

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°/ <sup>U6</sup> 6 MAY 2009 1132

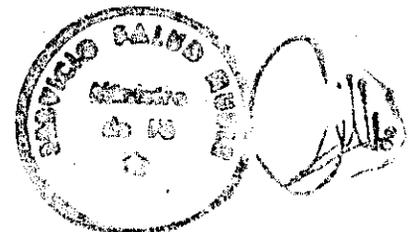
1°.- **APRUÉBASE** el convenio de fecha 14 de abril del 2009, suscrito entre este **SERVICIO DE SALUD ÑUBLE** y la **I. MUNICIPALIDAD DE QUILLON**, relacionado con el Programa de Apoyo a la Gestión a Nivel Local en Atención Primaria Municipal, cuyo objetivo es aumentar la eficacia en la gestión y administración 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 ATENCIÓN 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 <b>(Niveles Plasmáticos de drogas antiepilépticas)</b>	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 plasmáticos 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 CATALAN SALDIAS**  
**ALCALDE I. MUNICIPALIDAD QUILLÓN**



**DR. IVAN PAUL ESPINOZA**  
**DIRECTOR SERVICIO SALUD ÑUBLE**  
**DIRECTOR**