MUNICIPALIDAD DE REQUÍNOA

N°: 2710

MIÉRCOLES 7 OCTUBRE DE 2026

APRUEBA CIERRE CONVENIO DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS QUE INDICA.

Esta Alcaldía decretó hoy lo siguiente:

V I S T O S:

Las facultades que me confiere la Ley Nº 18.695 de 1988, Orgánica Constitucional de Municipalidades, Texto Refundido coordinado y sistematizado, fijado por el D.F.L. Nº 1 del Ministerio del Interior año 2006.

Lo dispuesto en la Ley N° 19.880 sobre Procedimientos Administrativos.

CONSIDERANDO:

La resolución Exenta N° 1615 de fecha 25.04.2025 del Servicio de Salud de la Región O´Higgins, que aprueba convenio denominado "**PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN APS"** de fecha 03.03.2025 suscrito entre la Ilustre Municipalidad de Requínoa y el Servicio de Salud del Libertador General Bernardo O´Higgins.

D E C R E T O:

APRUÉBASE, cierre de Convenio denominado "**PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN APS**", por un monto de $28.982.452.- debido a su término en la ejecución administrativa, técnica y financiera del año 2025.

REINTÉGRESE, a la Tesorería General de la República, la suma de **$3.565.452.-** (tres millones quinientos sesenta y cinco mil cuatrocientos cincuenta y dos pesos), por concepto de saldos no utilizados en el convenio "**PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN APS**", código de proyecto en plataforma SISREC **13707-2025.**

PUBLIQUESE, el presente decreto en el portal de la Ilustre Municipalidad de Requínoa www.requinoa.cl, en cumplimiento de lo establecido en la Ley N° 20.285 sobre "Transparencia y Acceso a la información Pública".

ANOTESE, COMUNIQUESE Y ARCHIVESE.

WVM/LGE/FMV/GVB/cvtm

DISTRIBUCION:

Secretaria Municipal (1)
Dpto. Finanzas Salud (1)
Archivo (1)

GVB

FMV

Firmado electrónicamente
WALDO VALDIVIA MONTECINOS
Alcalde

Firmado electrónicamente
LEYLA GONZÁLEZ ESPINOZA
Secretaria Municipal

DEPARTAMENTO DE SALUD REQUINOA

URL Verificación: https://intranet.requinoa.cl/verificarDocumento/K55eBfuZvSUbBfN
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la Ley Nº 19.799.

DEPARTAMENTO SALUD
AREA : SALUD

Fecha: 8/10/2026
Hora: 11:54:47

OBLIGACION

Comprobante: 3887 Fecha: 08/10/2026 Resolución:
Rut: 60805000-0 Nombre: TESORERIA GENERAL DE LA REPUBLICA
Tipo Doc.: DECRETO ALCALDICIO N° Documento: 2710 Departamento: FINANZAS
Banco: 38509000058 FONDOS CONVENIOS SALUD Centro de Costo: GENERAL
Glosa: REINTEGRO DE FONDOS PROGRAMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS EN APS, POR TERMINO DE EJECUCION ADMINISTRATIVA, TECNICA Y FINANCIERA

Listado de Cuentas

Código Cuenta	Descripción	Monto	Presupuesto	Obligaciones	Saldo Presup.
215-26-01-000-000-000	DEVOLUCIONES	3,565,452	30,000,000	1,218,534	25,216,014
	TOTAL:	**3,565,452**			

Código Cuenta	Area Gestión	Programa	Sub Programa	Monto	Pres. Vigente	Obl. Acumulada	Saldo

PREPARADO POR | JEFE CONTABILIDAD | D.A.F. | CONTROL

DEPARTAMENTO SALUD
Dirección de Administración y Finanzas
Contabilidad y Presupuesto

Decreto N° 1774

REQUINOA , 8 de Octubre de 2026

Vistos:

LAS FACULTADES QUE ME CONFIEREN LOS ART. 47, 53 Y 55 DE LA LEY N°18.695 DE 1998. LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE MUNICIPALIDADES Y SUS MODIFICACIONES

Decreto

Páguese a: TESORERIA GENERAL DE LA REPUBLICA Rut 60805000-0

La Cantidad de 3,565,452 TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y CINCO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS

Correspondiente a: REINTEGRO DE FONDOS PROGRAMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS EN APS, POR TERMINO DE EJECUCION ADMINISTRATIVA, TECNICA Y FINANCIERA

Documento	Número	Fecha	Monto
DECRETO ALCALDICIO	2710	07/10/2026	3,565,452

COMPROBANTE DEVENGAMIENTO:

Código Cuenta	Detalle	Debe	Haber
215-26-01-000-000-000	DEVOLUCIONES		3,565,452
561-01-00-000-000-000	DEVOLUCIONES	3,565,452	
	Totales	3,565,452	3,565,452

COMPROBANTE DE EGRESO: ASIENTO N° ..... FECHA .....

EGRESO N° ..... FECHA ..... CHEQUE N° ..... $ .....

Código Cuenta	Detalle	Debe	Haber
111-02-02-000-000-000	38509000058 FONDOS CONVENIOS SALUD		3,565,452
215-26-01-000-000-000	DEVOLUCIONES	3,565,452	
	Totales	3,565,452	3,565,452

FECHA DE PAGO _____ DE _____ DE _____

FMV

Firmado electrónicamente
CRISTOPHER TOBAR MUÑOZ
CONTADOR AUDITOR

Firmado electrónicamente
GERARDO VILLANUEVA BOZA
JEFE DPTO. DE SALUD

Firmado electrónicamente
WALDO VALDIVIA MONTECINOS
Alcalde

Firmado electrónicamente
LEYLA GONZALEZ ESPINOZA
Secretaria Municipal

URL Verificación: https://intranet.requinoa.cl/verificarDocumento/2AqmRSLsiJAlmFp
Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la Ley Nº 19.799.

3 EGRESO DEVENGADO

COMPROBANTE: 3967 **FECHA:** 08/10/2026

R.U.T.: 60805000-0 **NOMBRE:** TESORERIA GENERAL DE LA REPUBLICA

DEPARTAMENTO: FINANZAS **CENTRO DE COSTO:** GENERAL

TIPO DOC.: DECRETO ALCALDICIO **N° DOCUMENTO:** 2710

GLOSA: REINTEGRO DE FONDOS PROGRAMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS EN APS, POR TERMINO DE EJECUCION ADMINISTRATIVA, TECNICA Y FINANCIERA

BANCO: 38509000058 FONDOS CONVENIOS SALUD **N° CHEQUE:** 0 **FECHA CHEQUE:**

DECRETO PAGO: **N° EGRESO:** 0

DETALLE DEL COMPROBANTE			
CODIGO CUENTA	**DESCRIPCION**	**D E B E**	**H A B E R**
215-26-01-000-000-000	DEVOLUCIONES	0	3,565,452
561-01-00-000-000-000	DEVOLUCIONES	3,565,452	0
	TOTAL:	**3,565,452**	**3,565,452**

Obligación	Fecha	Código Cuenta	Valor	Documento	Presupuesto	Obligaciones	Saldos Pres.
3887	08/10/2026	215-26-01-000-000-000	3,565,452	2710	30,000,000	1,218,534	25,216,014

N° Obl.	Código Cuenta	Area Gestión	Programa	SubPrograma	Monto

PREPARADO POR | JEFE CONTABILIDAD | D.A.F. | CONTROL

DIRECCION ATENCION PRIMARIA

14/07/2026

CSP/CLS/pvh

N° 274

ORD. N°: 1996

ANT: ORD. 1291 de 11-05-2026

MAT: Solicitud de rendición y restitución de saldos sin ejecutar.

RANCAGUA, 30 JUL 2026

DE: CARLOS SAAVEDRA ESPINOZA
DIRECTOR (S) SERVICIO SALUD O" HIGGINS

A: WALDO VALDIVIA MONTECINOS
ALCALDE ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE REQUINOA

Como es de vuestro conocimiento, en relación con las transferencias de recursos asociados a los programas de reforzamiento de la Atención Primaria, la Resolución N° 30, de la Contraloría General de la República, de marzo de 2015 en su artículo 31 establece que *"Toda rendición de cuentas no presentada o no aprobada por el otorgante, u observada por la Contraloría General, sea total o parcialmente, generará la obligación de restituir aquellos recursos no rendidos, observados y/o no ejecutados, sin perjuicio de las responsabilidades y sanciones que determine la ley".* Para tal efecto, se ha remitido a vuestro Municipio, durante el año 2025, si corresponde los respectivos Ord. con dicha solicitud, dando con ello cumplimiento al deber que tiene el otorgante, en este caso el Servicio de Salud O´Higgins, de requerir su reintegro (aplica Dictamen N° 19.326/2013 de CGR).

Por añadidura, todos los convenios suscritos de los programas de reforzamiento en Atención Primaria, entre el mencionado otorgante y vuestro Municipio, establecen en su clausula respectiva que *"Finalizado el período de vigencia* ***"La Municipalidad"*** *deberá restituir los fondos no ejecutados, no rendidos u observados mes a mes, o mensualmente y los fondos remanentes al término de este año presupuestario correspondiente al año 2025, antes del 30 de abril del año siguiente, a rentas generales de la Nación".*

Es por ello y de acuerdo a los documentos que sirven de antecedentes, se ha realizado un informe con datos obtenidos de la Plataforma SISREC (Reporte O19-Proyecto con fecha máxima para rendir), con fecha corte al 10 de julio de 2026, donde se visualizan montos no ejecutados y no rendidos por parte de los Municipios, los cuales deben ser reintegrados al Tesorero General de la República, para cuyos efectos, aplica los dictámenes N° 20.2011 de 1993, N° 32.048 de 1995, N° 80.238 de 2011, N° 19.236 de 2013 y N° 68.601 de 2014, todos del mismo órgano contralor.

Así mismo, adjunto detalle de saldos por rendir asociados a su comuna de los programas de reforzamiento correspondientes al año 2025, por la suma de $ 38.553.174 (treinta y ocho millones quinientos cincuenta y tres mil ciento setenta y cuatro pesos) al 10.07.2026.

AÑO 2025	
NOMBRE DEL PROGRAMA	**SALDO POR REINTEGRAR**
APOYO A LOS CUIDADOS PALIATIVOS	$ 2.411.265
APOYO AL DESARROLLO BIOPSICOSOCIAL	$ 5.985.762
CECOSF	$ 233.999
DIR	$ 868.024
ESTRATEGIAS DE SALUD BUCAL	$ 350.510
FONDO DE FARMACIA	$ 21.662.897
IMAGENES DIAGNOSTICAS	$ 3.565.452

MAIS	$	90.451
MEJORIA DE LA EQUIDAD EN SALUD RURAL	$	3.384.814
TOTAL	**$**	**38.553.174**

Con todo lo anterior y para dar cumplimiento a lo señalado, las rendiciones correspondientes a PRAPS año 2026 deberán ser ingresadas en forma mensual al Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas (SISREC).

Finalmente, este organismo otorgante viene en reiterar, tal como se evidencia en los convenios suscritos con el respectivo Municipio que, el proceso de rendición de cuentas se realizará con estricta sujeción a la disposición contenida en el artículo 18 de la ya aludida Resolución 30 del Ente Contralor, que establece que *"Los servicios no entregarán nuevos fondos a rendir, sea a disposición de unidades internas o a cualquier título a terceros, cuando la rendición se haya hecho exigible y la persona o entidad receptora no haya rendido cuenta de la inversión de cualquier fondo ya concedido, salvo en casos debidamente calificados y expresamente fundados por la unidad otorgante".*

Lo anterior, con el objetivo de evitar la existencia de recursos que no se rindan o no se ejecuten, los cuáles deben ser objeto de restitución al término de la correspondiente anualidad presupuestaria.

Sin otro particular saludo atentamente a usted

SERVICIO DE SALUD
DIRECTOR
O'HIGGINS

CARLOS SAAVEDRA ESPINOZA
DIRECTOR (S) SERVICIO DE SALUD O" HIGGINS

DISTRIBUCION:

- La indicada.
- Sub. RR. FF y Financieros
- Auditoria
- Dirección APS
- Partes

DIRECCIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA
JGB/CSG/ CSP/ CGM/AAN

RESOLUCIÓN EXENTA Nº 1615

RANCAGUA, 25 ABR 2025

VISTOS:

Estos antecedentes; Convenios suscritos con fecha 12 de Febrero de 2025, entre este Servicio de Salud O" Higgins y las I. Municipalidades que se indican, para la ejecución del denominado ***"Programa De Imágenes Diagnosticas en APS",*** aprobado mediante Resolución Exenta N°248 de fecha 16 de Marzo del año 2023, y su marco presupuestario a través de la Resolución Exenta N° 123 del 5 de Febrero del año 2025, ambas del Ministerio de Salud, Ley de Presupuesto del sector público, N° 21.722; Convenio ***"Programa De Imágenes Diagnosticas en APS ",*** y teniendo presente lo dispuesto en la Resolución 36 de 2025, de la Contraloría General de la República, y en uso de las facultades legales y reglamentarias que me concede el D.L. N°2763 de 1979, texto refundido, coordinado y sistematizado por el D.F.L. N°1/05; modificaciones introducidas por la Ley N°19.937; artículo 9°, del D.S. N°140/04, en relación con el Decreto Afecto N°5, de fecha 02 de marzo de 2023, ambos del Ministerio de Salud, dicto lo siguiente:

RESOLUCION:

1.-APRUÉBASE, Convenios **"Programa De Imágenes Diagnosticas en APS",** de fecha 12 de Febrero y 03 de Marzo de 2025, suscritos entre el Servicio de Salud O´Higgins y las Ilustres Municipalidades de la Región, a saber:

MUNICIPALIDAD	RUT	REPRESENTANTE
I.Municip. de Rengo	69.090.200-1	Enrique del Barrio Hernández
I.Municip. de Requinoa	69.081.300-9	Waldo Valdivia Montecinos
I.Municip. de Palmilla	69.091.000-4	Carlos Carrero Pérez

2.- DEJASE ESTABLECIDO que los convenios ya aprobados en el numeral anterior, pasan a formar parte integrante de esta Resolución para todos los fines que fueren pertinentes.

3.- IMPUTESE el gasto que representen los convenios referidos, al Ítem Presupuestario N°24-03-298-002, del presupuesto asignado al Servicio de Salud O´Higgins, **"Programa De Imágenes Diagnosticas en APS".**

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE,

SERVICIO DE SALUD * DIRECTOR * O'HIGGINS

JAIME GUTIÉRREZ BOCAZ
DIRECTOR
SERVICIO DE SALUD O´HIGGINS

DISTRIBUCIÓN

- Mun. Indicadas.
- MINSAL APS.
- Subsecretaría Redes Asist. MINSAL
- Dirección APS Nelson Muñoz
- Depto. Auditoría
- Depto. Jurídico.
- Partes y Archivo.

DIRECCION ATENCION PRIMARIA
JGB/CSG/CSR/CPG/AAN/FZS

CONVENIO "PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN APS"

SERVICIO DE SALUD O´HIGGINS

E

ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE REQUINOA

En Rancagua, a 03 de marzo de 2025, entre el **Servicio de Salud O´Higgins**, persona jurídica de derecho público, RUT N°61.606.800-8, representado por su Director don **Jaime Gutiérrez Bocaz**, ambos con domicilio en Alameda N°609 Rancagua, en adelante **"El Servicio";** y la **Ilustre Municipalidad de Requinoa**, persona jurídica de derecho público, RUT69.081.300-9, representada por su Alcalde don Waldo Valdivia Montecinos, ambos domiciliados en Comercio Nº 121, Requínoa, quien en adelante se denominará **"La Municipalidad",** se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERO: 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 dictara la correspondiente resolución.

Por último, se indica, mediante la dictación de Resolución Exenta N° 1858, 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.

SEGUNDO: 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 denominado ***"Programa de Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria de Salud".***

Dicho Programa ha sido aprobado mediante Resolución Exenta N°248, de fecha 16 de marzo de 2023 y cuyos recursos han sido distribuidos, por medio de la Resolución Exenta N°123, del 05 de febrero del 2025, ambas resoluciones emanadas del Ministerio de Salud, y que en este acto se entienden conocidas por ambas partes, y que **"La Municipalidad"** se compromete a ejecutar.

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

1. ANTECEDENTES

El modelo de atención integral de salud[1], 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 resolutiva y poniendo énfasis

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

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

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

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

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

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

2. FUNDAMENTACIÓN

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

2.1 Detección precoz de cáncer de mama:

En mujeres chilenas, durante el 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 respectivamente[2].
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 respectivamente[3].
Por estas razones, en Chile el cáncer de mama en mayores de 15 años de edad fue incorporado como problema de salud al primer Régimen de Garantías Explícitas en Salud del año 2005, resguardándose garantía de acceso y oportunidad desde la sospecha de cáncer con resultado de mamografía alterado o en caso de evidencia clínica de cáncer[4], para lo cual, la mamografía, considerada base del tamizaje para la detección de cáncer de mama[5], fue garantizada cada 3 años, en mujeres de 50 a 59 años de edad en el contexto del Examen Médico Preventivo GES.

---

[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://auge.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

Para dar respuesta a dicha Ley, se incorpora el tamizaje trienal de mamografía en Atención Primaria, mediante financiamiento a través de este Programa de reforzamiento, a partir del mismo año, ampliando progresivamente el rango etario de mujeres, más allá de lo garantizado por GES, desde los 50 hasta los 69 años de edad al 2022, conforme a las nuevas recomendaciones internacionales que han ido surgiendo.
A fines del año 2021, el Ministerio de Salud publica la actualización de la Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Mama[6], 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 Force[8], American College of Obstetricians and Gynecologists[9], American College of Physicians[10] y American Academy of Family Physicians[11].

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

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

---

[6] Ministerio de Salud, Chile, 2021, Actualización Guía Práctica Clínica GES Cáncer de mama. Disponible en: https://diprece.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.paho.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 InternalMedicine* 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 andGynecology* 2017;130(1):e1–e16.**

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

[11] American Academy of Family Physicians. Summary of recommendations for clinical preventive services. 2016. Available from:http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/patient_care/clinical_recommendations/cps-recommendations.

[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

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

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

De acuerdo a lo señalado en la Guía clínica GES[13] 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 vida[14].
Para dar respuesta a este Régimen de Garantías en el sistema público, se incorpora el tamizaje radiográfico mediante este Programa de reforzamiento en la Atención Primaria.

2.3 Detección precoz de patología biliar y cáncer de vesícula:

En Chile el cáncer de vesícula ocupa el cuarto lugar entre las muertes por cáncer en las mujeres, con una tasa observada de 7,9 por 100.000 mujeres, en el período 2009-2018, no así en hombres, donde, ocupa el doceavo lugar, con una tasa de mortalidad observada de un 3,8 por 100.000 hombres[15].
Sin embargo, con la incorporación en el régimen GES de la colecistectomía preventiva para prevención de cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años, se ha observado reducción de la mortalidad por esta causa, observándose una tasa de mortalidad en ambos sexos de 7,3 en el año 2009 y de 5,3 por 100.000 personas en el 2018, disminución más brusca aun en el caso de las mujeres con una tasa de 9,7 a un 6,8 en el año 2018[16].

---

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

[14] https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/65

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

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

De acuerdo con lo señalado en la Guía Clínica GES de Colecistectomía Preventiva en adultos de 35 a 49 años[17]:
"El cáncer de vesícula se presenta habitualmente asociado a enfermedad litiásica con diagnóstico tardío, con el peor pronóstico de todos los cánceres gastrointestinales y hepatobiliares.
Entre los múltiples factores asociados al cáncer vesicular aparecen como los más relevantes el sexo femenino, la edad, la raza, obesidad, multiparidad, exposición a algunos agentes ambientales, nivel socioeconómico y educacional, y la colelitiasis, factor de riesgo más común para el cáncer de vesícula biliar.
En este marco epidemiológico, alta prevalencia de colelitiasis en Chile, especialmente en mujeres, su alta asociación con cáncer de vesícula, sumado a su diagnóstico tardío y mal pronóstico, a pesar de cirugías más agresivas, existe consenso en general en que la estrategia ante este cáncer debe ser eminentemente preventiva. Un incremento importante en las tasas de colecistectomías en el grupo definido como de riesgo, continúa siendo la mejor opción para disminuir su carga de enfermedad y reducir la tasa de mortalidad estandarizada por edad, principalmente en el grupo de 35-49 años.
La ecotomografía abdominal según la Sociedad Chilena de Radiología, es el examen de screening estándar para confirmación diagnóstica de colelitiasis. Este examen presenta un 95% de sensibilidad y especificidad en presencia de cálculos superiores a 4 mm de diámetro".
Por la misma razón, la colescistectomía preventiva en personas de 35-49 años se incorporó al régimen GES, con garantía de acceso y oportunidad[18] 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 en la orientación técnica del Programa>.

2.4 Diagnóstico y tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad (NAC) y patologías respiratorias crónicas de manejo en APS:

Chile aún conserva tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias por sobre la mayoría de los países de la OCDE. Uno de cada 10 pacientes que fallecen en Chile, lo hacen por causa respiratoria, manteniéndose estable en el último decenio, y situándose en el 3er lugar entre las causas generales de muerte (año 2016 fallecidos 9.847, 9,5% del total. Entre las enfermedades respiratorias las que presentan mayor peso relativo de defunciones son el grupo específico de Influenza y Neumonía (CIE 10 J09-J18), con 3.304 defunciones registradas el año 2016, con una tasa de mortalidad ajustado por edad de 14,4 por 100.000 habitantes. Según grupo etario, los adultos mayores de 65 años y más concentran el 85% de mortalidad con una tasa de 145,6 por 100.000 (2.809 defunciones)[19].
De acuerdo con lo señalado en la Guía Clínica GES Neumonia adquirida en la comunidad en adultos de 65 años y más de manejo ambulatorio[20]:
"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,

---

[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/Colesistectomia-preventiva-adultos.pdf

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

[19] Ministerio de Salud, Chile, 2020. Informe Nacional de Auditoría de Defunción por Neumonía ocurridas en domicilio. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/07/Informe-A_O-2018-auditor_as.pdf

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

para las personas mayores de 65 años con sospecha de neumonía adquirida en la comunidad (NAC), como así lo garantiza la canasta de diagnóstico GES[21] de este problema de salud.
Para el caso de las patologías crónicas respiratorias de manejo en APS (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica y asma bronquial personas de cualquier edad), incorporadas al Régimen GES con diagnóstico y tratamiento eminentemente en Atención Primaria en el caso de la red pública, tal como lo señala la Guía clínica GES de Asma en adultos, del Ministerio de Salud[22]:
"Se ha demostrado inequívocamente, que el tratamiento precoz del asma bronquial se traduce en una mejoría en la calidad de vida, con una disminución del impacto económico social de ella, asociado a una reducción de los recursos sanitarios y una menor presión asistencial. Estudios controlados y consensos internacionales han demostrado que esquemas terapéuticos simples utilizados por equipos de salud entrenados a nivel de Centros de Atención Primaria, poseen ventajas operacionales, económicas y sanitarias que son bien percibidas por los equipos de Salud, sus administradores y especialistas de nivel Hospitalario. En esta línea se orienta la iniciativa programática a nivel Nacional (2001), constituida por el Programa de Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA) en Atención Primaria. Por el mismo motivo, se debe dotar a la atención primaria de la radiografía de tórax como elemento de apoyo diagnóstico.
En el caso de asma, si bien la radiografía de tórax no debe realizarse rutinariamente en la etapa diagnóstica de la enfermedad, su solicitud debe considerarse en los siguientes casos: sospecha de otro diagnóstico como causa de los síntomas respiratorios y sospecha de complicaciones como neumotórax o neumonía".
Así también, en el caso del EPOC, su respectiva Guía Clínica GES[23] 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 años[24] con proyección simple (frontal o lateral), asma bronquial moderada y grave en menores de 15 años con radiografía de tórax frontal y lateral[25] y la de EPOC[26] 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 resolutiva de atención primaria con exámenes de imagenología de tamizaje poblacional y específicos para la detección precoz de estos problemas de salud.

4. DESCRIPCIÓN

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

- Mamografías realizadas prioritariamente en mujeres de 50 a 69 años y de otras edades con factores de riesgo para cáncer de mama, así también ecotomografías mamarias y proyecciones complementarias.

- Radiografías de cadera realizadas a lactantes de 3 meses de edad.

- Ecotomografías abdominales realizadas prioritariamente en personas de 35 a 49 años o de otras edades, con sintomatología y/o factores de riesgo.

---

[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

[23] 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

[24] https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/61

[25] https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/lep/39

[26] https://auge.minsal.cl/problemasdesalud/index/38

- 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).

5. OBJETIVO GENERAL

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

6. OBJETIVOS ESPECIFICOS

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

7. COMPONENTES

7.1 Detección precoz de cáncer de mama.

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

Consideraciones:

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

- ✓ Decreto Exento N° 40 de 30.07.2021, Ministerio de Salud: "Aprueba Norma general técnica N°214 de calidad de mamografía".
- ✓ Informe de proceso de atención de célula de mamografía de Hospital Digital, 2019 (mamografos integrados a la célula).

7.2 Detección precoz de displasia de cadera en lactantes de 3 meses de vida.

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

Consideraciones:

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

7.3 Detección precoz de patología biliar y cáncer de vesícula.

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

Consideraciones:

- Focalizar el examen de ecotomografía abdominal en personas entre 35 a 49 años con sintomatología, permitiendo hasta un 60% de exámenes a pacientes de otras edades y que posean factores de riesgo asociados o antecedentes de sintomatología específica.
- Para la solicitud de la ecografía abdominal se debe utilizar el formato sugerido en la Guía Clínica AUGE 2014 Colecistectomía Preventiva en Adultos de 35 a 49 años (Anexo 4, página 43).
- Favorecer la respuesta a la demanda dentro de la red asistencial pública, considerando aquellos establecimientos o comunas que cuenten con la infraestructura y disponibilidad de equipos ecográficos.
- Para la implementación local de la prestación, se pueden destinar recursos para:
  - ✓ Médico ecografista,
  - ✓ Servicios de Telemedicina,
  - ✓ Compra de insumos para la realización de los exámenes (proporcional al presupuesto asignado a este componente),
  - ✓ Mantención preventiva y/o reparativa de equipo ecográfico,
  - ✓ Capacitaciones específicas para ejecutar las prestaciones comprometidas en el establecimiento, favoreciendo la implementación local, las cuales deben ser visadas técnicamente por el Servicio de Salud correspondiente.

7.4 Diagnóstico y tratamiento oportuno de neumonía adquirida en la comunidad (NAC), asma en adultos y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Estrategia:

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

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

Consideraciones:

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

Para todos los componentes, los recursos asociados financiarán exclusivamente las actividades relacionadas con cada componente, teniendo presente los objetivos, metas y prestaciones así como los indicadores y medios de verificación.
El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa y de acuerdo a la normativa vigente.

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

8. PRODUCTOS ESPERADOS

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

9. MONITOREO Y EVALUACIÓN

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

Las prestaciones programadas constituirán el denominador para la evaluación con corte 31 de agosto, por lo tanto, el archivo Excel con la programación de prestaciones debe ser devuelto, a más tardar el 31 de marzo del año a evaluar, vía correo electrónico, a la Referente del Programa de la División de Atención Primaria.

Por otra parte, el monitoreo y evaluación del programa se realiza exclusivamente a través del Registro estadístico mensual REM, por lo cual es primordial completar dicho registro oportunamente, en los plazos establecidos por DEIS.

Todas las prestaciones financiadas por el Programa deben registrarse única y exclusivamente en la sección B del REM A29 "Programas de Imágenes Diagnósticas y Resolutividad en APS". Dicho registro es exclusivo para medir la ejecución del presupuesto asignado a las prestaciones de estos Programas, para lo cual, debe registrar en él, el establecimiento o comuna que recibe el presupuesto vía subtítulo 21, 22 o 24, según corresponda.
En el caso de las prestaciones gestionadas por los Servicios de Salud, como es el caso de los mamógrafos móviles, éstas deben ser registradas en el REM del mismo Servicio de Salud.
Se deben registrar las prestaciones de los 4 componentes del Programa en la fila "informadas", según rango etario y resultado. Además, se debe completar la "Modalidad" de cada prestación informada, es decir:

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

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

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

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

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

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

- La primera evaluación, se efectuará con corte al día 30 de abril y tendrá relación con la verificación de convenios firmados. Para esto, cada encargado de programa en el Servicio de Salud deberá informar, a más tardar el 20 de Mayo del año en evaluación, el número y porcentaje de los convenios firmados que están en la plataforma web de finanzas y especificar las razones cuando el porcentaje sea menor al 100%.

- La segunda evaluación, se efectuará con corte al 31 de Agosto. Para esto, cada encargado de programa deberá velar porque sus establecimientos hayan completado el REM A29, antes de la fecha de cierre estadístico DEIS, ya que éste será la fuente oficial para la evaluación que se realizará durante las primeras 2 semanas de octubre. En esta segunda evaluación, cada Servicio de Salud o Comuna debe haber logrado al menos el 60% de cumplimiento del programa. Según esta segunda evaluación se hará efectiva la reliquidación, si corresponde, de la segunda cuota, en el mes de octubre.

- La tercera evaluación y final, se efectuará al 31 de diciembre, fecha en que el Programa deberá tener ejecutado el 100% de las prestaciones comprometidas. Cada Encargado de Programa deberá asegurarse que sus establecimientos hayan completado el REM A29, antes de la fecha de cierre estadístico DEIS, ya que éste será la fuente oficial para la evaluación final que se realizará durante las primeras 2 semanas del mes de febrero del año siguiente.

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridas para recibir el total de recursos anuales del presente programa, se entiende que el no cumplimiento a la fecha de corte definido, conlleva la reliquidación del programa.
Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna o establecimiento podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo. El Servicio de Salud, una vez analizada y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar al Ministerio de Salud la no reliquidación del Programa.
No obstante la situación excepcional indicada en el párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación del Programa al 31 de diciembre y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligación de rendición financiera y evaluación de las metas al final del período evaluativo.
Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales, podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa.

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

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

De acuerdo al cuadro anterior, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la segunda evaluación (corte al 31 de agosto del año correspondiente), podrán optar a la reasignación de recursos.
El excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con el total de prestaciones comprometidas en el corte evaluado.

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

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

10. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

- Indicadores evaluados corte 31 de Agosto:

Meta 60%

Nombre indicador	**Numerador**	**Denominador**	**Medio verificación**	**Peso relativo del Indicador**
Porcentaje de Mamografías de todas las edades informadas	N° de mamografías realizadas en el período (todas las edades)	N° total de mamografías comprometidas en el año x 100	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	35%
Porcentaje de Radiografías de caderas		N° total de Rx de caderas	N: Sección B REM A29	20%

en lactantes de 3-6 meses informadas	N° Rx de caderas realizadas en el período.	comprometidas en el año x 100	D: Planilla Programación (según convenios)	
Porcentaje de Ecotomografías abdominales informadas	N° Ecotomografías abdominales realizadas en el período	N° Total de Ecotomografías abdominales comprometidas en el año x 100.	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	30%
Porcentaje de Radiografías de tórax realizadas	N° de Radiografías de tórax realizadas en el período	N° de Radiografías de tórax comprometidas en el año x 100	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	15%

- Indicadores evaluados corte 31 de Diciembre:

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

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación	Peso relativo del Indicador
Porcentaje de Mamografías de todas las edades informadas	N° de mamografías realizadas en el año (todas las edades)	N° total de mamografías comprometidas en el año x 100	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	20%
Porcentaje de focalización de mamografías en el grupo de 50 a 69 años (Meta 70%)	N° de mamografías en el grupo de 50-69 años informadas en el año	N° total de mamografías de todas las edades informadas en el año x 100	N: Sección B REM A29 D: Sección B REM A29	20%
Porcentaje de mamografías egresadas por causal 16 en registro lista espera SIGTE	N° de mamografías realizadas en el año, egresadas por causal 16*	N° total de mamografías informadas de todas las edades en el año x 100	N: Registro SIGTE D: Sección B REM A29	10%
Porcentaje de Ecotomografías mamarias informadas	N° de ecotomografías mamarias realizadas en el año	N° 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	N° Rx de caderas realizadas en el año.	N° total de Rx de caderas comprometidas en el año x 100	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	10%
	N° Ecotomografías	N° Total de Ecotomografías	N: Sección B REM A29	20%

Porcentaje de Ecotomografías abdominales informadas	abdominales realizadas en el año	abdominales comprometidas en el año x 100.	D: Planilla Programación (según convenios)	
Porcentaje de Radiografías de tórax realizadas	N° de Radiografías de tórax realizadas en el año	N° de Radiografías de tórax comprometidas en el año x 100	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	10%

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

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

11. FINANCIAMIENTO

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16 correspondiente al ministerio de Salud, Capítulo 02 (Fondo Nacional de Salud), Programa 02 (Programa de Atención Primaria), asociado al Subtítulo 24 03 298 "Transferencias Corrientes" Ley N°19.378, glosa 02 y tiene como propósito garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados a este Programa entre los meses de Enero a Diciembre de cada año, de acuerdo al marco presupuestario asignado.
Los recursos asociados a este Programa financiarán exclusivamente las actividades relacionadas al mismo, teniendo presente la definición de objetivos, metas a lograr e indicadores, estrategias, beneficiarios legales y localización (Servicio de Salud, comuna y establecimientos). El Servicio de Salud determinará la pertinencia de la compra de servicios o la adquisición de insumos, materiales, implementos o bienes, que sean acordes a las necesidades del Programa y de acuerdo a la normativa vigente.
El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los establecimientos de dependencia municipal, los recursos correspondientes, destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.
El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 24 03 298 02.
Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos en dos cuotas, de acuerdo a lo que siguiente:
Una primera cuota equivalente al 70% de los recursos, condicionado a la total tramitación del acto aprobatorio; y una segunda cuota, en octubre, equivalente al 30% restante, de acuerdo a los resultados de la segunda evaluación señalada en el acápite 9 de este Programa.
Se deja establecido, que estas transferencias se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República.

Finalmente, los Servicios de Salud podrán determinar los criterios de distribución de los recursos destinados a los establecimientos de su territorio que desarrollan las prestaciones del Programa, atendiendo a criterios de equidad y de acortamiento de brecha en el otorgamiento de las prestaciones, sin sobrepasar los recursos totales asignados, para lo cual es relevante que en este proceso participen los equipos técnicos.

CUARTO: De los recursos financieros. El Ministerio de Salud, a través de **"El Servicio"**, conviene en asignar a **"La Municipalidad"**, la suma de **$28.982.452.- (veintiocho millones novecientos ochenta y dos mil cuatrocientos cincuenta y dos pesos),** para la comuna de **Requinoa**, con el objeto de financiar recurso humano y gastos de operación para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en las cláusulas anteriores.
Por su parte, **"La Municipalidad"** se obliga a cumplir todos y cada uno de los objetivos del Programa, procediendo a la ejecución de sus acciones para los beneficiarios de la Atención Primaria del sector público de salud, de acuerdo al desglose del monto aludido de traspaso, de la siguiente forma, a saber:

Comuna	Establecimiento	Meses de operación	Total Recursos año 2025
Requinoa	Comuna de Requinoa	12	**$28.982.452**

Detalle financiero:

I)- COMPONENTE N°1: DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE MAMA	**GASTO TOTAL ANUAL**
PROFESIONAL TECNÓLOGO MÉDICO CON MENCIÓN EN IMAGENOLOGÍA Y CAPACITACIÓN EN IMÁGENES MAMARIAS (COMPRA DE SERVICIO)	**$23.837.186**
TENS CON MENCIÓN EN IMAGENOLOGÍA (IDEALMENTE) (COMPRA DE SERVICIO)	
MÉDICO ECOGRAFISTA (COMPRA DE SERVICIO)	
COMPRA DE INSUMOS PARA REALIZACIÓN DE LOS EXÁMENES (PROPORCIONAL AL PRESUPUESTO ASIGNADO A CADA COMPONENTE)	
MANTENCIÓN PREVENTIVA Y/O REPARATIVA DE EQUIPO DE RAYOS Y/O ECOGRÁFICO	
SERVICIO DE TELEMEDICINA	
PROFESIONAL MATRÓN/A (COMPRA DE SERVICIO)	
PERSONAL ADMINISTRATIVO (COMPRA DE SERVICIO)	
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.	

II)- COMPONENTE N°2: DETECCIÓN PRECOZ DE DISPLASIA DE CADERA EN LACTANTES DE 3 MESES DE VIDA	**GASTO TOTAL ANUAL**
PROFESIONAL TECNÓLOGO MÉDICO CON MENCIÓN EN IMAGENOLOGÍA (COMPRA DE SERVICIO)	**$375.887**
MÉDICO RADIÓLOGO (COMPRA DE SERVICIO) Y/O SERVICIO DE TELEMEDICINA	
COMPRA DE INSUMOS PARA REALIZACIÓN DE LOS EXÁMENES (PROPORCIONAL AL PRESUPUESTO ASIGNADO A CADA COMPONENTE)	
MANTENCIÓN PREVENTIVA Y/O REPARATIVA DE EQUIPO DE RAYOS	
CAPACITACIONES ESPECÍFICAS PARA EJECUTAR LAS PRESTACIONES COMPROMETIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO, FAVORECIENDO LA IMPLEMENTACIÓN LOCAL, LAS CUALES DEBEN SER VISADAS TÉCNICAMENTE POR EL SERVICIO DE SALUD.	

III)- COMPONENTE N°3: DETECCIÓN PRECOZ DE PATOLOGÍA BILIAR Y CÁNCER DE VESÍCULA	**GASTO TOTAL ANUAL**
MÉDICO ECOGRAFISTA (COMPRA DE SERVICIO)	**$2.637.580**
SERVICIO DE TELEMEDICINA	
COMPRA DE INSUMOS PARA REALIZACIÓN DE LOS EXÁMENES (PROPORCIONAL AL PRESUPUESTO ASIGNADO A CADA COMPONENTE)	

MANTENCIÓN PREVENTIVA Y/O REPARATIVA DE EQUIPO ECOGRÁFICO	
CAPACITACIONES ESPECÍFICAS PARA EJECUTAR LAS PRESTACIONES COMPROMETIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO, FAVORECIENDO LA IMPLEMENTACIÓN LOCAL, LAS CUALES DEBEN SER VISADAS TÉCNICAMENTE POR EL SERVICIO DE SALUD.	

IV)- COMPONENTE N°4: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC), ASMA EN ADULTOS Y ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	**GASTO TOTAL ANUAL**
PROFESIONAL TECNÓLOGO MÉDICO CON MENCIÓN EN IMAGENOLOGÍA (COMPRA DE SERVICIO)	**$2.131.800**
MÉDICO RADIÓLOGO (COMPRA DE SERVICIO) Y/O SERVICIO DE TELEMEDICINA	
COMPRA DE INSUMOS PARA REALIZACIÓN DE LOS EXÁMENES (PROPORCIONAL AL PRESUPUESTO ASIGNADO A CADA COMPONENTE)	
MANTENCIÓN PREVENTIVA Y/O REPARATIVA DE EQUIPO DE RAYOS	
CAPACITACIONES ESPECÍFICAS PARA EJECUTAR LAS PRESTACIONES COMPROMETIDAS EN EL ESTABLECIMIENTO, FAVORECIENDO LA IMPLEMENTACIÓN LOCAL, LAS CUALES DEBEN SER VISADAS TÉCNICAMENTE POR EL SERVICIO DE SALUD.	

METAS ASOCIADAS AL PROGRAMA POR COMPONENTE: Según el detalle del desglose financiero, las metas por cada componente del programa son:

COMPONENTE	**ESTRATEGIA**	**CANTIDAD DE EXÁMENES EJECUCIÓN 2025**
Detección precoz de cáncer de mama	Mamografías	800
	Magnificaciones (placas complementarias)	12
	Ecotomografía mamaria	238
Detección precoz de displasia de cadera en lactantes de 3 meses de vida	Radiografía de cadera (población beneficiaria de 3 a 6 meses)	50
Detección precoz de patología biliar y cáncer de vesícula	Ecotomografía abdominal	100
Diagnóstico y tratamiento oportuno de neumonía adquirida en la comunidad (NAC), asma en adultos y enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Radiografía de tórax	120

QUINTO: Los recursos financieros aludidos en la cláusula precedente, serán transferidos por "El Servicio", en dos 2 (dos) cuotas, la primera, equivalente a un 70% del total de los recursos, una vez afinada la Resolución aprobatoria del presente convenio y se encuentren recepcionados los recursos

desde el Ministerio de Salud. La segunda cuota, equivalente al 30% restante del total de los recursos y será transferida en el mes de octubre del presente año 2025, contra los resultados de la primera evaluación, de acuerdo a los indicadores definidos en el Programa y al esquema que se indicará en cláusulas siguientes y se encuentren rendidos los recursos de la primera cuota por "La Municipalidad".

Cabe hacer presente que, de acuerdo con lo señalado precedentemente, los comparecientes dejan expresamente establecido que, conforme a lo regulado en el inciso segundo del artículo 18 de la Resolución 30 de 2015 y en el Dictamen N°51.246 de 2016, ambos instrumentos de la Contraloría General de la República, ***"En 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, **"El Servicio"** no otorgará nuevos recursos mientras **"La Municipalidad"** no haya rendido cuenta de la transferencia anterior mediante la emisión de un certificado de rendición de cuentas.

SEXTO: **"El Servicio"** podrá requerir a **"La Municipalidad",** los datos e informes relativos a la ejecución del Programa, de sus componentes específicos y del presente convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, en atención a sus prerrogativas y a lo establecido en el artículo 8° de la Ley N°18.575, efectuando una evaluación del mismo con la debida diligencia, oportunidad, simplificación y rapidez, de manera de agilizar toda retroalimentación y corrección en caso de ser necesario.

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 Republica que *"Fija Normas de Procedimiento sobre Rendición de Cuentas"*. Al respecto dicha Resolución señala en su artículo N°20, que *"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*". Asimismo, el artículo 26 de la misma Resolución, señala en su inciso tercero que, el organismo receptor, en este caso **"La Municipalidad",** está obligado a enviar a **"El Servicio"** un comprobante de ingreso por los recursos percibidos y un informe mensual y final de su inversión. El informe mensual deberá remitirse dentro de los quince días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, y deberá señalar, a lo menos, el monto de los recursos recibidos en el mes, el monto detallado de la inversión y el saldo disponible para el mes siguiente, de acuerdo con el inciso cuarto del artículo 26 de la Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República.

A Raíz de lo anterior, y considerando la Resolución Exenta N°1.858 del 23 de septiembre de 2023 de la Contraloría General de la República, **"La Municipalidad",** quedara obligada en su calidad de ejecutor, a lo siguiente:

a. Utilizar SISREC para la rendición de cuentas a que de 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 Republica. En relación a lo anterior, **"El Servicio"** solo revisara 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 SISREC.
c. Disponer de medios tecnológicos de hardware y software para realizar la rendición de cuentas con documentación electrónica y digital a través de SISREC. Lo anterior incluye, por ejemplo, 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. Ante un gasto observado por parte del **Servicio**, la **Municipalidad** podrá subsanarlo, solo a través de la plataforma SISREC, dentro de un plazo de 10 días hábiles administrativos contados desde la fecha de devolución de la rendición al organismo ejecutor. De no presentar nuevos antecedentes dentro del plazo indicado, o si este es presentado en otro medio o formato que no sea SISREC, la Municipalidad deberá necesariamente eliminar el gasto.

A su vez, **"El Servicio"** quedara 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 de SISREC durante el periodo de rendición de la totalidad de los recursos transferidos para la ejecución del proyecto. Lo anterior incluye, por ejemplo, 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.
c. Revisar los gastos ingresados por la comuna dentro de 20 días hábiles de su presentación y dentro de 10 días hábiles para gastos observados, en la medida que la comuna rinda gastos en forma mensual. **"El Servicio"** estará obligado a cerrar el proyecto al término del plazo máximo para rendir que en ningún caso podrá ser superior al último día del mes de marzo del año siguiente.
   La obligación de rendir cuenta, señalada en el inciso precedente, subsistirá aun cuando **"La Municipalidad"** ejecute las actividades, a través de la 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.

SÉPTIMO: **"El Servicio"** no asume responsabilidad financiera mayor que la que en este Convenio se señala. Por ello, si **"La Municipalidad"** se excede de los fondos destinados por **"El Servicio"** para la ejecución del mismo, ella asumirá el mayor gasto resultante. Asimismo, será responsabilidad de **"La Municipalidad"** velar por la correcta administración de los fondos recibidos, gastados e invertidos en los 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.

OCTAVO: Para dar estricto cumplimiento a lo establecido en las cláusulas anteriores y en la totalidad del presente convenio, **"El Servicio"**, designa para todos los fines que fueren pertinentes, como responsable técnico y supervisor del Programa al funcionario don Alonso Águila Núñez, de la Dirección de Atención Primaria; y como responsable de la transferencia de los recursos presupuestarios del mismo a don Gerardo Cisternas Soto, Jefe Departamento de Finanzas, o a quienes legalmente les subroguen, quiénes detentarán desde luego las facultades necesarias para lograr los objetivos antes descritos.
No obstante lo anterior, los funcionarios aludidos en su rol encomendado, deberán a lo menos disponer de un monitoreo sobre los gastos involucrados y la eficacia en la ejecución de los objetivos del programa, función que desempeñarán en concordancia con lo previsto en el artículo 26 de la Resolución N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República, para cuyo efecto "La Municipalidad" se obliga desde luego a registrar mensual y detalladamente la ejecución de los recursos en el Sistema de Rendición de cuentas de la Contraloría General de la República (SISREC), obligación que para estos efectos recaerá en el Director o Jefe de Salud Municipal según sea el caso, o quien este encomiende, considerando además, las estipulaciones de la cláusula sexta precedente.

NOVENO: Consecuente con lo expuesto precedentemente y para efectos de la rendición de cuentas de los recursos presupuestarios objeto de este convenio, y en todo lo eventualmente omitido en el mismo, **"El Servicio"** conjuntamente con **"La Municipalidad"**, deberán velar y procurar por el estricto cumplimiento de lo establecido en la Resolución N°30, de fecha 11 de Marzo de 2015, que ***"Fija Normas de Procedimiento Sobre Rendición de Cuentas"***, dictada por la Contraloría General de la República, tomada de razón el 24 de Marzo de 2015, por el mismo Órgano Contralor, y demás normas que regulan la materia, instrumentos que en este acto, ambos comparecientes declaran expresa e íntegramente reconocidos y reproducidos para su aplicación y demás fines pertinentes. Al respecto y con la finalidad de abordar integralmente las revisiones y/o rendiciones financieras objeto de la ejecución del programa materia de este convenio, **"El Servicio"** podrá efectuar los procesos inherentes con la misma.

Asimismo, las partes comparecientes del presente convenio, en consideración a que las actividades a desarrollar por la municipalidad estipuladas en el presente instrumento son de continuidad a las ejecutadas el año anterior, no se han interrumpido, revisten un alto grado de relevancia sanitaria y solo tienen efectos beneficiosos para la población a cargo, hacen presente que, los gastos ejecutados con anterioridad a la total tramitación del acto administrativo que ordena la transferencia y dentro de

las fechas de vigencia del convenio, se podrán incluir en la rendición de cuentas, de acuerdo con lo estipulado en el inciso segundo del artículo 13 de la Resolución N°30 del año 2015 del mismo órgano Contralor.

DÉCIMO: El presente convenio de transferencia de recursos, incluidas las modificaciones que regulen las actividades, acciones y gastos del mismo, tendrá una vigencia, en cuanto a la ejecución de las actividades consideradas, sólo a partir del 1 de enero del presente año 2025, hasta el 31 de diciembre del mismo año, debiendo considerarse extendido dicho término de la vigencia, hasta la aprobación de la rendición de cuentas, o bien, hasta la restitución de los saldos no ejecutados, no rendidos u observados por **"La Municipalidad"**, y sólo para estos efectos, en concordancia con lo que establece el Dictamen N°92.578 de 2016 de la Contraloría General de la República, si ninguna de las partes manifiesta intención de terminarlo anticipadamente. Si alguna de las partes desea terminar anticipadamente el presente convenio, deberá comunicarlo mediante carta certificada a la otra parte, en un plazo no superior a 30 días, previos a su término.

Las partes dejan constancia que, de acuerdo con lo establecido en el artículo 52 de la Ley sobre Procedimientos Administrativos N°19.880, y que el presente convenio solo tiene efectos beneficiosos respecto de la población beneficiaria; que estas prestaciones se encuentran otorgadas desde antes de la fecha de entrada en vigencia; que no se han interrumpido, es más, dichas acciones de salud se encuentran en ejecución y en desarrollo; y, constando además, que tales acciones no vulneran derechos de terceros, **las prestaciones efectuadas por "La Municipalidad" referida en este instrumento, desde la fecha de inicio de la vigencia del presente convenio hasta la completa tramitación de su resolución aprobatoria, se entenderán realizadas dentro de la vigencia del convenio.**

No obstante, lo anterior **"El Servicio"** podrá poner término anticipado al convenio de manera fundada previo informe que, para estos efectos deberá emanar de la Dirección de Atención Primaria, el que deberá dar cuenta del incumplimiento por parte de **"La Municipalidad"** de los objetivos propios del programa o del uso de recursos para fines diferentes a los transferidos y, de ocurrir tal situación se notificará a **"La Municipalidad"**, otorgando a esta última, un plazo perentorio de 30 días para sus eventuales descargos. Sin perjuicio de lo anterior, **"La Municipalidad"** deberá velar por dar estricto y cabal cumplimiento al plazo ya otorgado para la ejecución de los recursos en las metas, componentes y/o estrategias del Programa según sea el caso, habida consideración de la obligatoriedad del cumplimento de la ***"anualidad presupuestaria".***

Los recursos disponibles y presentes para este año deben ser imputados al Ítem Presupuestario 24.03.298 del Presupuesto vigente 2025 del Servicio de Salud O´Higgins.

UNDÉCIMO: Finalizado el período de vigencia **"La Municipalidad"** deberá restituir los fondos no ejecutados, no rendidos u observados mes a mes, y los fondos remanentes al término de este año presupuestario correspondiente al año 2025, antes del 30 de abril del año siguiente, a rentas generales de la Nación. A su vez, **"El Servicio"** realizará informe evaluativo técnico financiero que dará a conocer a la comuna y donde podrá requerir una restitución de fondos mayor a lo no realizado por la comuna, si correspondiere, ello en concordancia de lo establecido en el Dictamen N°92.578, de 2016, de la Contraloría General de la República.

DUODÉCIMO: La Personería de don Jaime Gutiérrez Bocaz, para representar al Servicio de Salud O´Higgins, en su calidad de Director, consta en el Decreto Afecto N° 05, de fecha 2 de marzo de 2023, del Ministerio de Salud. La personería de don Waldo Valdivia Montecinos, para representar a la Ilustre Municipalidad de Requinoa, en su calidad de Alcalde, consta en Decreto Alcaldicio N° 4716, de fecha 06 de diciembre de 2024, de la I. Municipalidad de Requinoa.

DÉCIMO TECERO: Para todos los efectos derivados del presente convenio, las partes fijan domicilio en Rancagua y se someten a la jurisdicción de sus Tribunales.

DÉCIMO CUARTO: El presente convenio se firma en dos ejemplares de idéntico tenor y fecha, quedando uno en poder de **"La Municipalidad"**; uno en la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud y los restantes en poder de **"El Servicio" en copias digitalizadas.**

JAIME GUTIERREZ BOCAZ
DIRECTOR
SERVICIO SALUD O'HIGGINS

WALDO VALDIVIA MONTECINOS
ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE REQUINOA

INFORME CONSOLIDADO DE CIERRE ELECTRÓNICO

TIPO INFORME	DÍA	MES	AÑO
Consolidado de cierre			

I.- IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO O ENTIDAD QUE TRANSFIRIÓ LOS RECURSOS

Entidad otorgante : SERVICIO DE SALUD LIBERTADOR BDO. O'HIIGGINS

II.- IDENTIFICACIÓN DEL SERVICIO O ENTIDAD QUE RECIBIÓ Y EJECUTÓ LOS RECURSOS

Entidad receptora : Municipalidad de Requinoa
RUT : 69081300-9
Programa : IMAGENES DIAGNOSTICAS
Proyecto : IMAGENES DIAGNOSTICAS REQUINOA
Código SISREC : 13707-2025
Monto total asignado al proyecto : 28.982.452
Inicio proyecto : 01/01/2025
Fin actividades : 31/12/2025
Fecha máxima para rendir : 31/01/2026

III.- DETALLE DE TRANSFERENCIAS RECIBIDAS Y GASTOS RENDIDOS EN EL PERIODO

Detalle	Monto en $
a) Monto total asignado	28.982.452
b) Monto transferencias recibidas	28.982.452
DETALLE DE GASTOS APROBADOS	
c) Gastos de Operación	25.417.000
d) Gastos de Personal	0
e) Gastos de Inversión	0
f) TOTAL GASTOS APROBADOS	**25.417.000** (c + d + e) = f
DETALLE DE GASTOS RECHAZADOS	
g) Gastos de Operación	0
h) Gastos de Personal	0
i) Gastos de Inversión	0
j) TOTAL GASTOS RECHAZADOS	**0** (g + h + i) = j
k) SALDO POR RENDIR	**3.565.452** (b - (f + j)) = k
l) MONTO TOTAL A REINTEGRAR	**3.565.452** (b - f) = l

IV.- DATOS DE LOS FUNCIONARIOS RESPONSABLES Y QUE PARTICIPARON EN EL PROCESO