



DECRETO EXENTO N° 1.083
RETIRO, Abril 04 de 2016.-

VISTOS :

- 1.- El D.F.L. N° 1.3063 DE 1980, sobre traspaso de Servicios Públicos a las Municipalidades;
- 2.- Ley N° 19.378 del 13/04/95, que fija el texto del "Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal";
- 3.- Resolución Exenta N°1.340 del 16/03/16 aprueba Convenio Programa de Imágenes Diagnósticas en APS.
- 4.- Decreto Siaper N°1329 de fecha 02/09/15, que nombra Director Depto., de Salud Municipal de Retiro al Sr. Rubén Arias Barredo.
- 5.- Decreto Exento N°2520 de fecha 28/12/04, que delega atribuciones a Directores y Jefes de Unidades Municipales
- 6.- Las facultades que me confiere la Ley N°18.695 "Orgánica Constitucional de municipalidades", D.F.L. 1/2006.-

DECRETO

1.- **APRUEBASE**, "CONVENIO PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN APS", que se adjunta al presente Decreto, suscrito entre el S.S.M. representado por su Directora Clara Patricia León Ferrada y la Ilustre Municipalidad de Retiro, representada por don Rodrigo Ramírez Parra Alcalde de la Comuna. Por un monto \$9.358.850= (nueve millones trescientos cincuenta y ocho mil ochocientos cincuenta pesos)

2.- **IMPÚTESE**, dicho Ingreso al Presupuesto de Salud Municipal.

NOTÉSE, COMUNIQUESE Y ARCHÍVESE.-



RUBÉN ARIAS BARREDO
DIRECTOR SALUD MUNICIPAL



RODRIGO RAMÍREZ PARRA
ALCALDE



GERARDO BAYER TORRES
SECRETARIO MUNICIPAL

DISTRIBUCION:

Alcaldía
Archivo Dex. Convenios y Contratos SECMUN
Archivo Unidad de Finanzas Salud Municipal
Archivo Personal de Salud
Carpeta Proyecto/
RRP/GBT/RAB-DIR/grh.-





68

SERVICIO DE SALUD MAULE
DEPTO. ARTICULACIÓN Y DESARROLLO DE LA RED

INT.: Nº 529

31 MAR. 2016

1340

RESOLUCIÓN EXENTA Nº

TALCA,

16 MAR 2016

VISTO Y TENIENDO PRESENTE:

"**Convenio Programa de Imágenes Diagnósticas en APS**", suscrito con fecha 10 de febrero de 2016, entre este Servicio de Salud y la I. Municipalidad de **RETIRO** Resolución Exenta Nº 1260 de fecha 31/12/2015 que aprueba el programa y la Resolución Exenta Nº 377 del 29/01/2016 que aprueba los recursos, ambas del Ministerio de Salud y lo dispuesto en los artículos 56 y 57 de la Ley 19.378; las facultades que me confieren los artículos 6, 7 y 8 del D.S. Nº 140 de 2004 del MINSAL; Decreto Nº 152 de fecha 18 de diciembre de 2015 del MINSAL y Resolución Nº 1.600 de 2008 de la Contraloría General de la República.

RESUELVO**I.- APRUÉBASE:**

"**Convenio Programa de Imágenes Diagnósticas en APS**", suscrito con fecha 10 de febrero de 2016, entre este Servicio de Salud y la I. Municipalidad de **RETIRO**, cuyo texto es el siguiente:

CONVENIO PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN APS

En Talca a 10 de febrero de 2016 entre el Servicio de Salud Maule, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle 1 Norte Nº 963, 4to piso Edificio Centro 2000 Talca, representado por su Directora (T. y P.) Dra. **CLARA PATRICIA LEÓN FERRADA**, Médico Cirujano, RUT Nº 9.949.910-9, del mismo domicilio, o quien legalmente la reemplace, en adelante el "**Servicio**" y la Ilustre Municipalidad de **RETIRO**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Avda. Errazuriz Nº 240 Retiro, representada por su Alcalde Don **RODRIGO RAMÍREZ PARRA**, Proyectista, RUT. Nº 11.458.844-k, de ese mismo domicilio, o quien legalmente lo reemplace, en adelante la "**Municipalidad**", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA:

El artículo 49 de la Ley Nº 19.378 "Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal" establece que cada entidad de salud municipal recibirá mensualmente un aporte estatal, el cual se determinará anualmente mediante decreto fundado del Ministerio de Salud.

El artículo 56 de la citada ley, señala que con este aporte los establecimientos municipales de atención primaria cumplirán las normas técnicas, planes y programas que sobre la materia imparta el Ministerio de Salud. Además agrega que en 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.

SEGUNDA:

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

El referido Programa ha sido **aprobado por Resolución Exenta Nº 1260 del 31 de Diciembre de 2015 del Ministerio de Salud**, que se entiende forma parte integrante del mismo, en que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

En virtud que la demanda supera a la oferta, se producen brechas que son factibles de abordar a través de distintas estrategias complementarias tales como: utilización de cupos ofertados por la Red de Prestadores Públicos, capacitación gestionada o trabajo conjunto entre médicos especialistas y equipo de salud de Atención Primaria, operativos en salud, telemedicina, programas específicos, compra de servicios, entre otras.

El Programa de "Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria" corresponde a una de estas estrategias, que no pretende por sí solo dar cuenta de la resolución de una brecha, sino más bien aportar junto a otras estrategias en la resolución de los problemas de salud de la población, dado que en el diseño de

Eventualmente, uno de los problemas que ha constituido un nodo crítico para la continuidad de atención del usuario y de la resolución oportuna de su problema de salud, tiene relación con la disponibilidad de procedimientos de Imagenología en atención primaria. Por lo anterior el Programa de "Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria", se orienta a fortalecer los procesos de soporte para mejorar la oportunidad de detección precoz de algunas patologías y apoyar el proceso diagnóstico en:

1. Compra de servicios de imágenes mamarias para la detección precoz y apoyo diagnóstico del Cáncer de Mama:

En Chile este cáncer ocupa desde el año 2009 el primer lugar entre las muertes por cáncer entre las mujeres, seguido por el cáncer de vesícula y vías biliares. La tasa de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) por cáncer de mama en la mujer es de 100 por 100.000, ocupando el segundo lugar, después del cáncer de cuello uterino.

La tasa observada de mortalidad por cáncer de mama en el año 2012 alcanzó a 15,6 por 100.000 mujeres. Más del 90% de las muertes se concentra en el grupo de mujeres mayores de 45 años¹.

La tasa observada de mortalidad masculina por este cáncer en el mismo año llegó al 0,04 por 100.000 hombres con un total de 8 casos.

Respecto de la incidencia, el "Primer informe de registros poblacionales de cáncer de Chile 2012: quinquenio 2003-2007"² estimó una tasa de incidencia de 39,1 por 100.000 mujeres.

El diagnóstico del cáncer de mama en etapas más precoces (in situ, I y II) ha aumentado de 42,9 a 77,8% entre los años 1999 y el 2012. Así mismo, se observa una reducción de los casos diagnosticados en etapa IV en el mismo período (20,7 a 6%)³.

En Chile, el Programa Nacional de Pesquisa y Control del Cáncer de Mama cuenta con una Red de atención en la patología de mama y comprende estrategias y actividades de prevención, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Además, de Guía de Práctica Clínica, protocolos de tratamiento, seguimiento y sistemas de registros y monitoreo de sus indicadores.

Actualmente, la pesquisa se basa en:

- a) Realización del Examen Físico de Mama (EFM) protocolizado, realizado por matrona (ón) capacitada(o) y la enseñanza de Autoexamen de Mama (AEM) a toda mujer a contar de los 35 años, cada 3 años. En el caso de mujeres con factores de riesgo, el EFM debe ser realizado anualmente.
- b) Realización de screening gratuito de mamografía a mujeres cada 3 años, focalizada en el grupo de 50 a 59 años. Sin embargo, los casos con sospecha de una probable patología maligna (PPM), independiente de la edad deben ser derivados a la Unidad de Patología Mamaria (UPM) con o sin mamografía.

Nota:

Es importante señalar que para el 2016, el Programa de Imágenes Diagnósticas permite ampliar el grupo de edad para la detección precoz del cáncer de mama a mujeres de 50 a 69 años, acorde con las recomendaciones de la Autoridad Sanitaria del Minsal.

Recomendaciones para la compra de servicios de imágenes mamarias:

- Que en el proceso de licitación, adjudicación, monitoreo y evaluación, participen los encargados del Programa de Cáncer de Mama del Servicio de Salud y en lo posible un radiólogo, que apoyen cada etapa. Para estos fines se adjuntan en los anexos, los "Requisitos de Calidad para mamografía y ecotomografía mamaria".
- Cada establecimiento debe mantener un registro por RUT de las personas beneficiarias de esta estrategia, la cual debe contener al menos estos datos: RUT, Tipo de examen, nombre completo, edad, fecha de solicitud y del informe, resultado con nomenclatura BI-RADS, domicilio y teléfono)
- Dentro de las bases de licitación que establezcan el Servicio de Salud o la comuna, definan límites máximos de informes de BI-RADS cero, los cuales no debieran superar el 15%, ya que esta clasificación no permite tener claridad de la conducta a seguir con la usuaria. Similar recomendación se hace para los casos informados como BI-RADS 3, respecto del total de mujeres con informes mamográficos.

Cabe señalar que se envía un porcentaje de recursos destinados prioritariamente a exámenes complementarios en estos casos (magnificación o focalización o ecografía mamaria). En especial, se recomienda insertar condición que obligue a los prestadores que frente a un BI-RADS cero, se le haga inmediatamente una magnificación o focalización. Pero con un límite de hasta un 15% del total de casos informados y cuando se supere ese porcentaje, lo asuma el prestador.

Respecto de las ecografías mamarias, debe asumirse la misma condición.

¹ DEIS, Minsal

2. Compra de servicios de imágenes para la detección precoz de 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. 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. 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. 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, es decir, aquel que se realiza en el primer mes de vida, al disminuir las complicaciones del mismo e interrumpir la historia natural de la enfermedad. Durante el primer mes de vida, ningún signo físico es patognomónico de DLC, por lo que la imagenología (ecografía y/o radiología), es fundamental para el diagnóstico. Se considera un diagnóstico oportuno, con posibilidades de lograr normalidad después del tratamiento a aquel que se efectúa hasta los 3 meses de edad⁴

Para la implementación de la estrategia, se recomienda:

- Asegurar que la solicitud de este examen se realice en el control de los 2 meses.
- Que cuando existan excepciones (no superiores al 20%) para la ejecución del examen a los 3 meses, éste sea obligatoriamente realizado al 100% de los menores antes de los 6 meses.
- Considera el anexo N°2 adjunto.

3. Compra de servicios de imágenes ecográficas para la detección precoz Patología biliar y cáncer de vesícula:

Chile posee la tasa de incidencia y mortalidad más alta por cáncer de vesícula en el mundo y hoy ocupa el segundo lugar entre las muertes por cáncer en las mujeres con una tasa observada de 14,3 por 100.000 mujeres, equivalente a 1.253 fallecidas al año. En el caso de los hombres se producen 555 muertes con una tasa de mortalidad observada de 6,4 por 100.000 hombres anualmente⁵.

La incorporación de la colecistectomía preventiva en el Régimen GES ha impactado en la reducción de la mortalidad por cáncer de vesícula y vías biliares, observándose desde el 2008 a la fecha un descenso de la mortalidad en ambos sexos.

Desde el inicio del proceso hasta su conversión en cáncer vesicular se describe en promedio 8 a 10 años, latencia que se reduce a menos de la mitad si la persona tiene factores de riesgo (pueblo mapuche, mujer joven, sobrepeso, antecedentes familiares de primer grado, nivel socio cultural medio a bajo).

Factores de riesgo de cáncer vesicular

Los más relevantes son: el sexo femenino, la edad, pertenecer al pueblo mapuche y el antecedente de coledolitiasis. Otros factores asociados al cáncer vesicular son:

- Factores genéticos como enfermedades preexistentes o congénitas (Anomalías de la unión pancreático duodenal) Fiebre Tifoidea
- Fibrosis quística
- Enfermedad inflamatoria intestinal-

La clínica muestra dolor en cuadrante abdominal superior derecho que simula colecistitis crónica, pérdida de peso y masa palpable (menos frecuente).

El diagnóstico diferencial incluye: colecistitis crónica, cáncer de páncreas, colecistitis aguda, coledocolitiasis, hidrops vesicular.

La ictericia y coluria son signos tardíos y reflejan invasión locoregional.

La ecotomografía abdominal es el examen de screening estándar para confirmación diagnóstica de coledolitiasis. Este examen presenta un 95% de sensibilidad y especificidad en presencia de cálculos superiores a 4 mm. de diámetro.

Por lo anterior, la mejor forma de prevenir el cáncer vesicular en Chile es priorizar la ejecución de la ecografía abdominal en toda persona entre 35 y 49 años con síntomas vesiculares. Sin embargo, frente a sintomatología específica y factores de riesgo, se puede solicitar en personas de otras edades, pero no debieran superar el 40% del total de solicitudes.

Para la compra de imágenes, se recomienda:

- Asegurar que los prestadores públicos y privados comprometan el cumplimiento respecto a requisitos de calidad en equipamiento, técnica e informe del examen. (ver anexo 3).
- Para la solicitud de la ecografía abdominal debe aplicarse la encuesta (pág. 26 de la Guía de Práctica Clínica). Una vez ejecutada la ecografía, esta solicitud deber ser devuelta con las imágenes e informe⁶.

▪ **Objetivo General:**

Mejorar mediante el apoyo de procedimientos de imagenología la capacidad resolutoria de la Atención Primaria de Salud en el diagnóstico clínico, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia y calidad técnica considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, con un Enfoque de Salud Familiar e Integral.

▪ **Objetivos Específicos:**

1. Otorgar prestaciones de detección precoz, apoyo diagnóstico con mamografía y ecotomografía mamaria que permitan en grupos poblacionales de riesgo la pesquisa de cánceres en etapas In Situ, I y II en forma oportuna y contribuir a la reducción de la morbilidad por cáncer de mama.
2. Otorgar prestaciones de apoyo diagnóstico con examen de radiografía de caderas que permitan detectar y derivar oportunamente a niños y niñas detectados con displasia del desarrollo de caderas.
3. Otorgar prestaciones de apoyo diagnóstico con ecotomografía abdominal que permita detectar en grupos de riesgo y derivar en forma oportuna patología biliar y eventual cáncer de vesícula.
4. Colaborar en otorgar una atención más resolutoria y cercana al territorio geográfico de los beneficiarios

TERCERA:

El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes estrategias del "Programa de Imágenes Diagnósticas en APS".

Componente 1: Detección precoz y oportuna de cáncer de mama en etapas In Situ, I y II

Estrategia:

Incorpora examen de mamografía orientado prioritariamente a mujeres entre 50 a 69 años, presuntamente sanas como método de screening de cáncer de mama, cada 3 años.

En un porcentaje que no supere el 30%, podrán destinarse a personas con sospecha de Probable Patología Maligna (PPM) y de otras edades con factores de riesgo.

Tener presente que, según Norma Técnica GES vigente⁷ en aquellos casos en que clínicamente corresponda "Probable Patología Maligna" (PPM), la persona puede derivarse a especialista sin mamografía, la cual deberá ser solicitada en la Unidad de Patología Mamaria (Nivel Secundario).

Las ecotomografías mamaria se incorporan como complemento o apoyo al diagnóstico en casos definidos, según recomendaciones contenidas en la Guía de Práctica Clínica vigente.

Componente 2: Detección precoz y derivación oportuna de displasia de cadera en niños y niñas entre 3 meses a 6 meses

Estrategia:

Incorpora Radiografía de cadera en niños y niñas de 3 meses (solicitada en control de los 2 meses), orientada a apoyar la confirmación diagnóstica de patología de displasia de desarrollo de caderas. Sin embargo, cuando existan excepciones, este examen debe ser realizado igualmente en un plazo no superior a los 6 meses.

Componente 3: Detección precoz y derivación oportuna de patología biliar y cáncer de vesícula

Estrategia:

Incorpora examen de ecotomografía abdominal, orientado a la pesquisa de patología biliar y cáncer de vesícula priorizando en personas entre 35 a 49 años (Régimen GES vigente), permitiendo hasta un 40% de exámenes a pacientes de otras edades y que posean factores de riesgo asociados o sintomatología específica.

La prescripción y la calidad técnica de esta prestación están definidas en la Guía de Cáncer de Vesícula⁸.

⁶ Debe cumplir con criterio de calidad (ver anexo), (Guía clínica colecistectomía preventiva en adultos de 35 a 49 años, Series guías clínicas MINSAL 2010).

Para estos efectos:

- Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto: medios de verificación.

Evaluación:

Se requiere a los Servicios de Salud realizar el seguimiento y monitoreo sistemático de la ejecución del presente programa, estableciendo los compromisos para mejorar las áreas necesarias; todo ello independientemente de acciones específicas que corresponde a los Departamentos de Auditoría.

Se realizarán cuatro 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 existencia de convenios firmados.
Para esto, cada Encargado de Programa y tema deberán revisar que el 100% de sus comunas o establecimientos tengan firmados los convenios respectivos y emitir un informe a la encargada del Programa de Imágenes Diagnósticas de la División de Atención Primaria a más tardar el 20 de Mayo del año en curso.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al **30 de Junio** del año en curso. Para esto, cada Encargado de Programa y tema deberán revisar que sus establecimientos hayan completados los respectivos REMs, ya que éstos serán la fuente oficial para el informe del primer semestre.
- **La tercera evaluación**, se efectuará con corte al **31 de Agosto**. Para esto, cada Encargado de Programa y tema deberán revisar que sus establecimientos hayan completados los respectivos REMs, ya que éstos serán la fuente oficial para el informe del 30 de Septiembre. Según esta última evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre.
- **La cuarta 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 y tema deberán asegurarse que sus establecimientos hayan completados los respectivos REMs, ya que éstos serán la fuente oficial para el informe final del 30 de Enero del año siguiente.

La evaluación del cumplimiento se realizará en forma global para el programa, por tanto todos los indicadores tendrán el mismo peso relativo, independientemente del componente a que corresponda.

Ingreso al Registro Estadístico Mensual (REM).

Fecha de Corte	Fecha de cierre Estadístico DEIS*
30 de abril	22 Mayo
30 de Junio	22 Julio
31 agosto	22 septiembre
31 de diciembre	20 de Enero

*La información de prestaciones realizadas deberá estar ingresada por cada establecimiento en el REM correspondiente a la fecha de cierre del Departamento de Estadísticas e Información en Salud DEIS y revisadas por el encargado del Servicio de Salud antes de cada informe de evaluación.

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales señalados en el capítulo VIII del presente programa, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar al MINSAL 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 obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

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.

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%

En relación a esto último, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellas comunas que administren Salud Municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de Octubre hacia aquellas comunas y establecimientos dependientes con mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de Agosto del año correspondiente.

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 finalizar su ejecución.

Cada Servicio de Salud deberá informar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, acerca del cumplimiento del Programa y de cada uno de sus Componentes en las fechas establecidas. Lo anterior según el siguiente esquema.

- a) Ingreso al Registro Estadístico Mensual (REM).
- b) Ingreso al SIGGES

I. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Cumplimiento del objetivo específico N° 1

COMPONENTE 1: DETECCIÓN PRECOZ Y OPORTUNA DE CÁNCER DE MAMA EN ETAPAS IN SITU, I Y II

Mamografía

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Meta en cada corte	Medio verificación (DEIS)	Peso relativo del Indicador	Peso relativo del Componente
1. % mamografías informadas del total de mamografías solicitadas, según grupos de edad en el período ⁹	Nº mamografías informadas, según grupos de edad en el período ⁹	Nº Total de mamografías solicitadas, según grupos de edad en el período ⁹ * 100	90%	REM BM 18, sección K	10%	40%
2. % de focalización mamografías en el grupo de edad de 50 a 69 años**	Nº mamografías informadas en el grupo de edad de 50 a 69 años en el período ⁹	Nº Total de mamografías informadas en el período ⁹ * 100	70%	REM BM 18, sección K	30%	

3. % de mamografías informadas como BI-RADS 4, 5 o 6, según grupo de edad en el período ⁹	Nº mamografías informadas como BI-RADS 4, 5 o 6 según grupo de edad en el período ⁹	Nº Total de mamografías (BI-RADS) informadas, según grupo de edad en el período ⁹ * 100	Mayor o igual a 1%	REM BM 18, sección K	20%
4. % de mamografías informadas como BI-RADS 0 y con Proyección complementaria, según grupo de edad en el período ⁹	Nº de mamografías informadas como BI-RADS 0 y con Proyección complementaria, según grupo de edad en el período ⁹	Nº Total de mamografías informadas como BI-RADS 0, según grupo de edad en el período ⁹ * 100	Existencia Línea basal	Registro local	20%
Ecotomografía mamaria					
5. % ecografías mamarias informadas del total de mamografías solicitadas, según grupos de edad en el período ⁹	Nº ecografías mamarias informadas, según grupos de edad en el período ⁹	Nº Total de ecografías mamarias solicitadas, según grupos de edad en el período ⁹ * 100	90%	REM BM 18, sección K	10%
6. % de ecografías mamarias informadas con sospecha de malignidad, según grupo de edad en el período ⁹	Nº ecografías mamarias informadas con sospecha de malignidad según grupo de edad en el período ⁹	Nº Total de ecografías mamarias informadas según grupo de edad en el período ⁹ * 100	Mayor o igual a 2%	REM BM 18, sección K	10%

** = Mamografía realizadas en otras edades y/o con factores de riesgo, no debe ser mayor al 30% del total de las Mamografías.

Cumplimiento del objetivo específico N° 2.

COMPONENTE 2. DETECCIÓN PRECOZ Y DERIVACIÓN OPORTUNA DE DISPLASIA DE CADERAS EN NIÑOS Y NIÑAS DE 3 a 6 MESES.

Radiografía de cadera

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Meta en cada corte	Medios de verificación (DEIS)	Peso relativo del Componente
1. % de Rx de caderas realizadas a la población inscrita validada de 3 a 6 meses en el período ⁹	Nº Rx de caderas realizadas a la población inscrita validada de 3 a 6 meses en el período ⁹	Total de población inscrita validada de 3 a 6 meses en el período ⁹ * 100	90%	REM BM18 A Sección E	30%

Cumplimiento del objetivo específico N° 3.

COMPONENTE 3. DETECCIÓN PRECOZ Y DERIVACIÓN OPORTUNA DE PATOLOGÍA BILIAR Y CÁNCER DE VESÍCULA

Ecotomografía abdominal

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Meta en cada corte	Medio verificación (DEIS)	Peso relativo del Indicador	Peso relativo del Componente
1. % Ecotomografías abdominales informadas del total de Ecotomografías abdominales solicitadas, según grupos de edad en el período ⁹	N Ecotomografías abdominales informadas, según grupos de edad en el período ⁹	Nº Total de Ecotomografías abdominales solicitadas, según grupos de edad en el período ⁹ *100	90%	REM BM 18,sección K	30%	30%
2. % de Ecotomografías abdominales con resultado de litiasis biliar del total de informadas, según grupos de edad en el período ⁹	Nº de de Ecotomografías abdominales con resultado de litiasis biliar, según grupos de edad en el período ⁹	Nº total de Ecotomografías abdominales informadas, según grupos de edad en el período ⁹ * 100	Mayor o igual a 20%	REM BM 18,sección K	40%	
3. % de Ecotomografías abdominales informadas en el grupo de 35 a 49 años en el período ⁹	Nº Ecotomografías abdominales informadas en el grupo de a 49 años en el período ⁹	Nº Total de Ecotomografías abdominales informadas en el período ⁹ *100	Mayor o igual a 40%	REM BM 18,sección K	30%	

Cada indicador tiene una meta, cuyo peso ponderado es distinto, según el porcentaje de cumplimiento logrado se obtiene un valor.

La evaluación del componente es la suma de los valores obtenido en cada uno de sus indicadores por el peso relativo de cada componente, lo que da el puntaje

RESUMEN INDICADORES, SISTEMA DE REGISTRO Y CUMPLIMIENTO

COMPONENTE 1: Mamografía realizada a grupos de mujeres de 50 a 69 años y otras edades con factores de riesgo						COMPONENTE 2: Radiografía de cadera		COMPONENTE 3: Ecotomografía abdominal				
INDICADOR 1: % de cumplimiento de actividad programada				INDICADOR 2: % de cumplimiento de actividad programada		INDICADOR 2: cumplimiento de actividad comprometida		INDICADOR 2: cumplimiento de actividad comprometida				
NUMERADOR	DENOMINADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	
Nº DE MAMOGRAFÍAS REALIZADAS EN EL PROGRAMA A MUJERES DE 50 A 69 AÑOS	Nº TOTAL DE MAMOGRAFÍAS REALIZADAS EN EL PROGRAMA A MUJERES DE 50 A 69 AÑOS	Nº TOTAL DE MAMOGRAFÍAS REALIZADAS EN EL PROGRAMA A MUJERES DE OTRAS EDADES CON FACTORES DE RIESGO	TOTAL DE PROTECCIONES COMPLETADAS REALIZADAS ASOCIADAS A INFORMES BIEN EN EL PERIODO	TOTAL DE MAMOGRAFÍAS INFORMADAS COMO BIEN EN EL PERIODO	Nº DE ECOTOMOGRAFÍA MAMARIA REALIZADAS EN EL PROGRAMA A MUJERES DE 50 A 69 AÑOS Y OTRAS EDADES CON FACTORES DE RIESGO	Nº TOTAL DE ECOTOMOGRAFÍAS MAMARIAS COMPLETADAS A MUJERES DE 50 A 69 AÑOS Y OTRAS EDADES CON FACTORES DE RIESGO	Nº DE NIÑOS (AS) DE 3 A 6 MESES CON RADIOGRAFÍAS DE CADERA REALIZADAS	Nº TOTAL DE NIÑOS (AS) DE 3 A 6 MESES CON RADIOGRAFÍAS DE CADERA COMPROMETIDAS	Nº DE ECOTOMOGRAFÍA ABDOMINAL REALIZADAS EN EL PROGRAMA A PERSONAS DE 36 A 49 AÑOS	Nº ECOTOMOGRAFÍA ABDOMINAL COMPROMETIDA A PERSONAS DE 36 A 49 AÑOS	Nº DE ECOTOMOGRAFÍA ABDOMINAL REALIZADAS EN EL PROGRAMA A PERSONAS DE OTRAS EDADES CON FACTORES DE RIESGO	Nº ECOTOMOGRAFÍA ABDOMINAL COMPROMETIDA A PERSONAS DE OTRAS EDADES CON FACTORES DE RIESGO
REM BM 16 Sección K, SUMA: Joradas F89+G89+H89 +I89 y en REM BS 17, SUMA: Joradas F183+G183+H 183+I183	REGISTRO PROGRAMA (Esta planilla)	REM BM 10, Sección K, SUMA: Celdas Q89+R89+J89 y REM BS 17 P1, SUMA Celdas D183+E183+J 183	REGISTRO PROGRAMA (Esta planilla)	Registro local	REM BM 18 Sección K, (Celda C90), total de informada Bravo (y) y en REM BS 17, celda C194	REM BM 18 SECCION K Celda C86 y en REM BS17 Celda C190	REM BM 18 A, Sección E, fila 611 y en REM B17, fila 433 (en otros procedimiento)	REGISTRO PROGRAMA (Esta planilla)	REM BM 18 SECCION K CELDAS Q89 y en REM BS17, sección P1, celda 183	REGISTRO PROGRAMA (Esta planilla)	REM BM 18 SECCION K SUMA (CELDA Q89+R89+J89 +I89+G89+J89) y en REM BS17, sección P1, SUMA (Celda D183+E183+G 183+H183+I183+J 183)	REGISTRO PROGRAMA (Esta planilla)

SÉPTIMA:

FINANCIAMIENTO

• **Establecimientos de dependencia del Servicio de Salud:**

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 01 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 y establecimientos dependientes).

Estos recursos asignados para cada componente, son referenciales, según el arancel FONASA, sin embargo, se conoce que existe variabilidad de precios en estas prestaciones y que afectan las licitaciones del Programa, en especial en Servicios que no disponen de suficiente oferta pública ni privada. Por lo anterior, se recomienda que al fijar las metas, se tenga presente los costos de cada prestación.

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en 2 cuotas, en representación del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los establecimientos dependientes del Servicio de Salud, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa. El Servicio de Salud deberá emitir una resolución que asigne los recursos a cada establecimiento que realice el programa.

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 70% contra convenio totalmente tramitado y el 30% restante en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el ítem VI de este Programa, el cual se aplicará a los recursos asociados al subtítulo 22 "Bienes y Servicios de Consumo".

La tabla de descuento es la siguiente:

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%

El gasto que irrogue el Programa deberá ser imputado al ítem 22 "Bienes y Servicios de Consumo".

• **Establecimientos de dependencia municipal:**

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada 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).

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en 2 cuotas, en representación del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios mediante un convenio, 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 01.

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 70% contra convenio totalmente tramitado y el 30% restante contra evaluación en Octubre y la respectiva rendición de cuenta mensual al Departamento de Finanzas del Servicio. La tabla de rebaja es la siguiente:

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%

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 a su vez determinar otros 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 brechas en el otorgamiento de las prestaciones, sin sobrepasar los recursos totales asignados al Servicio de Salud.

OCTAVA:

El Servicio, requerirá a la municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula quinta y sexta de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio, de acuerdo a lo especificado en Anexo N° 1, Anexo 2 y Anexo 3 adjunto.

NOVENA:

El Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados, a través de su Departamento de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio respectivo. Por consiguiente, el Servicio no entregará nuevos fondos, mientras la Municipalidad no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta de la inversión de los fondos ya concedidos.

Asimismo, se especifica que por razones de buen servicio, por tratarse el "**PROGRAMA IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN APS**", de un programa de continuidad en el sentido que se desarrolla durante todo el año calendario; se deja establecido que en la rendición de cuenta de los gastos efectuados en este programa, podrá incluirse gastos realizados, en el presente año, con anterioridad a la total tramitación de la resolución que aprueba el convenio.

DÉCIMA:

Finalizado el período de vigencia del presente convenio, la Municipalidad restituirá, el valor correspondiente a la parte pagada y no ejecutada, no rendida u observada del Programa objeto de este instrumento.

DÉCIMA PRIMERA:

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

DÉCIMA SEGUNDA:

El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación de la resolución del Servicio que apruebe el presente convenio, hasta el 31 de Diciembre del año en curso.

En el evento que los recursos transferidos a la Municipalidad no sean destinados a la ejecución del programa aprobado, dará derecho al Servicio para poner término anticipado y de inmediato al presente convenio. La Municipalidad deberá reintegrar los recursos percibidos por concepto de este convenio, en un plazo no mayor a treinta días de recibida la carta certificada por la cual se le notifica del acto administrativo que pone término anticipado al convenio.

DECIMA TERCERA:

El presente convenio solo podrá ser modificado o revocado por acuerdo de las partes que lo suscriben.

DÉCIMA CUARTA:

El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio y uno en el de la Municipalidad.

DÉCIMA QUINTA:

La Personería Jurídica de Dra. Clara Patricia León Ferrada, consta en Decreto N° 152 del 18 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud. La Personería Jurídica de Don Rodrigo Ramírez Parra, para representar a la Municipalidad de Retiro, Decreto Alcaldicio N° 681 del 07/12/2012. Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes.

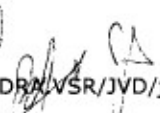
II.- IMPÚTESE el gasto al Ítem 24.03.298.002 de esta Dirección de Servicio.

ANÓTESE Y COMUNÍQUESE,



DRA. CLARA PATRICIA LEÓN FERRADA
DIRECTORA (T. y P.)
SERVICIO DE SALUD MAULE




DRA. CPLF/DRA. JMR/ABOG. SRC/DRA. VSR/JVD/jvd

DISTRIBUCIÓN:

- ⇒ **Sr. Alcalde I. Municipalidad de Retiro**
- ⇒ **Ministerio de Salud (División Atención Primaria)**
- ⇒ **Archivo Asesor ADR**
- ⇒ **Archivo OF. Partes**

Copia Digital:

- ⇒ **Sr. Jefe(s) Depto. de Auditoría DSSM**
- ⇒ **Sra. Jefa U. de Tesorería DSSM**
- ⇒ **Asesoría Jurídica Regional DSS**
- ⇒ **U.C.R.A. Hospital Linares**
- ⇒ **Unidad de Convenios**
- ⇒ **Secretaría APS - ADR**


Transcribo fielmente el original
MINISTRO DE FE



SERVICIO DE SALUD MAULE
ARTICULACION Y DESARROLLO DE LA RED

2207102

229

CONVENIO PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN APS

En Talca a 10 de febrero de 2016 entre el Servicio de Salud Maule, persona jurídica de derecho público, domiciliado en calle 1 Norte N° 963, 4to piso Edificio Centro 2000 Talca, representado por su Directora (T. y P.) Dra. **CLARA PATRICIA LEÓN FERRADA**, Médico Cirujano, RUT N° 9.949.910-9, del mismo domicilio, o quien legalmente la reemplace, en adelante el "**Servicio**" y la Ilustre Municipalidad de **RETIRO**, persona jurídica de derecho público domiciliada en Avda. Errazuriz N° 240 Retiro, representada por su Alcalde Don **RODRIGO RAMIREZ PARRA**, Proyectista, RUT. N°11.458.844-k, de ese mismo domicilio, o quien legalmente lo reemplace, en adelante la "**Municipalidad**", se ha acordado celebrar un convenio, que consta de las siguientes cláusulas:

PRIMERA:

El artículo 49 de la Ley N° 19.378 "Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal" establece que cada entidad de salud municipal recibirá mensualmente un aporte estatal, el cual se determinará anualmente mediante decreto fundado del Ministerio de Salud.

El artículo 56 de la citada ley, señala que con este aporte los establecimientos municipales de atención primaria cumplirán las normas técnicas, planes y programas que sobre la materia imparta el Ministerio de Salud. Además agrega que en 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.

SEGUNDA:

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

El referido Programa ha sido **aprobado por Resolución Exenta N° 1260 del 31 de Diciembre de 2015 del Ministerio de Salud**, que se entiende forma parte integrante del mismo, en que la municipalidad se compromete a desarrollar en virtud del presente instrumento.

En virtud que la demanda supera a la oferta, se producen brechas que son factibles de abordar a través de distintas estrategias complementarias tales como: utilización de cupos ofertados por la Red de Prestadores Públicos, capacitación gestionada o trabajo conjunto entre médicos especialistas y equipo de salud de Atención Primaria, operativos en salud, telemedicina, programas específicos, compra de servicios, entre otras.

El Programa de "Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria" corresponde a una de estas estrategias, que no pretende por sí solo dar cuenta de la resolución de una brecha, sino más bien aportar junto a otras estrategias en la resolución de los problemas de salud de la población, dado que en el diseño de un proceso clínico asistencial, existen una serie de variables que influyen en la correcta implementación de éste. Toda confirmación diagnóstica de una determinada patología requerirá complementarse con exámenes y procedimientos que forman parte de los procesos de soporte. Eventualmente, uno de los problemas que ha constituido un nodo crítico para la continuidad de atención del usuario y de la resolución oportuna de su problema de salud, tiene relación con la disponibilidad de procedimientos de Imagenología en atención primaria.

Por lo anterior el Programa de "Imágenes Diagnósticas en Atención Primaria", se orienta a fortalecer los procesos de soporte para mejorar la oportunidad de detección precoz de algunas patologías y apoyar el proceso diagnóstico en:

1. Compra de servicios de imágenes mamarias para la detección precoz y apoyo diagnóstico del Cáncer de Mama:

En Chile este cáncer ocupa desde el año 2009 el primer lugar entre las muertes por cáncer entre las mujeres, seguido por el cáncer de vesícula y vías biliares. La tasa de Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) por cáncer de mama en la mujer es de 100 por 100.000, ocupando el segundo lugar, después del cáncer de cuello uterino.

La tasa observada de mortalidad por cáncer de mama en el año 2012 alcanzó a 15,6 por 100.000 mujeres. Más del 90% de las muertes se concentra en el grupo de mujeres mayores de 45 años¹.

La tasa observada de mortalidad masculina por este cáncer en el mismo año llegó al 0,04 por 100.000 hombres con un total de 8 casos.

Respecto de la incidencia, el "Primer informe de registros poblacionales de cáncer de Chile 2012: quinquenio 2003-2007"² estimó una tasa de incidencia de 39,1 por 100.000 mujeres.

El diagnóstico del cáncer de mama en etapas más precoces (in situ, I y II) ha aumentado de 42,9 a 77,8% entre los años 1999 y el 2012. Así mismo, se observa una reducción de los casos diagnosticados en etapa IV en el mismo período (20,7 a 6%)³.

En Chile, el Programa Nacional de Pesquisa y Control del Cáncer de Mama cuenta con una Red de atención en la patología de mama y comprende estrategias y actividades de prevención, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Además, de Guía de Práctica Clínica, protocolos de tratamiento, seguimiento y sistemas de registros y monitoreo de sus indicadores.

Actualmente, la pesquisa se basa en:

- a) Realización del Examen Físico de Mama (EFM) protocolizado, realizado por matrona (ón) capacitada(o) y la enseñanza de Autoexamen de Mama (AEM) a toda mujer a contar de los 35 años, cada 3 años. En el caso de mujeres con factores de riesgo, el EFM debe ser realizado anualmente.
- b) Realización de screening gratuito de mamografía a mujeres cada 3 años, focalizada en el grupo de 50 a 59 años. Sin embargo, los casos con sospecha de una probable patología maligna (PPM), independiente de la edad deben ser derivados a la Unidad de Patología Mamaria (UPM) con o sin mamografía.

Nota:

Es importante señalar que para el 2016, el Programa de Imágenes Diagnósticas permite ampliar el grupo de edad para la detección precoz del cáncer de mama a mujeres de 50 a 69 años, acorde con las recomendaciones de la Autoridad Sanitaria del Minsal.

Recomendaciones para la compra de servicios de imágenes mamarias:

- Que en el proceso de licitación, adjudicación, monitoreo y evaluación, participen los encargados del Programa de Cáncer de Mama del Servicio de Salud y en lo posible un radiólogo, que apoyen cada etapa. Para estos fines se adjuntan en los anexos, los "Requisitos de Calidad para mamografía y ecotomografía mamaria".
- Cada establecimiento debe mantener un registro por RUT de las personas beneficiarias de esta estrategia, la cual debe contener al menos estos datos: RUT, Tipo de examen, nombre completo, edad, fecha de solicitud y del informe, resultado con nomenclatura BI-RADS, domicilio y teléfono)
- Dentro de las bases de licitación que establezcan el Servicio de Salud o la comuna, definan límites máximos de informes de BI-RADS cero, los cuales no debieran superar el 15%, ya que esta clasificación no permite tener claridad de la conducta a seguir con la usuaria. Similar recomendación se hace para los casos informados como BI-RADS 3, respecto del total de mujeres con informes mamográficos.

Cabe señalar que se envía un porcentaje de recursos destinados prioritariamente a exámenes complementarios en estos casos (magnificación o focalización o ecografía mamaria). En especial, se recomienda insertar condición que obligue a los prestadores que frente a un BI-RADS cero, se le haga inmediatamente una magnificación o focalización. Pero con un límite de hasta un 15% del total de casos informados y cuando se supere ese porcentaje, lo asuma el prestador.

Respecto de las ecografías mamarias, debe asumirse la misma condición.

¹ DEIS, Minsal

² Dpto. de Epidemiología, DIPLAS, Minsal 2012

³ Evaluación Programa de Cáncer de Mama, Nov.2013, Minsal

2. Compra de servicios de imágenes para la detección precoz de 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. 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. 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. 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, es decir, aquel que se realiza en el primer mes de vida, al disminuir las complicaciones del mismo e interrumpir la historia natural de la enfermedad. Durante el primer mes de vida, ningún signo físico es patognomónico de DLC, por lo que la imagenología (ecografía y/o radiología), es fundamental para el diagnóstico. Se considera un diagnóstico oportuno, con posibilidades de lograr normalidad después del tratamiento a aquel que se efectúa hasta los 3 meses de edad⁴

Para la implementación de la estrategia, se recomienda:

- Asegurar que la solicitud de este examen se realice en el control de los 2 meses.
- Que cuando existan excepciones (no superiores al 20%) para la ejecución del examen a los 3 meses, éste sea obligatoriamente realizado al 100% de los menores antes de los 6 meses.
- Considera el anexo N°2 adjunto.

3. Compra de servicios de imágenes ecográficas para la detección precoz Patología biliar y cáncer de vesícula:

Chile posee la tasa de incidencia y mortalidad más alta por cáncer de vesícula en el mundo y hoy ocupa el segundo lugar entre las muertes por cáncer en las mujeres con una tasa observada de 14,3 por 100.000 mujeres, equivalente a 1.253 fallecidas al año. En el caso de los hombres se producen 555 muertes con una tasa de mortalidad observada de 6,4 por 100.000 hombres anualmente⁵.

La incorporación de la colecistectomía preventiva en el Régimen GES ha impactado en la reducción de la mortalidad por cáncer de vesícula y vías biliares, observándose desde el 2008 a la fecha un descenso de la mortalidad en ambos sexos.

Desde el inicio del proceso hasta su conversión en cáncer vesicular se describe en promedio 8 a 10 años, latencia que se reduce a menos de la mitad si la persona tiene factores de riesgo (pueblo mapuche, mujer joven, sobrepeso, antecedentes familiares de primer grado, nivel socio cultural medio a bajo).

Factores de riesgo de cáncer vesicular

Los más relevantes son: el sexo femenino, la edad, pertenecer al pueblo mapuche y el antecedente de coledocolitiasis. Otros factores asociados al cáncer vesicular son:

- Factores genéticos como enfermedades preexistentes o congénitas (Anomalías de la unión pancreático duodenal) Fiebre Tifoidea
- Fibrosis quística
- Enfermedad inflamatoria intestinal-

La clínica muestra dolor en cuadrante abdominal superior derecho que simula colecistitis crónica, pérdida de peso y masa palpable (menos frecuente).

El diagnóstico diferencial incluye: colecistitis crónica, cáncer de páncreas, colecistitis aguda, coledocolitiasis, hidrops vesicular.

La ictericia y coluria son signos tardíos y reflejan invasión locoregional.

La ecotomografía abdominal 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 lo anterior, la mejor forma de prevenir el cáncer vesicular en Chile es priorizar la ejecución de la ecografía abdominal en toda persona entre 35 y 49 años con síntomas vesiculares. Sin embargo, frente a sintomatología específica y factores de riesgo, se puede solicitar en personas de otras edades, pero no debieran superar el 40% del total de solicitadas.

Para la compra de imágenes, se recomienda:

- Asegurar que los prestadores públicos y privados comprometan el cumplimiento respecto a requisitos de calidad en equipamiento, técnica e informe del examen. (ver anexo 3).
- Para la solicitud de la ecografía abdominal debe aplicarse la encuesta (pág. 26 de la Guía de Práctica Clínica). Una vez ejecutada la ecografía, esta solicitud deber ser devuelta con las imágenes e informe⁶.

▪ **Objetivo General:**

Mejorar mediante el apoyo de procedimientos de imagenología la capacidad resolutive de la Atención Primaria de Salud en el diagnóstico clínico, potenciando la accesibilidad, oportunidad, pertinencia y calidad técnica considerando los aspectos preventivos, promocionales, asistenciales, curativos, y de control epidemiológico, con un Enfoque de Salud Familiar e integral.

▪ **Objetivos Específicos:**

1. Otorgar prestaciones de detección precoz, apoyo diagnóstico con mamografía y ecotomografía mamaria que permitan en grupos poblacionales de riesgo la pesquisa de cánceres en etapas In Situ, I y II en forma oportuna y contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad por cáncer de mama.
2. Otorgar prestaciones de apoyo diagnóstico con examen de radiografía de caderas que permitan detectar y derivar oportunamente a niños y niñas detectados con displasia del desarrollo de caderas.
3. Otorgar prestaciones de apoyo diagnóstico con ecotomografía abdominal que permita detectar en grupos de riesgo y derivar en forma oportuna patología biliar y eventual cáncer de vesícula.
4. Colaborar en otorgar una atención más resolutive y cercana al territorio geográfico de los beneficiarios

TERCERA:

El Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad recursos destinados a financiar todas o algunas de las siguientes estrategias del "Programa de Imágenes Diagnósticas en APS".

Componente 1: Detección precoz y oportuna de cáncer de mama en etapas In Situ, I y II

Estrategia:

Incorpora examen de mamografía orientado prioritariamente a mujeres entre 50 a 69 años, presuntamente sanas como método de screening de cáncer de mama, cada 3 años.

En un porcentaje que no supere el 30%, podrán destinarse a personas con sospecha de Probable Patología Maligna (PPM) y de otras edades con factores de riesgo.

Tener presente que, según Norma Técnica GES vigente⁷ en aquellos casos en que clínicamente corresponda "Probable Patología Maligna" (PPM), la persona puede derivarse a especialista sin mamografía, la cual deberá ser solicitada en la Unidad de Patología Mamaria (Nivel Secundario).

⁶ Debe cumplir con criterio de calidad (ver anexo). (Guía clínica colestectomía preventiva en adultos de 35 a 49 años, Series guías clínicas MINSAL 2010.

⁷ Norma Técnico Administrativa AUG, RE N°45, tomado Razón el 26.11.13 (pág. 20 y 21)

Las ecotomografías mamaria se incorporan como complemento o apoyo al diagnóstico en casos definidos, según recomendaciones contenidas en la Guía de Práctica Clínica vigente.

Componente 2: Detección precoz y derivación oportuna de displasia de cadera en niños y niñas entre 3 meses a 6 meses

Estrategia:

Incorpora Radiografía de cadera en niños y niñas de 3 meses (solicitada en control de los 2 meses), orientada a apoyar la confirmación diagnóstica de patología de displasia de desarrollo de caderas. Sin embargo, cuando existan excepciones, este examen debe ser realizado igualmente en un plazo no superior a los 6 meses.

Componente 3: Detección precoz y derivación oportuna de patología biliar y cáncer de vesícula

Estrategia:

Incorpora examen de ecotomografía abdominal, orientado a la pesquisa de patología biliar y cáncer de vesícula priorizando en personas entre 35 a 49 años (Régimen GES vigente), permitiendo hasta un 40% de exámenes a pacientes de otras edades y que posean factores de riesgo asociados o sintomatología específica.

La prescripción y la calidad técnica de esta prestación están definidas en la Guía de Cáncer de Vesícula⁸.

CUARTA:

Conforme a lo señalado en las cláusulas precedentes el Ministerio de Salud, a través del Servicio, conviene en asignar a la Municipalidad, desde la fecha de total tramitación de la Resolución aprobatoria, la suma anual de **\$ 9.358.850**, para alcanzar el propósito y cumplimiento de las estrategias señaladas en la cláusula anterior.

La Municipalidad se compromete a coordinar la definición de coberturas en conjunto con el Servicio cuando corresponda, así como, a cumplir las acciones señaladas por éste para Estrategias específicas y se compromete a implementar y otorgar las prestaciones señaladas en el Programa para las personas válidamente inscritas en el o los establecimientos.

QUINTA:

La Municipalidad se compromete a utilizar los recursos entregados para financiar los siguientes componentes especificados en el Programa de Imágenes Diagnósticas.

La Municipalidad está obligada a utilizar los recursos obtenidos según el siguiente detalle de objetivos, productos y metas específicas:

COMPONENTE	OBJETIVOS ESPECIFICOS	Nº	ACTIVIDAD	META (Nº DE EXAMENES)
Componente Nº 1 Detección precoz y oportuna de cáncer de mama en etapas In Situ I y II	Otorgar prestaciones de detección precoz, apoyo diagnóstico con mamografía y ecotomografía mamaria que permitan en grupos poblacionales de riesgo apoyar la pesquisa de cánceres en etapas In Situ I y II en forma oportuna disminuyendo la Mortalidad por	1.1	Realización de Mamografía a mujeres de 50 a 69 años.	190
			Realización de Mamografía a mujeres de otras edades con factores de riesgo.	50
		1.2	Realización de Proyección complementaria en el mismo examen.	33
		1.3	Realización de ecotomografía mamaria a mujeres de 50 a 59 años y a pacientes de otros grupos etarios	30

TOTAL COMPONENTE	\$ 5.091.000			
Componente Nº 2 Detección precoz y oportuna de displasia de cadera en niños y niñas de 3 meses.	Otorgar prestaciones de apoyo diagnóstico con examen de radiografía de caderas que permitan detectar en forma oportuna en los niños y niñas de 3 meses de edad la displasia del desarrollo de caderas.	3.1	Realización de radiografía y/o ecotomografía de Pelvis en niños y niñas de 3 meses.	215
TOTAL COMPONENTE	\$ 1.717.850			
Componente Nº 3 Detección precoz y derivación oportuna de patología biliar y cáncer de vesícula	Otorgar prestaciones de apoyo diagnóstico con ecotomografía abdominal que permita detectar en grupos de riesgo y derivar en forma oportuna patología biliar y eventual cáncer de vesícula.	4.1	Realización de Ecotomografía abdominal a pacientes de 35 a 49 años Realización de Ecotomografía abdominal a personas de otras edades con factores de riesgo	120 30
TOTAL COMPONENTE	\$ 2.550.000			
Total Programa				\$ 9.358.850

- (1) Orientada a mujeres entre 50 y 59 años, especialmente en mujeres sin mamografía en los últimos tres años según lo garantizado en el Examen de Medicina Preventiva y en otras edades (con un máximo de hasta el 30% del total de mamografías) con factores de riesgo.
- (2) Proyección Complementaria, incluye: perfil, focalizaciones, magnificaciones, Ecotomografía mamaria en mamografías con informe BIRADS 0. Su objetivo es evitar la recitación de la paciente.
- (3) La radiografía de cadera debe ser solicitada en el control de los dos meses y evaluada en el control del tercer mes. Así mismo, en el marco de Garantía GES Displasia Luxante de Caderas, y de manera excepcional en los casos que los menores no cuenten con el examen, este debe ser realizado antes de cumplir un año, lo cual deberá ser debidamente justificado.
- (4) Orientada a pesquisa de Patología biliar y cáncer de vesícula en pacientes de 35 y más años.

Estos componentes consideran la compra o entrega de prestaciones en la Atención Primaria de Salud, a través del financiamiento destinado para tal efecto.

PRODUCTOS ESPERADOS

- Exámenes de mamografías realizadas prioritariamente en 50 a 69 años y en otras edades con sospecha de Probable Patología Mamaria o factores de riesgo.
- Exámenes de ecografías mamarias realizadas como complemento y apoyo diagnóstico.
- Exámenes de radiografía de cadera realizados en niños y niñas entre los 3 a 6 meses. Exámenes de ecografía abdominal realizados prioritariamente en personas de 35 a 49 años y más o de otras edades, con sintomatología y factores de riesgo.

SEXTA:

El Servicio evaluará el grado de cumplimiento del Programa, en función de las orientaciones que se presentan a continuación:

- ❖ Incorporar las actividades del Programa a la planificación del establecimiento, identificando claramente la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones, conforme demanda y oferta.
- ❖ Propiciar la compra de exámenes aplicando economía de escala, logrando bajar precios por volúmenes de prestaciones y otorgando la posibilidad de reinvertir en otras prestaciones dentro del mismo programa.

En relación al sistema de registro de este Programa, el Servicio de Salud estará encargado de que los prestadores entreguen la información que permita:

- ✓ Mantener un registro rutificado de las personas atendidas en el Programa.
- ✓ Mejorar los registros de demanda de exámenes y procedimientos.
- ✓ Mantener el registro actualizado de las prestaciones que se van otorgando mensualmente, conforme a los indicadores establecidos en el Programa.
- ✓ Mejorar los registros de Listas de Espera para cada procedimiento, para poder proyectar las prestaciones que se entregarán durante el año. Para estos efectos es fundamental dar cuenta de todas las órdenes de exámenes generadas desde la Atención Primaria de Salud.
- ✓ Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto **"medios de verificación"**.

MONITOREO Y EVALUACIÓN:

En el proceso de monitoreo y evaluación es importante considerar la responsabilidad que le compete al Gestor de Red en la coordinación de la Red Asistencial y a los Encargados de Programas.

Al respecto se recomienda:

- Informar al Consejo Integrador de la Red Asistencial, las fallas en la continuidad de atención de los usuarios en la Red, con el fin de revisar los criterios de referencia-contrareferencia y mejorar la capacidad de resolutivez de la Red.
- Propiciar la compra de exámenes aplicando economía de escala, priorizando la compra en la Red Pública de Salud; logrando reducir precios por volúmenes y sin afectar la calidad de las prestaciones y evaluar la posibilidad de reinvertir en otras prestaciones dentro del mismo programa, según realidades locales, considerando las recomendaciones para cada examen.
- Incorporar la gestión de los resultados del Programa en la planificación del establecimiento, identificando claramente demanda y oferta, estableciendo la brecha de atención existente para cada una de las prestaciones.

En relación a los **registros de este Programa**, es relevante que estén definidas las responsabilidades en las bases de licitación de cómo los prestadores entregarán la información que permita, a cada establecimiento contar con la información en forma confiable y oportuna, permitiendo completar los REM en los plazos requeridos y según especificaciones contenidas en los Manuales del DEIS.

Para estos efectos:

- Todas las actividades que se realizan en el marco del Programa, deberán ser registradas de acuerdo a lo indicado en el punto: medios de verificación.

Evaluación:

Se realizarán cuatro 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 existencia de convenios firmados.
Para esto, cada Encargado de Programa y tema deberán revisar que el 100% de sus comunas o establecimientos tengan firmados los convenios respectivos y emitir un informe a la encargada del Programa de Imágenes Diagnósticas de la División de Atención Primaria a más tardar el 20 de Mayo del año en curso.
- **La segunda evaluación**, se efectuará con corte al **30 de Junio** del año en curso. Para esto, cada Encargado de Programa y tema deberán revisar que sus establecimientos hayan completados los respectivos REMs, ya que éstos serán la fuente oficial para el informe del primer semestre.
- **La tercera evaluación**, se efectuará con corte al **31 de Agosto**. Para esto, cada Encargado de Programa y tema deberán revisar que sus establecimientos hayan completados los respectivos REMs, ya que éstos serán la fuente oficial para el informe del 30 de Septiembre. Según esta última evaluación se hará efectiva la reliquidación de la segunda cuota en el mes de Octubre.
- **La cuarta 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 y tema deberán asegurarse que sus establecimientos hayan completados los respectivos REMs, ya que éstos serán la fuente oficial para el informe final del 30 de Enero del año siguiente.

La evaluación del cumplimiento se realizará en forma global para el programa, por tanto todos los indicadores tendrán el mismo peso relativo, independientemente del componente a que corresponda. **Ingreso al Registro Estadístico Mensual (REM).**

Fecha de Corte	Fecha de cierre Estadístico DEIS*
30 de abril	22 Mayo
30 de Junio	22 Julio
31 agosto	22 septiembre
31 de diciembre	20 de Enero

*La información de prestaciones realizadas deberá estar ingresada por cada establecimiento en el REM correspondiente a la fecha de cierre del Departamento de Estadísticas e Información en Salud DEIS y revisadas por el encargado del Servicio de Salud antes de cada informe de evaluación.

En relación a los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales señalados en el capítulo VIII del presente programa, entendido que el no cumplimiento a la fecha de corte definido resulta en la reliquidación del programa, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar al MINSAL 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 obligatoriedad de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del período.

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.

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%

En relación a esto último, las comunas que tengan mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de agosto del año correspondiente, podrán optar a reasignación de recursos. Este excedente de recursos provendrá de aquellas comunas que no cumplan con las prestaciones proyectadas.

Informe de Cumplimiento y Reliquidación:

Para aquellas comunas que administren Salud Municipal o establecimientos dependientes del Servicio de Salud, que no alcancen a cumplir con sus prestaciones proyectadas, el excedente de recursos podrá redistribuirse en el mes de Octubre hacia aquellas comunas y establecimientos dependientes con mejor cumplimiento en la evaluación con corte al 31 de Agosto del año correspondiente.

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 finalizar su ejecución.

Cada Servicio de Salud deberá informar a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, acerca del cumplimiento del Programa y de cada uno de sus Componentes en las fechas establecidas. Lo anterior según el siguiente esquema.

- a) Ingreso al Registro Estadístico Mensual (REM).
- b) Ingreso al SIGGES

I. INDICADORES Y MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Cumplimiento del objetivo específico N° 1

COMPONENTE 1: DETECCIÓN PRECOZ Y OPORTUNA DE CANCER DE MAMA EN ETAPAS IN SITU, I Y II

Mamografía

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Meta en cada corte	Medio verificación (DEIS)	Peso relativo del Indicador	Peso relativo del Componente
1. % mamografías informadas del total de mamografías solicitadas, según grupos de edad en el período ⁹	Nº mamografías informadas, según grupos de edad en el período ⁹	Nº Total de mamografías solicitadas, según grupos de edad en el período ⁹ * 100	90%	REM BM 18, sección K	10%	40%

2. % de focalización mamografías en el grupo de edad de 50 a 69 años**	Nº mamografías informadas en el grupo de edad de 50 a 69 años en el período ⁹	Nº Total de mamografías informadas en el período ⁹ * 100	70%	REM BM 18,sección K	30%
3. % de mamografías informadas como BI-RADS 4, 5 o 6, según grupo de edad en el período ⁹	Nº mamografías informadas como BI-RADS 4, 5 o 6 según grupo de edad en el período ⁹	Nº Total de mamografías (BI-RADS) informadas, según grupo de edad en el período ⁹ * 100	Mayor o igual a 1%	REM BM 18,sección K	20%
4. % de mamografías informadas como BI-RADS 0 y con Proyección complementaria, según grupo de edad en el período ⁹	Nº de mamografías informadas como BI-RADS 0 y con Proyección complementaria, según grupo de edad en el período ⁹	Nº Total de mamografías informadas como BI-RADS 0, según grupo de edad en el período ⁹ * 100	Existencia Línea basal	Registro local	20%
Ecotomografía mamaria					
5. % ecografías mamarias informadas del total de mamografías solicitadas, según grupos de edad en el período ⁹	Nº ecografías mamarias informadas, según grupos de edad en el período ⁹	Nº Total de ecografías mamarias solicitadas, según grupos de edad en el período ⁹ * 100	90%	REM BM 18,sección K	10%
6. % de ecografías mamarias informadas con sospecha de malignidad, según grupo de edad en el período ⁹	Nº ecografías mamarias informadas con sospecha de malignidad según grupo de edad en el período ⁹	Nº Total de ecografías mamarias informadas según grupo de edad en el período ⁹ * 100	Mayor o igual a 2%	REM BM 18,sección K	10%

** = Mamografía realizadas en otras edades y/o con factores de riesgo, no debe ser mayor al 30% del total de las Mamografías.

Cumplimiento del objetivo específico N° 2.

COMPONENTE 2. DETECCIÓN PRECOZ Y DERIVACIÓN OPORTUNA DE DISPLASIA DE CADERAS EN NIÑOS Y NIÑAS DE 3 a 6 MESES.

Radiografía de cadera

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Meta en cada corte	Medios de verificación (DEIS)	Peso relativo del Componente
1. % de Rx de caderas realizadas a la población inscrita validada de 3 a 6 meses en el período ⁹	N° Rx de caderas realizadas a la población inscrita validada de 3 a 6 meses en el período ⁹	Total de población inscrita validada de 3 a 6 meses en el período ⁹ *100	90%	REM BM18 A Sección E	30%

Cumplimiento del objetivo específico N° 3.

COMPONENTE 3. DETECCIÓN PRECOZ Y DERIVACIÓN OPORTUNA DE PATOLOGÍA BILIAR Y CÁNCER DE VESÍCULA

Ecotomografía abdominal

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Meta en cada corte	Medio verificación (DEIS)	Peso relativo del Indicador	Peso relativo del Componente
1. % Ecotomografías abdominales informadas del total de Ecotomografías abdominales solicitadas, según grupos de edad en el período ⁹	N Ecotomografías abdominales informadas, según grupos de edad en el período ⁹	N° Total de Ecotomografías abdominales solicitadas, según grupos de edad en el período ⁹ *100	90%	REM BM 18, sección K	30%	30%
2. % de Ecotomografías abdominales con resultado de litiasis biliar del total de informadas, según grupos de edad en el período ⁹	N° de Ecotomografías abdominales con resultado de litiasis biliar, según grupos de edad en el período ⁹	N° total de Ecotomografías abdominales informadas, según grupos de edad en el período ⁹ * 100	Mayor o igual a 20%	REM BM 18, sección K	40%	
3. % de Ecotomografías abdominales informadas en el grupo de 35 a 49 años en el período ⁹	N° Ecotomografías abdominales informadas en el grupo de 35 a 49 años en el período ⁹	N° Total de Ecotomografías abdominales informadas en el período ⁹ *100	Mayor o igual a 40%	REM BM 18, sección K	30%	

Cada indicador tiene una meta, cuyo peso ponderado es distinto, según el porcentaje de cumplimiento logrado se obtiene un valor

RESUMEN INDICADORES, SISTEMA DE REGISTRO Y CUMPLIMIENTO

COMPONENTE 1: Mamografía realizada a grupos de mujeres de 50 a 69 años y otras edades con factores de riesgo						COMPONENTE 2: Radiografía de cadera		COMPONENTE 3: Ecotomografía abdominal			
INDICADOR 1: % de cumplimiento de actividad programada						INDICADOR 2: cumplimiento de actividad comprometida		INDICADOR 2: cumplimiento de actividad comprometida			
NUMERADOR	DENOMINADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
Nº DE MAMOGRAFÍAS REALIZADAS EN EL PROGRAMA A MUJERES DE 50 A 69 AÑOS	Nº TOTAL DE MAMOGRAFÍAS COMPROBADAS A MUJERES DE 50 A 69 AÑOS	Nº DE MAMOGRAFÍAS REALIZADAS EN EL PROGRAMA A MUJERES DE OTRAS EDADES CON FACTORES DE RIESGO	TOTAL DE MAMOGRAFÍAS COMPROBADAS A MUJERES DE OTRAS EDADES CON FACTORES DE RIESGO	TOTAL DE PROYECTOS COMPLETADOS REALIZADOS COMO BARRIO EN EL PERIODO	TOTAL DE MAMOGRAFÍAS INFORMADAS COMO BARRIO EN EL PERIODO	Nº DE ECOTOMOGRAFÍAS REALIZADAS EN EL PROGRAMA A MUJERES DE 50 A 69 AÑOS Y OTRAS EDADES CON FACTORES DE RIESGO	Nº TOTAL DE ECOTOMOGRAFÍAS COMPROBADAS A MUJERES DE 50 A 69 AÑOS Y OTRAS EDADES CON FACTORES DE RIESGO	Nº DE ECOTOMOGRAFÍAS ABDOMINALES REALIZADAS EN EL PROGRAMA A PERSONAS DE 35 A 49 AÑOS	Nº ECOTOMOGRAFÍA ABDOMINAL COMPROBADA A PERSONAS DE 35 A 49 AÑOS	Nº DE ECOTOMOGRAFÍAS ABDOMINALES REALIZADAS EN EL PROGRAMA A PERSONAS DE OTRAS EDADES CON FACTORES DE RIESGO	Nº ECOTOMOGRAFÍA ABDOMINAL COMPROBADA A PERSONAS DE OTRAS EDADES CON FACTORES DE RIESGO
REM BM 18 Sección K, SUMA (celdas F18+G18+H18+I18) y en REM BS 17, SUMA (celdas F18+G18+H18+I18)	REGISTRO PROGRAMA (Esta planilla)	REM BM 18, Sección K, SUMA (Celdas D18+E18+J18+K18) y en REM BS 17, SUMA (Celdas D18+E18+J18+K18)	REGISTRO PROGRAMA (Esta planilla)	Registro local	REM BM 18 Sección K, (Celda C18), total de Mamografía Informada Barrio 2) y en REM BS 17, celda C184	REM BM 18 Sección K, (Celda C18), total de Mamografía Informada Barrio 2) y en REM BS 17, celda C184	REGISTRO PROGRAMA (Esta planilla)	REM BM 18 Sección K, (Celda C18), total de Mamografía Informada Barrio 2) y en REM BS 17, celda C184	REGISTRO PROGRAMA (Esta planilla)	REM BM 18 Sección K, (Celda C18), total de Mamografía Informada Barrio 2) y en REM BS 17, celda C184	REGISTRO PROGRAMA (Esta planilla)

SÉPTIMA:

FINANCIAMIENTO

• Establecimientos de dependencia del Servicio de Salud:

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, glosa 01 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 y establecimientos dependientes).

Estos recursos asignados para cada componente, son referenciales, según el arancel FONASA, sin embargo, se conoce que existe variabilidad de precios en estas prestaciones y que afectan las licitaciones del Programa, en especial en Servicios que no disponen de suficiente oferta pública ni privada. Por lo anterior, se recomienda que al fijar las metas, se tenga presente los costos de cada prestación.

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en 2 cuotas, en representación del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los establecimientos dependientes del Servicio de Salud, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa. El Servicio de Salud deberá emitir una resolución que asigne los recursos a cada establecimiento que realice el programa.

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 70% contra convenio totalmente tramitado y el 30% restante en octubre, de acuerdo a los resultados de la evaluación señalada en el ítem VI de este Programa, el cual se aplicará a los recursos asociados al subtítulo 22 "Bienes y Servicios de Consumo".

La tabla de descuento es la siguiente:

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%

El gasto que irroque el Programa deberá ser imputado al ítem 22 "Bienes y Servicios de Consumo".

▪ **Establecimientos de dependencia municipal:**

El Programa se financiará con los recursos contemplados en la Ley de Presupuesto del Sector Público, Partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, asociada 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).

Los recursos serán transferidos por el Servicio de Salud en 2 cuotas, en representación del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud, a través de los respectivos Servicios de Salud, asignará a los Municipios mediante un convenio, los recursos correspondientes destinados a financiar las actividades específicas de este Programa.

El gasto que irroque el Programa deberá ser imputado al ítem 24 03 298 01.

Los recursos serán transferidos por los Servicios de Salud respectivos, en 2 cuotas: 70% contra convenio totalmente tramitado y el 30% restante contra evaluación en Octubre y la respectiva rendición de cuenta mensual al Departamento de Finanzas del Servicio. La tabla de rebaja es la siguiente:

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%

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 a su vez determinar otros 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 brechas en el otorgamiento de las prestaciones, sin sobrepasar los recursos totales asignados al Servicio de Salud.

OCTAVA:

El Servicio, requerirá a la municipalidad, los datos e informes relativos a la ejecución del programa y sus componentes específicos en la cláusula quinta y sexta de este convenio, con los detalles y especificaciones que estime del caso, pudiendo efectuar una constante supervisión, control y evaluación del mismo. Igualmente, el Servicio deberá impartir pautas técnicas para alcanzar en forma más eficiente y eficaz los objetivos del presente convenio, de acuerdo a lo especificado en Anexo N° 1, Anexo 2 y Anexo 3 adjunto.

NOVENA:

El Servicio podrá velar aleatoriamente por la correcta utilización de los fondos traspasados, a través de su Departamento de Auditoría. Sin perjuicio de lo anterior, estas transferencias de recursos se rigen por las normas establecidas en la Resolución N° 30 de 2015, de la Contraloría General de la República, que dispone la obligación de rendir cuenta mensual de los recursos transferidos, lo que debe ser fiscalizado por el Servicio respectivo. Por consiguiente, el Servicio no entregará nuevos fondos, mientras la Municipalidad no haya cumplido con la obligación de rendir cuenta de la inversión de los fondos ya concedidos.

Asimismo, se especifica que por razones de buen servicio, por tratarse el "**PROGRAMA IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN APS**", de un programa de continuidad en el sentido que se desarrolla durante todo el año calendario; se deja establecido que en la rendición de cuenta de los gastos efectuados en este programa, podrá incluirse gastos realizados, en el presente año, con anterioridad a la total tramitación de la resolución que aprueba el convenio.

DÉCIMA:

Finalizado el período de vigencia del presente convenio, la Municipalidad restituirá, el valor correspondiente a la parte pagada y no ejecutada, no rendida u observada del Programa objeto de este instrumento.

DÉCIMA PRIMERA:

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

DÉCIMA SEGUNDA:

El presente convenio tendrá vigencia desde la total tramitación de la resolución del Servicio que apruebe el presente convenio, hasta el 31 de Diciembre del año en curso.

En el evento que los recursos transferidos a la Municipalidad no sean destinados a la ejecución del programa aprobado, dará derecho al Servicio para poner término anticipado y de inmediato al presente convenio. La Municipalidad deberá reintegrar los recursos percibidos por concepto de este convenio, en un plazo no mayor a treinta días de recibida la carta certificada por la cual se le notifica del acto administrativo que pone término anticipado al convenio.

DÉCIMA TERCERA:

El presente convenio solo podrá ser modificado o revocado por acuerdo de las partes que lo suscriben.

DÉCIMA CUARTA:

El presente convenio se firma en 2 ejemplares, quedando uno en poder del Servicio y uno en el de la Municipalidad.

DÉCIMA QUINTA:

La Personería Jurídica de Dra. Clara Patricia León Ferrada, consta en Decreto N° 152 del 18 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud. La Personería Jurídica de Don Rodrigo Ramírez Parra, para representar a la Municipalidad de Retiro, Decreto Alcaldicio N° 681 del 07/12/2012. Dichos documentos no se insertan por ser conocidos de las partes.



ALCALDE
I. MUNICIPALIDAD DE RETIRO -



DIRECTORA
SERVICIO DE SALUD MAULE



ANEXO 1

COMPONENTE 1

REQUISITOS CALIDAD MAMOGRAFIA

▪ PROFESIONALES.

Médico radiólogo Acreditación especialidad, capacitación y perfeccionamiento en imágenes mamarias.

Tecnólogo médico en rayos con entrenamiento en mamografía, posicionamiento y control de calidad o ATPM en rayos. En el caso que no se disponga del mencionado profesional podrá aceptarse otro profesional de la salud capacitado para tal funciones (matrona o enfermera), quien trabajará bajo la supervisión y /o responsabilidad del radiólogo.

▪ EQUIPOS

a) Mamógrafo

- Generador de 20-35 Kv., con kilovoltage mínimo estable.
- Tiempos de exposición variables, ideal exposímetro automático.
- Tubo del equipo y ventanas con combinaciones específicas que disminuyen la dosis de radiación y aumentan la calidad de la imagen, minimizando la dosis secundaria.
- Arco C con angulación mínima de -90° a +90°
- Paletas de compresión adecuadas y sistema de compresión idealmente automático.
- Punto focal variable para mamografía de contacto y para magnificación
- Sistema de paleta para magnificación y focalización
- Biombo de protección del operador
- Combinación pantalla-película
- Asegurar alta velocidad, usando el mínimo kilovoltage y tiempo, para obtener el óptimo contraste y resolución.

b) Procesadora

Idealmente de dedicación exclusiva. Realizar procedimientos de control de calidad y mantención.

c) Negatoscopio

Luminosidad de alta intensidad y homogénea. Luz fuerte adicional.

▪ MAMOGRAFÍAS

1) Identificación exámenes

2) Datos a consignar:

- Nombre, edad y fecha.
- Lado Mama, Derecha o Izquierda
- Proyección (C.C., OML., Perfil, etc.)
- Lado y proyección en ángulo superior externo

3) Proyecciones

- Basales: Cráneo Caudal
Oblicua medio lateral

4) VISUALIZAR MÍNIMO

- Cráneo-caudal

- Exposición de todo el tejido mamario
- Visualizar grasa retromamaria e idealmente músculo pectoral
- Visualización de estructuras lineales y circulares del parénquima
- Reproducción de la piel y tejido celular subcutáneo (puede ser necesario uso de luz fuerte).

5) OBLICUA MEDIO LATERAL

- Visualización de todo el tejido mamario
- Visualizar grasa retromamaria
- Visualizar el músculo pectoral, hasta la altura del pezón
- Ver linfonodos axilares
- Desproyectar el pezón (perfil o tangencial)
- Pliegue o surco inframamario.

6) INFORME MAMOGRAFÍAS

- Es absolutamente obligatorio usar lenguaje **BI-RADS**
- Identificación del paciente.
- Antecedentes relevantes.
- Descripción de hallazgos.
- Conclusión o Impresión radiológica, Categoría Bi-rads.

Nota: EL RESULTADO DE BI RADS 0: debe ser menor al 15%, realizar proyección complementaria en el mismo examen.

Registro de Imágenes: se recomienda imprimir las imágenes diagnósticas, independiente de la entrega en archivo electrónico en todos los casos.

REQUISITOS DE CALIDAD ECOTOMOGRAFIA MAMARIA

PROFESIONALES:

Examen debe ser realizado por un radiólogo (certificado), con entrenamiento específico en imágenes mamarias.

EQUIPO

Ecotomógrafo de alta resolución, con transductor adecuado para partes blandas, 10 o más Mg.

Imágenes debe ser entregada idealmente en placa radiográfica o sistema digital (CD), con exposición y resolución adecuada de todos los cuadrantes y en especial de los hallazgos. Idealmente se debe contar con mamografía previa.

INFORME

Uso del lenguaje Bi-Rads

Detalles de antecedentes y hallazgos, semejante a mamografías.

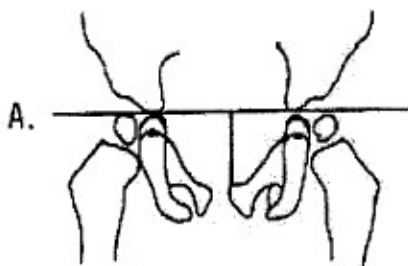
ANEXO 2

COMPONENTE 2

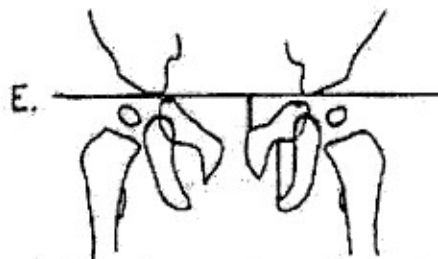
CONDICIONES DE UNA BUENA RADIOGRAFÍA DE PELVIS

CONDICIONES DE UNA BUENA RX DE PELVIS:

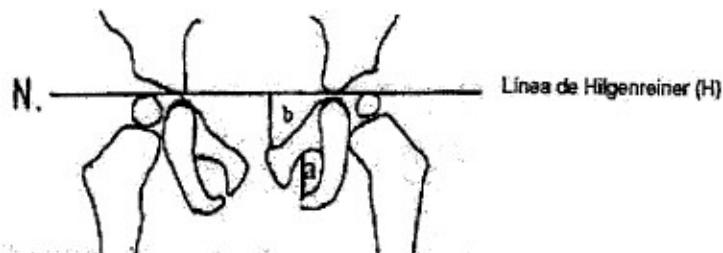
- debe ser tomada en decúbito dorsal, con los miembros inferiores en extensión, paralelos, con una ligera tracción, simétricos y con las rodillas al cenit (sin rotación interna). Se centra el haz de rayos a una distancia estándar de 100 cm.
- debe quedar simétrica, bien centrada, ni ante-vertida ni enderezada, las alas iliacas y los agujeros obturadores del mismo ancho y, estos últimos, con predominio del largo sobre el ancho; con las metáfisis proximales de fémur iguales y pudiendo visualizar los trocánteres menores.



A. Antevertidas: el borde superior del isquion aparece por sobre el borde superior del pubis.

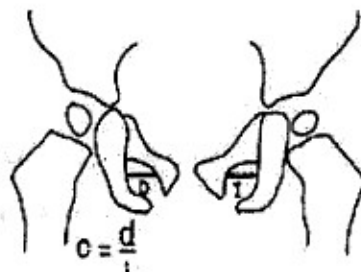


E. Enderezadas o retrovertidas el borde superior del pubis aparece por sobre el borde del isquion.



PROYECCION CORRECTA: Los bordes superiores del isquion y del pubis están a la misma altura.

La altura entre la línea H y el pubis (b) debe ser igual a la altura del agujero obturador (a).



El ancho de los agujeros obturadores debe ser simétrico (su relación lo mas cercano a 1)

ANEXO 3

COMPONENTE 3

REQUISITOS DE CALIDAD DE LA ECOTOMOGRAFÍA DE VESÍCULA Y VÍAS BILIARES

- **Equipo:**

Ecotomógrafo provistos de transductores convexos o sectoriales de abdomen, de frecuencias entre 3 y 5 MHz y que además acepten transductores de al menos 10 MHz.

- **Técnica:**

Es recomendable que los pacientes se presenten en ayuno de 6 horas.

El examen se efectuará en decúbito dorsal en inspiración profunda evaluando toda la pared vesicular. Si eso no es posible puede visualizarse por vía intercostal en espiración y, debe complementarse en decúbito lateral izquierdo, especialmente si la vesícula aparece sin cálculos en decúbito dorsal, lo que permite mejor evaluación del lumen y el desplazamiento o no de cálculos.

Si la vesícula está contraída, citar nuevamente al paciente con ayuno de 8 a 12 horas. Es indispensable que el operador vea en forma adecuada el fondo vesicular y bacinete.

- **Informe:**

Además de la presencia o ausencia de cálculos, que constituye el objetivo principal del examen, hay otros detalles importantes de consignar tanto para la sospecha de cáncer como para detectar complicaciones de la litiasis:

Cálculos: Cantidad y tamaño (pequeños: riesgo de coledocolitiasis; grandes: riesgo de cáncer).

Longitud de la vesícula (riesgo de cáncer).

Características de la pared: fina o con engrosamiento local o difuso, diámetro (riesgo de cáncer o complicación aguda).

Lumen: visualización o no del lumen y presencia de imágenes endoluminales.

Lesiones elevadas o poliposas, número y su diámetro.

Diámetro de vía biliar extrahepática en mm: debe ser vista en forma longitudinal idealmente hasta la porción intrapancreática y desembocadura (VBEH dilatada, en vesícula con o sin cálculos sospecha de coledocolitiasis o tumor Periapampular).

Hígado; características anatómica, descripción de lesiones focales, número y tamaño, alteraciones del hígado adyacente en caso de sospecha de lesión vesicular.

- **Conclusión:** al final del informe es importante que se registre la impresión del ecografista sobre las imágenes observadas.
- **Registro de Imágenes:** se recomienda imprimir las imágenes diagnósticas, FOD: Guía Práctica Clínica Colectomía Preventiva de Cáncer de vesícula biliar, 2010, Página 27, Anexo 4 independiente de la entrega en archivo electrónico en todos los casos.