



SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS.
DIRECCION ATENCION PRIMARIA.
JGB/GRC/NMR/NMV/GCS/CCR/RJC/PAM/mca

RESOLUCION EXENTA N° 2063

RANCAGUA,

31 MAR 2023

VISTOS: Ord. C73 N° 2.509, de fecha 19 de agosto de 2021, del Ministerio de Salud, solicita la incorporación de cláusula de prórroga automática en los convenios para la ejecución de los programas de reforzamiento en atención primaria; Ord. N° 4.530, de fecha 20 de diciembre de 2022, del Ministerio de Salud, mediante el cual informa la continuidad de los programas de reforzamiento en Atención Primaria de Salud para la anualidad 2023; Ord. N° 4.751, de fecha 30 de diciembre de 2022, del Ministerio de Salud, mediante el cual informa los programas de reforzamiento de Atención Primaria de Salud, que incorporan y no incorporan modificaciones para el año 2023; Ley 21.516 que establece el presupuesto de la nación para el año 2023; D.F.L. N°1 de 2006, que fijó texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N°2673/79 y otros cuerpos legales, Decreto Supremo N°140/2005, Decreto Exento N°15/2020, ambos del Ministerio de Salud; Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; y lo previsto en la Resolución N°7 del 26 de marzo de 2019 de Contraloría General de la Republica; Artículo 9° del D.S. N°140/2004 y Decreto Afecto N°5 del 2 de marzo de 2023 ambos del Ministerio de Salud;

CONSIDERANDOS:

1.- Que, la ley de Presupuestos N°21.516, de fecha 20 de diciembre de 2022, que establece el presupuesto para el Sector Público para el año 2023, permite la prórroga automática de los convenios, en la medida que los Programas a ejecutar cuenten con los recursos disponibles.

2.- A través de Resolución Exenta N°1275 del 7 de abril de 2022, se aprobó el convenio suscrito del **"Programa Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria de Salud"**, entre este Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O'Higgins y la I. Municipalidad de Litueche, cuya continuidad para el año 2023 se declaró mediante la Resolución Exenta N° 0780 del 9 de febrero de 2023 de este Servicio.

3.- A su vez el Ministerio de Salud a través de la Resolución Exenta N° 248, de fecha 16 de marzo del 2023, procedió a dar aprobación al **"Programa Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria de Salud"**, para el año 2023, de la misma forma a través de la Resolución Exenta N° 84, de fecha 3 de febrero del 2023, del citado Ministerio, aprobó el marco presupuestario del programa para el presente año.



4-. Qué, es procedente actualizar para el convenio referido en el numeral No.2 anterior, el marco presupuestario, dado que la continuidad del mismo ya ha sido declarada mediante el acto administrativo pertinente, así como también las modificaciones técnicas que el aludido programa incorpora para la anualidad 2023, siendo estas las siguientes:

1. ANTECEDENTES

El modelo de atención integral de salud¹, 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 resolutive 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 así como 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 respectivamente².

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

² 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>



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 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 respectivamente³.

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 cáncer⁴, para lo cual, la mamografía, considerada base del tamizaje para la detección de cáncer de mama⁵, 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 año 2022, conforme a las nuevas recomendaciones internacionales que han ido surgiendo.

A fines del año 2021, el Ministerio de Salud publicó la actualización de la Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Mama⁶, 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"*⁷.

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 Force⁸, American College of Obstetricians and Gynecologists⁹, American College of Physicians¹⁰ y American Academy of Family Physicians¹¹.

³ 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>

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

⁵ 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>

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

⁷ World Health Organization. WHO Position Paper on Mammography Screening, 2014. Disponible en: www.paho.org/cancer

⁸ Slu 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.

⁹ 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.

¹⁰ Qaseem A, Lin JS, Reem 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.

¹¹ 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.



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 mama¹² 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 1° o 2° 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 GES¹³ 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 cartílago 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.

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.

¹² 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>

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



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".

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 vida¹⁴.

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 periodo 2009-2018, no así en hombres, donde, ocupa el duodécimo lugar, con una tasa de mortalidad observada de un 3,8 por 100.000 hombres¹⁵.

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 2018¹⁶.

De acuerdo con lo señalado en la Guía Clínica GES de Colecistectomía Preventiva en adultos de 35 a 49 años¹⁷:

"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 coleditiasis, factor de riesgo más común para el cáncer de vesícula biliar.

En este marco epidemiológico, alta prevalencia de coleditiasis 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.

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

¹⁵ 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>

¹⁶ 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>

¹⁷ Ministerio de Salud, Chile 2014. Guía Clínica Colecistectomía Preventiva en Adultos de 35 a 49 años. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wdrprss_minsal/wp-content/uploads/2016/03/Colesistectomia-preventiva-adultos.pdf



La ecotomografía abdominal según la Sociedad Chilena de Radiología es el examen de screening estándar para confirmación diagnóstica de coleditiasis. 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 oportunidad¹⁸ 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 Equinocosis quística (Hidatidosis), cuyas indicaciones serán entregadas en la orientación técnica del Programa>.

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)¹⁹.

De acuerdo con lo señalado en la Guía Clínica GES Neumonía adquirida en la comunidad en adultos de 65 años y más de manejo ambulatorio²⁰:

"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 GES²¹ de este problema de salud.

Para el caso de las patologías crónicas respiratorias de manejo en APS (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma en mayores de 15 años), 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 Salud²²:

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

¹⁹ 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.

²⁰ 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-content/uploads/2016/04/Neumonía-Adquirida-adultos-de-65-años-y-más.pdf>.

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

²² 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.



"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 GES²³ 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 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 Asma²⁴ con proyección simple (frontal o lateral) y la de EPOC²⁵ 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 en adultos).

5. OBJETIVO GENERAL

²³ Ministerio de Salud, Chile, 2013. Guía Clínica Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/vrdprss_minsal/wp-content/uploads/2014/12/Enfermedad-Pulmonar-Obstructiva-Crónica.pdf.

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

²⁵ <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/38>



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 en adultos y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, mediante el acceso a exámenes de imagenología en atención primaria.

6. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 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.

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 matrn(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),
 - ✓ 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.

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 ecografía abdominal se debe utilizar el formato sugerido en la Guía Clínica AUGÉ 2014 Colectectomía Preventiva en Adultos de 35 a 49 años (Anexo 4, 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),
 - ✓ Mantención preventiva y/o reparativa 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.



Estrategia:

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)	-

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 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.

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 en adultos 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. Aquí 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, podrá 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 2ª 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 Subsecretaria 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	N° de mamografías realizadas en el período (todas las edades)	N° total de mamografías comprometidas en el año x 100	N: Sección B REM A29	35%
			D: Planilla Programación (según convenios)	
Porcentaje de Radiografías de caderas en lactantes de 3-6 meses informadas	N° Rx de caderas realizadas en el período.	N° total de Rx de caderas comprometidas en el año x 100	N: Sección B REM A29	20%
			D: Planilla Programación (según convenios)	
Porcentaje de Ecotomografías abdominales informadas	N° Ecotomografías abdominales realizadas en el período	N° Total de Ecotomografías abdominales comprometidas en el año x 100.	N: Sección B REM A29	30%
			D: Planilla Programación (según convenios)	
Porcentaje de Radiografías de tórax realizadas	N° de Radiografías de tórax realizadas en el período	N° de Radiografías de tórax comprometidas en el año x 100	N: Sección B REM A29	15%
			D: Planilla Programación (según convenios)	

- 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	N° de mamografías realizadas en el año (todas las edades)	N° 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%)	N° de mamografías en el grupo de 50-69 años informadas en el año	N° 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	N° de mamografías realizadas en el año, egresadas por causal 16*	N° total de mamografías informadas de todas las edades en el año x 100	N: Registro SIGTE	10%
			D: Sección B REM A29	
	N° de ecotomografías	N° total de ecotomografías	N: Sección B REM A29	10%



Porcentaje de Ecotomografías mamarias informadas	mamarias realizadas en el año	mamarias comprometidas en el año x 100	D: Planilla Programación (según convenios)	
Porcentaje de Radiografías de caderas en lactantes de 3-6 meses informadas	N° Rx de caderas realizadas en el año.	N° total de Rx de caderas comprometidas en el año x 100	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	10%
Porcentaje de Ecotomografías abdominales informadas	N° Ecotomografías abdominales realizadas en el año	N° Total de Ecotomografías abdominales comprometidas en el año x 100.	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	20%
Porcentaje de Radiografías de tórax realizadas	N° de Radiografías de tórax realizadas en el año	N° de Radiografías de tórax comprometidas en el año x 100	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	10%

*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.

11. FINANCIAMIENTO

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16 correspondiente al ministerio de Salud, Capítulo 02 (Fondo Nacional de Salud), Programa 02 (Programa de Atención Primaria), asociado al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes" Ley N°19.378, glosa 02 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de Enero a Diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.

Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos). 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.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los establecimientos de dependencia municipal, los recursos correspondientes, destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 24 03 298 02.

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos en dos cuotas, de acuerdo a lo que siguiente:

Una primera cuota equivalente al 70% de los recursos, condicionado a la total tramitación del acto aprobatorio; y una segunda cuota, en octubre, equivalente al 30% restante, de acuerdo a los resultados de la segunda evaluación señalada en el acápite 9 de este Programa.

Se deja establecido, que estas transferencias se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

Finalmente, los Servicios de Salud podrán determinar los criterios de distribución de los recursos destinados a los establecimientos de su territorio que desarrollan las prestaciones del Programa,



atendiendo a criterios de equidad y de acortamiento de brecha en el otorgamiento de las prestaciones, sin sobrepasar los recursos totales asignados, para lo cual es relevante que en este proceso participen los equipos técnicos.

5.- Los fondos transferidos a la I. Municipalidad, solo podrán ser destinados a los objetivos del programa, financiando exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente las metas a lograr, e indicadores, estrategias y beneficiarios legales. El Servicio de Salud no asume responsabilidad financiera mayor que la que en esta Resolución se señala. Por ello, en el caso que la Municipalidad se exceda de los fondos destinados por este Servicio de Salud O'Higgins para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante.

6.- El Servicio de Salud O'Higgins efectuará el monitoreo y evaluación del grado de cumplimiento del programa, conforme a las metas definidas por el Ministerio de Salud.

7.- Es deber del Municipio cautelar y resguardar prolijamente que todas las actividades y prestaciones que se realizan en el marco del programa, se registren correctamente y en forma mensual de acuerdo a lo indicado en los medios de verificación del programa, en los sistemas informáticos actuales o futuros habilitados por el Servicio de Salud y en los registros estadísticos mensuales (REM) establecidos por el Ministerio de Salud.

8.- Las transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N°30, de la Contraloría General de la República. Las rendiciones de cuentas se deberán realizar mensualmente en la plataforma SISREC del mencionado Órgano de control, 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. Considerando que las actividades a desarrollar por la Municipalidad y estipuladas en esta resolución, son de continuidad a las ejecutadas en el año anterior, se aceptaran rendiciones de cuentas de gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de las fechas de vigencia del convenio, de acuerdo a lo estipulado en el artículo N°13 de la aludida Resolución N° 30. Los servicios no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a cualquier título a terceros, cuando la rendición se haya hecho exigible y la persona o entidad receptora no haya rendido cuenta de la inversión de cualquier fondo ya concedido, salvo en casos debidamente calificados y expresamente fundados por la unidad otorgante. 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.

9.- Finalizado el período de vigencia de la presente Resolución, esto es el 31 de diciembre de 2023, el Municipio deberá restituir los recursos no rendidos, observados y/o no ejecutados.

RESOLUCION:

1.- APRUEBASE, las modificaciones establecidas en el numeral 4, "Programa Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria de Salud".

2.- ASIGNASE, a la I. Municipalidad de Litueche, desde la fecha de la total tramitación de la presente Resolución, la suma anual y única de \$3.807.244.- (tres millones ochocientos siete mil doscientos cuarenta y cuatro pesos) para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas para el año 2023. Según la siguiente distribución:

COMPONENTE	ESTRATEGIA	CANTIDAD DE EXÁMENES, EJECUCIÓN 2023	MONTO DE RECURSOS EN \$
Detección precoz y oportuna de cáncer de mama en etapas In situ, I y II.	Mamografías	0	\$ -
	Magnificaciones (placas complementarias)	0	\$ -
	Ecotomografía mamaria	10	\$ 199.080
Detección precoz y derivación oportuna de displasia de caderas en niños y niñas de 3 a 6 meses.	Radiografía de cadera población beneficiaria de 3 a 6 meses.	6	\$ 43.164
Detección precoz y derivación oportuna de patología biliar y cáncer de vesícula.	Eco tomografía abdominal	150	\$ 3.225.000
Mejorar la resolutiveidad en el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y enfermedades respiratorias crónicas.	Radiografía de tórax	20	\$ 340.000
TOTAL		\$	3.807.244



3.- TRANSFIERANSE, los recursos presupuestarios en dos (02) cuotas, la primera equivalente a un 70% del total de los recursos, una vez afinada la presente resolución y se encuentren recepcionados los recursos desde el Ministerio de Salud; y una segunda cuota equivalente al 30% restante del total de los recursos en el mes de octubre del presente año 2023, contra los resultados de la primera evaluación, de acuerdo a los indicadores definidos en el Programa.

4.- TENGASE PRESENTE, que en todo lo no modificado en esta Resolución, se mantiene vigente lo estipulado en el convenio original, singularizado en el considerando 2.

5.- IMPUTESE, el gasto que irrogue la presente Resolución al ítem 24-03-298 del presupuesto del Servicio de Salud.

NOTIFIQUESE, ANÓTESE Y COMUNÍQUESE



JAIME GUTIERREZ BOCAZ
DIRECTOR SERVICIO DE SALUD DEL LIBERTADOR
GENERAL BERNARDO O'HIGGINS

DISTRIBUCION:

- Ministerio de Salud- DIVAP
- I. Municipalidad de Litueche.
- Dirección Atención Primaria SSO
- Sub-Director de Recursos Físicos y Administrativos
- Sub-Dirección de Gestión Asistencial.
- Sub-Dirección Gestión y desarrollo de las personas
- Jefe Dpto. Jurídico
- Jefe Dpto. Auditoria



SERVICIO DE SALUD O'HIGGINS.
DIRECCION ATENCION PRIMARIA.
JGB/GRC/NMR/NMV/GCS/CCR/RJC/PAM/mca