUCANÍA SUR
MPN/FPH/JCC/PLC**

CONVENIO PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN APS

En Temuco a 27 de Mayo de 2013 entre el Servicio de Salud Araucanía Sur, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Prat N° 969, Temuco, representado por su Directora **DRA. MARÍA ANGÉLICA BARRÍA SCHULMEYER**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Ilustre Municipalidad de Temuco, persona jurídica de derecho público domiciliada en domiciliada en calle Prat N° 650, Temuco, representada por su Alcalde **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° 82 del 24 de Diciembre de 2012, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa de Resolutividad en APS.

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 27 de 22 de Enero del 2013, del Ministerio de Salud. Anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar los 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



04 JUN. 2013

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 Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Municipio, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$ 142.276.754**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura 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 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)	1648	37.950.144
	Mamografías EMP (Mujeres 55-59)	248	5.710.944
	Mamografías EMP (Mujeres 35-49, 60 y más)	503	11.583.084
	BIRADS 0: Proyección complementaria en el mismo examen	357	2.606.377
	Ecotomografía de Mama	165	3.112.065
	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	1336	10.783.713
	TOTAL COMPONENTE		10.783.713

COMPONENTE 3	ACTIVIDAD	Número de actividades a realizar	Recursos Asociados
Detección precoz y derivación oportuna de patología biliar y cáncer de vesícula	Nº Ecoabominal	2598	70.530.427
	TOTAL COMPONENTE		70.530.427



04 JUN. 2013

TOTAL PROGRAMA	142.276.754
-----------------------	--------------------

Se establece que los beneficiarios a atender en cada uno de los componentes especificados deberán ser aquellos provenientes de la lista espera oficial que el Servicio de Salud entregará al Municipio oportunamente, lo cuales podrá ser verificados a través de distintas modalidades de control que se dispongan.

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.
- Propiciar la compra de exámenes 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 que los prestadores entreguen la información que permita:

- Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa.
- Mejorar los registros de demanda de exámenes y procedimientos.
- Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- Mejorar los registros de Listas de Espera para cada procedimiento, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las órdenes de examen 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 de Programa	Porcentaje de Descuento de recursos
---	--



04 JUN. 2013

	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.

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.

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

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



04 JUN. 2013

31 de Agosto	21 Septiembre	28 Septiembre
31 de Diciembre	25 Enero	30 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 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

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)	/N° de mamografías solicitadas a mujeres de 50 a 54 y 55 a 59 años)*100	REM BM 18 (2012), Sección K. Celdas F89 REM BS 17 (2012), P1, Celdas F183 <hr/> REM BM 18 (2012), Sección K. Celdas F88 REM BS 17 (2012), Sección P1, Celdas F182
% Cumplimiento actividad programada	(N° de mamografías realizadas a mujeres de 50 a 54 y 55 a 59 años.	/N° de mamografías solicitadas a mujeres de 50 a 54 y 55 a 59 años)*100	REM BM 18 (2012) Sección K. Celdas F89 REM BS 17 (2012), P1, Celdas F183 Registro del Programa
2. % Mujeres con mamografías informadas como BI RADS 0, 4, 5 y 6 en el Programa.	(N° mujeres con informe de mamografía BI RADS 4, 5 y 6 en el Programa.	/N° Total de mujeres con mamografías informadas en el programa) * 100	REM BM 18 Sección K. Celda C93 REM BS 17, Sección P1. Celda C187 REM BM 18. Sección K, celda C89 REM BS17. Sección P1, Celda C183



04 JUN. 2013

3. % mujeres con BIRADS o con Mamografía y Proyección complementaria en el mismo examen	Nº de mujeres con informe de Mamografía BIRADS O CON PROYECCIÓN	Nº Total de mujeres con mamografía informada BIRADS 0	REM BM 18
4. Cobertura de mujeres entre 50 a 54 y 55 a 59 años con mamografía vigente ¹	(Nº de mujeres de 50 a 54 y 55 a 59 años con examen de mamografía vigente.	Nº total de mujeres inscritas o beneficiarias validada por Fonasa entre 50 a 54 y 55 a 59 años)* 100	REM P12 Sección C. Celdas B45, B46 Población inscrita o beneficiaria validada Fonasa

Ecotomografía mamaria

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación
1. Demanda de ecotomografía mamaria resuelta por el Programa.	(Nº de Eco tomografía mamaria realizadas en el programa a mujeres de 50 a 59 años con indicación	/Nº total de eco tomografía mamaria solicitadas a mujeres de 50 a 59 años beneficiarias validadas por Rut * 100)	REM BM18 (2012). Sección K Celdas E96+F96+G96+H96 REM BS17 (2012). Sección P.1 Celdas E190+F190+G190+H190 ----- REM BM18 (2012). Sección K Celdas E95+F95+G95+H95 REM BS17 (2012). Sección P1. Celdas E189+F189+G189+H189
2. Cumplimiento de la Actividad comprometida	(Nº de Ecotomografía mamaria realizadas en el programa a mujeres de 50 a 59 años beneficiarias validadas por Rut	/Nº de eco tomografía mamaria comprometidas en mujeres de 50 a 59 años beneficiarias validadas por Rut) * 100	REM BM18 (2012). Sección K Celdas E96+F96+G96+H96 REM BS17 (2012). Sección P.1 Celdas E190+F190+G190+H190 ----- Registro del Programa

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	(Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas	/Población de 3 meses inscrita o beneficiaria validada por Fonasa)*100	REM 18 serie BM ----- Población inscrita o beneficiaria validada por Fonasa.

¹ mamografía vigente de 3 años



04 JUN. 2013

Cumplimiento de la Actividad comprometida	(N° de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas	(N° de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera comprometidas	REM 18 serie BM ----- Registro del Programa
---	---	--	---

(*) 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 etareo 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 Eco tomografía abdominal realizadas en el programa a personas de 35 y más años	/N° total de eco tomografía abdominal solicitadas a personas de 35 y más años) * 100	REM BM18 (2012). Sección K Celda E99,F99,G99,H99 REM BS17 (2012).Sección P.1 Celda E193,F193,G193,H193 ----- REM BM18 (2012). Sección K Celda E98,F98,G98,H98 REM BS17 (2012).Sección P.1 Celda E192,F192,G192,H192
2. Cumplimiento de la Actividad comprometida	(N° de eco tomografía abdominal realizadas en el programa a personas de 35 y más años	/N° de eco tomografía abdominal comprometidas a personas de 35 y más años) * 100	REM BM18 (2012). Sección K Celda E99,F99,G99,H99 REM BS17 (2012).Sección P.1 Celda E193,F193,G193,H193 ----- Registro del Programa
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 realizadas en el programa a personas de 35 y más años) *100	REM BM18 (2012). Sección K Celda E100,F100,G100,H100 REM BS17 (2012).Sección P.1 Celda E194,F194,G194,H194 ----- REM BM18 (2012). Sección K Celda E99,F99,G99,H99 REM BS17 (2012).Sección P.1 Celda E193,F193,G193,H193

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos al Servicio de Salud 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.

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 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, existiendo la posibilidad de prorrogarlo, si ambas partes así lo acuerdan, suscribiendo el convenio respectivo y en el evento que exista la disponibilidad presupuestaria para ello y que sus disposiciones se ajusten al programa vigente, de ser necesario.

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 2013, 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 necesario introducirle en su operación.

DÉCIMA TERCERA: El presente convenio se firma en 7 ejemplares, quedando 4 en poder del Servicio de Salud, uno en el de la Municipalidad y los dos restantes en la del Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.

DECIMO 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 María Angélica Barría Schulmeyer, para representar al Servicio de Salud Araucanía Sur emana Decreto Supremo N°120 de 2010, del Ministerio de Salud.

MUNICIPALIDAD DE TEMUCO
Departamento de Salud
DIRECTOR
04 JUN 2013
MUNICIPALIDAD DE TEMUCO
ALCALDE
MIGUEL BECKER ALVEAR
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DE TEMUCO

SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR
IX REGION
DRA. MARÍA ANGÉLICA BARRÍA SCHULMEYER
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD ARAUCANIA SUR