

**ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SALUD**

DECRETO ALCALDICIO N° 0861

Quillón, 09 de Junio de 2009.

VISTOS:

Estos antecedentes; La Resolución Exenta 1C/1382 de fecha 01 de Junio de 2009, suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Quillón y el Servicio Salud Ñuble; y las facultades que me confiere la Ley N° 18.695, **ORGÁNICA CONSTITUCIONAL DE MUNICIPALIDADES**, de fecha 31 de Marzo de 1988 y sus posteriores modificaciones.

DECRETO:

1.- Apruébese "Convenio de Radiografías, para menores de un (1) año, prioritariamente, y adultos mayores de 65 años y más, con sospecha de neumonía". Las partes darán cabal cumplimiento a lo establecido en todos los puntos de respectivo convenio aprobado por el presente Decreto.

2.- Remítase copia del presente Decreto y Convenio al Departamento de Salud Municipal de Quillón.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE



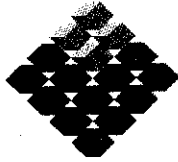
**MAURICIO ROJAS ROMAN
SECRETARIO MUNICIPAL (S)**



**JAIMÉ CATALÁN SALDÍAS
ALCALDE**

JCS/MRR/YB/smb.
DISTRIBUCIÓN

- Archivo Secretaria Municipal
- Archivo Desamu Quillón.



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD ÑUBLE

PR/MMD/ths.

9106/09
TITULO (C)

CHILLAN,

VISTOS: la necesidad de contribuir a entregar una resolución integral de las enfermedades respiratorias que afectan a niños y adultos y que sean derivados desde las Salas de Hospitalización Abreviadas (IRA-ERA), la obligación legal y constitucional de brindar salud a toda la población, el convenio de fecha 27 de abril del 2009, suscrito entre este **SERVICIO DE SALUD ÑUBLE** y la **I. MUNICIPALIDAD DE QUILLON**, lo establecido en el D.S. N° 140/04, las facultades que me confiere el D.L. N° 2.763/79, el D.S. N° 134/06, del Ministerio de Salud y la Resolución N° 1600/08, de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente:

RESOLUCION EXENTA 1C N° 01 JUN. 2009 1382

1°.- APRUEBASE el convenio de fecha 27 de abril del 2009, suscrito entre **SERVICIO DE SALUD ÑUBLE** y la **I. MUNICIPALIDAD DE QUILLON**, mediante el cual se acuerda la entrega de recursos, en dos cuotas, a esa Municipalidad, destinados a efectuar exámenes de radiografías a pacientes con enfermedades respiratorias, derivados desde las Salas de Hospitalización Abreviadas (IRA-ERA); en los términos y condiciones que allí se señalan.

2°.- El costo que irroque la presente Resolución, deberá imputarse al ítem 24.03.298.002, con cargo al Programa Rayos "X" APS, del presupuesto de la comuna.

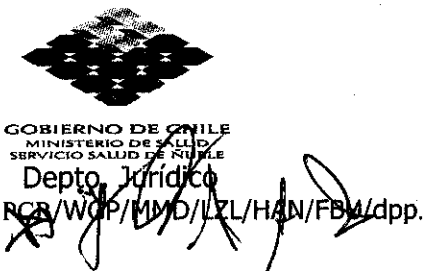
ANOTESE Y COMUNIQUESE

Comunicada a:
SUBSAL/SEREMI
I. Municipalidad/Depto. De/Salud
1B/2A/3A/4/1C



DR. IVAN PAUL ESPINOZA
DIRECTOR SERVICIO DE SALUD ÑUBLE





**CONVENIO DE RADIOGRAFÍAS, PARA MENORES DE UN (1) AÑO,
PRIORITAMENTE, Y
ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS Y MÁS, CON SOSPECHA DE NEUMONIA**

En Chillán, a **27** de abril del dos mil nueve, entre el **SERVICIO DE SALUD ÑUBLE**, persona jurídica de derecho público, representado por su Director Dr. Iván Paul Espinoza con domicilio en calle Bulnes N° 502 de Chillán, y la **I. MUNICIPALIDAD DE QUILLON**, representada por su Alcalde D. Jaime Catalán Saldías, ambos con domicilio en 18 de septiembre N° 250 de Quillón, se ha acordado celebrar un convenio que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERO: Como una forma de contribuir a la objetivación diagnóstica de la neumonía en los menores de 1 año prioritariamente, y los adultos de 65 años y más, que resultan ser los grupos etáreos de mayor riesgo frente a esta patología, el Servicio de Salud Ñuble, en virtud del presente convenio viene en entregar a la **MUNICIPALIDAD DE QUILLON**, para su establecimiento **Centro de Salud Familiar Quillón**, la suma de **\$1.458.692.- (un millón, cuatrocientos cincuenta y ocho mil, seiscientos noventa y dos pesos)**, recursos que serán destinados a realizar radiografías de tórax a los pacientes beneficiarios, de las edades descritas con sospecha de neumonía, lo que se hará efectivo dentro de los 15 días siguientes, contados desde la fecha de la resolución que apruebe este convenio, según población y necesidad de cada establecimiento de atención primaria dependiente de esa Municipalidad.

SEGUNDO: Por su parte, la Municipalidad se obliga a efectuar, para los pacientes menores de 1 año, prioritariamente, y adultos de 65 años y más, que lo requieran, los exámenes de radiografías de tórax, con el fin de certificar o descartar el diagnóstico de neumonías, comprando los servicios a un Centro Radiológico competente, es decir, que reúna las cualidades y calidades exigidas por el Ministerio de Salud, por lo que deberá estar bien centrada, con penetración adecuada, y que muestre todas las estructuras torácicas que deben ser vistas en una radiografía de tórax y, en el caso de no estar conforme, el prestador deberá repetir la radiografía sin costo. Se deberá pedir una radiografía postero-anterior y en casos muy excepcionales, una lateral, cuyo valor de referencia será de \$5.500.-, cada una de ellas.

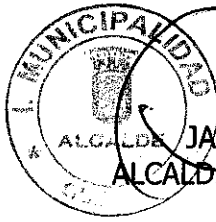
TERCERO: La Municipalidad deberá exigir al proveedor que las radiografías sean informadas por profesional médico radiólogo, dentro de las 24 horas de tomadas, independientemente de si existan o no feriados de por medio, con el fin de garantizar al paciente, un control con examen dentro de los plazos establecidos en las normas técnicas.

CUARTO: Con el fin de evaluar el cumplimiento de las actividades a nivel local, la Municipalidad deberá emitir informe mensual por correo electrónico a fernando.bustamante@redsalud.gov.cl, (DERA, Dirección del Servicio), según instructivo y formato de planilla adjunto.

QUINTO: Se deja establecido que la responsabilidad de otorgar dicha información, será del profesional kinesiólogo de las Salas IRA o ERA o MIXTAS según corresponda y, en su defecto, del profesional que para tal efecto designe el Director del Establecimiento.

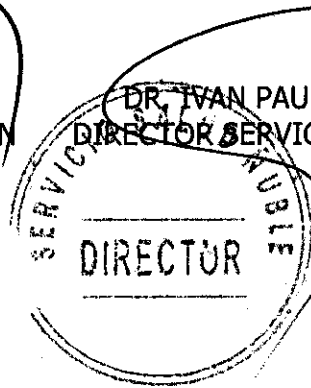
SEXTO: El presente convenio tendrá vigencia de un año, a contar de la fecha de su resolución aprobatoria.

Para constancia, firman:



JAIMÉ CATALÁN SALDÍAS
ALCALDE T. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN

CONTRATOS/iraeraxmuniquillon/dpp.



DR. IVÁN PAUL ESPINOZA
DIRECTOR SERVICIO SALUD ÑUBLE

INSTRUCTIVO DE LLENADO

- * **Servicio de Salud:** autoexplicativo
- * **Fecha:** debe anotarse el mes y año al que corresponde el informe. Ej. Jun-07
- * **Nombre:** Apellido paterno y nombre del paciente, en ese orden
- * **RUT:** anotarlo con puntos y dígito verificador. Ej 6.439.603-K
- * **Edad:** En lactantes anotar N° de meses. Desde preescolares a adultos, anotar N° de años
- * **Médico solicitante:** Apellido paterno y nombre del médico, en ese orden
- * **Diagnóstico final**
 - 1 Neumonía
 - 2 Asma
 - 3 EPOC
 - 4 SBO
 - 5 IRA alta
 - 6 Influenza
 - 7 Atelectasia
 - 8 Otro (especificar)
- * **Fecha Rx:** Solicitada: autoexplicativo - Realizada: cuándo efectivamente se informó
- * **Establecimiento:** Sala IRA o ERA que solicita la Radiografía
- * **Institución:** Hospital, CDT, centro privado u otra institución que hizo e informó la Radiografía