

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

SECRETARÍA MUNICIPAL

**APRUEBA ADDENDUM RESOLUTIVIDAD EN APS SUSCRITO
c/SERVICIO DE SALUD CHILOE**

DECRETO ALCALDICIO N° 2740

DALCAHUE, 28 de diciembre de 2023

VISTOS: La Resolución Exenta N° 2849 del 13 de abril de 2023 y 671 del 07 de febrero de 2022 ambas del Servicio de Salud Chiloé; el Decreto Alcaldicio N° 521 del 03 de marzo de 2023; el Decreto Alcaldicio N° 548 del 07 de marzo de 2022, que nombra titular en el cargo de Alcalde de la Comuna a don ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR y la Resolución del Tribunal Electoral Regional, Causa Rol 77-2021-P y Causa Rol 2-2021-P; los Artículos 2°, 56 y siguientes de la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, texto refundido.

DECRETO:

APRUEBASE: En todos sus puntos el “*Addendum Imágenes Diagnósticas*” suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, representada por su Alcalde don Alex Waldemar Gómez Aguilar y el Servicio de Salud Chiloé representada por la Directora doña Marcela Cárcamo Hemmelmann y mediante el cual se modifican las cláusulas Tercera y Cuarta del convenio original.

ANÓTESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE.


~~CLARA INÉS VERA GONZÁLEZ~~
SECRETARIA MUNICIPAL


ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR
ALCALDE DE LA COMUNA

DISTRIBUCIÓN:

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

RESOLUCION EXENTA N° 2849

CASTRO, 3 ABR. 2023

VISTOS ESTOS ANTECEDENTES: Addendum suscrito con fecha 28 de marzo de 2023 entre **Servicio de Salud Chiloé** y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue** Resolución Exenta N° 248 del 13 de marzo de 2023, que aprueba el Programa **Imágenes Diagnósticas**, Resolución Exenta N°84 de fecha 03 de febrero de 2023, que aprueba los recursos 2023 para el Programa, ambas del Ministerio de Salud, convenio suscrito con fecha 19 de enero de 2022 entre **Servicio de Salud Chiloé** y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**, aprobado por Resolución Exenta N° 671 de fecha 7 de febrero de 2022, del Servicio de Salud Chiloé; que conforme a la partida 16 Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02 de Atención Primaria; Subtítulo 24 Transferencias corrientes ítem 02 Al Gobierno Central, Asignación 042 Servicio de Salud Chiloé de Ley de Presupuesto N° 21.516 de fecha 07 de diciembre de 2022, que establece el Presupuesto del Sector Público para el año 2023, "Se permite la prórroga automática, en la medida que los programas a ejecutar cuenten con recursos disponibles según la Ley de Presupuestos del Sector Público del año respectivo. Las metas y recursos asociados a dichas prórrogas serán fijadas por el Servicio de Salud, mediante resolución y deberán estar sujetos a las instrucciones que dicte el Ministerio de Salud"; Que los convenios citan "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 N° 7 de la actual Ley de Presupuesto de la Nación N° 21.516 del año 2023"; Ordinario C52 N° 4530 de fecha 20 de diciembre de 2022, del departamento de Gestión Asistencial de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, de Ministerio de Salud, que informa continuidad de Programas de Reforzamiento (PRAPS) año 2022; Resolución Exenta N°9636 de fecha 27 de diciembre de 2022 que prorroga automáticamente convenios suscritos entre **Servicio de Salud Chiloé** y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**; Resolución Exenta N°741 de fecha 02 de febrero de 2023, del Servicio de Salud Chiloé, que trasfiere recursos para los Programas de Reforzamiento en base a la Remesa informada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud del 27 de enero de 2023; 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 Resolución N° 7 de 2019 y Resolución N° 15 del 2023, de la Contraloría General de la República y , D.A. N° 49 de fecha 13 de diciembre de 2022, del Ministerio de Salud. **CONSIDERANDO: 1.-** Que conforme a la partida 16 Fondo Nacional de Salud, que establece el Presupuesto del Sector Público para el año 2023, se permite la prórroga automática en la medida que los Programas a ejecutar cuenten con recursos disponibles. **2.-** Resolución Exenta N°84 de fecha 03 de febrero de 2023, que aprueba los recursos 2023 para el Programa. **3.-** Que es necesario aprobar y transferir recursos en base al presupuesto 2023, para financiar el Programa de Reforzamiento Imágenes Diagnósticas 2023, además, que se hace necesario definir metas para el año 2023. **4.-** Que el propósito del programa es contribuir a la detección precoz y el tratamiento oportuno de cáncer de mama, cáncer de vesícula, displasia luxante de caderas, neumonía adquirida en la comunidad, asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, mediante el acceso a exámenes de imagenología en atención primaria. **6.-** Que se hace necesario aprobar mediante la presente

Resolución el Addendum suscrito con fecha 28 de marzo de 2023. **7.-** En mérito de los argumentos antes indicados, acogiendo razones de buen servicio, y a fin de que produzca todos sus efectos como en derecho corresponde, dicto lo siguiente:

RESOLUCIÓN

- 1. APRUÉBASE, "ADDENDUM IMÁGENES DIAGNÓSTICAS"** suscrito con fecha 28 de marzo de 2023, entre el **SERVICIO DE SALUD CHILOE** y la **ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE**, el que modifica Convenio con fecha 19 de enero de 2022, aprobado por Resolución Exenta N° 671 de fecha 7 de febrero de 2022, del Servicio de Salud Chiloé.
- 2. TRANSFIÉRASE**, las cuotas, 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, además, teniendo en consideración Resolución Exenta N°741 de fecha 02 de febrero de 2023, del Servicio de Salud Chiloé, que trasfiere recursos para los Programas de Reforzamiento en base a la Remesa informada por la Subsecretaria de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud del 27 de enero de 2023.
- 3. SÍRVESE**, el presente documento como suficiente oficio remisor.
- 4. IMPÚTASE** el gasto que irrogue el cumplimiento de este al ítem 24-03-298 del año 2023.
- 5. PUBLÍCASE**, en Portal de Transparencia Activa, del Servicio de Salud Chiloé

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE.



D. MARCELA CÁRCAMO HEMMELMANN
DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD CHILOÉ.



Dirección/Subdepartamento G.F./Jurídica/Dirección APS/Referente/UAGM/lgb

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
- Referentes Técnicos del Programas. D. Ximena Navarro Burgos
- Of. Partes, S.S. Chiloé

ADDENDUM

IMÁGENES DIAGNÓSTICAS

ENTRE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE

Y

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

En Castro a 28 de marzo de 2023 entre el **Servicio de Salud Chiloé**, persona jurídica de derecho público, RUT N° 61.979.210-6, domiciliado en calle O'Higgins N° 504, en la ciudad de Castro, representado por su Directora **D. Marcela Cárcamo Hemmelmann**, del mismo domicilio, en adelante el "Servicio" y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**, corporación autónoma de derecho público RUT N° 69.230.300-8, domiciliada en Calle Pedro Montt N°105, de la comuna de Dalcahue, representada por su Alcalde **D. Alex Waldemar Gómez Aguilar**, de ese mismo domicilio, en adelante la "Municipalidad", se ha acordado celebrar un Addendum, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA: El referido Programa ha sido aprobado por Resolución Exenta N° 248 del 13 de marzo de 2023, y sus recursos aprobados mediante Resolución Exenta N°84 de fecha 03 de febrero de 2023, ambas del Ministerio de Salud.

El Servicio y Municipalidad han suscrito Convenio con fecha 19 de enero de 2022, aprobado por Resolución Exenta N° 671 de fecha 7 de febrero de 2022, del Servicio de Salud Chiloé.

El Servicio ha aprobado la Resolución Exenta N° 9636 de fecha 27 de diciembre de 2022, que prorroga automáticamente convenios suscritos entre **Servicio de Salud Chiloé** y la **Ilustre Municipalidad de Dalcahue**, y la Resolución Exenta N°741 de fecha 02 de febrero de 2023, del Servicio de Salud Chiloé, que transfiere recursos para los Programas de Reforzamiento en base a la Remesa Informada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud del 27 de enero de 2023.

SEGUNDA: Que mediante este instrumento las partes acuerdan modificar el convenio suscrito en lo siguiente.

A. Se modifica cláusula TERCERA quedando de la siguiente manera:

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 resolutoria y poniendo énfasis en las acciones de promoción y prevención. Para aquello establece un modelo de gestión que articula sus estrategias sobre la base de los siguientes tres ejes:

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

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

- Detección precoz de factores de riesgo.
- Diagnóstico y tratamiento precoz (poblacional e individual), eficaz y basado en evidencia, mediante programas integrales, específicos y de alcance territorial.

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

Servicio de Salud Chiloé

Dirección de Atención Primaria de Salud

- Acceso de la atención primaria a exámenes y procedimientos diagnósticos que se realizaban en atención especializada.

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

2. FUNDAMENTACIÓN

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

2.1. DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA:

En mujeres chilenas, durante el 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 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 2022, conforme a las nuevas recomendaciones internacionales que han ido surgiendo.

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>

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>

Servicio de Salud Chiloé

Dirección de Atención Primaria de Salud

A fines del año 2021, el Ministerio de Salud publica 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.

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 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.

⁶ Ministerio de Salud, Chile, 2021, Actualización Guía Práctica Clínica GES Cáncer de mama. Disponible en: <https://dlprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-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 Siu AL; U.S. Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of Internal Medicine* 2016;164(4):279-296.

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, Horwath 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):547-580.

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.

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>

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.

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 período 2009-2018, no así en hombres,

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

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

dónde ocupa el doceavo 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.

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 colecistectomía 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 Equinococosis quística (Hidatidosis), cuyas indicaciones serán entregadas conjuntamente por el Programa y el Departamento de Epidemiología de MINSAL.

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

Chile aún conserva tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias por sobre la mayoría de los países de la OCDE. Uno de cada 10 pacientes que fallecen en Chile, lo hacen por causa respiratoria,

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/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/03/Colecistectomia-preventiva-adultos.pdf

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

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de Atención Primaria de Salud

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 personas de cualquier edad), incorporadas al Régimen GES con diagnóstico y tratamiento eminentemente en Atención Primaria en el caso de la red pública, tal como lo señala la Guía clínica GES de Asma en adultos, del Ministerio de Salud²²:

"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"

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.bibliotecaminsal.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

Servicio de Salud Chiloé

Dirección de Atención Primaria de Salud

Así también, en el caso del EPOC, su respectiva Guía Clínica GES¹ 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 Asma en personas mayores de 15 años², asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años con radiografía de tórax frontal y lateral³ y la de EPOC⁴ con 2 proyecciones (frontal y lateral), así como también la canasta de tratamiento de exacerbaciones en APS para EPOC (proyección simple).

3. OBJETIVO DE LA ORIENTACIÓN TÉCNICA ADMINISTRATIVA

Disponer de recomendaciones que permitan facilitar la planificación, monitoreo y evaluación del Programa de Imágenes Diagnósticas, a fin de obtener los resultados comprometidos y entregar una atención oportuna y de calidad a los beneficiarios del Programa.

4. PROPÓSITO DEL PROGRAMA

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

5. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

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

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

6. OBJETIVO GENERAL

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

7. 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.

¹ 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

² <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/61>

³ <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/tep/39>

⁴ <https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/38>

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de Atención Primaria de Salud

- Facilitar el diagnóstico y tratamiento oportuno de Neumonía Adquirida en la Comunidad, asma y EPOC en atención primaria.

8. COMPONENTES

8.1 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.
- Favorecer la respuesta a la demanda dentro de la red asistencial pública, considerando aquellos establecimientos o comunas que cuenten con la infraestructura y disponibilidad de mamógrafos locales.
- Para la implementación local de la prestación, se pueden destinar recursos para:
 - ✓ Profesional Tecnólogo Médico con mención en Imagenología y capacitación en imágenes mamarias y apoyo de un TENS con mención en Imagenología idealmente, para la realización de mamografías y proyecciones complementarias,
 - ✓ Médico ecografista, para la realización de ecotomografías mamarias,
 - ✓ Compra de insumos para la realización de los exámenes (proporcional del presupuesto asignado a este componente),
 - ✓ Mantención preventiva y/o reparativa de equipo de rayos y/o ecográfico,
 - ✓ Servicio de telemedicina, priorizando siempre la integración a la célula de mamografía de Hospital Digital, la cual no tiene costos para el establecimiento que realiza la mamografía,
 - ✓ Profesional matron(a) o personal administrativo, para apoyo en la gestión de este componente (proporcional al presupuesto asignado a este componente).
 - ✓ Capacitaciones específicas para ejecutar las prestaciones comprometidas en el establecimiento, favoreciendo la implementación local, las cuales deben ser visadas técnicamente por el Servicio de Salud correspondiente.
 - ✓ En el caso de los mamógrafos locales, integrados a la célula mamografía de Hospital Digital se deben considerar todos los documentos y orientaciones emanados por dicha célula.
- 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.
- Similar recomendación se hace para los casos informados como BIRADS 3, para lo cual se recomienda insertar condición que obligue a los prestadores a realizar inmediatamente una magnificación o focalización, sin superar el porcentaje antes señalado y evitando re-citar a la usuaria.
- El proveedor no debe, en ningún caso, incluir indicaciones respecto a la periodicidad de la mamografía, a menos que sea estrictamente necesario y fundado clínicamente, pues esta labor corresponde al equipo de salud.

Servicio de Salud Chiloé

Dirección de Atención Primaria de Salud

- Acordar especificaciones con el proveedor respecto de coordinaciones de derivación, notificación de exámenes críticos e informe de prestaciones realizadas, en cuanto a formato (ej.: planilla Excel), que contenga al menos:
 - ✓ Respecto del paciente: Nombre completo, rut, edad, teléfono, fecha y conclusión del examen, establecimiento de origen.
 - ✓ Periodicidad y fecha de entrega de los informes al Establecimiento de origen.
- Gestionar y monitorear la mamografía en Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) u otro sistema que MINSAL disponga para aquello:
 - ✓ El profesional responsable de la solicitud de la mamografía del establecimiento, deberá emitir una "Orden de Atención para el Procedimiento", la cual deberá ser ingresada al registro SIGTE por el funcionario a cargo de esta función en el establecimiento.
 - ✓ El SOME tendrá la función de coordinar la citación de la usuaria con el establecimiento en convenio, con los respaldos establecidos por norma.
 - ✓ Los Encargados del registro en lista de espera SIGTE y de Imágenes Diagnósticas deberán velar por: la adecuada gestión clínico-administrativa del Programa, mantener el registro actualizado de las órdenes de atención y egresos de mamografías en el registro de lista de espera de procedimientos SIGTE de acuerdo a la normativa vigente, además de proyectar las prestaciones anuales y su brecha, conforme al registro SIGTE.
 - ✓ EL registro oportuno de ingreso y egreso en SIGTE tendrá suma relevancia, en la validación de las prestaciones realizadas.

Requisitos de calidad:

- Tener presente tanto en la implementación local de mamografía, como en las licitaciones, el Decreto Exento N° 40 de 30.07.2021, Ministerio de Salud: "Aprueba Norma general técnica N°214 de calidad de mamografía", vigente desde agosto de 2022.

8.2 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).
- Acordar especificaciones con el proveedor respecto de coordinaciones de derivación, notificación de exámenes críticos e informe de prestaciones realizadas, en cuanto a formato (ej.: planilla Excel), que contenga al menos:
 - ✓ Respecto del paciente: Nombre completo, rut, edad, teléfono, fecha y conclusión del examen, establecimiento de origen.
 - ✓ Periodicidad y fecha de entrega de los informes al Establecimiento de origen.
- Gestionar y registrar en SIGGES la realización de la prestación, conforme a la normativa vigente de GES Displasia luxante de caderas.
- 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,

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de Atención Primaria de Salud

- ✓ 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.

Requisitos de calidad:

Se dispone de recomendaciones o condiciones de una buena radiografía de pelvis, contenidas en "Guía Clínica Displasia Luxante de Caderas"²⁷ vigente.

B.3 DETECCIÓN PRECOZ DE PATOLOGÍA BILIAR Y CÁNCER DE VESÍCULA.

Estrategia:

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

Consideraciones:

- Focalizar el examen de ecotomografía abdominal en personas entre 35 a 49 años con sintomatología, permitiendo hasta un 60% de exámenes a pacientes de otras edades y que posean factores de riesgo asociados o antecedentes de sintomatología específica.
- Para la solicitud de la ecotomografía abdominal se debe utilizar el formato sugerido en la Guía Clínica AUGÉ 2014 Colectectomía Preventiva en Adultos de 35 a 49 años.
- 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 conjuntamente por el Programa y el Departamento de Epidemiología de MINSAL.
- Favorecer la respuesta a la demanda dentro de la red asistencial pública, considerando aquellos establecimientos o comunas que cuenten con la infraestructura y disponibilidad de equipos ecográficos.
- Para la implementación local de la prestación, se pueden destinar recursos para:
 - ✓ Médico ecografista,
 - ✓ Servicios de Telemedicina,
 - ✓ Compra de insumos para la realización de los exámenes (proporcional al presupuesto asignado a este componente),
 - ✓ Mantenimiento preventivo y/o reparativo de equipo ecográfico,
 - ✓ Capacitaciones específicas para ejecutar las prestaciones comprometidas en el establecimiento, favoreciendo la implementación local, las cuales deben ser visadas técnicamente por el Servicio de Salud correspondiente.
- Procurar que previo a la solicitud de la ecografía abdominal se aplique la encuesta (pág. 43 de la Guía Clínica AUGÉ sobre Colectectomía Preventiva en Adultos de 35 a 49 años).
- Acordar especificaciones con el proveedor respecto de derivación, notificación de exámenes críticos e Informe de prestaciones realizadas, en cuanto a formato (ej.: planilla Excel), que contenga al menos:
 - ✓ Respecto del paciente: Nombre completo, rut, edad, teléfono, fecha y conclusión del examen, establecimiento de origen.
 - ✓ Periodicidad y fecha de entrega de los informes al Establecimiento de origen.
- Gestionar y monitorear la ecotomografía abdominal en Sistema de Gestión de Tiempos de Espera (SIGTE) u otro sistema que MINSAL disponga para aquello:

²⁷ Guía Clínica GES Displasia Luxante de caderas, MINSAL 2010

**Servicio de
Salud Chiloé**

Dirección de Atención Primaria de Salud

- ✓ El profesional responsable de la solicitud del examen del establecimiento, deberá emitir una "Orden de Atención para el Procedimiento", la cual deberá ser ingresada al registro SIGTE por el funcionario a cargo de esta función en el establecimiento.
- ✓ El SOME tendrá la función de coordinar la citación de la persona con el establecimiento en convenio, con los respaldos establecidos por norma.
- ✓ Los Encargados del registro en lista de espera SIGTE y de Imágenes Diagnósticas deberán velar por: la adecuada gestión clínico-administrativa del Programa, mantener el registro actualizado de las órdenes de atención y egresos en el registro de lista de espera de procedimientos SIGTE, de acuerdo a la normativa vigente, además de proyectar las prestaciones anuales y su brecha, conforme al registro SIGTE.
- ✓ EL registro oportuno de Ingreso y egreso en SIGTE tendrá suma relevancia, en la validación de las prestaciones realizadas.

Requisitos de calidad:

Las recomendaciones se indican en la "Guía Clínica GES Colectectomía Preventiva en adultos de 35 a 49 años"²⁸ vigente.

8.4 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)	-
Asma en menores de 15 años	2 proyecciones (Frontal y Lateral)	-

Consideraciones:

- Excepcionalmente, también es posible utilizar cupos de radiografía de tórax, en situación de alerta sanitaria por SARS-COV2, para establecer el diagnóstico diferencial con otras patologías respiratorias.
- 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 resolutivez (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 reparativa de equipo de rayos,

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de Atención Primaria de Salud

- 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.
- Acordar especificaciones con el proveedor respecto de coordinaciones de derivación, notificación de exámenes críticos e informe de prestaciones realizadas, en cuanto a formato (ej.: planilla Excel), que contenga al menos:
 - Respecto del paciente: Nombre completo, rut, edad, teléfono, fecha y conclusión del examen, establecimiento de origen.
 - Periodicidad y fecha de entrega de los informes al Establecimiento de origen.
- El registro en REM A29 debe diferenciar si la prestación se realizó en una o dos proyecciones por prestación.

Requisitos de calidad:

Las recomendaciones se basan en la RE N°2443, del Ministerio de Salud, de 2012 que "Aprueba guía para la lectura de imágenes radiográficas de tórax análogas y digitales según norma de la Organización Internacional del Trabajo, elaborada por el Departamento Salud Ocupacional del Instituto de Salud Pública de Chile²⁹".

9. PRODUCTOS ESPERADOS

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

10. 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.

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.

²⁹ <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?IdNorma=1045964>

Servicio de Salud Chiloé

Dirección de Atención Primaria de Salud

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

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

Para efectos de trazabilidad, visualización de listas de espera y asignación de presupuesto en base a cierre de brechas, es fundamental que las órdenes de atención de los procedimientos financiados por el Programa y generados en APS, sean ingresados al registro SIGTE, según la normativa vigente de registro de lista de espera, u otro sistema de registro que MINSAL disponga para aquello.

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

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

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

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

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

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de Atención Primaria de Salud

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

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

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

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

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

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

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.

11. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN
11.1 INDICADORES EVALUADOS CORTE 31 DE AGOSTO:

Meta 60%

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

11.2 INDICADORES EVALUADOS CORTE 31 DE DICIEMBRE:

Meta 100%
(Con excepción meta focalización de mamografías en mujeres 50-69 años: 70%)

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

B. Se modifica cláusula CUARTA quedando de la siguiente manera:

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:

Addendum	Monto total	Cuotas	Monto cuota	Porcentaje cuota %	Requisito transferencia
Addendum	\$44.685.000.- Cuarenta y cuatro millones seiscientos ochenta y cinco mil pesos.	Primera cuota	\$31.279.500.-	70%	Aprobación del presente Addendum
		Segunda cuota	\$13.405.500.-	34%	Sujeta a los resultados de la evaluación señalada en el presente Addendum.
Fecha inicio Addendum e Ingreso a SISREC	Tendrá vigencia a partir de la total tramitación del último acto administrativo que lo apruebe, <i>no obstante, por razones de buen servicio, se entiende que éste se ha iniciado a partir del 1º de enero de 2023, 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.</i> Este Addendum se ingresará a SISREC como un Proyecto por cada componente.				

Toda transferencia de recursos está sujeta a la disponibilidad presupuestaria del Servicio y se hace presente que de conformidad al inciso 2 del artículo Nº18 de la Resolución Nº 30 de 2015 de la Contraloría General de la República, "En el caso de existir transferencias en cuotas, no procederá el otorgamiento de nuevos recursos mientras no se haya rendido cuenta de la transferencia anterior,". En consecuencia, este Servicio de Salud, no transferirá nuevos recursos del programa, mientras la Municipalidad no haya resuelto el reintegro de los saldos no utilizados en el ejercicio anterior y que deben ser ingresados a Rentas Generales de la Nación, instrucción impartida en el Artículo Nro.7 de la actual Ley de Presupuesto de la Nación Nro.21.395 del año 2022.

Resumen financiero:

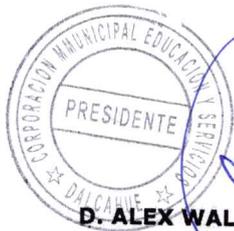
Nº	NOMBRE COMPONENTE	ACTIVIDAD	META Nº
1	COMPONENTE Nº1 Valor Mamografía \$25.000 Ecografía mamaria \$25.000	MAMOGRAFÍAS 50 A 69 AÑOS	770
		MAMOGRAFÍAS 35 Y MÁS	330
		ECOTOMOGRAFIA MAMARIA (Incluye eco. Mamaria de complemento mamografías UAMM)	295
	Se solicita destinar recursos de este componente a compra de informes e insumos para la toma de mamografías en la Unidad mamográfica ubicada en Hospital Castro, coordinar con equipo las cantidades que es posible realizar en dicha Unidad, con la finalidad de mejorar la oferta y cobertura.		
TOTAL COMPONENTE Nº1 \$ 34.875.000			
2	COMPONENTE Nº2	RADIOGRAFÍA DE CADERA	110
	TOTAL COMPONENTE Nº2 \$1.650.000		
3	COMPONENTE Nº3	ECOTOMOGRAFÍA ABDOMINAL	280
	TOTAL COMPONENTE Nº3 7.280.000		
4	COMPONENTE Nº4	RADIOGRAFÍA DE TORAX	40
	TOTAL COMPONENTE Nº4 \$880.000		
TOTAL PROGRAMA \$ 44.685.000			

**Servicio de
Salud Chiloé**
Dirección de Atención Primaria de Salud

TERCERA: En lo no modificado se mantiene íntegramente lo dispuesto en el Convenio original.

CUARTA: El presente Addendum se firma en 3 ejemplares, quedando dos en poder del Servicio de Salud Chiloé y uno en la Municipalidad.

QUINTA: La personería de D. Alex Waldemar Gómez Aguilar por la Ilustre Municipalidad de Dalcahue, en su calidad de Alcalde, consta en el Decreto Municipal N°548 del 7 de marzo de 2022



D. ALEX WALDEMAR GÓMEZ AGUILAR
ALCALDE

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE DALCAHUE



D. MARCELA CÁRCAMO HEMMELMANN
DIRECTORA

SERVICIO DE SALUD CHILOÉ

Dirección/Jurídica/Dirección APS/Referente/UAGM/Igb