

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN
DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SALUD

DECRETO ALCALDICIO N° 073/

Quillón, 12 de Mayo de 2009.

VISTOS:

Estos antecedentes; La Resolución Exenta 1C/1132 de fecha 06 de Abril 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 Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal**". 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



[Handwritten signature]
MAURICIO ROJAS ROMAN
SECRETARIO MUNICIPAL (S)



[Handwritten signature]
JAME CATALÁN SALDÍAS
ALCALDE

JCS/MRR/Y *[Handwritten initials]* /smb.
DISTRIBUCIÓN

- Archivo Secretaria Municipal
- Archivo Desamu Quillón.



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO SALUD ÑUBLE

Depto. Jurídico
PRO/MMD/dpp.

CHILLAN,

VISTOS: estos antecedentes: la obligación legal y constitucional de brindar salud a toda la población, el Programa de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal, del Ministerio de Salud, el convenio de fecha 14 de abril del 2009, suscrito entre el **SERVICIO DE SALUD ÑUBLE** y la **I. MUNICIPALIDAD DE QUILLON**, las facultades que me confiere el D.S. N° 140/04, D.S. N° 134/06, ambos del Ministerio de Salud, el D.L. N° 2.763/79, y la Resolución N° 1600/08, de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente:

RESOLUCION EXENTA 1C N°/ ^{U6} 6 MAY 2009 1132

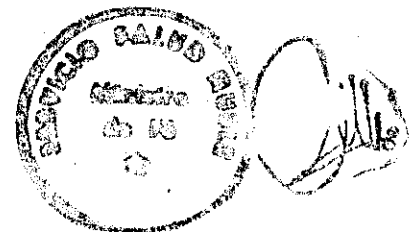
1°.- **APRUÉBASE** el convenio de fecha 14 de abril del 2009, suscrito entre este **SERVICIO DE SALUD ÑUBLE** y la **I. MUNICIPALIDAD DE QUILLON**, relacionado con el Programa de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal, cuyo objetivo es aumentar la eficacia en la gestión y administración local de salud, tendiente a proporcionar a las personas beneficiarias de la Ley N° 18.469, una mejoría en la calidad y resolutivez de las atenciones de salud; en los términos y condiciones que allí se señalan.

2°.- **IMPUTESE** el gasto que irroque la presente resolución al ítem 214.01.04 Plan Mejoramiento con cargo a dicha comuna.

ANOTESE Y COMUNIQUESE

DR. IVAN PAUL ESPINOZA
DIRECTOR SERVICIO DE SALUD ÑUBLE
DIRECTOR

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





GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
PDR/WGP/ECO/HAN/CCF/dpp.

**CONVENIO DE
APOYO A LA GESTION A NIVEL LOCAL EN
ATENCION PRIMARIA MUNICIPAL**

En Chillán, a catorce de abril del dos mil nueve, entre el **SERVICIO DE SALUD ÑUBLE**, persona jurídica de derecho público domiciliado en calle Bulnes N° 502, de Chillán, representado por su Director Dr. Ivan Paul Espinoza, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLON**, persona jurídica de derecho público, domiciliada en Dieciocho de Septiembre N° 250, de Quillón, representada por su Alcalde D. Jaime Catalán Saldías, 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° 77 de 2005, 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: El Ministerio de Salud, ha elaborado un Programa de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal, con el objeto de aumentar la eficacia en la gestión y administración local de salud tendiente a proporcionar a las personas beneficiarias de la Ley N° 18.469, una mejoría en la calidad y resolutivez de las atenciones de salud, y aprobado por resolución exenta N° 361 de 26 de enero de 2004.

TERCERA: Para este efecto, entre el Servicio y la Municipalidad se establecen las siguientes actividades con sus montos correspondientes, y que se relacionan con los objetivos establecidos en el Programa:

Patología	Exámenes	Montos asignados
Epilepsia	Hoja hepática incluye: Hemograma con plaquetas Fosfatasa alcalina GOT GPT GGT	\$554.429.-
	Niveles plasmáticos de drogas antiepilépticas	\$224.701.-

Insuficiencia Renal Crónica	Electrolitos plasmáticos	\$15.677.-
	Micro albuminuria Cuantitativa	\$372.973.-
	Creatinina cuantitativa	\$185.396.-
	Perfil lipídico	\$789.160.-
Complemento al Programa de Salud Cardiovascular	Electrolitos plasmáticos	\$88.696.-
	Microalbuminuria cuantitativa	\$532.902.-
	Hemoglobina glicosilada	\$834.817.-

CUARTA: El Servicio se obliga a transferir a la Municipalidad para el financiamiento de las actividades asociadas al Programa, la suma total de **\$3.598.751.- (tres millones quinientos noventa y ocho mil, setecientos cincuenta y un pesos)**.

QUINTA: Los recursos a que se refiere la cláusula anterior, serán transferidos por el Servicio, en representación del Ministerio de Salud, en dos cuotas, la primera correspondiente a un 60%, una vez aprobado por resolución exenta el presente convenio, y la segunda correspondiente al 40%, en el mes de octubre, previa recepción del informe con corte a agosto del 2009 del examen trazador y la sumatoria del gasto efectuado en producción o compra de exámenes, acumulado al corte de evaluación.

SEXTA: Finalizado el período de vigencia del presente convenio, el Servicio descontará de la transferencia regular de atención primaria, el valor correspondiente a la parte no ejecutada de las actividades adicionales, objeto de este instrumento.

SEPTIMA: En el caso de que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por el Servicio para los efectos de este convenio, ésta deberá asumir el mayor gasto que involucre su ejecución.

OCTAVA: Los fondos transferidos a la Municipalidad sólo podrán ser destinados a los objetivos que determina la cláusula tercera de este instrumento.

NOVENA: El Servicio, podrá requerir a la Municipalidad los datos e informes relativos a la ejecución del Programa especificado 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 podrá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio.

Los indicadores establecidos en el Programa forman parte integrante del presente convenio.

El examen trazador para este programa es **Niveles Plasmáticos de drogas antiepilépticas** y el indicador es :

Tiempo de respuesta (días) para examen trazador (Niveles Plasmáticos de drogas antiepilépticas)	Numerador	Denominador
	(Fecha solicitud de examen) – (Fecha informe de resultado examen) Nº de días promedio	Nº días mínimo y máximo

El monitoreo y la evaluación se efectuará con cortes al 30 de agosto y 30 de Diciembre. Por lo explicado, deberá implementarse por el encargado de GES del establecimiento el registro local de la planilla :

- Fecha en que el médico solicita examen de nivel plasmático de drogas
- Fecha llegada informe de resultados al centro de salud o policlínico según constancia de enfermera coordinadora
- Fecha de revisión médica de resultados según constancia en tarjetón o ficha clínica del paciente

Sugerencias de planillas

PROGRAMA : LABORATORIO COMPLEMENTO PILOTO AUGE AÑO 2008
Examen trazador: Niveles plasmaticos Drogas Antiepilecticas

MES	Fecha solicitud examen Médico	Fecha informe de resultado solicitud examen	Fecha de revisión médica
Enero			
Febrero			
Marzo			
Abril			
Mayo			
Junio			
Julio			
Agosto			
Septiembre			
Octubre			
Noviembre			
Diciembre			

DECIMA: El Servicio velará por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría.

DECIMA PRIMERA: El presente convenio tendrá vigencia hasta el 31 de Diciembre de 2009.



I. MUNICIPALIDAD
* **ALCALDE**
JAIMÉ CATALÁN SALDÍAS
ALCALDE I. MUNICIPALIDAD QUILLÓN



DR. IVÁN PAUL ESPINOZA
DIRECTOR SERVICIO SALUD ÑUBLE
SER
DIRECTOR
871