



Ilustre Municipalidad de Dalcahue

APRUEBA CONVENIO “IMÁGENES DIAGNÓSTICAS”

SUSCRITO c/SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

DECRETO ALCALDICIO N° 1.432.-

DALCAHUE, 20 de mayo del 2026.-

VISTOS: La Resolución Exenta N° 3052, del 16 de marzo de 2026 del Servicio de Salud Chiloé; la sentencia de proclamación recaída en la causa rol N°111-2024 del Tribunal Electoral Regional de los Lagos de fecha 30 de Noviembre de 2024 y que declara electa Alcaldesa de Dalcahue a doña Alejandra Villegas Huichamán; 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, y el Servicio de Salud Chiloé representada por el Director subrogante don Eric Gutiérrez Morales y mediante el cual el Servicio de Salud se compromete a transferir a la Municipalidad de Dalcahue durante el año 2026 la suma total de \$67.186.227.- (sesenta y siete millones ciento ochenta y seis mil doscientos veintisiete pesos), en 2 cuotas, siendo la primera cuota correspondiente al 70% del total y asciende a \$47.030.359.- (cuarenta y siete millones treinta mil trescientos cincuenta y nueve pesos).

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.



**SECRETARIA MUNICIPAL
DALCAHUE**



**ALCALDESA DE LA COMUNA
DALCAHUE**



Acceder al documento en línea



MARÍA ALEJANDRA VILLEGAS HUICHAMÁN
ALCALDESA



CLARA INES VERA GONZALEZ
SECRETARIA MUNICIPAL



RESOLUCION EXENTA N° 3052

CASTRO, 16 MAR. 2026

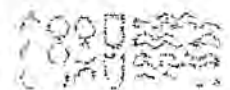
VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: El **Convenio**

Imágenes Diagnósticas, suscrito con fecha 26 de febrero de 2026 entre el **Servicio de Salud Chiloé y la Ilustre Municipalidad de Dalcahue**; Resolución Exenta N° 966 del 02 de diciembre de 2025, que aprueba el Programa **Imágenes Diagnósticas**, Resolución Exenta N°244 del 24 de febrero de 2026, y que aprueba los recursos 2026 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° 1 de 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 lo previsto en la Resolución N° 36 del 2024 de la Contraloría General de la República, y D.E N° 1 del 07 de enero de 2026.

CONSIDERANDO: 1.- Resolución Exenta N°244 del 24 de febrero de 2026 y que aprueba los recursos 2026 para el Programa. 2.- Que es necesario aprobar y transferir recursos en base al presupuesto 2026, para financiar el Programa de Reforzamiento Imágenes Diagnósticas, 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 26 de febrero de 2026 entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, ajustándose a la distribución de recursos establecidos en Resolución Exenta N°244 del 24 de febrero de 2026 del Ministerio de Salud 5.- 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

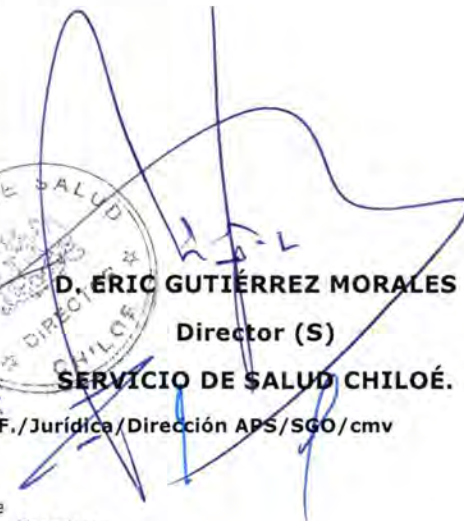
1. **presupuestarios que IMÁGENES DIAGNÓSTICAS**" suscrito con fecha 26 de febrero de 2026, entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, en virtud del cual el Servicio de Salud Chiloé conviene en asignar recursos, los que han sido aprobados mediante Resolución Exenta N°244 del 24 de febrero de 2026, del Ministerio de Salud, fondos presupuestarios que ascienden la suma anual y única de \$ **67.186.227.- (Sesenta y siete millones ciento ochenta y seis mil doscientos**



veintisiete pesos pesos) a fin de ejecutar las acciones que se detallan en el Convenio señalado.

2. **TRANSFIERASE**, cuota correspondiente al 70% del total de los recursos del convenio, correspondiente a \$ **47.030.359.-** previa verificación, por parte del Subdepartamento de Gestión Financiera del Servicio, del cumplimiento por parte de la comuna de los requisitos definidos en la Resolución 30/2015 de la Contraloría General de la República, que hubiere cumplido con los reintegros y convenios de pago que se han hecho exigibles.
3. **SÍRVESE**, el presente documento como suficiente oficio remisor.
4. **IMPÚTASE** el gasto que irroque el cumplimiento de este al ítem 24-03-298 del año 2026.
5. **PUBLÍCASE**, en Portal de Transparencia Activa, del Servicio de Salud Chiloé

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



D. ERIC GUTIÉRREZ MORALES
Director (S)
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ.

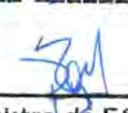
Dirección/Subdepartamento G.F./Jurídica/Dirección APS/SGO/cmv

Distribución:

La que indica:

- Ilustre Municipalidad de Dalcahue
- Subdirección de Recursos Físicos y Financieros
- Subdepartamento Gestión Financiera, S.S. Chiloé.
- Departamento Jurídico, S.S. Chiloé.
- Dirección APS, S.S. Chiloé
- Subdepartamento de Cursos de Vida y Programas Transversales
- Subdepartamento Modelo de Salud Familiar y Gestión Territorial
- Subdepartamento de Gestión Operacional
- Subdepartamento de Programas y Procesos Estratégicos
- Referentes Técnicos del Programas. D. Sergio Robles Oñate
- Of. Partes, S.S. Chiloé

**Firma Por Poder en su calidad de
Director/a Subrogante según
Decreto Exento N° 1/2026 /
del Ministerio de Salud.**



Vº Bº Ministro de Fé



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

En Castro a 26 de febrero de 2026 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 Director **D. Germán Lopez Alvarez**, 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 Alcaldesa **D. María Alejandra Villegas Huichamán**, 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° 966 del 02 de diciembre de 2025, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N°244 del 24 de febrero de 2026, ambas del Ministerio de Salud.

En el marco de la necesidad de actualizar ciertos aspectos normativos, y con el propósito de optimizar la implementación y eficiencia del Programa, se deja expresamente establecido que se mantienen vigentes las prórrogas automáticas otorgadas de los convenios vistos mediante Res Ex N° 15989 del 26 de diciembre de 2025 del Servicio de Salud Chiloé que prórroga convenio y aprueba transferencia de recursos de Programa de Reforzamiento en rediseño, en los términos señalados en el convenio original.

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 de Salud Chiloé" (<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 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.

A su vez, el fortalecimiento de la atención primaria de salud promueve: la detección precoz de factores de riesgo; el diagnóstico y tratamiento precoz, eficaz y basado en evidencia, mediante programas integrales, específicos y de alcance territorial; y por último, el acceso de la atención primaria a exámenes y procedimientos diagnósticos que anteriormente se realizaban sólo en atención especializada.

De esta manera, surge este Programa, 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 en atención primaria, generarían mayor derivación al nivel secundario, mayores costos para el sistema sanitario ante diagnósticos tardíos, y también mayores gastos de bolsillo y desplazamientos de los usuarios hacia un establecimiento de mayor complejidad.

2. FUNDAMENTACIÓN

En algunos motivos de consulta frecuentes en atención primaria, toda sospecha diagnóstica requerirá complementarse con exámenes y procedimientos que forman parte de los procesos de atención. Este Programa, 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, por lo cual, deben estar disponibles en la Atención Primaria de Salud:

2.1. Detección precoz de cáncer de mama

En mujeres chilenas, durante el periodo 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.

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

¹ Ministerio de Salud, Chile, 2005. Modelo de atención integral de salud. Disponible en <http://www.bibliotecaminisal.cl/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>

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>



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, se encuentra garantizada en el Examen Médico Preventivo, con frecuencia y rango etario definido en el Decreto GES vigente para cada período.

Este Programa de reforzamiento, existente desde el año 2001, se fortalece con el régimen GES, e incluye el tamizaje mamográfico en APS, modificando, progresivamente, el rango etario de la población objetivo y la periodicidad de la mamografía, conforme a la nueva evidencia disponible.

Así, en el año 2021, el Ministerio de Salud pública 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.

También, en el 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.

De esta manera, a partir del año 2023, el Programa cambia la periodicidad del tamizaje mamográfico, de 3 a 2 años, en el grupo objetivo de mujeres y personas de 50 a 69 años de edad, considerando también a personas 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 mama⁸ 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.

Para las personas transgénero y no conformes con el género, las recomendaciones de tamizaje de cáncer de mama se basan en el sexo asignado al nacer, los factores de riesgo y el uso de hormonas exógenas⁹. Recordar mamografías de tamizaje en personas transmasculinas si mastectomía no se ha realizado¹⁰.

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://dprece.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.who.org/cancer

⁸ 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>

⁹ Journal of the American College of Radiology, 2021, ACR Appropriateness Criteria® Transgender Breast Cancer Screening Brown, Ann et al., Volume 18, Issue 11, S502 - S515

¹⁰ Zapata Pizarro, Antonio, Díaz Díaz, Karina, Barra Ahumada, Luis, Maureira Sales, Lorena, Linares Moreno, Jeanette, & Zapata Pizarro, Franco. (2019). Atención de salud de personas transgéneros para médicos no especialistas en Chile. *Revista médica de Chile*, 147(1), 65-72. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872019000100065>



Finalmente, el Programa incluye también el financiamiento de exámenes complementarios a la mamografía tales como ecotomografía mamaria y proyecciones, en los casos en que el resultado de la mamografía lo amerite o la evidencia científica así lo sugiera, a fin de permitir concluir el estudio imagenológico.

2.2. Detección precoz de displasia luxante de caderas (DLC)

De acuerdo con lo señalado en la Guía clínica GES¹¹ 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 iliaco 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.

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 vida¹², y en el caso de los lactantes nacidos prematuros, (<37 semanas), a los 3 meses de edad corregida¹³.

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 intrabdominal, con énfasis en patología biliar y cáncer de vesícula

¹¹ 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>

¹² <https://auga.minsal.cl/problemasdesalud/index/65>

¹³ Ministerio de Salud, 2021. Norma Técnica para la Supervisión de salud integral de niños y niñas de 0 a 9 años en la atención primaria de salud. Disponible en <https://dipre.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Norma-Técnica-para-la-Supervisión-de-Salud-de-Niños-y-Niñas-de-0-a-9-años-en-la-APS-V2.pdf>



La ecografía abdominal es un método de diagnóstico que utiliza el ultrasonido para producir imágenes en tiempo real de los órganos intraabdominales. A diferencia de otras técnicas, la ecografía no emplea radiación ionizante, lo que la hace segura e inocua. Por ser no invasiva, rápida y bien tolerada, se ha convertido en una herramienta relevante para detectar de forma temprana y precisa diversas condiciones de salud. Esta herramienta ha adquirido gran importancia porque ofrece la posibilidad de obtener imágenes detalladas y precisas sin la necesidad de procedimientos invasivos^{14,15,16}.

Las enfermedades del sistema digestivo y la enfermedad renal crónica (ERC) concentran una alta carga de morbilidad, mortalidad y uso del sistema sanitario. En Chile, el Estudio Global de Carga de Enfermedad de 2019 estimó una prevalencia de enfermedades crónicas del hígado de 15,7% y de enfermedades de la vesícula biliar de 6,2%; por su parte, la ENS 2016–2017 estimó prevalencia de ERC de 15,4% considerando etapas 1 a 5^{17,18}. Estos problemas de salud justifican el énfasis en detección precoz y la utilización de la ecografía abdominal como herramienta clave para el diagnóstico oportuno e inicio precoz de medidas de control^{19,20}.

Por otra parte, la patología biliar y el cáncer de vesícula tienen alto impacto sanitario: el cáncer de vesícula biliar (CVB) suele diagnosticarse tardíamente y “tiene el peor pronóstico de todos los cánceres gastrointestinales y hepatobiliares”, con una fuerte relación con la colestasis²¹; además, afecta principalmente a mujeres y el país presenta tasas altas de mortalidad (6,7 por 100.000 en 2021)²². Frente a este escenario, desde 2006 el GES incorporó la colestectomía profiláctica para personas de 35–49 años, asociándose a descensos de mortalidad ($\approx 8\%$ en ese grupo entre 2006–2014 y $\approx 50\%$ a nivel país en <20 años), por lo que es clave sostener y profundizar la pesquisa de colestiasis en atención primaria^{19,23}. En este marco, la exploración ecográfica es la técnica de elección para el estudio de la patología biliar, por ser rápida, segura y de alto rendimiento diagnóstico.

En base a los antecedentes epidemiológicos presentados, y para incrementar la cobertura y accesibilidad de la exploración ecográfica, la Subsecretaría de Redes Asistenciales está impulsando la estrategia de ecoscopia abdominal básica en establecimientos de atención primaria de salud. La ecoscopia abdominal es una aplicación abreviada y focalizada de la ecografía abdominal, realizada por el médico de atención primaria en tiempo real o diferido y guiada por la clínica, concebida como una primera valoración ante sospecha de patologías intraabdominales y con el fin de acercar la resolución diagnóstica al primer nivel (APS y hospitales comunitarios). El Protocolo MINSAL 2024 la define y enmarca su propósito en mejorar la capacidad resolutoria y coordinación de APS, delimitando la población objetivo desde los 15 años y posicionándola como una extensión del *point-of-care ultrasonography* (POCUS) en el contexto chileno¹⁴.

En la literatura internacional, POCUS se ha consolidado como herramienta segura, versátil y útil para apoyar decisiones diagnósticas en atención general²⁴. En cuanto a alcance de la ecoscopia en el contexto chileno, el protocolo la circunscribe a la exploración hepatobiliar (p. ej., lesión hepática, colestiasis), renal (hidronefrosis, asimetría renal, nefropatía médica) y otras (p. ej., líquido libre, aneurisma de la aorta abdominal)¹⁴. Por otra parte, la utilidad clínica del procedimiento ecográfico en APS está respaldada por evidencia: en un estudio prospectivo en consultas de medicina general,

¹⁴ Sørensen B, Hunskaar S. 2019. Point-of-care ultrasound in primary care: a systematic review of generalist performed point-of-care ultrasound in unselected populations. *Ultrasound*.

¹⁵ Segura-Grau A, Sáez-Fernández A, Rodríguez-Lorenzo A, Díaz-Rodríguez N. 2014. Curso de ecografía abdominal. Introducción a la técnica ecográfica. Principios físicos. Lenguaje ecográfico. *Semergen*.

¹⁶ Ministerio de Salud (Chile). 2024. Protocolo ecoscopia abdominal básica en establecimientos de atención primaria de salud.

¹⁷ Ministerio de Salud. 2025. Salud Digestiva [Internet]. Disponible en: <https://redcronicas.minsal.cl/salud-digestiva/>.

¹⁸ Ministerio de Salud. 2021. Estrategia para el abordaje de la salud renal en la red.

¹⁹ Bulurović-Ponikvar J, Višnar-Perović A. 2003. Ultrasonography in chronic renal failure. *Eur J Radiol*.

²⁰ Ortiz-López N, Ponce-Arancibia S, Aleman L, Roblero JP, Urzúa A, Cattaneo M, et al. 2024. Una aproximación general al diagnóstico y manejo del daño hepático crónico en la atención primaria de salud. *Rev Med Chile*.

²¹ Gallardo J, Solericens R. 2024. Factores de riesgo y prevención en cáncer de vesícula. *Rev Med Clin Condes*.

²² Segura Grau A, Joleini S, Díaz Rodríguez N, Segura Cabral JM. 2006. Ecografía de la vesícula y la vía biliar. *Semergen*.

²³ Samaniego CP, de Aretxabala X, Castillo F, Paredes Á, González MT. 2024. Cáncer de vesícula: ¿Es momento de modificar el GES? *Rev Med Chile*.



POCUS produjo un cambio de diagnóstico en 49,4 % de los pacientes y un cambio en el plan de manejo en 50,9 % de ellos, aumentando además la confianza diagnóstica de las personas y reduciendo las referencias al nivel secundario²⁴.

Por lo descrito anteriormente, a partir del año 2026, el Programa incluirá tanto la ecoscopia básica, como la ecografía abdominal, en el nivel primario de atención.

2.4. Diagnóstico y tratamiento de patologías respiratorias 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)²⁵.

De acuerdo con lo señalado en la Guía Clínica GES Neumonía adquirida en la comunidad en adultos de 65 años y más de manejo ambulatorio²⁶:

"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.... No obstante, en el manejo ambulatorio de NAC, se debe solicitar en la primera consulta una radiografía de tórax para descartar otros diagnósticos".

Por este motivo, la radiografía de tórax (frontal y lateral) se encuentra financiada en la Atención Primaria, a través de este Programa, como prestación de la canasta diagnóstica GES de neumonía adquirida en la comunidad en adultos de 65 años y más²⁷.

Por otra parte, el grupo de Infecciones respiratorias en la población infantil, son una de las principales causas de atención de morbilidad en APS, en servicios de urgencia y de hospitalización. Para el año 2023, del total de egresos hospitalarios en menores de 5 años, el 38% fue por causa respiratoria. Con respecto a la atención en servicios de urgencia hospitalaria y de atención primaria, en el año 2023, del total de atenciones registradas en menores de 5 años, el 47% fueron por causa respiratoria²⁸. De la misma manera, que en la neumonía en personas mayores, la radiografía de tórax, frontal y lateral está garantizada dentro de las prestaciones del problema de salud GES Infección respiratoria aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años²⁹, la cual tiene utilidad como apoyo diagnóstico, para controlar la evolución y descartar complicaciones.

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

²⁴ Andersen CA, Brodersen J, Davidsen AS, Graumán O, Jensen MBB. 2020. Use and Impact of point-of-care ultrasonography in general practice: a prospective observational study. *BMJ Open*.

²⁵ 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>

²⁶ 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.biblioteca.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/04/Neumonía-Adquirida-adultos-de-65-años-y-más.pdf>

²⁷ <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/20>

²⁸ Ministerio de Salud, 2021. Resumen ejecutivo Guía práctica clínica de Infecciones respiratorias agudas Bajas de niños y niñas menores de 5 años de manejo ambulatorio. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/05/RES.-EXENTA-N%C2%B0-573-GUIA-DE-PRACTICA-CLINICA.pdf>

²⁹ Ministerio de Salud, 2013. Guía clínica Infección respiratoria aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wdrprss_minsal/wp-content/uploads/2016/03/GPC-IRA-MENORES-5-a%C3%B1os.pdf



diagnóstico y tratamiento, eminentemente en Atención Primaria, tal como lo señala la Guía clínica GES de Asma en adultos, del Ministerio de Salud³⁰:

"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 GES³¹ 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 Asma³² con proyección simple (frontal o lateral) y la de EPOC³³ 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 en mujeres y personas transmasculinas sin mastectomía de 50 a 69 años, además de personas 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.

³⁰ 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

³¹ 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-Obstructiva-Crónica.pdf

³² <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/61>

³³ <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/38>



- Ecoscopia abdominal básica y/o ecotomografía abdominal para la detección precoz de patología intrabdominal, con énfasis en patología biliar y cáncer de vesícula
- Radiografía de tórax para el diagnóstico y tratamiento oportuno de patologías respiratorias de manejo ambulatorio.

5. OBJETIVO

Contribuir a la detección precoz y el tratamiento oportuno de cáncer de mama, patologías intraabdominales, displasia luxante de caderas, y patologías respiratorias, mediante el acceso a exámenes de imagenología.

5.1. 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 en lactantes de 3 meses de vida.
- Contribuir a la detección precoz de patología intrabdominal, con énfasis en patología biliar y cáncer de vesícula.
- Facilitar el diagnóstico y tratamiento oportuno de patologías respiratorias de manejo ambulatorio en atención primaria.

6. COMPONENTES

Consideraciones generales

En cada uno de los 4 componentes del Programa, se debe priorizar la ejecución dentro de la red asistencial pública, por sobre la compra de servicios al extrasistema.

Se debe considerar, siempre, que los prestadores cuenten con autorización sanitaria y cumplan con los estándares de acreditación y programas de control de calidad vigentes.

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 Programa permite la adquisición, renovación y mantención de equipos y equipamiento, además de insumos, recurso humano, adecuación de espacios físicos, habilitantes tecnológicas y gastos de operación, que favorezcan la implementación local y la continuidad de la atención, asegurando el cumplimiento de las metas comprometidas anuales, para lo cual se debe solicitar visación al Servicio de Salud correspondiente.

El Servicio de Salud determinará la pertinencia del gasto, el cual debe guardar directa relación con la ejecución de las prestaciones y conforme a la normativa vigente, manteniendo proporcionalidad respecto a las metas anuales comprometidas y al presupuesto asignado a cada prestación. Para el mismo efecto, excepcionalmente, se puede financiar movilización de las personas, en aquellos establecimientos que no posean prestadores en su comuna ni en comunas aledañas, a fin de asegurar la asistencia a la prestación, principalmente en el caso de los exámenes preventivos.

6.1. Componente 1: Detección precoz de cáncer de mama.

Estrategia: Mamografía, ecotomografía mamaria y proyecciones complementarias.

Consideraciones específicas del componente:



- Tamizaje mamográfico cada 2 años.
- Focalizar prioritariamente el 70% del total de mamografías en el grupo objetivo del Programa (mujeres y personas transmasculinas sin mastectomía, entre 50 y 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 o mantención de terapia hormonal de la menopausia.
- Tener presente que los casos en que clínicamente se sospeche "probable patología maligna" se deben derivar a nivel secundario, sin necesidad de mamografía y se debe activar caso GES de 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 GES de cáncer de mama vigente, razón por la cual, se sugiere establecer en las bases de licitaciones públicas, si corresponde, que las ecotomografías mamarias no pueden exceder el 25-30% del total de mamografías y los resultados de mamografías BIRADS 0 y 3 no debiesen sobrepasar el 15% del total de informes mamográficos, de manera que, en caso contrario, el costo sea asumido por el proveedor.
- Respecto al recurso humano autorizado para el Programa se encuentran: Tecnólogo Médico con mención en radiología e Imagenología e idealmente capacitación en imágenes mamarias, TENS con mención en Imagenología preferentemente y Médico radiólogo. Además, profesional matron(a), TENS o personal administrativo, para apoyo en la gestión de este componente (proporcional a las metas anuales comprometidas y al presupuesto asignado a este componente).
- Se debe priorizar la integración gratuita a la célula de mamografía de Hospital Digital, para la emisión de los informes mamográficos, por sobre la compra de tele-informes.
- Se pueden financiar servicios a distancia de radiología, para supervigilancia médica de los tecnólogos médicos ecografistas y/o emisión de informes ecográficos.
- Respecto a ítem capacitación: es posible financiar cursos y diplomados, con el objetivo de ejecutar las prestaciones localmente en los establecimientos de atención primaria, las cuales deben ser visadas técnicamente por el Servicio de Salud correspondiente y sin afectar el cumplimiento de metas anuales comprometidas.
- Para la ejecución de este componente se debe tener presente toda la normativa ministerial vigente respecto a:
 - ✓ Acreditación en calidad y seguridad de prestadores institucionales,
 - ✓ GES para Examen medicina preventiva del adulto (mamografía) y Problema de salud N°8 "Cáncer de mama".
 - ✓ Ley N°21.551, Circular IF435, Ord. N°1922 sobre Exención orden médica y otros documentos acordes,
 - ✓ Norma técnica de calidad de mamografía,
 - ✓ Gestión y registro de procedimientos en listas de espera,
 - ✓ Proceso de atención de célula de mamografía de Hospital digital,
 - ✓ Manual de registros REM y SIGGES,
 - ✓ Otros documentos afines indicados desde el nivel central.

6.2. Componente 2: Detección precoz de displasia de cadera en lactantes de 3 meses de vida.

Estrategia: Radiografía de cadera en lactantes de 3 meses de vida.

Consideraciones específicas del componente:

- Tamizaje radiográfico a todos los lactantes de 3 meses de edad cumplidos o 3 meses de edad corregida, en el caso de nacidos antes de las 37 semanas de gestación.
- Se recomienda entregar la orden de este examen en el control de salud del niño o niña de los 2 meses de edad, indicándole a la madre o tutor responsable, que se debe realizar el examen, necesariamente, a los 3 meses de edad cumplidos, y no antes.



- Cuando existan excepciones para la ejecución del examen a los 3 meses de vida, éste debe realizarse lo antes posible, idealmente, dentro de los 6 meses de edad del niño(a).
- Se sugiere generar alianzas locales y utilizar equipos radiológicos ya existentes en establecimientos de atención primaria, Servicios de Urgencia de alta Resolutividad (SAR) y/o hospitales, en los horarios no utilizados para su objetivo principal.
- Respecto al recurso humano autorizado para el Programa se encuentran: Tecnólogo Médico con mención en radiología e imagenología, TENS con mención en imagenología preferentemente y Médico radiólogo.
- Se pueden financiar servicios de tele-radiología, para la emisión de los informes.
- Respecto a ítem capacitación: es posible financiar cursos y diplomados, con el objetivo de ejecutar las prestaciones localmente en los establecimientos de atención primaria, las cuales deben ser visadas técnicamente por el Servicio de Salud correspondiente y sin afectar el cumplimiento de metas anuales comprometidas.
- Para la ejecución de este componente se debe tener presente toda la normativa ministerial vigente respecto a:
 - ✓ Acreditación en calidad y seguridad de prestadores institucionales,
 - ✓ GES para Problema de Salud N°65 "Displasia luxante de caderas",
 - ✓ Norma Técnica para la Supervisión de Salud Integral de niños y niñas de 0 a 9 años en APS,
 - ✓ Gestión y registro de procedimientos en listas de espera,
 - ✓ Manual de registros REM y SIGGES,
 - ✓ Otros documentos afines indicados desde el nivel central.

6.3. Componente 3: Detección precoz de patología intrabdominal, con énfasis en patología biliar y cáncer de vesícula.

Estrategia: Ecoscopia abdominal básica en APS y/o ecotomografía abdominal.

Consideraciones específicas del componente:

- Priorizar ecoscopia en APS, teniendo presente Protocolo "Ecoscopia abdominal básica en establecimientos de APS" aprobado en Resolución Exenta N°30134 de 2025 y sus actualizaciones posteriores, restringiendo las ecotomografías abdominales para las derivaciones generadas desde el procedimiento ecoscópico.
- En aquellos establecimientos o comunas sin médico ecoscopista, mantener oferta de ecotomografía abdominal, favoreciendo, progresivamente, la habilitación de médicos ecoscopistas en APS.
- Se sugiere habilitar y utilizar equipos ecográficos ya existentes en establecimientos de atención primaria y/o hospitales, en los horarios no utilizados para su objetivo principal.
- Respecto al recurso humano autorizado para el Programa se encuentran: médicos familiares, médicos generales y EDF, habilitados por los Servicios de Salud, para realizar ecoscopías en APS. También, Tecnólogo Médico con mención en radiología e imagenología, TENS con mención en imagenología preferentemente y Médico radiólogo.
- Se pueden financiar servicios a distancia de radiología, para supervigilancia médica de los tecnólogos médicos ecografistas y/o emisión de informes.
- Respecto a ítem capacitación: es posible financiar cursos y diplomados, con el objetivo de ejecutar las prestaciones localmente en los establecimientos de atención primaria, los cuales deben ser visadas técnicamente por el Servicio de Salud correspondiente y sin afectar el cumplimiento de metas anuales comprometidas.
- Para la ejecución de este componente se debe tener presente toda la normativa ministerial vigente respecto a:
 - ✓ Acreditación en calidad y seguridad de prestadores institucionales,
 - ✓ Protocolo "Ecoscopia abdominal básica en establecimientos de APS"
 - ✓ GES para Problema de Salud N°26 "Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años".

²⁴ https://redcronicas.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/06/2024.11.25-PROTOCOLO-ECOSCOPIA-ABDOMINAL_final.pdf



- ✓ Gestión y registro de procedimientos en listas de espera,
- ✓ Manual de registros REM y SIGGES,
- ✓ Otros documentos afines indicados desde el nivel central.

6.4. Componente 4: Diagnóstico y tratamiento oportuno de patologías respiratorias.

Estrategia: Radiografía de tórax frontal y/o lateral.

Consideraciones específicas del componente:

- Incluye radiografías contempladas en las garantías de oportunidad de los siguientes problemas de salud GES: Neumonía adquirida en la comunidad en personas de 65 años y más, Infección respiratoria aguda de manejo ambulatorio en menores de 5 años, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y Asma en personas de cualquier edad.
- Se sugiere generar alianzas locales y utilizar equipos radiológicos ya existentes en establecimientos de atención primaria, Servicios de Urgencia de alta Resolutividad (SAR) y/o hospitales, en los horarios no utilizados para su objetivo principal.
- Respecto al recurso humano autorizado para el Programa se encuentran: Tecnólogo Médico con mención en radiología e imagenología, TENS con mención en imagenología preferentemente y Médico radiólogo.
- Se pueden financiar servicios de tele-radiología, para la emisión de los informes.
- Respecto a ítem capacitación: es posible financiar cursos y diplomados, con el objetivo de ejecutar las prestaciones localmente en los establecimientos de atención primaria, las cuales deben ser visadas técnicamente por el Servicio de Salud correspondiente y sin afectar el cumplimiento de metas anuales comprometidas.
- Para la ejecución de este componente se debe tener presente toda la normativa ministerial vigente respecto a:
 - ✓ Acreditación en calidad y seguridad de prestadores institucionales,
 - ✓ GES para Problema de salud N°19 "Infección respiratoria aguda de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años", Problema de salud N°20 "Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más", Problema de salud N°38 "Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio", Problema de salud N°39 "Asma bronquial moderada y grave en personas menores de 15 años" y Problema salud N°61 Asma bronquial en personas de 15 años y más".
 - ✓ Gestión y registro de procedimientos en listas de espera,
 - ✓ Manual de registros REM y SIGGES,
 - ✓ Otros documentos afines indicados desde el nivel central.

*** Las recomendaciones técnicas y administrativas complementarias al Programa se encuentran en el documento Orientaciones técnicas para la gestión del Programa de Imágenes Diagnósticas de Atención Primaria de Salud 2026.**

7. PRODUCTOS ESPERADOS

- Mamografías realizadas, como tamizaje bienal (cada 2 años), en mujeres y personas transmasculinas sin mastectomía, de 50 a 69 años y personas de otras edades con factores de riesgo para cáncer de mama o que se encuentran en 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.
- Ecoscopías abdominales básicas y/o Ecotomografías abdominales
- Radiografías de tórax.



8. MONITOREO Y EVALUACIÓN

La evaluación se realizará conforme a la programación anual de prestaciones para cada componente que el Servicio de Salud remita a nivel central, de acuerdo con las indicaciones entregadas, para cada componente, en 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 julio y 31 de diciembre, 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 equipos radiológicos o ecográficos 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, 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.

Así también, se debe resguardar el registro de la población bajo control con mamografía vigente (cada 2 años) de cada establecimiento, según corresponda, en la sección B1 del REM P12, exclusivo para los Programas de tamizaje de cáncer cervicouterino y de mama en APS.

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 SIGGES cuando corresponda, lista de espera SIGTE, 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 correspondientes.



- 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 dos 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 31 de julio. 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 septiembre. En esta primera evaluación, cada Servicio de Salud o Comuna debe haber logrado al menos el 50% de cumplimiento del programa. Según esta primera evaluación se hará efectiva la reliquidación, si corresponde, de la segunda cuota, en el mes de octubre.
- La segunda 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 con 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.

El no cumplimiento de las actividades y metas anuales, así como el comportamiento financiero en cuanto a la correcta ejecución y la rendición de los recursos a través del Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas (SISREC) y Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), según corresponda, 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 con el cumplimiento de las Metas:

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

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 los cortes de evaluación y las fechas establecidas para ello, usando los registros regulares indicados desde el nivel central.



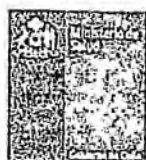
9. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Indicadores evaluados corte 31 de julio:

Meta 50%

(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 realizadas	Nº de mamografías realizadas en el año (todas las edades) *100	Nº total de mamografías comprometidas en el año	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	20%
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 realizadas en el año *100	Nº total de mamografías de todas las edades realizadas en el año	N: Sección B REM A29 D: Sección B REM A29	20%
Porcentaje de ecotomografías mamarias realizadas	Nº de ecotomografías mamarias realizadas en el año *100	Nº total de ecotomografías mamarias comprometidas en el año	D: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	20%
Porcentaje de radiografías de caderas en lactantes de 3-6 meses realizadas	Nº Rx de caderas realizadas en el año *100	Nº total de Rx de caderas comprometidas en el año	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	10%
Porcentaje de ecoscopías básicas y ecotomografías abdominales realizadas	Nº ecoscopías básicas y ecotomografías abdominales realizadas en el año *100	Nº Total de ecoscopías básicas y ecotomografías abdominales comprometidas en el año	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	20%
Porcentaje de Radiografías de tórax realizadas	Nº de Radiografías de tórax realizadas en el año *100	Nº de Radiografías de tórax comprometidas en el año	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	10%



- 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 realizadas	Nº de mamografías realizadas en el año (todas las edades) *100	Nº total de mamografías comprometidas en el año	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	20%
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 realizadas en el año *100	Nº total de mamografías de todas las edades realizadas en el año	N: Sección B REM A29 D: Sección B REM A29	20%
Porcentaje de mujeres de 50-69 años con mamografía vigente en relación con lo comprometido	Nº logrado de mujeres de 50-69 años con mamografía vigente, en el año *100	Nº comprometido de mujeres 50-69 años con mamografía vigente, para el año	N: Sección B1 REM P12 D: Planilla Programación (según convenios)	20%
Porcentaje de ecotomografías mamarias realizadas	Nº de ecotomografías mamarias realizadas en el año *100	Nº total de ecotomografías mamarias comprometidas en el año	D: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	10%
Porcentaje de radiografías de caderas en lactantes de 3-6 meses realizadas	Nº Rx de caderas realizadas en el año * 100	Nº total de Rx de caderas comprometidas en el año	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	10%
Porcentaje de ecoscopías básicas y ecotomografías abdominales realizadas	Nº ecoscopías básicas y ecotomografías abdominales realizadas en el año *100	Nº Total de ecoscopías básicas y ecotomografías abdominales comprometidas en el año	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	10%
Porcentaje de Radiografías de tórax realizadas	Nº de Radiografías de tórax realizadas en el año *100	Nº de Radiografías de tórax comprometidas en el año	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	10%



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 los 5 primeros días hábiles 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. Dichas modificaciones, en términos financieros, sólo aplican a la segunda y/o tercera cuota o duodécimos, pendientes de transferir.

La solicitud de la Municipalidad, debe ingresar al Servicio en el plazo ya definido, vía oficio al Servicio o correo electrónico por parte del Jefe(a) de Salud comunal indicado el programa y argumentos técnicos que respaldan la solicitud. De utilizar como medio de envío el correo electrónico se debe enviar al correo informado por oficio del Servicio de Salud. De no contar con la argumentación técnica se rechazará de plano la solicitud, considerándose como no presentada, lo que se informará a la comuna por escrito, mediante el medio de comunicación más expedito. La aprobación de una solicitud será mediante addendum al Convenio y 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.

Del personal

Los contratos del personal que se vayan a celebrar para el cumplimiento de los objetivos del convenio, así como su calidad jurídica, se ajustarán a las profesiones definidas en el programa de reforzamiento, orientaciones técnicas y el presente convenio, en el marco de la Ley 19.378 del Estatuto de la Atención Primaria de Salud Municipal, esto es contratos a plazo fijo e indefinido, reglamentos, leyes complementarias, leyes de aplicación supletoria, esto es, honorarlos bajo Ley N° 18.883.



De los plazos

Los plazos definidos en el presente instrumento, y que afecten a la Municipalidad, tendrán por regla general el carácter de fatales; salvo aquellas que se refieren a la presentación de planes de gastos o modificaciones, que podrán excepcionalmente ser considerados, cuando se fundamenten en circunstancias o consideraciones de caso fortuito o fuerza mayor lo que será evaluado y sancionado por la Dirección de Servicio (o Subdirección de APS), previo informe del Departamento Jurídico del Servicio de Salud.

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 transparencia
Convenio	\$ 67.186.227.- Sesenta y siete millones ciento ochenta y seis mil doscientos veintisiete pesos pesos.	Primera cuota	\$ 47.030.359.-	70%	Contra la aprobación del convenio mediante resolución
		Segunda cuota	\$ 20.155.868.-	30%	Sujeta a los resultados de la evaluación señalada en el presente convenio
Fecha inicio Convenio / Addendum	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 2026, 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.				
Ingreso a SISREC	Este Convenio se Ingresará a SISREC como Proyecto por el monto total en el caso de no ser definido por componentes, en cuyo caso, se ingresan tantos proyectos como componentes se definan.				

Detalle Financiero:

PROGR MACIÓN 2026 COMUNA S (ST 24)	COMPONENTE 1							TOTAL COMPON ENTE 1
	N° MAMOGRAFÍAS	MONTO TOTAL COMPRA MAMOGRAFÍAS \$	N° MX PRODU CCION PROPIA	GASTOS OPERACI ÓN MAMÓG RAFOS APS \$	META N°MUJE RES 50- 69 AÑOS CON MX VIGENTE	N° PROYECCIO NES COMPLEME NTARIAS	COMPRA PROYECCION ES COMPLEMEN TARIAS	
DALCAHU E	1.296	\$ 38.880.000	-	\$ -	907		\$ -	
	N°	COMPRA ECOTOMOGRAFÍA MAMARIA	N° ECO PRODU CCION PROPIA	GASTOS OPERACI ÓN ECOGRA FOS APS \$	ADICIONAL COMPONENTE 1		Remanente	
					RR.HH PARA APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA			
					MONTO DESTINA DO	Jornadas contratadas para gestión administrati va		
360	\$ 10.800.000	-	\$ -	-	-	6.227	\$ 49.686.22 7	



COMPONENTE 2						
N°	COMPRA RADIOGRAFÍA PELVIS	N° RX PRODUCCION PROPIA		GASTOS OPERACIÓN EQUIPOS RAYOS APS \$		TOTAL COMPONENTE 2
150	\$ 2.700.000			\$		\$ 2.700.000
COMPONENTE 3						
N°	COMPRA ECOTOMOGRAFÍA ABDOMINAL \$	N° ECOT. ABDOMINAL PRODUCCION PROPIA	GASTOS OPERACION ECOT. ABDOMINALES APS \$	N° ECOSCOPIAS APS	GASTOS OPERACIÓN ECOSCOPIAS APS, ASOCIADO A PAGO DE HORA EXTRA MÉDICA	TOTAL COMPONENTE 3
330	\$ 8.250.000	-	\$ -	45	\$ 300.000	\$ 8.550.000
COMPONENTE 4						
N°	COMPRA RADIOGRAFÍA TÓRAX \$		N° RX APS	GASTOS OPERACIÓN RX APS \$		TOTAL COMPONENTE 4
250	\$ 6.250.000		-	\$		\$ 6.250.000
OTROS						
TRASLADO USUARIOS			CAPACITACIÓN PROFESIONALES PARA EJECUCIÓN DE PRESTACIONES EN MODALIDAD INSTITUCIONAL			TOTAL OTROS
Monto destinado	Componente al que aplica. Motivo y tipo de traslado		Monto destinado	Tema de la capacitación, objetivo, público al que va dirigido.		
\$			\$			
SI DESTINA FINANCIAMIENTO PARA MODALIDAD INSTITUCIONAL (PRODUCCION PROPIA)						TOTAL ASIGNADO OT 24 AÑO 2026
N° MAMOGRAFOS APS	N° ECOGRAFOS APS	TIPO ECOGRAFÍA	N° EQUIPOS RAYOS APS	TIPO RADIOGRAFIA		
-	-	-	-	-		
						\$ 67.186.227

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.26 de la actual Ley de Presupuesto de la Nación Nro.21.722 del año 2026 o según defina la Ley de Presupuesto del año en ejecución teniendo en consideración que el presente convenio establece la posibilidad de prórroga automática.



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 quien 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) Quienes rindan gastos en una rendición de cuentas deberán ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES GENERALES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO y lo que disponga la LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO correspondiente al año de los convenios suscritos. Respecto a los plazos de rendición de cuentas, entrega de la rendición al Servicio, quienes rindan gastos, en una rendición de cuentas, se ajustarán a la Resolución Exenta N°30/2015 de la Contraloría General de la República en lo que respecta a la rendición mensual proporcional la que debe reflejar la ejecución técnica del convenio y la transferencia de recursos desde el Servicio de Salud; teniendo presente que la plataforma de rendiciones de Contraloría "SISREC" este operativa permanentemente durante la ejecución del convenio; en base a lo indicado, las partes acuerdan que ante un gasto observado por parte del Servicio, la Municipalidad podrá subsanarlo, sólo a través de la plataforma SISREC, además, quienes rindan gastos en una rendición de cuentas deberán ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES. Ante un gasto observado por parte del Servicio, la Municipalidad podrá subsanarlo, sólo a través de la plataforma SISREC, presentando los antecedentes requeridos. Presentados estos 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 período 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) Quienes revisen gastos en una rendición de cuentas deberán ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES GENERALES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO y lo que disponga la LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO correspondiente al año de los convenios suscritos. Respecto a los plazos de revisión de gastos, quienes revisen gastos en una rendición de cuentas, ante un gasto observado por parte del Servicio y presentada por parte de la Municipalidad su corrección deberá ajustar su actuar por iniciativa propia en el cumplimiento de sus funciones, procurando la simplificación y rapidez de los trámites en que intervengan. Lo anterior en consideración al Artículo N°8 de la Ley N° 18.575 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE BASES GENERALES DE LA ADMINISTRACION DEL ESTADO y lo que disponga la LEY DE PRESUPUESTOS DEL SECTOR PÚBLICO correspondiente al año de los convenios suscritos.

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.

SEXTA: 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 período 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 2026 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 días 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 del Plan de Gastos y sus eventuales modificaciones, la Municipalidad y el Servicio definirán su contenido conforme al procedimiento establecido por el Servicio de Salud para la elaboración, tramitación y aprobación de dicho instrumento. Dicho acuerdo se formalizará mediante resolución del Servicio de Salud, garantizando su validez, formalidad y aplicación transversal en todas las comunas.

El procedimiento señalado contendrá las etapas, medios de comunicación y mecanismos de validación correspondientes, y será aprobado mediante resolución del Servicio de Salud. Este podrá ser actualizado o modificado por dicho Servicio mediante el mismo acto administrativo, sin requerir la modificación del presente convenio, manteniendo su vigencia mientras se encuentre vigente la resolución que lo aprueba.

Las partes acuerdan que toda modificación al procedimiento o al proceso de elaboración del Plan de Gastos será igualmente formalizada mediante resolución del Servicio, asegurando la debida información y aplicación uniforme en todas las comunas.

Sin perjuicio de lo anterior, y con el objeto de resguardar la continuidad del servicio y la correcta tramitación administrativa del convenio, la Municipalidad podrá remitir el Plan de Gastos y/o sus modificaciones mediante oficio u ordinario, cuando no sea posible su tramitación a través de los medios establecidos en el procedimiento aprobado por el Servicio de Salud.

Se deja expresamente estipulado que la no presentación o acuerdo o aprobación de un plan de gastos faculta al "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 hasta los 5 primeros días hábiles de septiembre del año en curso. Dichas modificaciones, en términos financieros, sólo aplican a la segunda y/o tercera cuota o duodécimos, pendientes de transferir.



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. Un Addendum al Convenio y la respectiva Resolución Aprobatoria, de estar sujeto a control previo de legalidad, será enviado al Órgano de Control, Contraloría, para su examen de juridicidad.

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. María Alejandra Villegas Huichamán por la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, en su calidad de Alcaldesa, consta en el Decreto Alcaldicio N° 2.894 del 06 de diciembre de 2024.



D. MARÍA ALEJANDRA VILLEGAS HUICHAMÁN
ALCALDESA

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE



D. GERMÁN LÓPEZ ALVAREZ
DIRECTOR (S)

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

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



