



Gobierno
de Chile

SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO ORIENTE
DEPTO. DE ASESORIA JURIDICA
DR. HOA /MPGG/ljg

N°202

11/04/2014

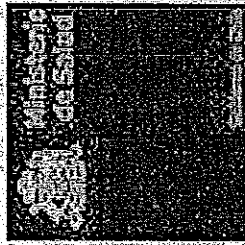
RESOLUCION EXENTA N° 0523

SANTIAGO, 14 ABR 2014

VISTOS: El interés del Ministerio de Salud en impulsar el Programa de Imágenes Diagnósticas en APS; La Resolución Exenta N° 24, de fecha 13 de Enero de 2014; la Resolución Exenta N° 393, de fecha 29 de Enero de 2014, ambas del Ministerio de Salud; lo solicitado por el Departamento de Coordinación de la Red Asistencial de este Servicio de Salud y teniendo presente lo dispuesto en el D.F.L. N°1 que fija el Texto Refundido, Coordinado y Sistemizado del Decreto Ley N°2763 de 1979 y de las leyes 18.933 y 18.469 y el Decreto Supremo N°140 de 2004, ambos del Ministerio de Salud, y la Resolución N° 520 de 1996 de la Contraloría General de la República, dicto lo siguiente:

RESOLUCION

1°.- APRUEBASE el convenio de fecha 12 de Marzo de 2014, suscrito entre el **SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE** y la **MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA**, para la ejecución del Programa de Imágenes Diagnósticas en APS, cuyo texto es el siguiente:



SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO ORIENTE
N°119

CONVENIO

PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN APS

En Santiago, a 12 de Marzo 2014, entre el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, persona jurídica de derecho público, domiciliado en Avda. Salvador N° 364, Providencia, representado por su Directora Dra. María Angélica Silva Duarte, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Ilustre Municipalidad de PROVIDENCIA, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Avda. Pedro de Valdivia N° 963, representada por su Alcaldesa JOSEFA ERRAZURIZ GUILISASTI, 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 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, enmarcadas 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° 24 de 13 de Enero de 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 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 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 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 \$31.717.471.- (treinta y un millones, 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	Mamografía EMP 50-54	477	\$ 7.322.904,00
		Mamografía EMP 55-59	200	\$ 3.070.400,00
		Mamografía otras edades con factores de riesgo	666	\$ 10.224.432,00
	COMPONENTE Nº 1.2	BIRADS 0 proyección complementada en el mismo examen	75	\$ 375.975,00
		COMPONENTE Nº 1.3	Ecografía de mama	434
		TOTAL COMPONENTE Nº 1		\$ 26.450.827
2	COMPONENTE Nº 2.1	Radiografía de caderas a los tres meses de edad	191	\$ 615.162,00
		TOTAL COMPONENTE Nº 2		\$ 615.162
3	COMPONENTE Nº 3.1	Ecografía Abdominal	238	\$ 4.651.482,00
		TOTAL COMPONENTE Nº 3		\$ 4.651.482
		TOTAL PROGRAMA		\$ 31.717.471

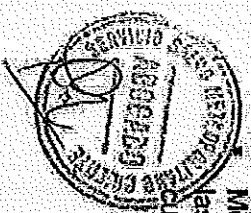
SEXTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria y cada Servicio de Salud.

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 nutrido 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 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, 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 2ª cuota del 40%
60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	50%
Entre 40,00% y 49,99%	75%
Menos del 40%	100%

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.

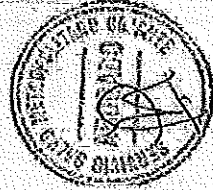
Cada Servicio de Salud deberá informar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, acerca del cumplimiento del Programa y de cada uno de sus Componentes en las fechas establecidas a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. Lo anterior según el siguiente esquema:

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

Detalle:

- 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 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	Numador	Denominador	Método 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° total 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 REM BM 18 (2012), Sección K, Celdas F88 REM BS 17 (2012), Sección P1, Celdas F182
% Cumplimiento de la actividad programada	(N° de Mamografías realizadas en el programa 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 BM 19 (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 0, 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 C99 REM BS17, Sección P1, Celda C183 REM BM 18
3. % mujeres con BI RADS 0 CON MAMOGRAFIA PROYECCION Y complementarían en el mismo examen.	(N° de mujeres con informe de Mamografía BI RADS 0 CON PROYECCION	(N° total de mujeres con mamografía informadas BI RADS 0	REM BM 18
4. % Cobertura de mujeres entre 50 a 54 y 55 a 59 años y otras edades con factores de riesgo con mamografía vigente	(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 y otras edades con factores de riesgo)*100	REM P12 Sección C, Celdas B45, B46 Población inscrita o beneficiaria validada Fonasa

Ecotomografía mamaria:

Nombre indicador	Numador	Denominador	Método 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 y otras edades con factores de riesgo beneficiarias validadas por RUT)*100	REM BM 18 (2012), Sección K, Celdas E96+ F96+ G96+ H96 REM BS 17 (2012), Sección P 1, Celdas E190+ F190+ G190+ H190 REM BM 18 (2012), Sección K, Celdas E95+ F95+ G95+ H95 REM BS17 (2012), Sección P1, Celdas E189+ F189+ G189+ H189

mamografía realizada en los últimos 3 años



2. Cumplimiento de la Actividad comprometida	(N° de Ecotomografía mamaria realizadas en el programa a mujeres de 50 a 59 años y otras edades con factores de riesgo beneficiarias validas por RUT	N° Total de eco tomografía mamaria comprometidas en mujeres de 50 a 59 años y otras edades con factores de riesgo 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	(N° de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas	Población de 3 meses inscrita o beneficiaria validada (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° total 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 etáreo sean registradas en el SIGGES.

Cumplimiento del objetivo específico N° 3.

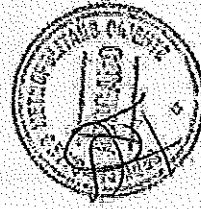
Ecotomografía abdominal

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° total de Ecotomografía abdominal solicitadas 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-H98 REM BS17 (2012), Sección P:1 Celda E193-F193-G193-H193

SEPTIMA: Los recursos serán transferidos a los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas (60% - 40%), la 1ª cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la 2ª 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 de Salud velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría, quien según su Programa Anual, efectuará revisión en base a una muestra aleatoria de convenios.



DÉCIMA: Las transferencias de recursos hacia los municipios están sujetas a rendición de fondos, según lo establecido en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contaduría General de la República.

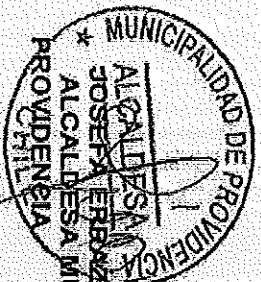
DÉCIMA PRIMERA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Servicio descontará de la transferencia regular de atención primaria, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada del Programa objeto de este instrumento, en su caso.

DÉCIMA SEGUNDA: 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 TERCERA: El presente convenio entrará en vigencia desde que se encuentre totalmente tramitado el acto administrativo que lo aprueba hasta el 31 de diciembre del año en curso.

No obstante, las partes dejan constancia que por tratarse de un programa ministerial que se ejecuta todos los años, las prestaciones descritas en éste se comenzarán a otorgar desde el 1 de enero de 2014, razón por la cual dichas atenciones se imputarán a los recursos que se transfirieron en conformidad a lo señalado en el presente convenio.

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 el Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.

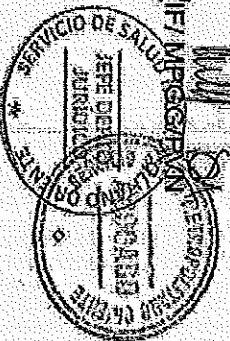


ALCALDESA
* JOSEFA ERAZO RUIZ GUILISASTI
ALCALDESA MUNICIPALIDAD DE
PROVIDENCIA



DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD
ORIENTE
* MARIA ANGELICA SILVA DUARTE
DIRECTORA SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO ORIENTE

DR. EDUARDO SITTI MIF/ MFG/SF/PAN



2°.- IMPUTESE, El gasto que irroga el presente convenio al ítem
N°24-03-298-002, ref. Municipal.



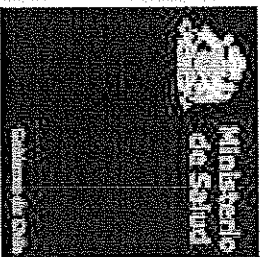
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD
ORIENTE *
* HECTOR OLGUIN ALVAREZ
DIRECTOR (S)
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE

DISTRIBUCION:

- Dirección
- Dpto. de A. Jurídica c/1 convenio original
- Dpto. Finanzas
- Auditoría
- Depto. De atención primaria Minsal c/ 1 convenio original
- DECOR
- Municipios 1 ejemplares de convenio
- Of. de Partes c/1 convenio original
- Archivo

TRANSACCION FIELMENTE
MINISTRO DE FE





SERVICIO DE SALUD
METROPOLITANO ORIENTE
N°119

CONVENIO PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN APS

En Santiago, a 12 de Marzo 2014, entre el **Servicio de Salud Metropolitano Oriente**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en Avda. Salvador N°364, Providencia, representado por su **Directora Dra. María Angélica Silva Duarte**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la Ilustre Municipalidad de **PROVIDENCIA**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Avda. Pedro de Valdivia N°963, representada por su **Alcaldesa JOSEFA ERRAZURIZ GULLISASTI**, 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 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".

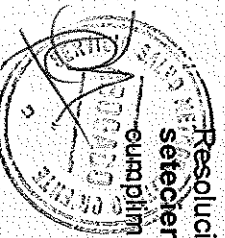
SEGUNDA: En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, enamadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio 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 de 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 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 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 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 **\$31.717.471.- (treinta y un millones, setecientos diecisiete mil, cuatrocientos setenta y un pesos)** para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.



C

C

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	Mamografía EMP 50-54	477	\$ 7.322.904,00
		Mamografía EMP 55-59	200	\$ 3.070.400,00
		Mamografía otras edades con factores de riesgo	666	\$ 10.224.432,00
	COMPONENTE Nº 1.2	BIPADS 0 proyección complementaria en el mismo examen	75	\$ 375.975,00
		COMPONENTE Nº 1.3	Ecotomografía de mama	434
TOTAL COMPONENTE Nº 1				\$ 26.450.827
2	COMPONENTE Nº 2.1	Radiografía de caderas a los tres meses de edad	131	\$ 615.162,00
		TOTAL COMPONENTE Nº 2		
3	COMPONENTE Nº 3.1	Ecotomografía Abdominal	258	\$ 4.651.482,00
		TOTAL COMPONENTE Nº 3		
TOTAL PROGRAMA				\$ 31.717.471

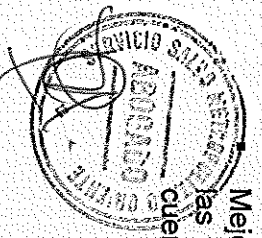
SEXTA: El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a las metas definidas por la División de Atención Primaria y cada Servicio de Salud:

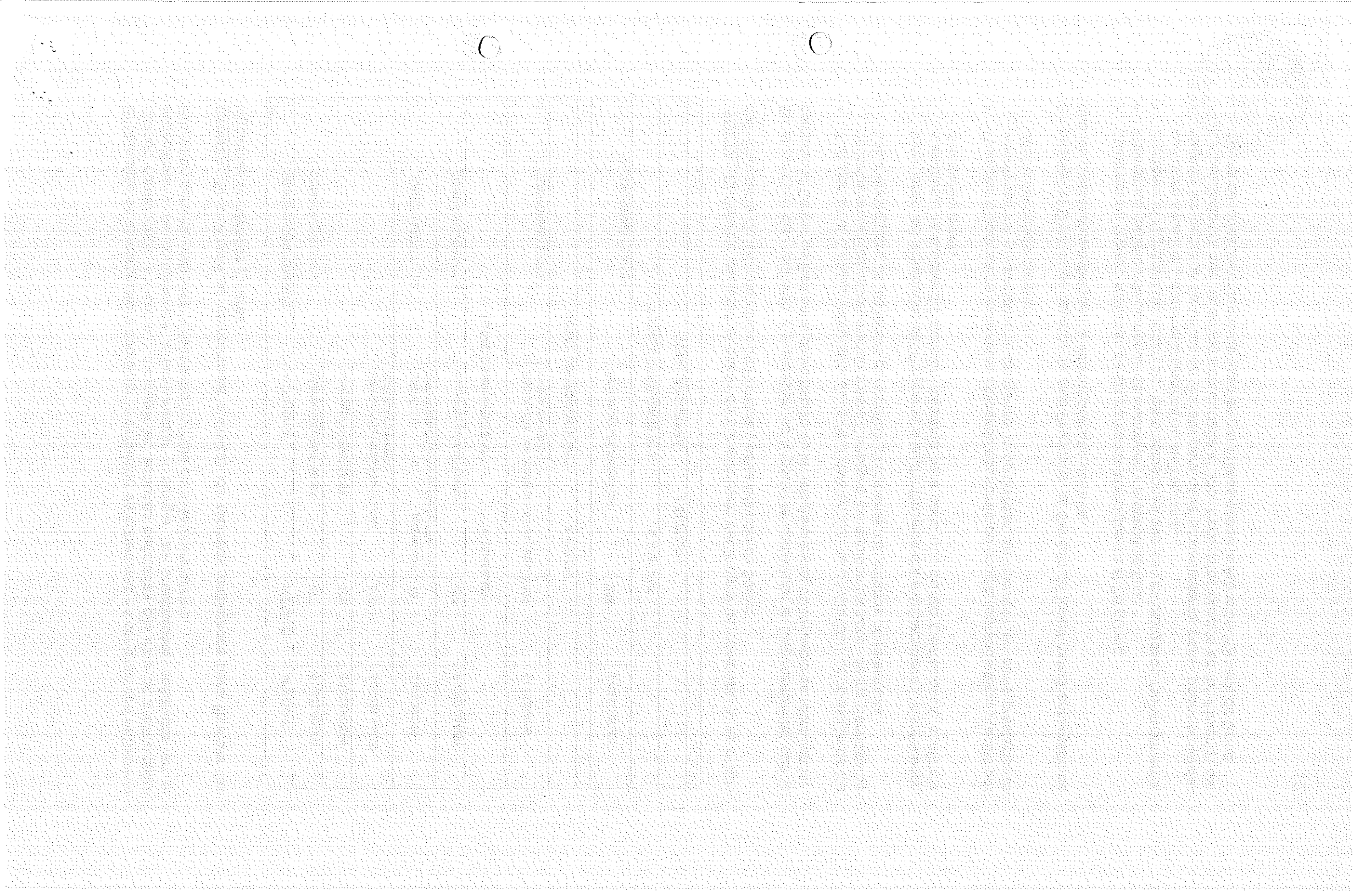
En el proceso de monitoreo y evaluación es importante considerar la responsabilidad que le compete al Gestor de Red en la coordinación de la Red Asistencial. Al respecto se recomienda:

- 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 rufificado 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 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, 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.

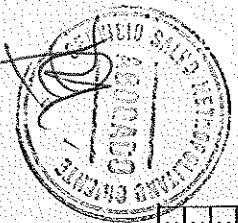
Cada Servicio de Salud deberá informar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, acerca del cumplimiento del Programa y de cada uno de sus Componentes en las fechas establecidas a la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud. Lo anterior según el siguiente esquema:

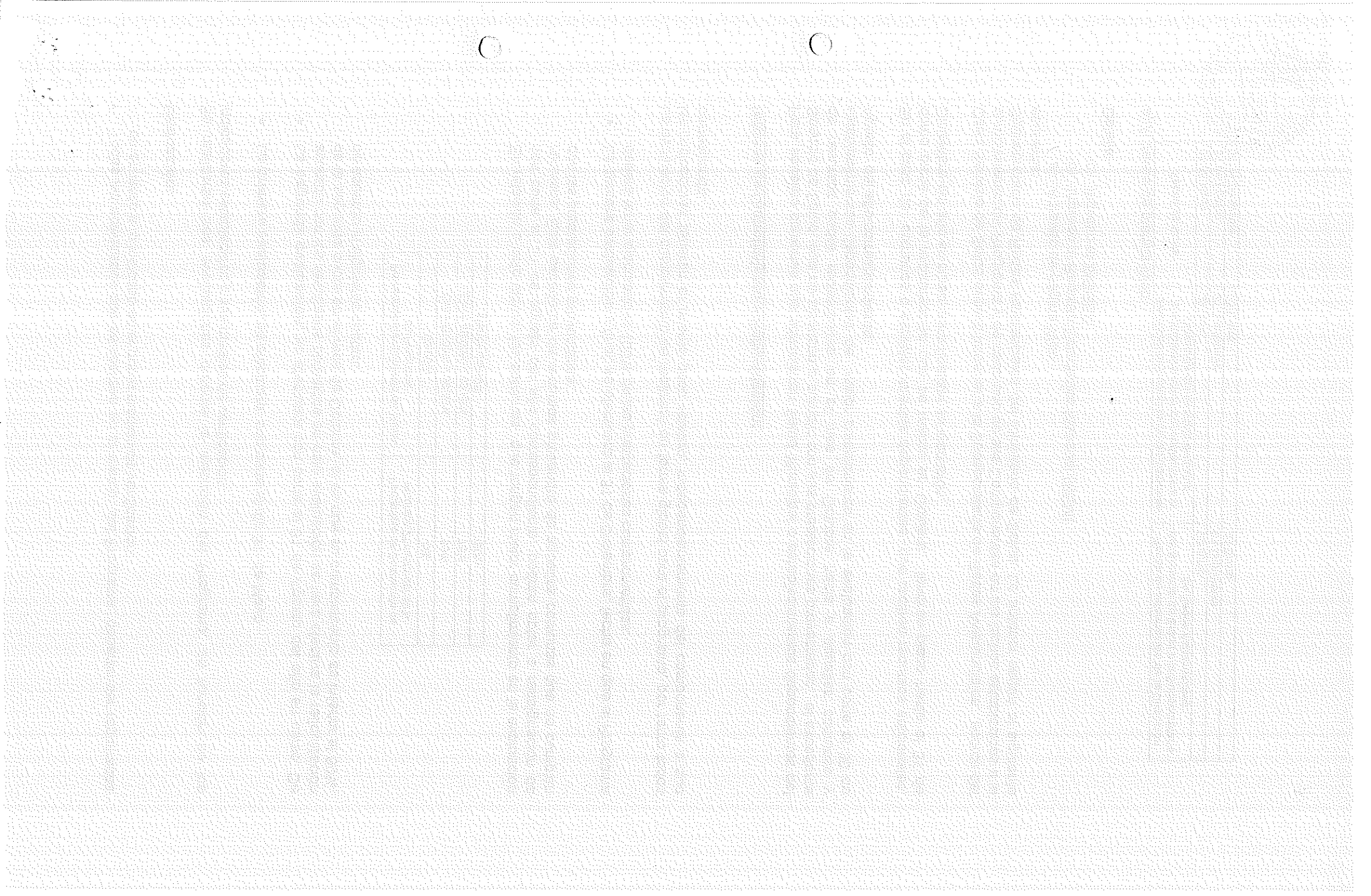
- A través de página Web
- Ingreso al Registro Estadístico Mensual (REM)
- Ingreso al SIGGES

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

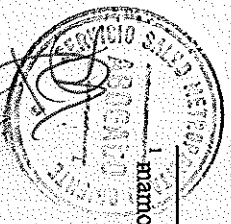
Mamografía realizada a grupos de mujeres de 50 a 54 y 55 a 59 años y otras edades con factores de riesgo (no debe ser mayor al 30% del total de las Mamografías)

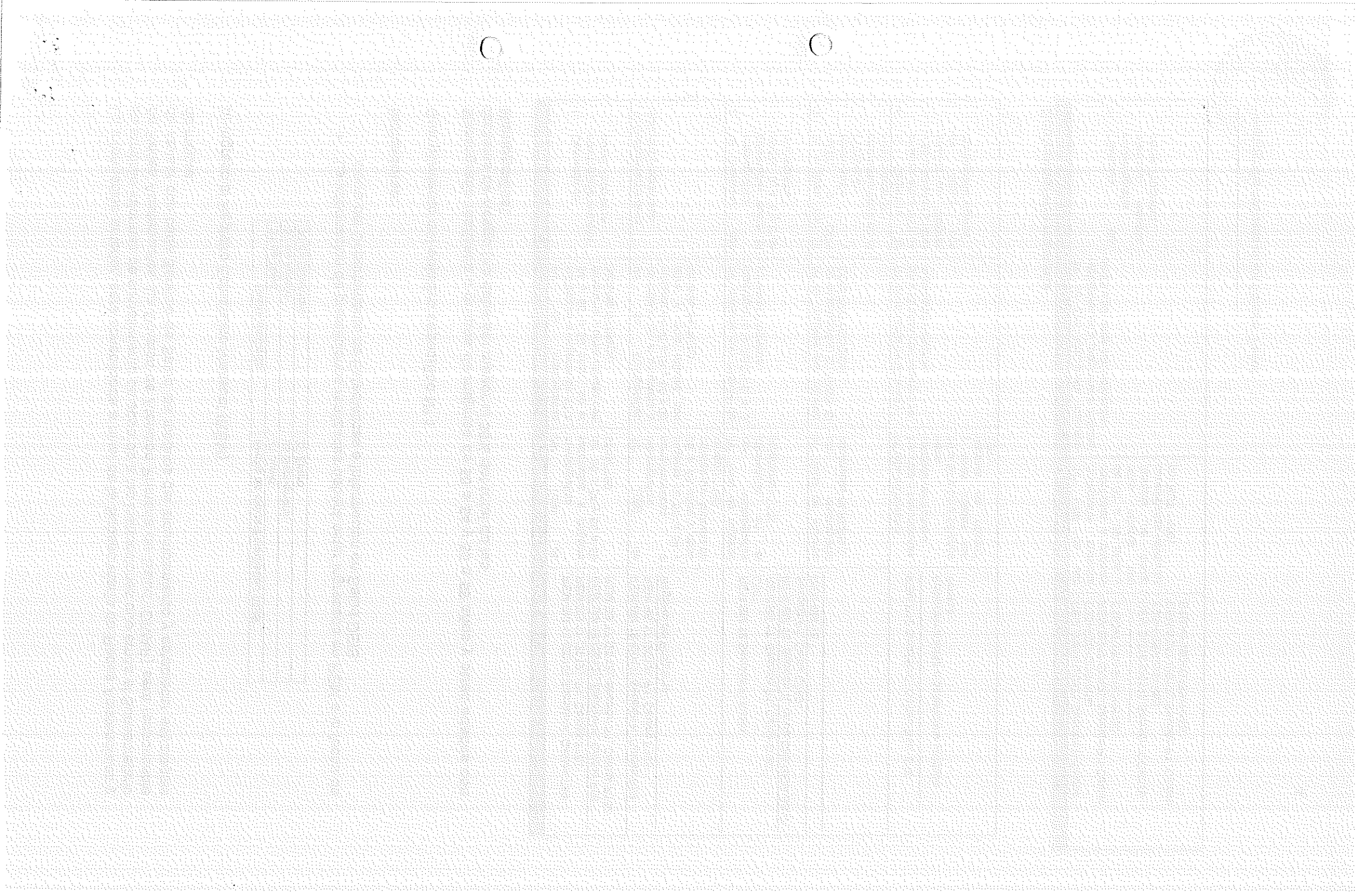
Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación
1. Demanda de mamografía resuelta por el Programa.	(N° de mamografías realizadas a mujeres de 50 a 54 y 55 a 59 años en el programa y otras edades con factores de riesgo.	N° Total de mamografías solicitadas a mujeres de 50 a 54 y 55 a 59 años)*100	REM BM 18 (2012) Sección K, Celdas F89 REM BS 17 (2012), P1, Celdas F183 REM BM 18 (2012), Sección K, Celdas F88 REM BS 17 (2012), Sección P1, Celdas F182
% Cumplimiento de la actividad programada	(N° de Mamografías realizadas en el programa a mujeres de 50 a 54 y 55 a 59 años y otras edades con factores de riesgo	N° Total de mamografías comprometidas a mujeres de 50 a 54 y 55 a 59 años y otras edades con factores de riesgo) * 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 0, 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 REM BM 18
3. % mujeres con BI RADS 0 Mamografía y Proyección complementaria en el mismo examen	N° de mujeres con informe de Mamografía BI RADS 0 CON PROYECCIÓN	N° Total de mujeres con mamografía informadas BI RADS 0	REM BM 18 Sección C, Celdas B45, B46
4. % Cobertura de mujeres entre 50 a 54 y 55 a 59 años y otras edades con factores de riesgo con mamografía vigente	(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 y otras edades con factores de riesgo)* 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 y otras edades con factores de riesgo 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

Mamografía realizada en los últimos 3 años





2. Cumplimiento de la Actividad comprometida	(N° de Ecotomografía mamaria realizadas en el programa a mujeres de 50 a 59 años y otras edades con factores de riesgos beneficiarias validas por RUT	N° Total de eco tomografía mamaria comprometidas en mujeres de 50 a 59 años y otras edades con factores de riesgo 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	(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° total de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera comprometidas	REM 18 Serie BM Programa Registro del

(*) 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.

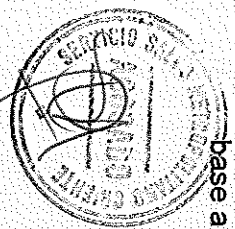
Ecotomografía abdominal

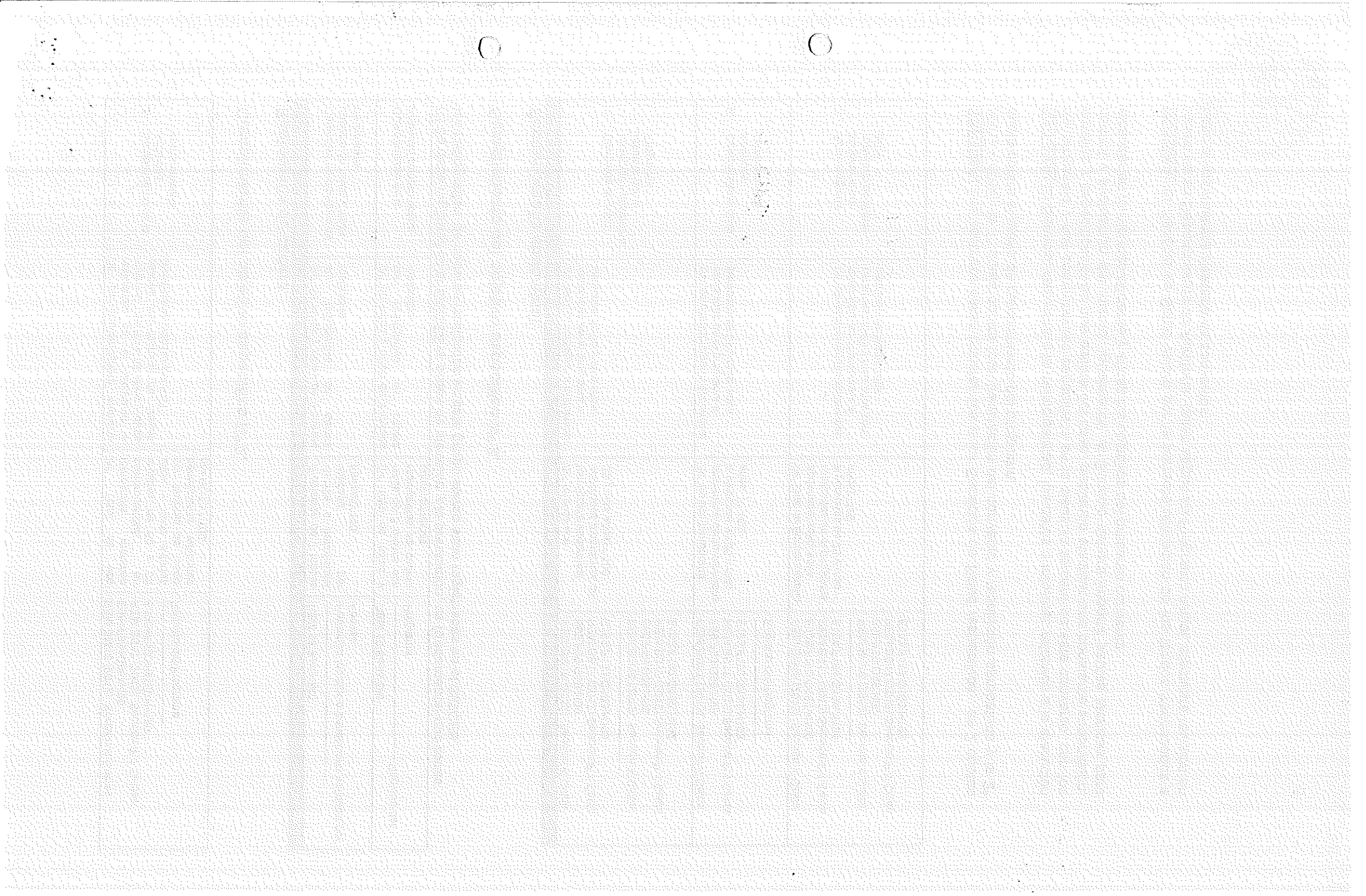
Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación
1. Demanda de eco tomografía abdominal resuelta por el Programa.	(N° de Eco tomografía abdominal realizadas en el programa a personas de 35 y más años	/N° total de eco tomografía abdominal solicitadas a personas de 35 y más años) * 100	REM BM18 (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° total de Ecotomografía abdominal solicitadas 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 a 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 de Salud velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría, quien según su Programa Anual, efectuará revisión en base a una muestra aleatoria de convenios.





DÉCIMA: Las transferencias de recursos hacia los municipios están sujetas a rendición de fondos, según lo establecido en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República.

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


DÉCIMA SEGUNDA: 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 TERCERA: El presente convenio entrará en vigencia desde que se encuentre totalmente tramitado el acto administrativo que lo aprueba hasta el 31 de diciembre del año en curso.

No obstante, las partes dejan constancia que por tratarse de un programa ministerial que se ejecuta todos los años, las prestaciones descritas en éste se comenzaron a otorgar desde el 1 de enero de 2014, razón por la cual dichas atenciones se imputarán a los recursos que se transferían en conformidad a lo señalado en el presente convenio.

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 el Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales y la División de Atención Primaria.


MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA
ALCALDESA
* JOSEFA ERRAZURIZ GUNISASTI *
ALCALDESA MUNICIPALIDAD DE PROVIDENCIA


SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE
DIRECTOR

DRA. MARÍA ANGÉLICA SILVA DUARTE
DIRECTORA SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE


DREUAR/GD/SIT/MPGG/PK

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE
JEFE DEPTO. JURIDICO
COORDINADO

185460

185269