



DSD / CVA / END / sec

ORIGINAL  
DIRECCIÓN S. SALUD COQUIMBO

RESOLUCIÓN EXENTA N° 1011 /

LA SERENA, 21 MAR. 2017

Int. N°138

**VISTOS:**

El D.F.L. N° 1/05 que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.S. N°2.753 de 1979, D.S. N°140 de 2004 sobre Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, la resolución N°1.600/08 y 759/03 ambas de la Contraloría General de la República y D.S. N°22/15 del Ministerio de Salud; y

**CONSIDERANDO:**

En el marco de principios orientadores que apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, y de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud, incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante, el Ministerio de Salud, ha decidido Impulsar el Programa de Apoyo Diagnóstico Radiológico en el nivel Primario de Atención para la resolución eficiente de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC); dicto la siguiente:

**RESOLUCIÓN:**

1°.- **APRUEBASE** el Protocolo de fecha 13.03.2017 suscrito entre el **HOSPITAL DE COMBARBALA**, representada por su Directora **DRA. AMY GREEN ALVAREZ** y el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO** representado por su Director **D. ERNESTO JORQUERA FLORES**, relativo al Programa de Apoyo Diagnóstico Radiológico en el Nivel Primario de Atención para la Resolución Eficiente de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC), según se detalla en el presente instrumento.

**PROTOCOLO DE ACUERDO**

**APOYO DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN PARA LA RESOLUCIÓN EFICIENTE DE NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)**

En La Serena a....13.03.2017..... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director **ERNESTO JORQUERA FLORES**, del mismo domicilio, personería según D.S. N°22 del 23 de Febrero de 2015 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y el **HOSPITAL DE COMBARBALA**, representado por su Director **DRA. AMY GREEN ALVAREZ**, ambos domiciliados en Comercio N°800, Combarbalá, en adelante el "Hospital" o el "Establecimiento", indistintamente, se ha acordado celebrar un Protocolo de Acuerdo, que consta de las siguientes cláusulas.

**PRIMERA:** En el marco de principios orientadores que apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, y de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud, incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante, el Ministerio de Salud, ha decidido Impulsar el Programa de Apoyo Diagnóstico Radiológico en el nivel Primario de Atención para la resolución eficiente de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC).

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 1215 del 30 de Diciembre 2015** del Ministerio de Salud, que se mantiene para el 2017 según informa Ord. C51/N°3123 del Ministerio de Salud y se ha distribuido recursos a través de la **Resolución Exenta 94 del 23 de Enero 2017** del Ministerio de Salud. Ambas resoluciones se entiende forma parte integrante del mismo, el que el establecimiento se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento

**SEGUNDA:** El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar al Hospital recursos destinados a financiar el "**Programa de Apoyo Diagnóstico Radiológico en el Nivel Primario de Atención para la Resolución Eficiente de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC)**", cuyo propósito es:

Mejorar la resolutivez de la Atención Primaria frente:

- Diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC)
- Enfermedades respiratorias crónicas en usuarios beneficiarios FONASA inscritos.

Los OBJETIVOS del programa son:

**Objetivo General:**

- Contribuir a mejorar la resolutivez diagnóstica de NAC y enfermedades respiratorias crónicas en los Centros de APS.

**Objetivos Específicos:**

- Otorgar prestaciones de apoyo con radiografía de Tórax para el diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) y enfermedades respiratorias crónicas a nivel de los centros de salud de APS
- Mejorar la capacidad diagnóstica diferencial en la APS

**TERCERA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Hospital, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$ 1.162.264 para 77 radiografías de tórax.**

Hospital	Nº Rx Tórax Comprometidas	Subt. 22
H. de Combarbala	77	\$ 1.162.264

Para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior.

El Hospital 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.

**CUARTA:** El Hospital se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar el siguiente componente especificado en el Programa, que se entiende formar parte integrante de este convenio.

**Componente 1:** Acceso a Radiografía de Tórax ante sospecha clínica de neumonía y enfermedades respiratorias crónicas.

Los productos esperados son:

- (1) 100% de las radiografías comprometidas por convenio.
- (2) Otorgar una atención más cercana al territorio geográfico de los beneficiarios.

**QUINTA:** El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a lo definido en el punto "VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN"

En relación al sistema de registro, la información de prestaciones realizadas **deberá estar ingresada en el REM** correspondiente a la fecha de cierre mensual que DEIS establece.

**Evaluación:** se realizarán dos evaluaciones durante la ejecución del programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

a) **Primera Evaluación:** se efectuara con corte al **31 de Agosto del año en curso** según los registros REM.

La reliquidación se hará efectiva en el **mes de Octubre**, según el nivel de cumplimiento:

Porcentaje de Cumplimiento de Metas del Programa	Porcentaje de Descuento de Recursos de la 2ª. Cuota del 30%
60,00%	0%
Entre 50% y 59,99%	50%
Entre 40% y 49,99 %	75%
Menos del 40%	100%
Sin envío de Informe en la fecha indicada	100%

b) **Segunda Evaluación:** se efectuara con corte al **31 de Diciembre del año en curso**, fecha en que el programa deberá tener ejecutado el **100% de las prestaciones comprometidas.**

**Indicadores y Medios de Verificación**

**Indicador 1:** Proporción de Radiografías de Tórax realizadas respecto de las comprometidas.

Formula:

$$\frac{\text{Nº de Radiografías de Tórax realizadas por sospecha de neumonía y ante sospecha y seguimiento de enfermedades crónicas respiratorias}}{\text{Nº de radiografías de Tórax comprometidas}} \times 100$$

Medio de Verificación: REM

**SEXTA:** Los recursos serán transferidos al Hospital, en 2 cuotas (70% - 30%), la 1º cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la 2º cuota contra el grado de cumplimiento del programa.

**SEPTIMA:** El Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos. Para tal efecto, el Hospital estará obligado de enviar al Servicio un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual y final de su inversión. Este informe deberá incluir, al menos: la individualización del personal contratado para su ejecución, con indicación del establecimiento en donde se desempeñan, profesión u oficio y número de horas contratadas y/o destinadas para los fines señalados. El referido informe mensual deberá remitirse dentro de los quince (15) primeros días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, incluso respecto de aquellos meses en que no exista inversión de los fondos traspasados, y deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión y el saldo disponible para el mes siguiente.

**OCTAVA:** Será responsabilidad del Hospital, velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en las diferentes unidades de Salud. Lo anterior, independientemente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar, si así fuera el caso, en términos aleatorios, a través del Departamento de Auditoría del Servicio.

Sin perjuicio de lo anterior, las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, en particular en lo señalado en su numeral 5.2 que: "el Organismo Público receptor estará obligado a enviar a la Unidad otorgante un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual de su inversión, que deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible para el mes siguiente.

Y en su numeral 5.4: los Servicios de Salud no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a la administración de terceros, mientras la persona o institución que debe recibirlos no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta de la inversión de los fondos ya concedidos.

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

**DÉCIMA:** El presente convenio rige desde la fecha de la total tramitación de la resolución que lo apruebe y hasta el **31 de diciembre del 2017**

Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a que se refiere este convenio comenzaron a ser otorgadas el **1º de enero de 2017**, por razones de buen servicio, atendido lo señalado en los dictámenes N° N°16.037/08 y N° 11.189/08, ambos de la Contraloría General y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N° 19.880, toda vez que las actividades pactadas que se han realizado desde el 1º de enero del año en curso, han producido y producen consecuencias favorables para las personas y no lesionan derechos de terceros, ya que se trata de un Programa de Salud de Continuidad cuya suspensión, hubiese traído aparejada graves perjuicios para la salud de los pacientes beneficiarios legales.

**DÉCIMA PRIMERA:** El presente Protocolo de acuerdo se firma en un ejemplar, quedando en poder del Servicio de Salud.

Firmas ilegibles

**DRA. AMY GREEN ALVAREZ**  
DIRECTORA  
HOSPITAL COMBARBALA

**D. ERNESTO JORQUERA FLORES**  
DIRECTOR  
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

**ANOTESE Y COMUNIQUESE.**



**ERNESTO JORQUERA FLORES**  
DIRECTOR  
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

**DISTRIBUCIÓN:**

- Archivo



## PROTOCOLO DE ACUERDO

### APOYO DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN PARA LA RESOLUCIÓN EFICIENTE DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC)

13 MAR. 2017

En La Serena a..... entre el **SERVICIO DE SALUD COQUIMBO**, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle Avenida Francisco de Aguirre N°795, La Serena, representado por su Director **ERNESTO JORQUERA FLORES**, del mismo domicilio, personería según D.S. N°22 del 23 de Febrero de 2015 del Ministerio de Salud, en adelante el "Servicio" o el "Servicio de Salud", indistintamente, y el **HOSPITAL DE COMBARBALA**, representado por su Director **DRA. AMY GREEN ALVAREZ**, ambos domiciliados en Comercio N°800, Combarbalá, en adelante el "Hospital" o el "Establecimiento", indistintamente, se ha acordado celebrar un Protocolo de Acuerdo, que consta de las siguientes cláusulas.

**PRIMERA:** En el marco de principios orientadores que apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, y de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud, incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante, el Ministerio de Salud, ha decidido Impulsar el Programa de Apoyo Diagnóstico Radiológico en el nivel Primario de Atención para la resolución eficiente de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC).

El referido Programa ha sido aprobado por **Resolución Exenta N° 1215 del 30 de Diciembre 2015** del Ministerio de Salud, que se mantiene para el 2017 según informa Ord. C51/N°3123 del Ministerio de Salud y se ha distribuido recursos a través de la **Resolución Exenta 94 del 23 de Enero 2017** del Ministerio de Salud. Ambas resoluciones se entiende forma parte integrante del mismo, el que el establecimiento se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento

**SEGUNDA:** El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar al Hospital recursos destinados a financiar el "**Programa de Apoyo Diagnóstico Radiológico en el Nivel Primario de Atención para la Resolución Eficiente de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC)**", cuyo propósito es:

Mejorar la resolutivez de la Atención Primaria frente:

- Diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC)
- Enfermedades respiratorias crónicas en usuarios beneficiarios FONASA inscritos.

Los OBJETIVOS del programa son:

**Objetivo General:**

- Contribuir a mejorar la resolutivez diagnóstica de NAC y enfermedades respiratorias crónicas en los Centros de APS.

**Objetivos Específicos:**

- Otorgar prestaciones de apoyo con radiografía de Tórax para el diagnóstico de Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) y enfermedades respiratorias crónicas a nivel de los centros de salud de APS
- Mejorar la capacidad diagnóstica diferencial en la APS

**TERCERA:** Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio de Salud, conviene en asignar al Hospital, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual y única de **\$ 1.162.264 para 77 radiografías de tórax.**

Hospital	N° Rx Tórax Comprometidas	Subt. 22
H. de Combarbala	77	\$ 1.162.264

Para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la clausura anterior.

El Hospital 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.

**CUARTA:** El Hospital se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar el siguiente componente especificado en el Programa, que se entiende formar parte integrante de este convenio.

**Componente 1:** Acceso a Radiografía de Tórax ante sospecha clínica de neumonía y enfermedades respiratorias crónicas.

Los productos esperados son:

- (1) 100% de las radiografías comprometidas por convenio.
- (2) Otorgar una atención más cercana al territorio geográfico de los beneficiarios.

**QUINTA:** El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, conforme a lo definido en el punto "VII. MONITOREO Y EVALUACIÓN"

En relación al sistema de registro, la información de prestaciones realizadas **deberá estar ingresada en el REM** correspondiente a la fecha de cierre mensual que DEIS establece.

**Evaluación:** se realizarán dos evaluaciones durante la ejecución del programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación.

- a) **Primera Evaluación:** se efectuara con corte al **31 de Agosto del año en curso** según los registros REM.

La reliquidación se hará efectiva en el **mes de Octubre**, según el nivel de cumplimiento:

Porcentaje de Cumplimiento de Metas del Programa	Porcentaje de Descuento de Recursos de la 2ª. Cuota del 30%
60,00%	0%
Entre 50% y 59,99%	50%
Entre 40% y 49,99 %	75%
Menos del 40%	100%
Sin envío de Informe en la fecha indicada	100%

- b) **Segunda Evaluación:** se efectuara con corte al **31 de Diciembre del año en curso**, fecha en que el programa deberá tener **ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas**.

#### Indicadores y Medios de Verificación

**Indicador 1:** Proporción de Radiografías de Tórax realizadas respecto de las comprometidas.

Formula:

$$\frac{\text{Nº de Radiografías de Tórax realizadas por sospecha de neumonía y ante sospecha y seguimiento de enfermedades crónicas respiratorias}}{\text{Nº de radiografías de Tórax comprometidas}} \times 100$$

Medio de Verificación: REM

**SEXTA:** Los recursos serán transferidos al Hospital, en 2 cuotas (70% - 30%), la 1º cuota contra total tramitación del convenio y resolución aprobatoria y la 2º cuota contra el grado de cumplimiento del programa.

**SEPTIMA:** El Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados a través de su Departamento de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución Nº 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos. Para tal efecto, el Hospital estará obligado de enviar al Servicio un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual y final de su inversión. Este informe deberá incluir, al menos: la individualización del personal contratado para su ejecución, con indicación del establecimiento en donde se desempeñan, profesión u oficio y número de horas contratadas y/o destinadas para los fines señalados.

El referido informe mensual deberá remitirse dentro de los quince (15) primeros días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, incluso respecto de aquellos meses en que no exista inversión de los fondos traspasados, y deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión y el saldo disponible para el mes siguiente.

**OCTAVA:** Será responsabilidad del Hospital, velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en las diferentes unidades de Salud. Lo anterior, independientemente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de las revisiones que pudiese efectuar, si así fuera el caso, en términos aleatorios, a través del Departamento de Auditoría del Servicio.

Sin perjuicio de lo anterior, las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 759 de 2003, de la Contraloría General de la República, en particular en lo señalado en su numeral 5.2 que: "el Organismo Público receptor estará obligado a enviar a la Unidad otorgante un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual de su inversión, que deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión realizada y el saldo disponible para el mes siguiente.

Y en su numeral 5.4: los Servicios de Salud no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a la administración de terceros, mientras la persona o institución que debe recibirlos no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta de la inversión de los fondos ya concedidos.

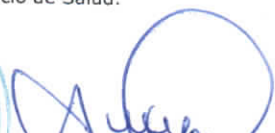
**NOVENO:** El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, en el caso que el Hospital se exceda de los fondos destinados por el Servicio para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

**DÉCIMA:** El presente convenio rige desde la fecha de la total tramitación de la resolución que lo apruebe y hasta el **31 de diciembre del 2017**

Sin perjuicio de lo anterior, se deja constancia por las partes, que las actividades a que se refiere este convenio comenzaron a ser otorgadas el **1º de enero de 2017**, por razones de buen servicio, atendido lo señalado en los dictámenes N° N°16.037/08 y N° 11.189/08, ambos de la Contraloría General y lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley N° 19.880, toda vez que las actividades pactadas que se han realizado desde el 1º de enero del año en curso, han producido y producen consecuencias favorables para las personas y no lesionan derechos de terceros, ya que se trata de un Programa de Salud de Continuidad cuya suspensión, hubiese traído aparejada graves perjuicios para la salud de los pacientes beneficiarios legales.

**DÉCIMA PRIMERA:** El presente Protocolo de acuerdo se firma en un ejemplar, quedando en poder del Servicio de Salud.



  
DRA. AMY GREEN ALVAREZ  
DIRECTORA  
HOSPITAL COMBARBALA



  
D. ERNESTO JORQUERA FLORES  
DIRECTOR  
SERVICIO DE SALUD COQUIMBO

  
DSD/CAA/CVA/JVO/END