



I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD
QUILLÓN

DECRETO ALCALDICIO N° 143/

Quillón, 14 de julio de 2010.

VISTOS:

- La Resolución Exenta IC/2160 de fecha 09 de Julio de 2010, que aprueba convenio, suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Quillón y el Servicio de Salud Ñuble.
- La Ley N° 18.695, **ORGANICA CONSTITUCIONAL DE MUNICIPALIDADES**, de fecha 31 de Marzo de 1988 y sus posteriores modificaciones.

DECRETO:

1. Apruébese “Convenio Radiografías, para Menores de un (1) año, Prioritadamente y Adulto Mayores de 65 años y mas, con sospecha de Neumonía”.
2. La Municipalidad de Quillón, a través del Departamento de Salud Municipal, dará estricto cumplimiento a lo establecido en todos los puntos del presente convenio.
3. Remítase copia del presente Decreto y Convenio al Departamento de Salud Municipal de Quillón.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y REGÍSTRESE


HECTOR MONSALVE CASTILLO
SECRETARIO MUNICIPAL (S)


ALCALDE JAIME CATALAN SALDIAS
ALCALDE

JCS/IIMC/Y  jsb.
DISTRIBUCIÓN:

- Archivo Departamento Salud de Quillón.
- Archivo Secretaria Municipal de Quillón.



Depto. Jurídico
PDR/MMD/th.s.

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 09 de junio del 2010, 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° 62/09, del Ministerio de Salud y la Resolución N° 1600/08, de la Contraloría General de la República, dicto la siguiente:

09 JUL 2010 2160

RESOLUCION EXENTA 1C N°

1°.- APRUEBASE el convenio de fecha 09 de junio del 2010, suscrito entre **SERVICIO DE SALUD ÑUBLE** y la **I. MUNICIPALIDAD DE QUILLON**, mediante el cual el Servicio viene en entregar a la Municipalidad recursos que serán destinados exclusivamente para realizar radiografías de tórax para los pacientes menores de 1 año, prioritariamente, y adultos de 65 años y más, que lo requieran; en los términos y condiciones que allí se señalan.

2°.- El costo que irroque la presente resolución, deberá imputarse al ítem 24.03.298, con cargo al Programa Radiografías de Tórax, del presupuesto de la comuna.



ANOTESE Y COMUNIQUESE

DR. IVAN PAUL ESPINOZA
DIRECTOR SERVICIO DE SALUD ÑUBLE

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





Gobierno de
CHILE
Ministerio de Salud

Depto. Jurídico

PR/WQP/MMD/LZL/HAN/FBU/thb

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 nueve de junio del dos mil diez, 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 Dieciocho de Septiembre N° 250, de Quillon, 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**, la suma de **\$2.239.551.-** (Dos millones doscientos treinta y nueve mil quinientos cincuenta y un pesos), para su establecimiento Centro de Salud Familiar de Quillon, recursos que serán destinados exclusivamente para realizar radiografías de tórax con informe emitido por radiólogo y/o compra de servicios del informe de profesional médico radiólogo 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 y justificados, la lateral por médico IRA/ERA, cuyo valor de referencia será de \$6.500.-, 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.

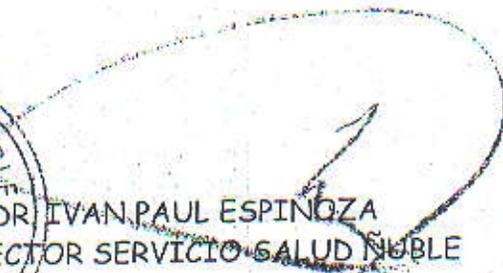
CUARTO: Con el fin de evaluar el cumplimiento de las actividades a nivel local, la Municipalidad deberá emitir informe mensual por correo electrónico a fernando.bustamante@redsalud.gov.cl, (DERA, Dirección del Servicio), según instructivo y formato de planilla adjunto.

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:


 **ALCALDE I. MUNICIPALIDAD DE QUILLÓN**
JAI ME CATALAN SALDIAS


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

INSTRUCTIVO DE LLENADO

- * **Servicio de Salud:** autoexplicativo
- * **Fecha:** debe anotarse el mes y año al que corresponde el informe. Ej. Jun-10
- * **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

INSTRUCTIVO DE LLENADO

- * **Servicio de Salud:** autoexplicativo
- * **Fecha:** debe anotarse el mes y año al que corresponde el informe. Ej. Jun-10
- * **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