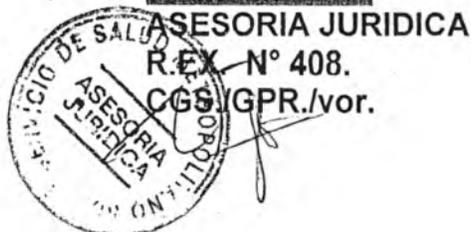
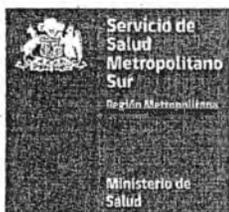


Unyolo



RESOLUCION EXENTA N° 967 /

SAN MIGUEL, 31 MAYO 2011

VISTOS:

El Libro I del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, que fijó el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, de 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469; La Ley N° 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; El Decreto N° 132, de 2011, del Ministerio de Salud, que determina aporte estatal a municipalidades que indica para sus entidades administradoras de salud municipal por periodo que señala; El Decreto N° 122, de 01 de diciembre de 2010, del Ministerio de Salud; Las facultades concedidas al suscrito por los artículos 20 y 23 del Libro I, del DFL N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, ya citado; El artículo 8° del Decreto N° 140, del 2004 de Salud, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud; La Resolución N° 1600, de 2008 de Contraloría General de la República, que fija normas sobre exención del trámite de toma de razón.

CONSIDERANDO:

Que el Ministerio de Salud aprobó por Resolución Exenta N° 52, de 11 de febrero de 2011, el "Programa de Imágenes Diagnosticas en APS", a fin de mejorar la capacidad resolutive de la Atención Primaria de Salud, mediante el apoyo de procedimientos de imagenología, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertenencia y calidad técnica, considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, con un Enfoque de Salud Familiar e Integral; Que a través de la Resolución Exenta N° 78, de 24 de Febrero de 2011, de la Subsecretaría de Redes Asistenciales se dispone recursos al referido Programa para el año 2011; Que a través de Memorándum N°540, de 25 de Abril de 2011, del Departamento Técnico en Salud, se solicita la realización de convenios para transferir recursos a las Municipalidades; El Memorándum N° 76 de 31 de Marzo de 2011, del Departamento de Finanzas, que da cuenta del certificado de disponibilidad presupuestaria; El convenio suscrito entre este Servicio y la I. Municipalidad de San Miguel, de 11 de Abril de 2011 que es necesario aprobar formalmente, dicto la siguiente

RESOLUCION

1.- APRUEBASE el siguiente convenio:

CORPORACION MUNICIPAL DE SAN MIGUEL

RECEPCIONADO EL 02/06/11

CONVENIO
PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN APS

SAN MIGUEL, Abril 11 de 2011.

Entre el **SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR**, persona jurídica de derecho público domiciliado en Avenida Santa Rosa N° 3453, comuna de San Miguel, representado por su Director **DR. MANUEL TOSO LOYOLA**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Ilustre **MUNICIPALIDAD DE SAN MIGUEL**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Gran Avenida José Miguel Carrera N° 3318, comuna de San Miguel, representada por su Alcalde **D. JULIO PALESTRO VELASQUEZ**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

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

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 52 de 11 de Febrero de 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.

SEGUNDA: 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 22 de Marzo de 2011, 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".

TERCERA: El Servicio, conviene en asignar al Municipio recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes componentes del "Programa de Imágenes Diagnosticas en APS":

- 1. Componente 1:** Detección precoz y oportuna de cáncer de mama en etapas I y II
 - Examen de mamografía y ecografía mamaria.

- 2. Componente 2:** Detección precoz y oportuna de displasia de cadera en niños y niñas de 3 meses.
 - Incorpora Radiografía de cadera en niños y niñas de 3 meses.

- 3. Componente 3:** Detección precoz y oportuna de patología biliar y cáncer de vesícula.
 - Examen de ecografía abdominal.

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 **\$17.738.318.-** (diecisiete millones setecientos treinta y ocho mil trescientos dieciocho pesos), para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

El Municipio se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el establecimiento.

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

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	META Nº	MONTO (\$)
1	COMPONENTE Nº 1.1	MAMOGRAFIAS	395	5.733.030
1	COMPONENTE Nº 1.2	ECOGRAFIA MAMARIA	119	1.397.179
TOTAL COMPONENTE Nº 1 (\$)				7.130.209
2	COMPONENTE Nº 2.1	RADIOGRAFIA DE PELVIS	631	1.930.247
TOTAL COMPONENTE Nº 2 (\$)				1.930.247
3	COMPONENTE Nº 3.1	ECOGRAFIA ABDOMINAL	514	8.677.862
TOTAL COMPONENTE Nº 3 (\$)				8.677.862
TOTAL PROGRAMA (\$)				\$ 17.738.318.-

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

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 del 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.

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
30 de Mayo	22 Junio	30 Junio
30 de Agosto	22 Septiembre	30 Septiembre
30 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	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.

INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Cumplimiento del objetivo específico N° 1.

Mamografía realizada a grupos de mujeres de (35 a 49 años MAS 55 y más años) y de 50 a 54 años.

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación
1. Demanda de mamografía resuelta por el Programa.	(N° de mamografías realizadas a mujeres de 35 a 49 MAS N° de mamografías realizadas a mujeres de 55 y más años en el programa)	/N° de mamografías solicitadas a mujeres de 35 a 49 años MAS N° de mamografías solicitadas a mujeres de 55 y más años)*100	REM BM 18, Sección J1. Celdas E85, G85, H85 REM BS 17, Sección N1, Celdas E169, G169, H169
	(N° de mamografías realizadas a mujeres de 50 a 54 años en el programa)	/N° de mamografías solicitadas a mujeres de 50 a 54 años)*100	REM BM 18, Sección J1. Celdas E84, G84, H84 REM BS 17, Sección N1, Celdas E168, G168, H168
			REM BM 18 Sección J1. Celdas F85 REM BS 17, N1, Celdas F168 REM BM 18, Sección J1. Celdas F84 REM BS 17, Sección N1, Celdas F168

2. Cumplimiento de la actividad programada	(N° de Mamografías realizadas en el programa a mujeres de 35 a 49 años MAS N° de mamografías realizadas a mujeres de 55 y más años en el programa	/N° de mamografías comprometidas a mujeres de 35 MAS N° de mamografías realizadas a mujeres de 55 y más años en el programa) * 100	REM BM 18, Sección J1. Celdas E85, G85, H85 REM BS 17, Sección N1, Celdas E169, G169, H169 Registro del Programa
	(N° de Mamografías realizadas en el programa a mujeres de 50 a 54 años	/N° de mamografías comprometidas a mujeres de 50 a 54 años) * 100	REM BM 18 Sección J1. Celdas F85 REM BS 17, N1, Celdas F168 Registro del Programa
3. Mujeres con mamografías informadas como BI RADS 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 que se realiza mamografía en el programa) * 100	REM BM 18 Sección J1. Celdas D89, E89, F89, G89, H89 REM BS 17, Sección N1. Celdas D173, E173, F173, G173, H173 REM BM 18. Sección J1, celda C85 REM BS17. Sección N1, Celda C169
4. Cobertura de mujeres entre 35 a 49 años y entre 50 a 54 años con mamografía vigente ¹	(N° de mujeres de 35 a 49 años y de 50 a 54 años con examen de mamografía vigente.	N° total de mujeres inscritas o beneficiarias validada por Fonasa entre 35 a 49 años y 50 a 54 años)* 100	Tarjetero poblacional Registro del Programa

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 35 y más años con indicación	/N° total de eco tomografía mamaria solicitadas a mujeres de 35 y más años) * 100	REM BM18. Sección J.1 Celda E92+F92+G92+H92 REM BS17. Sección N.1 Celda E176+F176+G176+H176 ----- REM BM18. Sección J.1 Celda E91+F91+G91+H91 REM BS17 Sección N1. Celda E175+F175+G175+H175
2. Cumplimiento de la Actividad comprometida	(N° de Ecotomografía mamaria realizadas en el programa a mujeres de 35 y más años con indicación	/N° de eco tomografía mamaria comprometidas en mujeres de 35 y más años) * 100	REM BM18. Sección J.1 Celda E92+F92+G92+H92 REM BS17. Sección N.1 Celda E176+F176+G176+H176 ----- Registro del Programa Planilla Web

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

¹ mamografía vigente de 3 años

NOVENA: 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: 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.

DECIMA PRIMERA: El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación de la resolución aprobatoria del mismo hasta el 31 de diciembre del año en curso.

Sin perjuicio de ello, mediante convenios complementarios podrán modificarse los montos a transferir a la Municipalidad en conformidad con el mismo, las prestaciones que éste incluye y los demás ajustes que sea necesario introducirle en su operación.

DÉCIMA SEGUNDA: El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio de Salud, uno en el de la Municipalidad y remitiéndose dos copias al Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.

2.- El gasto que demande el cumplimiento de la presente Resolución, deberá imputarse al Subtítulo 24, Ítem 03, Asignación 298, Atención Primaria Ley N° 19.378, del presupuesto de la Dirección de este Servicio de Salud.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



DR. JUAN MANUEL TOSO-LOYOLA
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR

DISTRIBUCION:

- I. Municip. de San Miguel
- A. Jurídica
- D.T.S.
- Finanzas
- MINSAL
- Of. de Partes
- Archivo.


Jessica Sánchez Pérez
MINISTRO DE FE