



DECRETO EXENTO N° 1.426 /
RETIRO, Mayo 17 de 2011-

VISTOS :

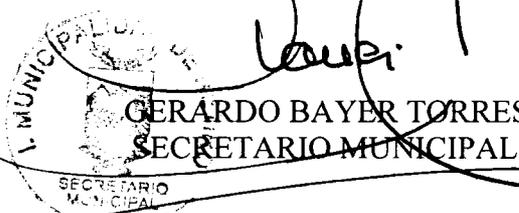
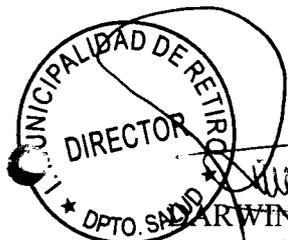
- 1.- El D.F.L. N° 1.3063 DE 1980, sobre traspaso de Servicios Públicos a las Municipalidades;
- 2.- Ley N° 19.378 del 13/04/95, que fija el texto del "Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal";
- 3.- Resolución Exenta N°1307, del Servicio de Salud del Maule, de fecha 18/04/11, que aprueba "Convenio Programa de Imágenes Diagnosticas en APS".-
- 4.- Decreto Alcaldicio N° 38 de fecha 01/03/05, que nombra Director Depto., de Salud Municipal de Retiro al Sr. Darwin Maureira Tapia.
- 5.- Decreto Exento N°2520 de fecha 28/12/04, que delega atribuciones a Directores y Jefes de Unidades Municipales
- 6.- Las facultades que me confiere la Ley N°18.695 "Orgánica Constitucional de municipalidades", D.F.L. 1/2006.-

DECRETO

1.- **APRUÉBASE**, "CONVENIO PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN APS", que se adjunta al presente Decreto, suscrito entre el S.S.M. representado por su Director Dr. Luis Felipe Puelma Calvo y la Ilustre Municipalidad de Retiro, representada por don Patricio Contreras Contreras Alcalde de la Comuna. Por un monto \$7.558.963= (siete millones quinientos cincuenta y ocho mil novecientos sesenta y tres pesos).

2.- **IMPÚTESE**, la cancelación perteneciente a la cuenta complementaria 21405, "Administración de Fondos" "Convenio Programa de Imágenes Diagnosticas en APS"

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.-



DISTRIBUCION:

- Alcaldía
- Archivo Dex. Convenios y Contratos SECMUN
- Unidad Control Interno
- Archivo Unidad de Finanzas Salud Municipal
- Archivo Personal de Salud
- Carpeta Proyecto./
- PCC/GBT/DMT-DIR/grh.-

S. RAÑOS
DECLARAN Y DERIVAN



SERVICIO DE SALUD DEL MAULE
DEPTO. ARTICULACION Y DESARROLLO DE LA RED

INT.: N° 74 / 18.04.2011

DEPARTAMENTO DE SALUD SECRETARIA	
Minuta Ingresada N°	371
Fecha	11 MAYO 2011
Hora	
Funcionario que recibe	
Observaciones	

EXENTA N° 1307 /

TALCA, 18 de Abril 2011

VISTOS Y TENIENDO PRESENTE:

Convenio "Programa de Imágenes Diagnósticas en APS 2011" suscrito con fecha 21 de Febrero del 2011, entre este Servicio de Salud y la I. Municipalidad de **RETIRO**; y lo dispuesto en los artículos 56 y 57 de la Ley 19.378; las facultades que me confieren los artículos 6, 7 y 8 del D.S. N° 140 de 2004 del Minsal; Decreto N° 108 del 14.09.2010 del Minsal; Resolución N° 1.600 de 2008 de la Contraloría General de la República.

RESUELVO

APRUÉBASE:

"CONVENIO PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN APS 2011", suscrito con fecha a 21 de Febrero del 2011, entre este Servicio de Salud y la I. Municipalidad de **RETIRO**, cuyo texto es el siguiente:

CONVENIO PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN APS

En Talca, a 21 de Febrero del 2011, entre el Servicio de Salud del Maule, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Uno Oriente N° 936, representado por su Director **DR. LUIS FELIPE PUELMA CALVO**, Médico Cirujano, Rut. N° 7.621.688-6, del mismo domicilio, en adelante el "**Servicio**" y la Ilustre Municipalidad de de **RETIRO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Av. Errazuriz N° 240 Retiro, representada por su alcalde **Don JUAN PATRICIO CONTRERAS CONTRERAS**, Rut. 7.390.071-9, de ese mismo domicilio, en adelante la "**Municipalidad**", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 132 del 27 de diciembre del 2010, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

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

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 52 del 11 de Febrero 2011.

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 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.

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
	(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 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

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. Sección J.1 Celda E96+F96+G96+H96 REM BS17. Sección N.1 Celda E180+F180+G180+H180 ----- REM BM18. Sección J.1 Celda E95,F95,G95,H95 REM BS17. Sección N.1 Celda E176,F176,G176,H176
---	---	--	---

SÉPTIMA: Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, 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.

NOVENA: El Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría.

La Municipalidad se compromete a crear cuentas complementarias por cada una de las estrategias del Programa definidas en el presente convenio, y a ingresar los movimientos que generen estas cuentas en el Sistema Administración de Convenios, software que se encuentra disponible a través de conexión Internet en la dirección <http://www.produccion.ssmaule.cl>

DÉCIMA: 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.

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

La Municipalidad se obliga al cumplimiento de las disposiciones establecidas por la Contraloría General de la República, en lo particular a la resolución N° 759 del 2003; en lo que dice relación con el envío al Servicio del respectivo comprobante de ingresos de los recursos recibidos y un informe mensual de su inversión, los que deberán ser remitidos al Dpto. Recursos Financieros del Servicio.

Lo anterior, se ratifica en Ordinario N° 5574 del 10 de Diciembre del 2009, enviado a la Municipalidad.

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

DECIMA TERCERA: La personería Jurídica del Dr. Luís Felipe Puelma Calvo consta en Decreto N° 108 del 14.09.10 del Ministerio de Salud. La personería jurídica de Don Juan Patricio Contreras Contreras, consta en Acta de instalación del Consejo Municipal de fecha 06.12.2008.

Sin perjuicio de la renovación automática del convenio, mediante convenios complementarios podrán modificarse anualmente los montos a transferir a la Municipalidad en conformidad con



SERVICIO DE SALUD DEL MAULE

CONVENIO PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN APS

En Talca, a 21 de Febrero del 2011, entre el Servicio de Salud del Maule, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Uno Oriente N° 936, representado por su Director **DR. LUIS FELIPE PUELMA CALVO**, Médico Cirujano, Rut. N° 7.621.688-6, del mismo domicilio, en adelante el "**Servicio**" y la Ilustre Municipalidad de de **RETIRO**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Av. Errazuriz N° 240 Retiro, representada por su alcalde **Don JUAN PATRICIO CONTRERAS CONTRERAS**, Rut. 7.390.071-9, de ese mismo domicilio, en adelante la "**Municipalidad**", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Se deja constancia que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, aprobado por la Ley N° 19.378, en su artículo 56 establece que el aporte estatal mensual podrá incrementarse: "En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la Municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49".

Por su parte, el artículo 6° del Decreto Supremo N° 132 del 27 de diciembre del 2010, del Ministerio de Salud, reitera dicha norma, agregando la forma de materializarla al señalar "para cuyos efectos el Ministerio de Salud dictará la correspondiente resolución".

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

El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 52 del 11 de Febrero 2011, del Ministerio de Salud. Anexo al presente convenio y que se entiende forma parte integrante del mismo, el que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

TERCERA: El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar 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 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 oportuna de patología biliar y cáncer de

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 \$ 7.558.963.-, 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:

COMPONENTE1,1	ACTIVIDAD	META N°	MONTO (\$)
	PESQUISA DE CANCER DE MAMA EN MUJERES DE 50 A 54 AÑOS	110	
	CONFIRMACIÓN Y SEGUIMIENTO CÁNCER DE MAMAS EN MUJERES 50 - 54 AÑOS	25	
	N° TOTAL DE MAMOGRAFIA DEL EMP	135	1.959.390

COMPONENTE 1,2	ACTIVIDAD	META N°	MONTO (\$)
	MAMOGRAFIAS CONFIRMACION EN MUJERES 35 Y MAS AÑOS	175	2.505.475

COMPONENTE 1,3	ACTIVIDAD	META N°	MONTO (\$)
	ECO MAMARIA MUJERES 35 AÑOS Y MÁS	21	246.561

COMPONENTE 2	ACTIVIDAD	META N°	MONTO (\$)
	Rx DE PELVIS O ULTRASONOGRAFIA DE CADERAS ANIÑOS/AS DE 3 MESES DE VIDA	158	804.694

COMPONENTE 3	ACTIVIDAD	META N°	MONTO (\$)
	ECCO ABDOMINAL	121	2.042.843

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

- 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 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 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.

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

- a) 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 años 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 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

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 3 meses inscrita o beneficiaria validada por Fonasa)*100	SIGGES (registrar la orden de atención y la prestación) ----- -- Población inscrita o beneficiaria validada por Fonasa.

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. Sección J.1 Celda E95,F95,G95,H95 REM BS17. Sección N.1 Celda E176,F176,G176,H176 ----- REM BM18. Sección J.1 Celda E94.F94,G94,H94 REM BS17 Sección N.1 Celda E175,F175,G175,H175
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. Sección J.1 Celda E95,F95,G95,H95 REM BS17. Sección N.1 Celda E176,F176,G176,H176 ----- Registro del Programa Planilla Web
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. Sección J.1 Celda E96+F96+G96+H96 REM BS17. Sección N.1 Celda E180+F180+G180+H180 ----- REM BM18. Sección J.1 Celda E95,F95,G95,H95 REM BS17. Sección N.1 Celda E176,F176,G176,H176

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, 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 podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría.

La Municipalidad se compromete a crear cuentas complementarias por cada una de las estrategias del Programa definidas en el presente convenio, y a ingresar los movimientos que generen estas cuentas en el Sistema Administración de Convenios, software que se encuentra disponible a través de conexión Internet en la dirección <http://www.produccion.smaule.cl>

DECIMA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Servicio

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.

La Municipalidad se obliga al cumplimiento de las disposiciones establecidas por la Contraloría General de la República, en lo particular a la resolución N° 759 del 2003; en lo que dice relación con el envío al Servicio del respectivo comprobante de ingresos de los recursos recibidos y un informe mensual de su inversión, los que deberán ser remitidos al Dpto. Recursos Financieros del Servicio.

Lo anterior, se ratifica en Ordinario N° 5574 del 10 de Diciembre del 2009, enviado a la Municipalidad.

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

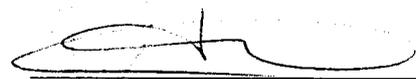
DECIMA TERCERA: La personería Jurídica del Dr. Luís Felipe Puelma Calvo consta en Decreto N° 108 del 14.09.10 del Ministerio de Salud. La personería jurídica de Don Juan Patricio Contreras Contreras, consta en Acta de instalación del Consejo Municipal de fecha 06.12.2008.

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

DÉCIMA CUARTA: El presente convenio se firma en 4 ejemplares, quedando uno 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.



JUAN PATRICIO CONTRERAS CONTRERAS
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE RETIRO



DR. LUIS FELIPE PUELMA CALVO
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD DEL MAULE



