

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

SECRETARÍA MUNICIPAL

APRUEBA CONVENIO c/SERVICIO DE SALUD

“IMÁGENES DIAGNÓSTICAS”

DECRETO ALCALDICIO N° 2027

DALCAHUE, 13 de agosto de 2024

**VISTOS:** La Resolución Exenta N° 4549 del Servicio de Salud Chiloé, que Aprueba Convenio suscrito con fecha 14 de mayo de 2024; el Decreto Alcaldicio N° 548 del 07 de marzo de 2022, que nombra titular en el cargo de Alcalde de la Comuna a don ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR basado en la sentencia firme y ejecutoriada Causa Rol 1459-2021; los Artículos 2°, 56 y siguientes de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, texto refundido.

DECRETO:

**APRUÉBASE:** En todos sus puntos el “*Convenio Imágenes Diagnósticas*” suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, representada por su Alcalde don Alex Waldemar Gómez Aguilar y el Servicio de Salud Chiloé representada por el Directora doña Marcela Cárcamo Hemmelmann y mediante el cual se transfiere a la Municipalidad de Dalcahue la suma anual y única de \$49.947.000.- (cuarenta y nueve millones novecientos cuarenta y siete mil pesos) en dos cuotas, correspondiendo la primera cuota al 70% del monto total y asciende a la suma de \$34.962.900.- (treinta y cuatro millones novecientos sesenta y dos mil novecientos pesos).



~~CLARA INÉS VERA GONZÁLEZ~~

SECRETARIA MUNICIPAL

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR

ALCALDE DE LA COMUNA

**DISTRIBUCIÓN:**

- Dirección Administración y Finanzas
- Corporación Municipal
- Secretaría Municipal
- Concejo Municipal
- Control Interno
- Oficina Transparencia
- Of. Partes

## RESOLUCION EXENTA N°

4549 ✓

CASTRO, 14 MAYO 2024

**VISTOS ESTOS ANTECEDENTES:** El **Convenio Imágenes Diagnósticas**, suscrito con fecha 10 de abril de 2024 entre el **Servicio de Salud Chiloé y la Ilustre Municipalidad de Dalcahue**; Resolución Exenta N° 248 del 16 de marzo de 2023, que aprueba el Programa **Imágenes Diagnósticas**, Resolución Exenta N° 72 del 26 de enero de 2024, que aprueba los recursos 2024 para el Programa, ambas del Ministerio de Salud; lo dispuesto en el D.F.L. N° 29 de 2005 del Ministerio de Hacienda, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado de la Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo; DFL N° 1de 2006 del Ministerio de Salud, que fija texto refundido, coordinado y sistematizado del D.L. N° 2.763 de 1979; Ley 19.378; Ley 20.229 de 2007 que otorga facultades para la creación del Servicio de Salud Chiloé; Ley 18.575 de Bases Generales de la Administración del Estado; Decreto Supremo N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento de los Servicios de Salud; D.F.L. N° 1 del 13 de febrero de 2008 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial el 28 de junio de 2008, que crea el Servicio de Salud Chiloé; lo previsto en la Resolución N° 7 del 2019 y Resolución N° 14 del 2022, ambas de la Contraloría General de la República y D.A. N° 49 de fecha 13 de diciembre de 2022, del Ministerio de Salud. **CONSIDERANDO:** 1.- Resolución Exenta N° 72 del 26 de enero de 2024, que aprueba los recursos 2024 para el Programa. 2.-Que es necesario aprobar y transferir recursos en base al presupuesto 2024, para financiar el Programa de Reforzamiento Imágenes Diagnósticas 2024, cuyo propósito es Reducir la morbi-mortalidad asociada a algunos problemas de salud prevalentes en la población chilena, mediante el aumento de la capacidad resolutive de atención primaria con exámenes de imagenología de tamizaje poblacional y específicos para la detección 3.-Que, El Servicio ha modificado cláusulas del convenio para ajustarse a la legislación vigente, acoger alcances de la Contraloría Regional de los Lagos y perfeccionar el cumplimiento del mismo. 4.- Dado lo anteriormente expuesto, es que a este Servicio de Salud le asiste la necesidad de aprobar el Convenio "Imágenes Diagnósticas" suscrito con fecha 10 de abril de 2024 entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, ajustándose a la distribución de recursos establecidos en Resolución Exenta N° 72 del 26 de enero de 2024 del Ministerio de Salud. 5.- Que, en base a lo razonado anteriormente se debe necesariamente dejar sin efecto la Resolución Exenta N° 671 del 07 de febrero de 2022 y Resolución Exenta N° 2849 del 13 de abril de 2023, ambas del **Servicio de Salud Chiloé**. 6.-En mérito de los argumentos antes indicados, acogiendo razones de buen servicio, y a fin de que produzca todos sus efectos como en derecho corresponde, dicto lo siguiente:

**RESOLUCIÓN**

1. **APRUÉBASE, "CONVENIO IMÁGENES DIAGNÓSTICAS"** suscrito con fecha 10 de abril de 2024, entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, en virtud del cual el Servicio de Salud Chiloé conviene en asignar recursos, los que han sido aprobados mediante Resolución Exenta N° 72 del 26 de enero de 2024, del

**CONVENIO**  
**PROGRAMA IMÁGENES DIAGNÓSTICAS**  
**ENTRE**  
**ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**  
**Y**  
**SERVICIO DE SALUD CHILOÉ**

En Castro a 10 de abril de 2024 entre el **Servicio de Salud Chiloé**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.979.210-6, domiciliado en calle O'Higgins N° 504, en la ciudad de Castro, representado por su Directora **D. Marcela Cárcamo Hemmelmann**, del mismo domicilio, en adelante el "**Servicio**" y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**, corporación autónoma de derecho público RUT N° 69.230.300-8, domiciliada en Calle Pedro Montt N°105, de la comuna de Dalcahue, representada por su Alcalde **D. Alex Waldemar Gómez Aguilar**, 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° 35 del 26 de diciembre de 2016, 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".

Por último, se indica que, mediante la dictación de Resolución Exenta N°01858 de fecha 15 de septiembre de 2023, de la Contraloría General de la República de Chile, se instaura el uso obligatorio del Sistema de Rendición electrónica de Cuentas (SISREC) por parte de los Servicios Públicos y Municipalidades que transfieren recursos públicos imputados a los subtítulos 24 y 33 del clasificador presupuestario.

**SEGUNDA:** En el marco de la Reforma de Salud, cuyos principios orientadores apuntan a la Equidad, Participación, Descentralización y Satisfacción de los Usuarios, de las prioridades programáticas, emanadas del Ministerio de Salud y de la modernización de la Atención Primaria e incorporando a la Atención Primaria como área y pilar relevante en el proceso de cambio a un nuevo modelo de atención, el Ministerio de Salud, ha decidido impulsar el Programa:

Programa Imágenes Diagnósticas aprobado por Resolución Exenta N° 248 del 16 de marzo de 2023, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N° 72 del 26 de enero de 2024, ambas del Ministerio de Salud.

Además, si se disponen, se complementa con las Orientaciones Técnicas del Programa. El Programa y sus Orientaciones Técnicas, de estar disponibles, se entienden forma parte integrante del convenio; el que la "Municipalidad" se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento, el que se encuentra disponible en la página WEB institucional del "Servicio" (<https://sschl.redsalud.gob.cl/>).

**TERCERA:** De las orientaciones técnicas. El Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar el cumplimiento Programa según lo siguiente:

## 1. ANTECEDENTES

El modelo de atención Integral de salud<sup>1</sup>, impulsado con la Reforma de Salud del año 2005, transita desde un modelo centrado en la atención cerrada (intrahospitalaria) a un modelo que promueve y potencia la resolución ambulatoria de los problemas de salud, sin descuidar la atención hospitalaria cerrada, fortaleciendo la atención primaria, aumentando su capacidad resolutoria y poniendo énfasis en las acciones de promoción y prevención. Para aquello establece un modelo de gestión que articula sus estrategias sobre la base de los siguientes tres ejes:

- Fortalecimiento de atención primaria de salud.
- Transformación hospitalaria.
- Rearticulación de la red asistencial.

A su vez, el primer eje, relacionado con el fortalecimiento de atención primaria de salud promueve:

- Detección precoz de factores de riesgo.
- Diagnóstico y tratamiento precoz (poblacional e individual), eficaz y basado en evidencia, mediante programas integrales, específicos y de alcance territorial.
- Acceso de la atención primaria a exámenes y procedimientos diagnósticos que se realizaban en atención especializada.

De esta manera, surge este programa de salud, que viene a dar respuesta a este nuevo modelo, mediante la detección precoz y el diagnóstico oportuno de algunos problemas de salud que, de no ser detectados por este Programa de cobertura territorial en atención primaria, generarían mayor derivación al nivel secundario de especialidad, mayores costos para el sistema sanitario ante diagnósticos tardíos, y también mayores gastos de bolsillo y mayores desplazamientos de los usuarios hacia un establecimiento hospitalario.

## 2. FUNDAMENTACIÓN

En el caso de algunos motivos de consulta frecuentes en atención primaria, toda sospecha diagnóstica requerirá complementarse con exámenes y procedimientos que forman parte de los procesos de soporte de atención. Por esta razón, se implementa este Programa en APS, que si bien, no resuelve por sí solo la brecha existente, permite, junto a otras estrategias, facilitar el acceso y la oportunidad de detección precoz de algunas patologías que cuentan con exámenes de imagenología eficaces y respaldados por la evidencia y que además han sido incorporados dentro de las garantías de acceso del régimen de Garantías Explícitas en Salud, en adelante GES, que para el caso del sistema público, deben estar disponibles en la Atención Primaria de Salud:

### 2.1 DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA:

En mujeres chilenas, durante el período 2009-2018, la primera causa de muerte por cáncer corresponde a cáncer de mama, con una Tasa estandarizada de mortalidad de 11,8 muertes por 100.000 mujeres. En segundo, tercero y cuarto lugar se ubican: cáncer de tráquea-bronquios-pulmón, cáncer de estómago y cáncer de vesícula con tasas de 9,4; 8,4 y 7,9 muertes por 100.000 mujeres respectivamente<sup>2</sup>.

En cuanto a Tasa de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) en mujeres, los cinco cánceres que generaron las mayores tasas en Chile, para la década 2009-2018, fueron

<sup>1</sup> Ministerio de Salud, Chile, 2005. Modelo de atención Integral de salud. Disponible en <http://www.bibliotecaminisal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>

<sup>2</sup> Ministerio de Salud, Chile, 2020. Departamento de Epidemiología. Informe de Vigilancia de Cáncer. Análisis de Mortalidad. Década 2009-2018. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/10/VF-Informe-Mortalidad-Cancer-2009-2018.pdf>

cáncer de mama nuevamente en primer lugar, seguido por: cáncer de tráquea-bronquios-pulmón, cáncer de vesícula, cáncer cervicouterino y cáncer de estómago, con tasas iguales a 250,6; 137,9; 137,5; 127,8 y 121,2 años de vida potencial perdidos por 100.000 mujeres respectivamente<sup>3</sup>.

Por estas razones, en Chile el cáncer de mama en mayores de 15 años de edad fue incorporado como problema de salud al primer Régimen de Garantías Explícitas en Salud del año 2005, resguardándose garantía de acceso y oportunidad desde la sospecha de cáncer con resultado de mamografía alterado o en caso de evidencia clínica de cáncer<sup>4</sup>, para lo cual, la mamografía, considerada base del tamizaje para la detección de cáncer de mama<sup>5</sup>, fue garantizada cada 3 años, en mujeres de 50 a 59 años de edad en el contexto del Examen Médico Preventivo GES.

Para dar respuesta a dicha Ley, se incorpora el tamizaje trienal de mamografía en Atención Primaria, mediante financiamiento a través de este Programa de reforzamiento, a partir del mismo año, ampliando progresivamente el rango etario de mujeres, más allá de lo garantizado por GES, desde los 50 hasta los 69 años de edad al 2022, conforme a las nuevas recomendaciones internacionales que han ido surgiendo.

A fines del año 2021, el Ministerio de Salud publica la actualización de la Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Mama<sup>6</sup>, donde el único rango etario con recomendación de tamizaje fuerte y moderada certeza de evidencia, es el de 50-69 años, resultando todos los rangos etarios inferiores y superiores, con sugerencias de tamizaje condicional a favor, pero con certeza de evidencia baja.

Respecto a la periodicidad del tamizaje, la misma actualización de la Guía de Práctica Clínica solo revisa la periodicidad anual, por sobre la trienal, en el mismo rango etario, resultando solo una recomendación condicional a favor con nivel de evidencia moderada.

Sin embargo, en la misma línea, en documento de posición de la Organización Mundial de la Salud, respecto al tamizaje de mamografía, se establece "*En entornos con recursos limitados y sistemas de salud relativamente robustos, la OMS sugiere organizar programas de tamizaje por mamografía de base poblacional en mujeres de 50-69 años, con pruebas cada 2 años, solamente, si se dan las condiciones para su implementación. En estos entornos, la OMS recomienda en contra del tamizaje por mamografía en mujeres de 40 a 49 y de 70 a 75 años*"<sup>7</sup>.

La recomendación de periodicidad cada 2 años en el mismo rango etario es también respaldada por las siguientes sociedades internacionales: U.S. Preventive Services Task Force<sup>8</sup>, American College of Obstetricians and Gynecologists<sup>9</sup>, American College

<sup>3</sup> Ministerio de Salud, Chile, 2021. Departamento de Epidemiología. Informe de Vigilancia de Cáncer. Análisis de Mortalidad Prematura y AVPP por Cáncer. Década 2009-2018. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/Informe-Mortalidad-Prematura-y-AVPP-por-C%C3%A1ncer-2009-2018.pdf>

<sup>4</sup> <https://augs.minsal.cl/problemasdesalud/index/8>

<sup>5</sup> Ministerio de Salud, Chile, 2015. Actualización Guía Clínica GES Cáncer de mama. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/GPC-CaMama.pdf>

<sup>6</sup> Ministerio de Salud, Chile, 2021. Actualización Guía Práctica Clínica GES Cáncer de mama. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-augs-o-ges/guias-da-practica-clinica/cancer-de-mama/resumen-efectivo/>

<sup>7</sup> World Health Organization. WHO Position Paper on Mammography Screening, 2014. Disponible en: [www.paho.org/cancer](http://www.paho.org/cancer)

<sup>8</sup> Siu AL; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine* 2016;164(4):279-296.

<sup>9</sup> Committee on Practice Bulletins Gynecology. Practice bulletin number 179: Breast cancer risk assessment and screening in average-risk women. *Obstetrics and Gynecology* 2017;130(1):e1-e16.

of Physicians<sup>10</sup> y American Academy of Family Physicians<sup>11</sup>.

De esta manera, conforme a la nueva evidencia disponible, a partir del año 2023, el Programa cambia la periodicidad del tamizaje mamográfico, de 3 a 2 años, en el mismo grupo objetivo de mujeres de 50 a 69 años de edad, considerando también a mujeres de otras edades, con alto riesgo para cáncer de mama, cuyos factores de riesgo mayores se encuentran descritos en la Guía Clínica GES de cáncer de mama<sup>12</sup> del Ministerio de Salud y sus eventuales actualizaciones posteriores:

- Portadores de mutaciones de alta penetrancia en los genes BRCA1 y BRCA2, además de otras mutaciones en otros genes, aún desconocidos.
- Historia familiar: Familiares de 1º o 2º grado con cáncer de mama bilateral; cáncer mamario antes de los 50 años sin mutaciones demostradas; familiares con cáncer de mama en dos generaciones; cáncer de mama y ovario; familiar varón con cáncer de mama. Se recomienda investigar la historia familiar de cáncer en tres generaciones sucesivas.
- Radioterapia de tórax antes de los 30 años de edad por cáncer, usualmente de origen linfático.
- Antecedentes de lesiones histológicas precursoras: hiperplasias atípicas, neoplasia lobulillar in situ, atipia plana.
- Antecedente personal de cáncer de mama: En mujeres mayores de 40 años con antecedente personal de cáncer de mama, el riesgo relativo de un nuevo cáncer fluctúa entre 1.7 y 4.5. Si la mujer es menor de 40 años el riesgo relativo se eleva a 8.0.
- Densidad mamográfica aumentada (controversial): El aumento de la densidad mamográfica mamaria ha sido identificada como factor de riesgo de cáncer de mama en diferentes publicaciones.

También, el Programa incluye el financiamiento de los exámenes complementarios a la mamografía tales como ecotomografía mamaria y proyecciones, en los casos en que el resultado de la mamografía lo amerite, para permitir concluir el estudio imagenológico de las mujeres.

## 2.2 DETECCIÓN PRECOZ DE DISPLASIA LUXANTE DE CADERAS (DLC):

De acuerdo a lo señalado en la Guía clínica GES<sup>13</sup> del Ministerio de Salud:

*"La displasia luxante de caderas (DLC) corresponde a una alteración en el desarrollo de la cadera, que afecta, en mayor o menor grado, a todos los componentes mesodérmicos de esta articulación. Hay retardo en la osificación endocondral del hueso ilíaco y fémur y alteración del cartilago articular, y posteriormente, de músculos, tendones y ligamentos.*

*Se clasifica, según grado de severidad, como leve o displasia, moderada o subluxación y severa o luxación. Esta última, debe distinguirse del término de "cadera inestable", que es aquella cabeza femoral que se puede desplazar y reducir dentro del acetábulo mediante ciertas maniobras y que no constituye una verdadera luxación.*

<sup>10</sup> Qaseem A, Lin JS, Room AM, Horwitch CA, Wilt TJ. Screening for breast cancer in average-risk women: Statement from the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine* 2019;170(8):547-560.

<sup>11</sup> American Academy of Family Physicians. Summary of recommendations for clinical preventive services, 2016. Available from: [http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient\\_care/clinical\\_recommendations/cps-recommendations](http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations).

<sup>12</sup> Ministerio de Salud, Chile, 2015, Actualización Guía Clínica GES Cáncer de mama. Disponible en <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/GPC-CaMama.pdf>

<sup>13</sup> Ministerio de Salud, Chile, 2010. Guía clínica Displasia Luxante de Cadera: Diagnóstico y tratamiento precoz. Disponible en: <http://www.bibliotecaminisal.cl/wp-content/uploads/2016/04/Displasia-de-Cadera.pdf>

*El niño(a) puede nacer con una DLC de cualquier grado, y si no se diagnostica y/o trata precozmente, evoluciona hacia una forma más grave. No obstante, un porcentaje de ellos puede ir a la resolución espontánea.*

*La DLC es una de las enfermedades ortopédicas más comunes, afectando a un 0.1 a 3 % de la población. Su incidencia varía, según presencia o ausencia de factores de riesgo, entre 1,5 a 20,7 por cada 1.000 nacidos vivos. Aunque en la mayoría de los casos no se identifican factores de riesgo, la presencia de uno o más de ellos, aumenta significativamente la probabilidad de presentarla, pudiendo llegar hasta un 12% en recién nacidos de sexo femenino, con antecedente de presentación podálica.*

*En Chile su incidencia se estima en 1 cada 500 a 600 recién nacidos vivos, para las formas de subluxación y luxación, lo que se traduce entre 400 y 460 casos al año a lo largo del país. Dado que en Chile los RNV son alrededor de 230.000 anuales (INE 2005), si consideramos las alteraciones leves del desarrollo de la cadera que se pesquisan por clínica y se confirman por radiografía y/o ecografía, la incidencia llega al 2 a 3 % de lactantes, es decir 4.600 a 6.900 niños.*

*Si esta patología no se corrige en forma adecuada, causará discapacidad física importante en la adultez. El éxito del tratamiento se basa en el diagnóstico precoz. Se considera un diagnóstico oportuno, con posibilidades de lograr normalidad después del tratamiento a aquel que se efectúa hasta los 3 meses de edad<sup>14</sup>.*

Por la misma razón, este problema de salud se encuentra incorporado en el régimen GES, con garantía de acceso y oportunidad desde el tamizaje, el cual se debe realizar mediante una radiografía de caderas a todos los lactantes de 3 meses de vida<sup>14</sup>.

Para dar respuesta a este Régimen de Garantías en el sistema público, se incorpora el tamizaje radiográfico mediante este Programa de reforzamiento en la Atención Primaria.

### **2.3 DETECCIÓN PRECOZ DE PATOLOGÍA BILIAR Y CÁNCER DE VESÍCULA:**

En Chile el cáncer de vesícula ocupa el cuarto lugar entre las muertes por cáncer en las mujeres, con una tasa observada de 7,9 por 100.000 mujeres, en el período 2009-2018, no así en hombres, donde, ocupa el doceavo lugar, con una tasa de mortalidad observada de un 3,8 por 100.000 hombres<sup>15</sup>.

Sin embargo, con la incorporación en el régimen GES de la colecistectomía preventiva para prevención de cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años, se ha observado reducción de la mortalidad por esta causa, observándose una tasa de mortalidad en ambos sexos de 7,3 en el año 2009 y de 5,3 por 100.000 personas en el 2018, disminución más brusca aun en el caso de las mujeres con una tasa de 9,7 a un 6,8 en el año 2018<sup>16</sup>.

De acuerdo con lo señalado en la Guía Clínica GES de Colecistectomía Preventiva en adultos de 35 a 49 años<sup>17</sup>:

<sup>14</sup> <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/65>

<sup>15</sup> Ministerio de Salud, Chile, 2021. Departamento de Epidemiología. Informe de Vigilancia de Cáncer. Análisis de Mortalidad Prematura y AVPP por Cáncer, Década 2009-2018. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/01/Informe-Mortalidad-Prematura-y-AVPP-por-C%C3%A1ncer-2009-2018.pdf>

<sup>16</sup> Ministerio de Salud, Chile, 2020. Departamento de Epidemiología. Informe de Vigilancia de Cáncer. Análisis de Mortalidad. Década 2009-2018. Disponible en: <http://eqi.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/10/VF-Informe-Mortalidad-Cancer-2009-2018.pdf>

<sup>17</sup> Ministerio de Salud, Chile 2014. Guía Clínica Colecistectomía Preventiva en Adultos de 35 a 49 años. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2016/03/Colecistectomia-preventiva-adultos.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/03/Colecistectomia-preventiva-adultos.pdf)

*"El cáncer de vesícula se presenta habitualmente asociado a enfermedad litiasica con diagnóstico tardío, con el peor pronóstico de todos los cánceres gastrointestinales y hepatobiliares.*

*Entre los múltiples factores asociados al cáncer vesicular aparecen como los más relevantes el sexo femenino, la edad, la raza, obesidad, multiparidad, exposición a algunos agentes ambientales, nivel socioeconómico y educacional, y la colelitiasis, factor de riesgo más común para el cáncer de vesícula biliar.*

*En este marco epidemiológico, alta prevalencia de colelitiasis en Chile, especialmente en mujeres, su alta asociación con cáncer de vesícula, sumado a su diagnóstico tardío y mal pronóstico, a pesar de cirugías más agresivas, existe consenso en general en que la estrategia ante este cáncer debe ser eminentemente preventiva. Un incremento importante en las tasas de colecistectomías en el grupo definido como de riesgo, continúa siendo la mejor opción para disminuir su carga de enfermedad y reducir la tasa de mortalidad estandarizada por edad, principalmente en el grupo de 35-49 años.*

*La ecotomografía abdominal según la Sociedad Chilena de Radiología, es el examen de screening estándar para confirmación diagnóstica de colelitiasis. Este examen presenta un 95% de sensibilidad y especificidad en presencia de cálculos superiores a 4 mm de diámetro".*

Por la misma razón, la colescistectomía preventiva en personas de 35-49 años se incorporó al régimen GES, con garantía de acceso y oportunidad<sup>18</sup> desde la sospecha diagnóstica con ecotomografía abdominal, la cual también fue incluida en Atención Primaria mediante este Programa de reforzamiento, con el objetivo de dar respuesta a este problema de salud GES. No obstante, el examen debe estar disponible también, para personas de cualquier edad, con sintomatología y/o los factores de riesgo ya descritos anteriormente.

<Excepcionalmente, en las regiones endémicas del país, informadas por el Departamento de epidemiología de MINSAL, se pueden utilizar cupos disponibles de ecotomografía abdominal para los contactos del grupo familiar de un caso notificado con Equinococosis quística (Hidatidosis), cuyas Indicaciones serán entregadas conjuntamente por el Programa y el Departamento de Epidemiología de MINSAL.

#### **2.4 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) Y PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS CRÓNICAS DE MANEJO EN APS:**

Chile aún conserva tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias por sobre la mayoría de los países de la OCDE. Uno de cada 10 pacientes que fallecen en Chile, lo hacen por causa respiratoria, manteniéndose estable en el último decenio, y situándose en el 3er lugar entre las causas generales de muerte (año 2016 fallecidos: 9.847, 9,5% del total. Entre las enfermedades respiratorias las que presentan mayor peso relativo de defunciones son el grupo específico de Influenza y Neumonía (CIE 10 J09-J18), con 3.304 defunciones registradas el año 2016, con una tasa de mortalidad ajustado por edad de 14,4 por 100.000 habitantes. Según grupo etario, los adultos mayores de 65 años y más concentran el 85% de mortalidad con una tasa de 145,6 por 100.000 (2.809 defunciones)<sup>19</sup>.

<sup>18</sup> <https://auqa.minsal.cl/problemasdesalud/index/26>

<sup>19</sup> Ministerio de Salud, Chile, 2020. Informe Nacional de Auditoría de Defunción por Neumonía ocurridas en domicilio. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/07/Informe-A\\_O-2018-auditor-as.pdf](https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/07/Informe-A_O-2018-auditor-as.pdf)



De acuerdo con lo señalado en la Guía Clínica GES Neumonía adquirida en la comunidad en adultos de 65 años y más de manejo ambulatorio<sup>20</sup>:

*"Las expectativas de éxito terapéutico en la NAC radican en la precocidad de inicio de la terapia con antimicrobianos, con espectro, dosis y duración adecuados y de la correcta identificación de factores de riesgo y gravedad clínica para definir un tratamiento ambulatorio o la necesidad de soporte hospitalario.*

*El diagnóstico de NAC es fundamentalmente clínico. La radiografía de tórax es útil para confirmar o descartar el diagnóstico, pero no debe ser limitante para el inicio de terapia antimicrobiana frente a la sospecha clínica. El tratamiento debe ser iniciado inmediatamente luego de planteado el diagnóstico clínico sin esperar el resultado de la radiografía de tórax. No obstante, en el manejo ambulatorio de NAC, se debe solicitar en la primera consulta una radiografía de tórax para descartar otros diagnósticos. La radiografía de tórax deberá ser evaluada durante el primer control que se realizará a las 48 horas de realizado el diagnóstico".*

Por este motivo, fue incorporado este problema de salud al régimen GES, para lo cual la radiografía de tórax (frontal y lateral) se encuentra financiada en la Atención Primaria, a través de este Programa, para las personas mayores de 65 años con sospecha de neumonía adquirida en la comunidad (NAC), como así lo garantiza la canasta de diagnóstico GES<sup>21</sup> de este problema de salud.

Para el caso de las patologías crónicas respiratorias de manejo en APS (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma en personas de cualquier edad), incorporadas al Régimen GES con diagnóstico y tratamiento eminentemente en Atención Primaria en el caso de la red pública, tal como lo señala la Guía clínica GES de Asma en adultos, del Ministerio de Salud<sup>22</sup>:

*"Se ha demostrado inequívocamente, que el tratamiento precoz del asma bronquial se traduce en una mejoría en la calidad de vida, con una disminución del impacto económico social de ella, asociado a una reducción de los recursos sanitarios y una menor presión asistencial. Estudios controlados y consensos internacionales han demostrado que esquemas terapéuticos simples utilizados por equipos de salud entrenados a nivel de Centros de Atención Primaria, poseen ventajas operacionales, económicas y sanitarias que son bien percibidas por los equipos de Salud, sus administradores y especialistas de nivel Hospitalario. En esta línea se orienta la iniciativa programática a nivel Nacional (2001), constituida por el Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA) en Atención Primaria. Por el mismo motivo, se debe dotar a la atención primaria de la radiografía de tórax como elemento de apoyo diagnóstico.*

*En el caso de asma, si bien la radiografía de tórax no debe realizarse rutinariamente en la etapa diagnóstica de la enfermedad, su solicitud debe considerarse en los siguientes casos: sospecha de otro diagnóstico como causa de los síntomas respiratorios y sospecha de complicaciones como neumotórax o neumonía".*

Así también, en el caso del EPOC, su respectiva Guía Clínica GES<sup>23</sup> señala que:

*"La radiografía de tórax es un examen de mucho valor para excluir otras causas que confunden con EPOC (secuelas de tuberculosis, tumores, etc.), para determinar la presencia de hiperinsuflación (diafragmas planos, costillas horizontales, etc.), para*

<sup>20</sup> Ministerio de Salud, Chile, 2011. Guía Clínica Neumonía adquirida en la comunidad en adultos de 65 años y más de manejo ambulatorio. Disponible en: <http://www.bibliotecaminisal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/04/Neumonía-Adquirida-adultos-de-65-años-y-más.pdf>

<sup>21</sup> <https://auce.minsal.cl/problemasdesalud/index/20>

<sup>22</sup> Ministerio de Salud, Chile, 2013. Guía Clínica Asma Bronquial del Adulto. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2014/12/Asma-Bronquial-Adultos.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/12/Asma-Bronquial-Adultos.pdf)

<sup>23</sup> Ministerio de Salud, Chile, 2013. Guía Clínica Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Disponible en: [https://diprece.minsal.cl/wrdprss\\_minsal/wp-content/uploads/2014/12/Enfermedad-Pulmonar-Obstruccion-Cronica.pdf](https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/12/Enfermedad-Pulmonar-Obstruccion-Cronica.pdf)

*detectar complicaciones asociadas (neumotórax, neumonía, etc.) y excluir cardiopatías y cáncer pulmonar”.*

Por este motivo y para dar cumplimiento al Régimen GES, la radiografía de tórax se encuentra disponible a través de este Programa en Atención Primaria, conforme lo establece la canasta de confirmación diagnóstica para Asma en personas mayores de 15 años<sup>24</sup>, asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años con radiografía de tórax frontal y lateral<sup>25</sup> y la de EPOC<sup>26</sup> con 2 proyecciones (frontal y lateral), así como también la canasta de tratamiento de exacerbaciones en APS para EPOC (proyección simple).

### 3. PROPÓSITO

Reducir la morbi-mortalidad asociada a algunos problemas de salud prevalentes en la población chilena, mediante el aumento de la capacidad resolutive de atención primaria con exámenes de imagenología de tamizaje poblacional y específicos para la detección precoz de estos problemas de salud.

### 4. DESCRIPCIÓN

Programa de apoyo imagenológico a la Atención Primaria orientado a facilitar el acceso y la oportunidad de detección precoz de algunas patologías, a través de:

- Mamografías realizadas prioritariamente en mujeres de 50 a 69 años y de otras edades con factores de riesgo para cáncer de mama, así también ecotomografías mamarias y proyecciones complementarias.
- Radiografías de cadera realizadas a lactantes de 3 meses de edad.
- Ecotomografías abdominales realizadas prioritariamente en personas de 35 a 49 años o de otras edades, con sintomatología y/o factores de riesgo.
- Radiografía de tórax para el diagnóstico y tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y patologías crónicas respiratorias de manejo en APS (EPOC y asma bronquial).

### 5. OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la detección precoz y el tratamiento oportuno de cáncer de mama, cáncer de vesícula, displasia luxante de caderas, neumonía adquirida en la comunidad, asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, mediante el acceso a exámenes de imagenología en atención primaria.

### 6. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Permitir la detección de cáncer de mama en estadios más precoces de la enfermedad a través de programa de tamizaje.
- Favorecer el diagnóstico precoz de displasia luxante de caderas mediante tamizaje de lactantes de 3 meses de vida.
- Contribuir a la detección precoz de patología biliar y cáncer de vesícula en grupos de riesgo.
- Facilitar el diagnóstico y tratamiento oportuno de Neumonía Adquirida en la Comunidad, asma y EPOC en atención primaria.

<sup>24</sup> <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/61>

<sup>25</sup> <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/ep/39>

<sup>26</sup> <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/38>

## 7. COMPONENTES

### 7.1 DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA.

#### Estrategia:

Implementación comunal o compra de servicios para acceso a mamografía, ecotomografía mamaria y magnificaciones.

#### Consideraciones:

- De acuerdo con lo señalado en la fundamentación del Programa, el tamizaje mamográfico cambia su periodicidad de trienal a bienal (cada 2 años), a partir del año 2023.
- Focalizar prioritariamente el 70% del total de mamografías en el grupo objetivo del Programa (mujeres entre 50 a 69 años) conforme a lo respaldado por la evidencia.
- El porcentaje restante puede ser destinado a personas de otras edades con factores de riesgo o que requieran mamografía para inicio de terapia hormonal de la menopausia.
- Tener presente que los casos en que clínicamente se sospeche "Probable patología maligna" se deben derivar a especialista sin mamografía, la cual deberá ser solicitada en la Unidad de Patología Mamaria (Nivel Secundario), según guía GES Cáncer de mama.
- Considerar que las ecotomografías mamarias y proyecciones complementarias se incorporan como complemento o apoyo al diagnóstico en casos definidos, según recomendaciones contenidas en la Guía de Práctica Clínica GES vigente, razón por la cual, las ecotomografías mamarias no pueden exceder el 25% del total de mamografías programadas y los resultados de mamografías BIRADS 0 y 3 no debiesen sobrepasar el 15% del total de Informes mamográficos, de lo contrario, el costo debe ser asumido por el proveedor.
- Favorecer la respuesta a la demanda dentro de la red asistencial pública, considerando aquellos establecimientos o comunas que cuenten con la infraestructura y disponibilidad de mamógrafos locales.
- Para la implementación local de la prestación, se pueden destinar recursos para:
  - ✓ Profesional Tecnólogo Médico con mención en Imagenología y capacitación en imágenes mamarias y apoyo de un TENS con mención en imagenología idealmente, para la realización de mamografías y proyecciones complementarias,
  - ✓ Médico ecografista, para la realización de ecotomografías mamarias,
  - ✓ Compra de insumos para la realización de los exámenes (proporcional del presupuesto asignado a este componente),
  - ✓ Mantención preventiva y/o reparativa de equipo de rayos y/o ecográfico,
  - ✓ Servicio de telemedicina, priorizando siempre la integración a la célula de mamografía de Hospital Digital, la cual no tiene costos para el establecimiento que realiza la mamografía,
  - ✓ Profesional matron(a) o personal administrativo, para apoyo en la gestión de este componente (proporcional al presupuesto asignado a este componente).
  - ✓ Capacitaciones específicas para ejecutar las prestaciones comprometidas en el establecimiento, favoreciendo la implementación local, las cuales deben ser visadas técnicamente por el Servicio de Salud correspondiente.
- Para la ejecución de este componente se deben tener presente además los siguientes documentos complementarios:
  - ✓ Decreto Exento N° 40 de 30.07.2021, Ministerio de Salud: "Aprueba Norma general técnica N°214 de calidad de mamografía".
  - ✓ Informe de proceso de atención de célula de mamografía de Hospital Digital, 2019 (mamógrafos integrados a la célula).

## 7.2 DETECCIÓN PRECOZ DE DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES DE 3 MESES DE VIDA.

### Estrategia:

Implementación comunal o compra de servicios de radiografía de cadera en lactantes de 3 meses de vida, orientada a la detección precoz de displasia de cadera.

### Consideraciones:

- Se recomienda entregar la orden de este examen en el control de salud del niño o niña de los 2 meses, indicándole a la madre o tutor responsable, claramente, de que debe realizar el examen a los 3 meses de edad cumplidos.
- Cuando existan excepciones para la ejecución del examen a los 3 meses, éste debe realizarse obligatoriamente lo antes posible, idealmente, dentro de los 6 meses de edad del niño(a).
- Favorecer la respuesta a la demanda dentro de la red asistencial pública, considerando aquellos establecimientos o comunas que cuenten con la infraestructura y disponibilidad de equipos de rayos, para lo cual se sugieren por ejemplo, estrategias para utilizar los equipos radiológicos de los Servicios de Urgencia de alta Resolutividad (SAR), en sus horarios inutilizados.
- Para la implementación local de la prestación, se pueden destinar recursos para:
  - ✓ Profesional Tecnólogo Médico con mención en imagenología,
  - ✓ Médico radiólogo y/o servicio de telemedicina,
  - ✓ Compra de insumos para la realización de los exámenes (proporcional al presupuesto asignado a este componente),
  - ✓ Mantenimiento preventivo y/o reparativo de equipo de rayos,
  - ✓ Capacitaciones específicas para ejecutar las prestaciones comprometidas en el establecimiento, favoreciendo la implementación local, las cuales deben ser visadas técnicamente por el Servicio de Salud correspondiente.

## 7.3 DETECCIÓN PRECOZ DE PATOLOGÍA BILIAR Y CÁNCER DE VESÍCULA.

### Estrategia:

Implementación comunal o compra de servicio de examen de ecotomografía abdominal, orientado a la pesquisa de patología biliar y cáncer de vesícula.

### Consideraciones:

- Focalizar el examen de ecotomografía abdominal en personas entre 35 a 49 años con sintomatología, permitiendo hasta un 60% de exámenes a pacientes de otras edades y que posean factores de riesgo asociados o antecedentes de sintomatología específica.
- Para la solicitud de la ecotomografía abdominal se debe utilizar el formato sugerido en la Guía Clínica AUGÉ 2014 Colectectomía Preventiva en Adultos de 35 a 49 años (Anexo a, página 43).
- Favorecer la respuesta a la demanda dentro de la red asistencial pública, considerando aquellos establecimientos o comunas que cuenten con la infraestructura y disponibilidad de equipos ecográficos.
- Para la implementación local de la prestación, se pueden destinar recursos para:
  - ✓ Médico ecografista,
  - ✓ Servicios de Telemedicina,
  - ✓ Compra de insumos para la realización de los exámenes (proporcional al presupuesto asignado a este componente),
  - ✓ Mantenimiento preventivo y/o reparativo de equipo ecográfico,

- ✓ Capacitaciones específicas para ejecutar las prestaciones comprometidas en el establecimiento, favoreciendo la implementación local, las cuales deben ser visadas técnicamente por el Servicio de Salud correspondiente.

#### 7.4 DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC), ASMA EN ADULTOS Y ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA.

##### Estrategi

a:

Implementación comunal o compra de servicios de radiografía de tórax, orientada a la confirmación diagnóstica y tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad y patologías respiratorias crónicas de manejo en APS:

Patología respiratoria	Canasta Confirmación diagnóstica	Canasta Tratamiento
Neumonía adquirida en la comunidad (NAC)	2 proyecciones (Frontal y Lateral)	2 proyecciones (Frontal y Lateral)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	2 proyecciones (Frontal y Lateral)	Simple (Frontal o Lateral), en caso de exacerbaciones
Asma en mayores 15 años	Simple (Frontal o Lateral)	-
Asma en menores de 15 años	2 proyecciones (Frontal y Lateral)	-

##### Consideraciones:

- Favorecer la respuesta a la demanda dentro de la red asistencial pública, considerando aquellos establecimientos o comunas que cuenten con la infraestructura y disponibilidad de equipos de rayos, para lo cual se sugieren por ejemplo, estrategias para utilizar los equipos radiológicos de los Servicios de Urgencia de alta resolutivead(SAR), en sus horarios inutilizados.
- Para la implementación local de la prestación, se pueden destinar recursos para:
  - ✓ Profesional Tecnólogo Médico con mención en Imagenología,
  - ✓ Médico radiólogo y/o servicio de telemedicina,
  - ✓ Compra de insumos para la realización de los exámenes (proporcional al presupuesto asignado a este componente),
  - ✓ Mantención preventiva y/o reparativa de equipo de rayos,
  - ✓ Capacitaciones específicas para ejecutar las prestaciones comprometidas en el establecimiento, favoreciendo la implementación local, las cuales deben ser visadas técnicamente por el Servicio de Salud correspondiente.

Para todos los componentes, los recursos asociados financiarán exclusivamente las actividades relacionadas con cada componente; teniendo presente los objetivos, metas y prestaciones así como los indicadores y medios de verificación.

El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del programa y de acuerdo a la normativa vigente.

\*Las recomendaciones técnicas y administrativas a considerar para los 4 componentes descritos anteriormente se encuentran en el documento Orientaciones Técnicas para la gestión del Programa de Imágenes Diagnósticas de Atención Primaria de Salud 2023.

## 8. PRODUCTOS ESPERADOS

- Mamografías realizadas, como tamizaje bienal (cada 2 años), en mujeres de 50 a 69 años y en mujeres de otras edades con factores de riesgo para cáncer de mama o que inician terapia hormonal de la menopausia.
- Ecotomografías mamarias y proyecciones complementarias realizadas como complemento y apoyo diagnóstico a la mamografía.
- Radiografías de cadera realizadas como tamizaje en lactantes de 3 meses de vida.
- Ecotomografías abdominales realizadas prioritariamente en personas de 35 a 49 años o de otras edades, con sintomatología y factores de riesgo.
- Radiografías de tórax para diagnóstico y tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad, asma y EPOC.

## 9. MONITOREO Y EVALUACIÓN

La evaluación se realizará conforme a la programación anual de prestaciones para cada componente que el Servicio de Salud, de acuerdo con las Orientaciones técnicas del Programa. Dicha programación debe correlacionarse con los convenios suscritos con las comunas y/o establecimientos dependientes y se debe completar en un archivo Excel enviado desde la División de Atención Primaria.

Las prestaciones programadas constituirán el denominador para la evaluación con corte 31 de agosto, por lo tanto, el archivo Excel con la programación de prestaciones debe ser devuelto, a más tardar el 31 de marzo del año a evaluar, vía correo electrónico, a la Referente del Programa de la División de Atención Primaria. Por otra parte, el monitoreo y evaluación del programa se realiza exclusivamente a través del Registro estadístico mensual REM, por lo cual es primordial completar dicho registro oportunamente, en los plazos establecidos por DEIS.

Todas las prestaciones financiadas por el Programa deben registrarse única y exclusivamente en la sección B del REM A29 "Programas de Imágenes Diagnósticas y Resolutividad en APS". Dicho registro es exclusivo para medir la ejecución del presupuesto asignado a las prestaciones de estos Programas, para lo cual, debe registrar en él, el establecimiento o comuna que recibe el presupuesto vía subtítulo 21, 22 o 24, según corresponda.

En el caso de las prestaciones gestionadas por los Servicios de Salud, como es el caso de los mamógrafos móviles, éstas deben ser registradas en el REM del mismo Servicio de Salud.

Se deben registrar las prestaciones de los 4 componentes del Programa en la fila "informadas", según rango etario y resultado. Además, se debe completar la "Modalidad" de cada prestación informada, es decir:

- Institucional: cuando se realiza vía producción propia del establecimiento; mediante equipos de rayos u ecográficos, incluyendo la producción de los mamógrafos implementados en los establecimientos de APS. Acá se debe registrar la producción completa del equipo que recibe el financiamiento, incluyendo los cupos que, mediante convenios de colaboración (no venta de servicios), entregan a otras comunas y/o establecimientos. Cuando corresponde a equipos móviles, dependientes del Servicio de Salud, las prestaciones deben ser registradas en el REM correspondiente del propio Servicio de Salud.
- Compras al Sistema: cuando se realiza vía compra de servicios a otros establecimientos de la red pública.
- Compra extrasistema: cuando se realiza vía compra de servicios a establecimientos del sector privado.

Para efectos de trazabilidad, visualización de listas de espera y asignación de presupuesto en base a cierre de brechas, es fundamental que las órdenes de atención de los procedimientos financiados por el Programa y generados en APS, sean ingresados

al registro SIGTE, según la normativa vigente de registro de lista de espera, u otro sistema de registro que MINSAL disponga para aquello.

El encargado del programa de imágenes diagnósticas, con apoyo del encargado de registro de lista de espera del Servicio de Salud debe velar por:

- La adecuada gestión clínico-administrativa del Programa.
- Mantener el registro de lista de espera SIGTE actualizado, con registro oportuno de Ingresos y egresos de procedimientos.
- Proyectar las prestaciones anuales y su brecha, conforme al registro SIGTE.

Los Servicios de Salud son responsables de realizar seguimiento y monitoreo sistemático de la ejecución del Programa, además de establecer los planes de mejora, si amerita.

Se realizarán tres evaluaciones durante la ejecución del Programa, en función de los indicadores establecidos y sus medios de verificación:

- La primera evaluación, se efectuará con corte al día 30 de abril y tendrá relación con la verificación de convenios firmados. Para esto, cada encargado de programa en el Servicio de Salud deberá informar, a más tardar el 20 de Mayo del año en evaluación, el número y porcentaje de los convenios firmados que están en la plataforma web de finanzas y especificar las razones cuando el porcentaje sea menor al 100%.
- La segunda evaluación, se efectuará con corte al 31 de Agosto. Para esto, cada encargado de programa deberá velar porque sus establecimientos hayan completado el REM A29, antes de la fecha de cierre estadístico DEIS, ya que éste será la fuente oficial para la evaluación que se realizará durante las primeras 2 semanas de octubre. En esta segunda evaluación, cada Servicio de Salud o Comuna debe haber logrado al menos el 60% de cumplimiento del programa. Según esta segunda evaluación se hará efectiva la reliquidación, si corresponde, de la segunda cuota, en el mes de octubre.
- La tercera evaluación y final, se efectuará al 31 de diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas. Cada Encargado de Programa deberá asegurarse que sus establecimientos hayan completado el REM A29, antes de la fecha de cierre estadístico DEIS, ya que éste será la fuente oficial para la evaluación final que se realizará durante las primeras 2 semanas del mes de febrero del año siguiente.

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridas para recibir el total de recursos anuales del presente programa, se entiende que el no cumplimiento a la fecha de corte definido, conlleva la reliquidación del programa.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna o establecimiento podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo. El Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar al Ministerio de Salud la no reliquidación del Programa.

No obstante la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligación de rendición financiera y evaluación de las metas al final del período evaluativo.

Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

El siguiente cuadro indica el porcentaje de descuento en relación al cumplimiento de las Metas:

Porcentaje cumplimiento de Metas de Programa	Porcentaje de Descuento de recursos 2º cuota del 30%
≥60,00%	0%
Entre 50,00% y 59,99%	25%
Entre 40,00% y 49,99%	50%
Entre 30 y 39,99 %	75%
Menos del 30%	100%

De acuerdo al cuadro anterior, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la segunda evaluación (corte al 31 de agosto del año correspondiente), podrán optar a la reasignación de recursos.

El excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con el total de prestaciones comprometidas en el corte evaluado.

En el caso de comunas o establecimientos dependientes que reciben recursos adicionales como parte de la redistribución que se realice en octubre, tendrán plazo hasta el 31 de diciembre del año en curso para ejecutar dichos recursos.

Cada Servicio de Salud deberá informar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, acerca del cumplimiento del programa y de cada uno de sus componentes, en las fechas establecidas para ello, usando los registros regulares existentes.

**10. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN**

**INDICADORES EVALUADOS CORTE 31 DE AGOSTO:**

**Meta 60%**

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación	Peso relativo del Indicador
Porcentaje de Mamografías de todas las edades Informadas	Nº de mamografías realizadas en el período (todas las edades)	Nº total de mamografías comprometidas en el año x 100	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	35%
Porcentaje de Radiografías de caderas en lactantes de 3-6 meses Informadas	Nº Rx de caderas realizadas en el período.	Nº total de Rx de caderas comprometidas en el año x 100	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	20%
Porcentaje de Ecotomografías abdominales Informadas	Nº Ecotomografías abdominales realizadas en el período	Nº Total de Ecotomografías abdominales comprometidas en el año x 100.	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	30%
Porcentaje de Radiografías de tórax realizadas	Nº de Radiografías de tórax realizadas en el período	Nº de Radiografías de tórax comprometidas en el año x 100	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	15%

**INDICADORES EVALUADOS CORTE 31 DE DICIEMBRE:**

**Meta 100%**

(Con excepción meta focalización de mamografías en mujeres 50-69 años: 70%)



Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación	Peso relativo del Indicador
Porcentaje de Mamografías de todas las edades informadas	Nº de mamografías realizadas en el año (todas las edades)	Nº total de mamografías comprometidas en el año x 100	N: Sección B REM A29	20%
			D: Planilla Programación (según convenios)	
Porcentaje de focalización de mamografías en el grupo de 50 a 69 años (Meta 70%)	Nº de mamografías en el grupo de 50-69 años informadas en el año	Nº total de mamografías de todas las edades informadas en el año x 100	N: Sección B REM A29	20%
			D: Sección B REM A29	
Porcentaje de mamografías egresadas por causal 16 en registro lista espera SIGTE	Nº de mamografías realizadas en el año, egresadas por causal 16*	Nº total de mamografías informadas de todas las edades en el año x 100	N: Registro SIGTE	10%
			D: Sección B REM A29	
Porcentaje de Ecotomografías mamarías Informadas	Nº de ecotomografías mamarías realizadas en el año	Nº total de ecotomografías mamarías comprometidas en el año x 100	N: Sección B REM A 29	10%
			D: Planilla Programación (según convenios)	
Porcentaje de Radiografías de caderas en lactantes de 3-6 meses informadas	Nº Rx de caderas realizadas en el año.	Nº total de Rx de caderas comprometidas en el año x 100	N: Sección B REM A29	10%
			D: Planilla Programación (según convenios)	
Porcentaje de Ecotomografías abdominales Informadas	Nº Ecotomografías abdominales realizadas en el año	Nº Total de Ecotomografías abdominales comprometidas en el año x 100.	N: Sección B REM A29	20%
			D: Planilla Programación (según convenios)	
Porcentaje de Radiografías de tórax realizadas	Nº de Radiografías de tórax realizadas en el año	Nº de Radiografías de tórax comprometidas en el año x 100	N: Sección B REM A29	10%
			D: Planilla Programación (según convenios)	

\*considera las causales de egreso LE vigentes al momento de la elaboración de este Programa. De existir modificaciones, se considerarán parte de este programa, previo envío de documento formal, por parte de MINSAL, que indique causales de egreso.

En caso de no aplicar uno o más indicadores, según la programación anual de cada Servicio de Salud para sus comunas y establecimientos dependientes, los pesos relativos se reponderarán proporcionalmente, de acuerdo con el peso del componente, entre los indicadores que sí le aplican en cada corte.

Orientación Técnica de Programa: Se entienden parte integrante del presente convenio.

Plan de mejoras: El referente técnico podrá solicitar plan de mejora cuando estime conveniente, principalmente cuando detecte casos en que se observe incumplimiento de los indicadores del programa que afecten la correcta ejecución de este.

Evaluación: El servicio podrá realizar auditorías y solicitar informes complementarios si se requiere y utilizar otras fuentes de verificación de la información presentada por la comuna en el caso que fuera necesario para evaluar pertinencia técnica y proporcionalidad del gasto, lo anterior sustentado en el uso eficiente de los recursos del estado.

Registro REM para evaluar proporcionalidad: Se realizará en base a la programación de N° de actividades a acordar entre referente técnico del Servicio de Salud y encargados técnicos de las respectivas comunas. La programación de la cartera de prestaciones asociada al programa se elaborará en base a las orientaciones técnicas del programa, u otros instrumentos normativos de MINSAL según corresponda.

El acuerdo de las prestaciones a realizar deberá quedar escrito en acta de reunión entre los referentes técnicos del Servicio de Salud y los referentes técnicos de las comunas u a través de otro mecanismo formal de acuerdo. Sin embargo, al ser el proceso de programación operativa un proceso dinámico, éste podrá ser modificado si se requiere a solicitud de la comuna, para tal efecto se podrá solicitar por correo electrónico con la debida fundamentación, la que será revisada y sujeta a aprobación del Servicio de Salud y MINSAL.

Si los acuerdos de prestaciones mínimas a registrar en REM u otro medio de verificación de parte de la comuna no se cumplen se deberá rendir proporcionalmente de acuerdo a las horas o prestaciones efectivamente ejecutadas.

Modificaciones: se podrán solicitar Modificaciones de cláusulas técnicas, financieras y administrativas hasta el 30 de septiembre del año en curso, esto implica que la comuna deberá prever anticipadamente aquellas situaciones que pueden poner en riesgo el cumplimiento de uno o más componentes del convenio.

La solicitud de la Municipalidad será vía oficio al Servicio, Indicado el programa y argumentos técnicos que respaldan la solicitud. De no contar con la argumentación técnica se rechazará de plano la solicitud informando a la comuna mediante el medio de comunicación por escrito más expedito, considerándose como no presentada. La aprobación de una solicitud será mediante addendum al Convenio y la dictación de la respectiva Resolución Aprobatoria.

No se aceptarán solicitudes de extensión de vigencia del convenio en materias financieras, ya que se entiende que prever situaciones problemáticas para el término de éste es una actividad acordada por las partes y se podrá establecer alternativas de solución en forma oportuna.

**CUARTA:** De los recursos financieros. Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes, el Servicio de Salud viene en asignar a la "Municipalidad" los siguientes recursos para el logro de lo señalado en los indicadores de gestión e impacto, los que serán transferidos de la siguiente manera

	Monto total	Cuotas	Monto cuota	Porcentaje cuota %	Requisito transferencia
Convenio	<b>\$49.947.000.-</b> <b>(Cuarenta y nueve millones novecientos cuarenta y siete mil pesos)</b>	Primera cuota	<b>\$34.962.900.-</b>	70	Contra la aprobación del convenio mediante resolución.
		Segunda cuota	<b>\$14.984.100.-</b>	30	Sujeta a los resultados de la evaluación señalada en el presente convenio.
Fecha inicio Convenio / Addendum e Ingreso a SISREC	Tendrá vigencia a partir de la total tramitación del último acto administrativo que lo apruebe, no obstante, por razones de buen servicio, se entiende que éste se ha iniciado a partir del 1º de enero de 2024, fecha anterior a la total tramitación del acto administrativo que lo aprueba, considerando el artículo 52 de la Ley Nº 19.880 que autoriza la retroactividad del acto administrativo en la medida en que produce efectos favorables para las partes y no lesiona derechos de terceros. Este Convenio se ingresará a SISREC como Proyecto Nuevo				

**Detalle Financiero:**

Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	META Nº
1	<b>COMPONENTE Nº1</b>	MAMOGRAFIAS 50 A 69 AÑOS	700
	<b>Valor</b>	MAMOGRAFIAS 35 Y MÁS	300
	<b>Mamografía \$29.000</b> <b>Ecografía mamaria \$ 29.000</b>	ECOTOMOGRAFIA MAMARIA (Incluye eco. Mamarla de complemento mamografías UAMM)	288
Se solicita destinar recursos de este componente a compra de Informes e insumos para la toma de mamografías en la Unidad mamográfica ubicada en Hospital Castro, coordinar con equipo las cantidades que es posible realizar en dicha Unidad, con la finalidad de mejorar la oferta y cobertura.			
1	<b>TOTAL COMPONENTE Nº1 \$ 37.352.000</b>		
2	<b>COMPONENTE Nº2</b>	RADIOGRAFÍA DE CADERA	145
	<b>TOTAL COMPONENTE Nº2 \$2.175.000</b>		
3	<b>COMPONENTE Nº3</b>	ECOTOMOGRAFÍA ABDOMINAL	290
	<b>TOTAL COMPONENTE Nº3 \$7.540.000</b>		
4	<b>COMPONENTE Nº4</b>	RADIOGRAFÍA DE TORAX	120
	<b>TOTAL COMPONENTE Nº4 \$2.880.000</b>		
<b>TOTAL PROGRAMA \$ 49.947.000</b>			

Toda transferencia de recursos está sujeta a la disponibilidad presupuestaria del Servicio y se hace presente que de conformidad al inciso 2 del artículo N°18 de la Resolución N° 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, "En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido cuenta de la transferencia anterior.". En consecuencia, este Servicio de Salud, no transferirá nuevos recursos del programa, mientras la Municipalidad no haya resuelto el reintegro de los saldos no utilizados en el ejercicio anterior y que deben ser Ingresados a Rentas Generales de la Nación, Instrucción impartida en el Artículo Nro.7 de la actual Ley de Presupuesto de la Nación Nro.21.640 del año 2024.

**QUINTA:** El Servicio podrá requerir a la "Municipalidad" los datos e informes relativos a la ejecución del Programa y lo señalado en el presente convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso efectuando evaluación del mismo.

Sin perjuicio de lo anterior, la Municipalidad deberá rendir cuenta de las actividades efectuadas, con los respectivos respaldos documentales que correspondan, de acuerdo a lo establecido en la Resolución N° 30 del año 2015 de la Contraloría General de la República que "Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas". Al respecto dicha Resolución señala en su artículo N° 20 "Las referidas unidades deberán preparar mensualmente una rendición de cuentas de sus operaciones, dentro de los quince (15) días hábiles administrativos siguientes al mes que corresponda, o en las fechas que la ley contemple."

La Municipalidad, quedará obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

- a) Utilizar el SISREC para la rendición de cuentas a que dé lugar el presente convenio, ocupando las funcionalidades que otorga el perfil ejecutor, dando cumplimiento al marco normativo aplicable, incluyendo la preceptiva de la resolución N° 30, de 2015, de la Contraloría General de la República. En relación a lo anterior, el "Servicio" sólo revisará rendiciones a través de SISREC.
- b) Designar a los funcionarios que tengan las calidades de analista ejecutor, encargado ejecutor y su subrogante y ministro de fe en el SISREC.
- c) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través del SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, la habilitación de firma electrónica avanzada del encargado ejecutor, y quién corresponda, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e Internet.
- d) Custodiar adecuadamente los documentos originales de la rendición garantizando su autenticidad, integridad y disponibilidad para las revisiones de la Contraloría General de la República, en el marco de la normativa legal pertinente.
- e) Rendir gastos en forma proporcional a la ejecución técnica del Convenio según define el artículo tercero de este convenio.
- f) Ante un gasto observado por parte del Servicio, la Municipalidad podrá subsanarlo, sólo a través de la plataforma SISREC, dentro de un plazo de 10 días hábiles administrativos contados desde la fecha de devolución de la rendición al organismo ejecutor. De no presentar nuevos antecedentes dentro del plazo indicado, o si éste es presentado en otro medio o formato que no sea SISREC, la Municipalidad deberá necesariamente eliminar el gasto.

Presentados estos nuevos antecedentes, el Servicio de Salud procederá a su revisión y si aún existen gastos que resulten observados, se llevarán los antecedentes a una comisión integrada por el Jefe del departamento Salud o Desam de la Comuna respectiva, encargado del respectivo programa de la Comuna, la Directora (or) de APS, Jefe del Subdepartamento respectivo, el referente del programa y el Asesor jurídico del Servicio de Salud Chiloé, quienes resolverán su aprobación o eliminación.

El Servicio, quedará obligado en su calidad de otorgante, a lo siguiente:

a) Designar a los funcionarios para perfilarse en calidad de titular, y al menos un subrogante, en los roles de encargado y analista otorgante.

b) Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas del proyecto con documentación electrónica y digital a través del SISREC durante el periodo de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto. Lo anterior incluye, por ejemplo, la habilitación de firma electrónica avanzada del encargado otorgante y su subrogante, scanner para digitalización de documentos en papel, contar con casilla de correo electrónico e internet.

c) Revisar los gastos ingresados por la comuna dentro de 20 días hábiles de su presentación y dentro de 10 días hábiles para gastos observados, en la medida que la comuna rinda gastos en forma mensual. El "Servicio" estará obligado a cerrar el proyecto al término del plazo máximo para rendir que en ningún caso podrá ser superior al último día del mes de marzo del año siguiente.

La obligación de rendir cuenta, señalada en el inciso precedente, subsistirá aun cuando la Municipalidad ejecute las actividades, a través de su Corporación de Salud, en cuyo caso la "Municipalidad", deberá arbitrar las medidas administrativas que sean necesarias, para que dicha entidad también le rinda cuenta, tanto de los recursos como de las actividades realizadas.

**SIXTA:** Será de responsabilidad de la "Municipalidad" velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en los diferentes establecimientos de salud. Lo anterior independiente de las atribuciones que le competen al Servicio, en el sentido de exigir oportunamente la rendición de cuentas de los fondos entregados y de eventuales revisiones que pudiese efectuar.

**SÉPTIMA:** Finalizado el periodo de vigencia del presente convenio, el valor correspondiente a la parte transferida y no ejecutada, observada o no rendida del programa objeto de este instrumento, deberá ser reintegrado por la "Municipalidad" a la Renta general de la Nacional dentro del mes de enero de 2025 o al cierre del proyecto en SISREC.

Los recursos transferidos a la "Municipalidad" sólo podrán ser destinados para el cumplimiento de las prestaciones mínimas establecidas en el convenio, sin embargo en el caso de que la "Municipalidad" cumpla con lo acordado y optimice el gasto de dichos recursos, los excedentes se podrán utilizar en la realización de las mismas prestaciones dentro de los parámetros establecidos en el programa, que no implique una modificación de cláusulas del convenio ni extensión de su vigencia, lo cual se realizará previa solicitud, vía oficio dirigido al Servicio de Salud, antes del término del año en curso y con la aprobación de éste el cual constará por cualquier medio de comunicación por escrito.

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

**OCTAVA:** El presente convenio de transferencias de recursos incluidas las modificaciones que regulen las actividades, acciones y gastos del mismo, tendrá una vigencia hasta el 31 de diciembre del mismo año y extendiéndose la revisión de los gastos hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados o rechazados.

El convenio se podrá prorrogar de manera automática en los siguientes términos

a) De la prórroga automática.

Las partes acuerdan que el presente convenio se prorrogará automática y sucesivamente, siempre que el Programa a ejecutar cuente con disponibilidad presupuestaria según la Ley de Presupuesto del Sector Público del año respectivo (siguiente), salvo que las partes decidan ponerle término por motivos fundados.

b) De la vigencia y cómo se formaliza.

La prórroga del convenio comenzará a regir desde el 1 de enero del año presupuestario siguiente y su duración se extenderá hasta el 31 de diciembre del mismo año. Esta prórroga se formalizará mediante Resolución Exenta o la toma de razón de Resolución Afecta del Servicio de Salud la que establecerá las metas y recursos asociados.

c) De la representación por parte del Municipio.

La Municipalidad podrá representar mediante oficio al Servicio la Resolución de prórroga automática dentro de un plazo de 10 día hábiles desde su notificación.

d) Constancia.

Se deja constancia que las metas y recursos financieros entregados en el año en curso, deben estar ejecutados al 31 de diciembre de dicho año. Se entiende que la prórroga automática se refiere a la continuidad del programa en relación de la ejecución técnica y financiera del marco presupuestario del año siguiente, con el fin de dar inicio las prestaciones o actividades que requieren continuidad a partir del 1 de enero del año siguiente.

**NOVENA:** El Servicio y la Municipalidad incorporarán al presente Convenio el Anexo: "Plan de Gastos", que se entiende forma parte integrante del convenio, y la Información contenida en el será la utilizada para revisar la pertinencia sanitaria de los gastos. Por otra parte, la revisión financiera de los gastos está regulada por la Resolución N° 30/2015 de la Contraloría General de la República en el "TÍTULO I. NORMAS GENERALES".

Para que exista acuerdo de voluntades respecto al Plan de Gastos y sus modificaciones, la Municipalidad y Servicio definirán su contenido y se entenderá aprobado por la comuna al ser enviado al Servicio por Oficio/Ordinario y la aprobación de éste mediante medio de comunicación por escrito.

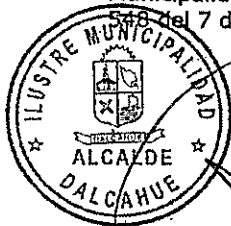
Se deja expresamente estipulado que la no presentación o acuerdo o aprobación de un plan de gastos antes de la primera rendición de gastos en SISREC del año en curso faculta a "Servicio" a utilizar el Plan de Gastos elaborado por éste, el que se informará a la comuna por la vía escrita más expedita posible. El Plan de Gastos podrá ser modificado durante la vigencia del convenio por parte del Servicio de ser necesario ajustar aspectos sanitarios del mismo.

El plazo máximo para modificar un Plan de Gastos es el 30 de septiembre del año en curso.

**DÉCIMA:** En el evento de que el presente convenio se vea beneficiado, con mayores recursos de los indicados en el presente instrumento, se procederá a confeccionar el respectivo addendum y se mantendrán o fijarán nuevas fechas para modificaciones al convenio y/o plan de gasto, según sea el caso.

**DÉCIMA PRIMERA:** El presente convenio se firma en 3 ejemplares, quedando dos en poder del Servicio y uno en la "Municipalidad".

**DÉCIMA SEGUNDA:** La personería de D. Alex Waldemar Gómez Aguilar por la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, en su calidad de Alcalde, consta en el Decreto Municipal N° 348 del 7 de marzo de 2022.



D. ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR  
ALCALDE



D. MARCELA CÁRCAMO HEMMELMANN  
DIRECTORA

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

Dirección/Jurídica/Dirección APS/Jefe Subdepto/Referente/SGO/cmv

**ANEXO: "PLAN DE GASTOS"**

El presente formato contiene la Información mínima a utilizar y cada programa lo adaptará a las necesidades específicas de este.

PLAN DE GASTOS			
PROGRAMA			
N° RESOLUCIÓN ASOCIADO AL PLAN DE GASTOS			
COMUNA			
NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE REFERENTE COMUNAL			
NOMBRE, TELÉFONO Y CORREO ELECTRÓNICO DE REFERENTE SERVICIO DE SALUD			
Gastos de Operación			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.
Gastos de Personal			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.
Gastos de Inversión			
Descripción de gastos que debe ser coherente y proporcional al Programa/Convenio	Cantidad y/u Horas mínima, según programa	Monto total	Respaldo para acreditarlo.