

Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

ORIENTACIONES TÉCNICAS

ÍNDICE DE ACTIVIDAD ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

2022

Versión N°1, abril de 2022.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
ORIENTACIONES GENERALES DEL IAAPS.....	4
Sobre dictación de metas a las comunas	4
Sobre información a MINSAL de metas fijadas por parte del Servicio de Salud.....	4
INDICADORES DEL ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.....	6
Sección de Estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).....	6
Sección de Producción	6
Sección de Cobertura Efectiva	8
Sección de Impacto.	9
Criterios de selección de indicadores definidos.....	10
Sobre medios de verificación fuente REM	10
DETALLE DE INDICADORES POR SECCIÓN	11
Sección de estrategia de redes integradas de servicios de salud (RISS).....	11
Meta N°1: Porcentaje de centros de salud autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente.	11
Meta N°2: Continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos.....	12
Sección de Producción	16
Meta N°3: Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos por habitante año ...	16
Meta N°4: Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivar a consulta médica de especialidad en el nivel secundario).....	17
Meta N°5: Tasa de visita domiciliaria integral.....	18
Meta N°6: Cobertura de Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más Examen de Medicina Preventiva (EMP)	20
Meta N°7: Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control.	24
Meta N°8: Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 19 años	27
Meta N°9: Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población de 0 a 19 años	31
Meta N°10: Cobertura y tasa de controles de atención integral a personas con trastornos mentales, factores de riesgo y condicionantes de la salud mental.	32
Meta N°11: Cumplimiento de garantías explícitas en salud, cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria.	37
Meta N°12: Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo validada definida para el año en curso.....	40
Meta N°13: Ingreso precoz a control de embarazo	43

Meta N°14: Cobertura de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad	44
Meta N°15: Cobertura efectiva de tratamiento en personas con DM2, de 15 y más años	46
Meta N°:16 Cobertura efectiva de tratamiento en personas con HTA, de 15 y más años .	48
Sección de Impacto.	50
Meta N°17: Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita.....	50
Meta N°18: Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal.....	51
PROCEDIMIENTO PARA EVALUACIÓN DEL IAAPS	54
Procedimiento de verificación de la evaluación de cumplimiento	54
Procedimiento para valorar cumplimiento de metas por corte.	54
Procedimiento de cálculo de Porcentaje de cumplimiento de IAAPS.....	57
Etapas del proceso de evaluación por cortes.	57
PROCEDIMIENTO PARA CÁLCULO DE REBAJA PRODUCTO DE EVALUACIÓN DEL IAAPS	60
ANEXO 1. Garantías Explícitas en Salud	i
ANEXO 2. Formulario de visita de supervisión continuidad de la atención.....	iii
ANEXO 3. Control de Salud Integral Adolescentes de 10 a 19 años	iv
ANEXO 4. Resumen Indicadores.....	vii
ANEXO 5. Medios de Verificación	ix
Porcentaje de centros de salud autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente.....	ix
Continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos	ix
Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos por habitante año.....	x
Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivación al nivel secundario).....	xi
Tasa de visita domiciliaria integral.....	xiii
Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), en hombres y mujeres de 20 a 64 años	xiii
Cobertura de Examen de Medicina Preventiva a personas de 65 años y más.	xiv
Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control	xiv
Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 19 años.....	xiv
Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población de 0 a 19 años	xv
Cobertura de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales.....	xv
Tasa de controles de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales.....	xv

Cumplimiento de garantías explícitas en salud, cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria	xvi
Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo validada definida para el año en curso.....	xvii
Ingreso precoz a control de embarazo.....	xvii
Cobertura de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad	xvii
Cobertura efectiva de tratamiento en personas con DM2, de 15 y más años	xvii
Cobertura efectiva de tratamiento en personas con HTA, de 15 y más años	xviii
Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita	xviii
Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal.....	xviii
ANEXO 6. Población inscrita validada 2022	xix

INTRODUCCIÓN

El aporte estatal a la administración municipal correspondiente a la Atención Primaria de Salud es otorgado a cada entidad administradora de salud con el fin de que éstas puedan proveer servicios a su población a cargo, inscrita y validada en cada comuna, en función del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario. La implementación de este Modelo involucra la ejecución de un conjunto de prestaciones contenidas en el Plan de Salud Familiar II, enumeradas en el **Artículo N°5 del Decreto N°37 del 23 de diciembre de 2021**.

En ese sentido, para garantizar que dichas prestaciones sean otorgadas a las respectivas poblaciones, el Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS) opera como un conjunto de indicadores que permite evaluar el funcionamiento integral de la atención primaria desde la perspectiva de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

La estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) es recomendada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para la organización de sistemas y servicios de salud. Esta permitiría abordar la fragmentación y segmentación institucional del sistema de salud y sus efectos negativos, entendidos como:

- La invisibilidad de los determinantes sociales de salud,
- El uso de un modelo de atención centrado en la enfermedad que no considera las necesidades integrales de las personas,
- La falta de continuidad del cuidado con escasa coordinación entre los dispositivos de salud.

De ese modo, la OPS define la estrategia RISS como “una red de organizaciones que presta o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve” (OPS - Organización Panamericana de la Salud, 2010). La RISS propone un camino para la acción basado en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud, asentado en el Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario, incorporando el enfoque de derecho y el enfoque de determinantes sociales de salud.

La estrategia RISS se implementa a través de cuatro ámbitos de abordaje referente a las Redes Asistenciales de Salud:

1. **Modelo Asistencial:** los elementos que componen este ámbito incluyen la definición de población y territorio a cargo con equipos de salud multidisciplinarios expertos en la realidad local y en las necesidades de estos, que prestan servicios apropiados, integrales y coordinados, centrados en las personas, en sus familias y comunidades, tomando en consideración sus determinantes sociales y diversidad. De tal manera, el Modelo Asistencial busca coordinar el cuidado de sus beneficiarios en los diferentes niveles de atención y dispositivos dentro del sistema de salud, aspirando a mejorar de



manera permanente el acceso, la equidad, la calidad, el trato y la oportunidad en las prestaciones y acciones de salud que realiza.

2. **Gobernanza y Estrategias:** la Atención Primaria de Salud lidera acciones intersectoriales dentro de las redes pertinentes de cada Servicio de Salud, procurando la participación amplia de la comunidad en la construcción de su salud y bienestar.
3. **Organización y Gestión:** la Atención Primaria de Salud organiza sus recursos y realiza su gestión teniendo en cuenta los resultados esperados y proyecta sus servicios, disponibilidad y sus horarios de atención considerando las necesidades de la población. Planifica a través del Plan de Salud e informa sus actividades por edades, variable sexo u otras pertinentes.
4. **Asignación de Recursos e Incentivos:** El municipio es encargado de ejercer la función de Atención Primaria en el territorio, para cuyo propósito el Estado otorga el aporte estatal. La Atención Primaria cuenta con instrumentos de evaluación del progreso y del desempeño de su actividad y activa sistemas de incentivos para el cumplimiento del Modelo.

Para el año 2022, el conjunto de indicadores y metas IAAPS se mantiene como mecanismo para evaluar el progreso y desempeño de la Atención Primaria mediante indicadores que respondan a la estrategia de RISS, entendida como el eje de desarrollo para la Atención Primaria. Estos indicadores se construyen para evaluar el desarrollo armónico de los cuatro ámbitos de abordaje de las RISS. Lo que se busca con los indicadores contruidos de la manera recién mencionada es retroalimentar la gestión de salud que, a su vez, permita configurar la mejor forma de provisión de servicios y de abordar las necesidades de salud de la población.

A continuación, la Imagen 1 muestra la cadena de resultado que se evalúa a través del IAAPS:





Imagen 1 Modelo de Evaluación de la Atención Primaria de Salud en las Redes Integradas de Servicios de Salud¹

¹ Fuente: Modelo adaptado del marco conceptual de las Redes Integradas de Servicios de Salud de OPS 2010 y del marco conceptual de monitoreo y evaluación del fortalecimiento de los sistemas de salud OMS 2009. http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=307 http://www.who.int/healthinfo/HSS_MandE_framework_Nov_2009.pdf



ORIENTACIONES GENERALES DEL IAAPS

Sobre dictación de metas a las comunas

Los indicadores, fórmulas de cálculo y metas definidas para el país están señalados en el artículo 2 del Decreto N°37 de 23 de diciembre de 2021 “Indicadores del Índice de Actividad de la Atención Primaria”.

Acorde a lo señalado en el subtítulo Procedimiento, del mismo decreto y conforme a lo previsto en la letra q) del artículo 23 del decreto con fuerza de ley N°1, de 2005, del Ministerio de Salud, el Servicio de Salud respectivo dictará la correspondiente Resolución para la fijación de las metas de las comunas de su competencia, **a más tardar el día 20 de mayo de 2022**.

Para el cumplimiento de lo señalado en el párrafo precedente, la meta fijada a cada comuna:

- i. No podrá ser inferior numérica ni porcentualmente a la lograda el año anterior para el mismo indicador en la misma comuna.
- ii. Si el resultado del indicador de la comuna el año anterior fue inferior a la meta nacional fijada en el presente decreto, la meta se incrementará a lo menos en la mitad de la diferencia o brecha existente respecto a la meta nacional.
- iii. Si el resultado del indicador el año anterior es superior a la meta nacional fijada en el presente decreto, se deberá justificar en caso de no mantener o incrementar dicha meta, de acuerdo con los lineamientos técnicos emanados desde el nivel central.

Sobre información a MINSAL de metas fijadas por parte del Servicio de Salud

Una vez concluido el proceso de fijación de metas a las comunas, el Servicio de Salud informará a la División de Atención Primaria las metas fijadas para cada una de sus comunas en el instrumento que, para tal efecto, y a más tardar el 20 de abril de 2022, se determine desde el Ministerio de Salud.

Esta información deberá ser remitida a DIVAP antes del **6 de mayo de 2022**, notificándose de dicho envío por correo electrónico a Nicolás Figueroa Ramírez, referente IAAPS de la División de Atención Primaria, email nicolas.figueroa@minsal.cl, adjuntando planilla de fijación, con copia a la secretaria del Departamento de Control de Gestión y Calidad, Carmen Gloria Oteiza, mail_cgoteiza@minsal.cl.

Al 13 de mayo de 2022, la División de Atención Primaria entregará a los Servicios de Salud la visación de las metas recibidas en el plazo establecido en punto anterior. Para tales efectos, los referentes técnicos de la División de Atención Primaria encargados de cada meta pueden solicitar rectificaciones y/o aclaraciones de la fijación establecida para cada comuna, debiendo el Servicio corregir la fijación si corresponde, de acuerdo con lo señalado por los referentes.

En los establecimientos de Atención Primaria dependientes de los Servicios de Salud y en Organizaciones No Gubernamentales con convenios DFL36, igualmente se deberán fijar metas IAAPS, las que se deberán informar a MINSAL en los mismos plazos señalados en el párrafo anterior. Ello, con el propósito de homologar la gestión de Atención Primaria que encabeza el Servicio de Salud y dar cumplimiento a la RE N°198 del 25 de febrero de 2022, que aprueba "Programa de implementación del plan de salud familiar en establecimientos pertenecientes a entidades en convenio DFL N°36 de 1980".



INDICADORES DEL ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Los indicadores del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS) se formulan en 4 secciones, en la forma que a continuación se indica:

Sección de Estrategia de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)

N.º	INDICADOR	FÓRMULA	META NACIONAL	IMPORTANCIA RELATIVA
1	Modelo Asistencial: porcentaje de centros de salud autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente.	Nº de centros de salud de la comuna autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitario (MAIS) vigente / Nº de establecimientos de salud de la comuna comprometidos para el 2022.	Cumplir con el 100% de autoevaluación vigente en los centros comprometidos en la reprogramación para el año 2022	4%
2	Ámbito RISS Organización y Gestión: Continuidad de la Atención y disponibilidad de fármacos	(Nº de establecimientos funcionando de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas / Nº total de establecimientos visitados) * 100	100%	4%
		(Nº de fármacos trazadores disponibles / Nº total de fármacos trazadores) * 100	100%	4%
Subtotal Indicadores Estrategia RISS				12%

Sección de Producción

Nº	INDICADOR	FÓRMULA	META	IMPORTANCIA RELATIVA
3	Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año	Nº de consultas de morbilidad y controles realizadas por médicos / Población inscrita	1,2	6%

Nº	INDICADOR	FÓRMULA	META	IMPORTANCIA RELATIVA
4	Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivación al nivel secundario)	$\frac{\text{(Nº de control y consulta médica realizada en APS - Nº SIC de Control y Consulta Médica generadas en APS)}}{\text{Nº total de controles y consultas médicas realizadas en APS}} * 100$	≥90%	5%
5	Tasa de Visita domiciliaria Integral	$\frac{\text{Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas}}{\text{Nº de familias (Población inscrita /3,3)}}$	0,22	5%
6.1	Cobertura Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más.	$\frac{\text{(Nº de Examen de Medicina Preventiva realizados a hombres y mujeres de 20 a 64 años)}}{\text{Total de la población de hombres y mujeres de 20 a 64 años inscrita - Población bajo control 20 a 64 años en programa Cardiovascular - Población de embarazadas en control de 20 a 54 años}} * 100$	25%	6%
6.2		$\frac{\text{Nº de Examen de Medicina Preventiva realizados a hombres y mujeres de 65 y más años}}{\text{Total de la población de hombres y mujeres de 65 y más años inscrita}} * 100$	55%	6%
7	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control.	$\frac{\text{(Niños y niñas de 12 a 23 meses con evaluación del desarrollo psicomotor)}}{\text{Nº total de niños y niñas entre 12 a 23 meses bajo control}} * 100$	95%	5%
8	Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 19 años.	$\frac{\text{Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años}}{\text{Población adolescente de 10 a 19 años inscrita en el establecimiento de salud}} * 100.$	15%	6%
9	Porcentaje de consulta de morbilidad odontológica en población de 0 a 19 años.	$\frac{\text{(Nº consultas de morbilidad odontológica en población de 0 a 19 años)}}{\text{Población inscrita de 0 a 19 años}} * 100$	23%	5%



N°	INDICADOR	FÓRMULA	META	IMPORTANCIA RELATIVA	
10	Cobertura y tasa de controles de atención Integral a personas con trastornos mentales, factores de riesgo y condicionantes de la salud mental.	Cobertura (N° de personas con trastornos mentales y condicionantes de la salud mental bajo control de 0 y más años / Número de personas con trastornos mentales y condicionantes de la salud mental de 0 y más años esperados según prevalencia) * 100.	Ponderación: 90%	17%	6%
		Tasa N° de controles de Salud Mental totales realizados de 0 y más años /N° de personas bajo control en el programa de salud mental de 0 y más años	Ponderación: 10%	5	
Subtotal Indicadores de Producción				50%	

Sección de Cobertura Efectiva

N°	INDICADOR	FÓRMULA	META	IMPORTANCIA RELATIVA
11	Cumplimiento de garantías explícitas en salud cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria	N° de casos GES en atención primaria con garantía atendida/ N° total de casos GES en APS) * 100.	100	Indicador crítico, se evalúa por separado en la forma que se indica.
12	Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo definida para el año en curso	(N° de personas pertenecientes a grupos objetivos de población definidos, vacunados con anti influenza /Total de población inscrita de los grupos objetivos) * 100.	80%	5%
13	Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo	(N° de mujeres embarazadas ingresadas a control antes de las 14 semanas / Total de mujeres embarazadas ingresadas a control) * 100	90%	6%

Nº	INDICADOR	FÓRMULA	META	IMPORTANCIA RELATIVA
14	Porcentaje de adolescentes inscritos de 15 a 19 años bajo control de regulación de fertilidad	$\frac{\text{(Nº de adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad)}}{\text{Total adolescentes de 15 a 19 años inscritos}} * 100$	25%	6%
15	Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años con Diabetes Mellitus 2	$\frac{\text{(Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 a 79 años con Hb A1c bajo 7% (más) Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 80 y más años con Hb A1c bajo 8% según último control vigente)}}{\text{Total de personas con diabetes de 15 y más años, esperados según prevalencia}} * 100$	28%	6%
16	Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años, con Hipertensión Arterial.	$\frac{\text{(Nº de personas hipertensas de 15 a 79 años con PA < 140/90 mm Hg (más) Nº de personas hipertensas de 80 y más años con PA < 150/90 mm Hg según último control vigente)}}{\text{Total de personas con hipertensión arterial de 15 años y más, esperadas según prevalencia}} * 100$	43%	6%
Subtotal Indicadores de Cobertura Efectiva				29%

Sección de Impacto.

Nº	INDICADOR	FÓRMULA	META	IMPORTANCIA RELATIVA
17	Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita.	$\frac{\text{(Nº de niños y niñas menores de 3 años con registro CEOD= 0)}}{\text{Nº de niñas y niños menores de 3 años inscritos}} * 100$	60%	5%
18	Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal.	$\frac{\text{(Nº de niños y niñas menores de 6 años con estado nutricional normal)}}{\text{Nº de niñas y niños menores de 6 años inscritos}} * 100$	60%	4%
Subtotal Indicadores de Impacto				9%
Total (excluyendo indicador GES)				100%



Criterios de selección de indicadores definidos

Para la selección de los indicadores incluidos, se consideraron los siguientes criterios:

- Que se enmarquen en objetivos sanitarios.
- Que consideren la estrategia RISS como modelo organizativo del sistema.
- Que den cuenta de los procesos de Atención Primaria, los cuales enfatizan el cuidado de la salud a través del curso de vida, basándose en el Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario.
- Que conduzcan al cumplimiento de las garantías GES de los problemas de salud abordados en Atención Primaria.
- Que en su conjunto den cuenta de evaluación de aspectos cuantitativos y cualitativos.
- Que se considere la población inscrita validada para establecimientos municipales y ONG en convenios y la población beneficiaria estimada para los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud.
- Que utilicen sistemas de registros (REM) preferentemente como medio de verificación, minimizando el uso de monitoreos especiales.

Sobre medios de verificación fuente REM

Para el caso de los medios de verificación con fuente REM, se incluyen en la presente Orientación Técnica los detalles sobre las secciones, sin embargo, éstos son referenciales en base a última versión de REM y manual en uso, por lo que pueden existir modificaciones posteriores por parte del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS), cuyos cambios serán informados oportunamente.

DETALLE DE INDICADORES POR SECCIÓN

Sección de estrategia de redes integradas de servicios de salud (RISS)

Meta N°1: Porcentaje de centros de salud autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente.

La instalación e implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario ha sido una estrategia fuertemente estimulada por el Ministerio de Salud desde las primeras experiencias conocidas en la década del '90 y luego de la promulgación de la Reforma de Salud de los años 2000. La necesidad de progresar en su instalación e implementación responde a la oportunidad que ofrece este Modelo de Atención de mejorar el conjunto de acciones que promueven una atención eficiente, eficaz y oportuna para las personas, sus familias y sus comunidades y por el énfasis dado a la gestión efectiva de recursos.

Indicador	Porcentaje de Centros de Salud autoevaluados conforme instrumentos para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo, dictado por el MINSAL.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de Centros de Salud autoevaluados}}{\text{Nº de Centros de Salud comprometidos a autoevaluar}} * 100$
Meta	Cumplir con el 100% de autoevaluación vigente en los centros comprometidos.
Medio de verificación	Plataforma electrónica de registro instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario
Observaciones	<ol style="list-style-type: none"> Este indicador es solo para nuevos centros de salud (CESFAM, Posta de salud rural y hospitales comunitarios) incorporados o los que opcionalmente se quieran reevaluar. La Información para medición de cumplimiento será en función del cronograma programado por el servicio de salud en conjunto con cada comuna correspondiente. No aplica evaluación para primer y segundo corte.
Referente Técnico	Irma Vargas Palavicino ivargas@minsal.cl



Meta N°2: Continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos

La continuidad de la Atención, es la atención de salud brindada en Establecimientos de salud APS, de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas y sábados de 9:00 a 13:00 horas, que debe proveer, necesaria e ineludiblemente, acceso de la población a: **consultas de morbilidad entregadas por Médico, consultas odontológicas y/o tratamientos y asegurar la disponibilidad de fármacos que le competen; además de lo anterior es deseable ofrecer otras prestaciones, entre ellos controles de Salud realizados por profesionales del equipo de salud** del establecimiento, especialmente control de patologías crónicas, control de salud infantil, control ginecológico preventivo (incluye toma de PAP), control de regulación de fertilidad, entre otros. La provisión de todas las atenciones debe estar en el marco de una programación de actividades y su correlación en agenda, velando por la utilización de su capacidad instalada.

El indicador está orientado a promover el acceso a la atención de salud en horario continuado para las personas inscritas en los Establecimientos de Salud, particularmente disponiendo un horario extendido para la población que trabaja, y que por lo tanto le es más difícil acceder durante la jornada anterior a las 17 horas.

El indicador y su meta se basan en un principio central que orienta el que hacer del sector salud en su conjunto, como es mejorar la satisfacción de las personas, y consecuentemente su percepción de calidad de la atención recibida.

En virtud de ello, constituye una prioridad para el gestor de red, promover la continuidad de la atención y cautelar que los establecimientos de su red la mantengan implementada.

Mediante Decreto 1-3063 del Ministerio del Interior del año 1980, se traspasó a los municipios la responsabilidad de la administración de salud de los establecimientos de nivel primario de atención, posteriormente con la promulgación de la ley 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, se establecen normativas administrativas y financieras que rigen dicho proceso. Conforme lo señalado, las entidades administradoras de salud primaria municipalizada son responsables de la atención de salud de la población inscrita en los establecimientos bajo su administración, por lo cual a ellas les compete entregar las prestaciones de salud en todos los establecimientos de Atención Primaria de su dependencia, brindando continuidad de atención conforme a los horarios establecidos de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas y sábados de 09:00 a 13:00 horas, principalmente en CGU, CGR y CESFAM. Al director del Servicio de Salud, a través de sus estructuras técnico-administrativas propias, le corresponde la supervisión del cumplimiento de las actividades en los Establecimientos de la red asistencial de su jurisdicción.

A partir del año 2015 el programa de reforzamiento "Mejoramiento del Acceso a la atención odontológica" incluye extensiones horarias odontológicas, las cuales se suman a la extensión horaria per capitada de médico y odontólogo, por éste motivo, es imprescindible la coordinación e información previa con referente odontológico de cada Servicio de Salud a fin de monitorear que la extensión horaria odontológica informada en la visita de supervisión, corresponda a la

continuidad de la atención y no a la de programa de reforzamiento ya mencionado.

Metodología de Evaluación

Se evaluará mediante visitas a terreno aleatorias por parte del Servicio de Salud correspondiente.

Todas las comunas deberán recibir al menos una visita de supervisión por parte de su Servicio de Salud, por período de corte evaluativo.

En la visita de supervisión se aplica una pauta de supervisión estandarizada: "Formulario visita de supervisión Indicador de Continuidad de Atención" (anexo N° 2) que recoge la siguiente información:

- Constatación del funcionamiento en el horario establecido. Se entenderá por "funcionamiento", la entrega de al menos el 90% de las prestaciones programadas al momento de la visita.
- Odontólogo, médico, TENS y otros profesionales (definido localmente) deben tener agenda programada y realizada para considerar centro de salud en "funcionamiento". Se sugiere incorporar otros profesionales a la extensión horaria, que contribuyan a la mejora de aquellas áreas de cobertura más deficientes.
- Monitoreo de farmacia. la cual debe estar abierta y entregando atención a los usuarios en todo el horario de funcionamiento del Establecimiento de salud, es decir, de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas y sábados de 9:00 a 13:00 horas.

Registro

Se debe ingresar la información de cada establecimiento visitado, en el formato "Formulario" adjunto en la presente orientación técnica (anexo N°2): "Formulario visita de supervisión Indicador de Continuidad de Atención", en su Título 1: Continuidad de la Atención y Título 2: Evaluación de Fármacos trazadores.

Una vez concluida la visita el Formulario debe ser firmado por el o la director/a del Establecimiento de Salud supervisado, o responsable de proporcionar la información durante la visita de supervisión. **Si el contexto sanitario comunal dificulta la supervisión de los establecimientos, se aceptará pauta aplicada a través de medios remotos y su correspondiente respaldo en informe de director de Servicio de Salud. Asimismo, en caso de que el establecimiento APS, por razones asociadas a plan de respuesta sanitario en contexto Pandemia, haya reconvertido las prestaciones de extensión horaria habitual a modalidad SAPU o atención de urgencia APS, se considerará cumplido, mediante justificación en informe de director de Servicio de Salud. De igual manera si por efectos de fuerza mayor, como adelanto del toque de queda y cierre anticipado de la locomoción colectiva, se debe anticipar el término de la extensión, se debe justificar en informe de director de Servicio de Salud con todos los antecedentes pertinentes.**



Los Servicios de Salud cuentan con plazo hasta el día: 27 de mayo, 26 de agosto, 28 de octubre de 2022, para efectos del primer, segundo y tercer corte respectivamente, y hasta el 27 de enero de 2023, para el corte a diciembre de 2022, para enviar el archivo (planilla de cálculo) de evaluación y copia digital de las pautas de supervisión a través del medio establecido por Minsal.

En el cálculo de cumplimiento de la meta de continuidad de la atención; el denominador del indicador incluye a todos los Centros de Salud Atención Primaria que son: Consultorios Generales Rurales (CGR), Consultorios Generales Urbanos (CGU) y CESFAM de dependencia municipal conforme a las tipificaciones contenidas en el DEIS.

No se exige considerar en este cálculo a los CECOSF (que no están definidos como establecimientos propiamente tales) ni tampoco las postas de salud rural (PSR) que siendo establecimientos no cuentan con condiciones para realizar atención diaria de 12 horas continuas en la totalidad de las PSR del país.

La atención por parte de todos los centros de salud los sábados se definirá a nivel local en acuerdo con el Servicio de Salud, conforme a la disponibilidad en la comuna de servicios de atención primaria de urgencia.

Se entenderá por "fármaco trazador disponible", cuando se mantenga en el centro de salud el 15% del histórico de programación de fármacos o de la programación mensual de cada fármaco trazador, sobre la base de población bajo control corregida por frecuencia de uso de medicamento. El cumplimiento del indicador implica necesariamente que **exista continuidad en la entrega** (sin quiebres) durante el mes previo a la visita (lo que se revisará en forma aleatoria), y que la farmacia se encuentre abierta y operativa, con atención al público en todo el horario de atención del Establecimiento, es decir, de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas.

Las unidades de farmacia para efectos de realizar sus acciones críticas en el ámbito de su gestión, podrán contar con horas protegidas para ejecutar inventario general, previa coordinación, calendarización y autorización del área técnica del Servicio de Salud correspondiente (no más de 2 días al año). No obstante, para cumplir con el acceso a los tratamientos se deberá programar y coordinar junto a los usuarios el retiro de medicamentos, cautelando el derecho a acceso a los medicamentos cuando el usuario lo necesite, evitando que el usuario deba concurrir nuevamente al establecimiento a retirar sus fármacos.

En la visita de supervisión se evalúa el total de medicamentos señalados en anexo N°2. Para efectos de cumplimiento del Índice se consideran aquellos medicamentos que corresponden a gestión de la administración municipal y que se encuentran considerados en la Estrategia Nacional de Salud (ENS). En el caso de las estatinas a lo menos se debe contar con la disponibilidad de una de ellas, ya sea atorvastatina o lovastatina.

Indicador	Brindar acceso a la atención de salud desde las 8:00, hasta las 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº establecimientos funcionando de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas}}{\text{Nº total de establecimientos visitados}} * 100$
Meta	100%
Medio de verificación	<ul style="list-style-type: none"> Informe emitido por el Servicio de Salud² Anexo N°2: Formulario de visita de supervisión Continuidad de la Atención
Observaciones	Se espera que todos los CGU, CGR y CESFAM, estén funcionando de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas, con su farmacia operativa y los fármacos trazadores disponibles. En el caso excepcional que algún Establecimiento no pueda funcionar en el horario establecido, ello deberá ser fundamentado por el respectivo Servicio de Salud
Referente Técnico	Pamela Muñoz pamela.munoz@minsal.cl

Indicador	Disponibilidad de fármacos trazadores
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de fármacos trazadores disponibles}}{\text{Nº total de fármacos trazadores}} * 100$
Meta	100%
Medio de verificación	<ul style="list-style-type: none"> Informe emitido por el Servicio de Salud³ Anexo N°2: Formulario de visita de supervisión Continuidad de la Atención
Observaciones	Se espera que todos los CGU, CGR y CESFAM, estén funcionando de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas, con su farmacia operativa y los fármacos trazadores disponibles. En el caso excepcional que algún Establecimiento no pueda funcionar en el horario establecido, ello deberá ser fundamentado por el respectivo Servicio de Salud
Referente Técnico	Javier Medel javier.medel@minsal.cl

² Si el Servicio de Salud no pudiera efectuar la visita de supervisión, el director del Servicio de Salud debe justificar el no cumplimiento de ésta, adjuntado el oficio que fundamente no haber realizado la supervisión.

³ Si el Servicio de Salud no pudiera efectuar la visita de supervisión, el director del Servicio de Salud debe justificar el no cumplimiento de ésta, adjuntado el oficio que fundamente no haber realizado la supervisión.

Sección de Producción

Meta N°3: Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos por habitante año

La tasa de consultas y controles médicos considera las consultas y controles médicos realizados en horario hábil en los establecimientos de APS, incluye las consultas de morbilidad general, de salud mental, de enfermedades respiratorias, de rehabilitación; además los controles médicos de salud sexual y reproductiva, por ciclo vital y los registrados según problemas de salud, que realizan los médicos en los distintos establecimientos de atención primaria del país. Incluye consulta médica de urgencia en Establecimiento APS, **no incluye:** SAPU, SUR, SAR ni SUC. **Debido al contexto sanitario nacional, se incorporan las consultas médicas remotas en el numerador.**

Indicador	Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de consultas de morbilidad y controles realizadas por médicos}}{\text{Población inscrita validada}}$
Meta	1,2
Medio de verificación	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM A01 Serie A Sección A, Sección B y Sección C • REM A04 Sección A • REM A06 Sección A.1 • REM A08 Sección A.4 • REM A23 Sección D y Sección E • REM A32 Sección B <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población Inscrita Validada 2022
Observaciones	Lo esperado es que la tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año en toda comuna a nivel país sea al menos igual o superior a 1,2.
Referente Técnico	<p>Pamela Muñoz pamela.munoz@minsal.cl</p>

Meta N°4: Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivar a consulta médica de especialidad en el nivel secundario)

La Atención Primaria, como primer nivel de atención de salud, otorga acceso a la atención de patologías agudas o crónicas de la población cuando corresponda, logrando su óptima capacidad resolutive. De esta manera, contribuye a optimizar el uso de los recursos de la red, atendiendo a las personas según corresponda en el nivel más adecuado según la complejidad del problema de salud que motive la consulta.

Indicador	Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivación al nivel secundario).
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{N° de control y consultas médicas realizadas en APS}}{\text{N° SIC de Control y Consulta Médica generadas en APS}} * 100$ $\frac{\text{N° total de controles y consultas médicas realizadas en APS}}{\text{N° total de controles y consultas médicas realizadas en APS}} * 100$
Meta	≥90%
Medio de verificación	<p>Numerador</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM A01 Sección A, Sección B y Sección C • REM A04 Sección A • REM A06 Sección A.1 • REM A08 Sección A.4 • REM A23 Sección D y Sección E • REM A32 Sección B • REM A07 <p>Denominador</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM A01 Sección A, Sección B y Sección C • REM A04 Sección A • REM A06 Sección A.1 • REM A08 Sección A.4 • REM A23 Sección D y Sección E • REM A32 Sección B
Observaciones	<p>Lo esperado es que la resolución en APS de consultas y controles médicos sea igual o superior a 90%.</p> <p>En el numerador se incluye N° de: consultas de morbilidad, todos los controles de salud realizados por médicos y la consulta de urgencia no SAPU, SUR, SAR ni SUC.</p> <p>De la SIC generadas se excluyen las interconsultas generadas a las especialidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obstetricia, • Ginecología pediátrica y adolescentes y • Ginecología
Referente Técnico	<p>Pamela Muñoz pamela.munoz@minsal.cl</p>



Meta N°5: Tasa de visita domiciliaria integral

El Modelo de Atención de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario, tiene múltiples tareas y actividades que realizar, entre ellas, la visita domiciliaria integral, como una de las que indica mayor madurez del equipo de familia.

Visita Domiciliaria Integral es la actividad definida como la relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia, con enfoque sistémico, a fin de brindar apoyo al diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación. Esta visita puede ser generada por un problema de salud individual (caso índice) o familiar.

En "Visitas domiciliarias integrales" se registra la actividad realizada por un profesional, dos o más profesionales, un profesional y técnico paramédico.

Para efectos de registro en REM A26 y REM A28, asignar la prestación a quién hace de cabeza del equipo. No son visitas domiciliarias las verificaciones de domicilio y citaciones.

Es importante tener en cuenta requisitos preliminares:

- Debe existir un vínculo con algún integrante de la familia y miembros del Equipo de Salud, en el marco de la continuidad e integralidad de la atención.
- Debe ser planificada con antelación.
- Debe ser consensuada con al menos un miembro de la familia.

Esta visita, por lo tanto, es planificada por el "equipo de cabecera", priorizada la familia a visitar de acuerdo con los problemas de salud detectados en conjunto, familia y equipo de cabecera, y en que la visita se vuelve una herramienta diagnóstica y terapéutica.

Se debe Cautelar que esta actividad resulte beneficiosa para la familia y no, por el contrario, "invasiva".

Indicador	Tasa de Visita Domiciliaria Integral
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{N}^\circ \text{ visitas domiciliarias integrales realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de familias (población inscrita / 3,3)}}$
Meta	0,22
Medio de verificación	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM A26 Sección A, Sección B • REM A28 Sección A.9 <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población Inscrita validada FONASA

Observaciones	Hay que considerar que la tasa pueda ser mayor o igual a 0,22. En el numerador se consideran sólo las visitas domiciliarias integrales a Familias (REM A26 sección A Primera VDI, Segunda VDI y tercera o más visitas; sección B, considerar las VDI realizadas en domicilio, es decir Visitas domiciliarias en Sector Rural celda C46 y REM A28 sección A.9 Visita Domiciliaria integral celda B129).
Referente Técnico	Pamela Muñoz pamela.munoz@minsal.cl

Observaciones

Los centros de salud que cuentan con el número de familias identificadas deben informarlo en la definición de metas, para ser incorporado en la evaluación.

En caso de que la visita domiciliaria integral sea realizada por más de un profesional en forma simultánea se debe registrar sólo como una, definiendo en el nivel local a que profesional se le adjudica la actividad.



Meta N°6: Cobertura de Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más Examen de Medicina Preventiva (EMP)

El EMP constituye el componente preventivo del Régimen General de Garantías Explícitas en Salud, contenido en la Ley 19.966. Corresponde a una evaluación periódica en personas, generalmente asintomáticos, que incluye la realización de exámenes y/o la aplicación de cuestionarios según riesgo y edad, para detectar precozmente aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables y reducir con ello la morbilidad asociada. Abarca distintas etapas de la vida de los individuos.

Dado que se realiza en distintos momentos del curso de vida, adquiere diferentes nominaciones según la etapa de la vida en la cual se ejecuta; en los preescolares se le llama *control de niño sano*, actividad conocida, valorada y que ha renovado su enfoque a través de los recursos incorporados por el programa de protección social de la infancia desde el año 2007. Luego, se le llama *control de salud escolar* (6 a 9 años 11 meses) y *del adolescente* (10 a 19 años). Desde el año 2005, se ha puesto énfasis en la etapa de la adultez, incorporando a los adultos en la ley 19.966 y posteriormente el examen de medicina preventiva de las personas mayores.

Este EMP focaliza también población de riesgo para pesquisa activa de alcoholismo a través del cuestionario AUDIT, problemas de salud mental, del embarazo y conductas de riesgo para adquirir infecciones de transmisión sexual, tuberculosis y VIH-Sida, lo que se encuentra en la guía clínica de este examen.

Indicador 6.1: Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), en hombres y mujeres de 20 a 64 años.

Indicador	Cobertura Examen de Medicina Preventiva en hombres y mujeres de 20 a 64 años
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población de hombres y mujeres de 20 a 64 años}}{\text{Población de hombres y mujeres de 20 a 64 años inscrita validada} - \text{Población de hombres y mujeres de 20 a 64 años bajo control en Programa Salud Cardiovascular} - \text{Población embarazada 20 a 54 años en control}} \times 100$
Meta	25%
Medio de verificación	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM A02. Sección B <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población inscrita validada de 20 a 64 años FONASA • REM P04, Sección A • REM A05, Sección H y Sección I • REM P01, Sección B

<p>Observaciones</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 1er. Corte a Abril: se debe restar del denominador a la población de hombres y mujeres de 20 a 64 años en control en PSCV de diciembre 2021, más los ingresos al PSCV menos los egresos del PSCV, de la población de hombres y mujeres de 20 a 64 años de los meses enero, febrero, marzo y abril del 2022 menos la población de embarazadas de 20 a 54 años al mes de Diciembre 2021. • 2º Corte a Julio: se debe restar del denominador la población en control en el PSCV a junio 2022, más los ingresos al PSCV menos los egresos del PSCV, de la población de hombres y mujeres de 20 a 64 años del mes de julio del 2022 menos la población de embarazadas de 20 a 54 años al mes de Junio 2022. • 3er Corte a Septiembre: se debe restar del denominador la población en control en el PSCV a junio 2022, más los ingresos al PSCV menos los egresos del PSCV, de la población de hombres y mujeres de 20 a 64 años de julio a septiembre del 2022 menos la población de embarazadas de 20 a 54 años al mes de Junio 2022. • 4º Corte a Diciembre: se debe restar del denominador la población en control en el PSCV a diciembre 2022 y la población de embarazadas de 20 a 54 años a Diciembre 2022.
<p>Referente Técnico</p>	<p>Ricardo Molina Arteaga ricardo.molina@minsal.cl</p>

Observaciones

Se debe intencionar el examen en personas que no tengan evaluación preventiva y en quienes lo soliciten. La construcción del indicador se hará solamente con los EMP realizados en el año, es decir no se incorporarán los de años anteriores. Cada año se deberá lograr una cobertura de 25% en población a la cual no se le haya realizado el examen en los últimos 3 años. De manera acumulativa se espera, al final de un período trienal, se logre Cobertura de 75% por Servicio de Salud.

Hay que recordar que, para el cálculo del porcentaje logrado, se debe restar a la población aquella que se encuentra bajo control en el programa cardiovascular, **ya que se estima que tiene su control de salud al día (se debe comprobar que su control de salud se encuentre vigente e incluya todas las prestaciones que contiene el EMP) y restar a la población de embarazadas de 20 a 54 años en control, ya que su control es parte de un examen de medicina preventivo específico.** Se debe poner especial atención de no restar dos o más veces a una persona que tenga dos o más patologías cardiovasculares. Los casos se sumarán de forma acumulativa desde enero hasta cada corte.

Atendiendo a que en el caso de los hombres persisten los bajos resultados obtenidos en este indicador, se debe priorizar e intencionar la pesquisa activa de hombres en horarios alternativos y vespertinos y a través de estrategias de educación con enfoque familiar y comunitario para captar a este grupo focal.



Además, en mujeres se intencionará la pesquisa activa de los grupos objetivos para tamizaje de mamografías y papanicolaou.

El cáncer cervicouterino se pesquisa precozmente a través de la toma de Papanicolaou.

El cáncer de mama se pesquisa precozmente a través de la mamografía. Entre los factores de riesgo para el cáncer de mama, se pueden mencionar, el antecedente familiar de cáncer de mama (madre, hermana, tías maternas), antecedentes personales de lesiones premalignas, cáncer in situ o invasor, factores endógenos endocrinos (edad de menarquia, edad de menopausia, edad de primer embarazo), factores hormonales exógenos (terapia de reemplazo hormonal y factores ambientales (dieta, obesidad, alcohol, sedentarismo).

Indicador 6.2 Cobertura de Examen de Medicina Preventiva a personas de 65 años y más.

Las acciones del EMP orientadas a la población de personas mayores, tienen como objetivo pesquisar, prevenir y retardar la pérdida de la funcionalidad, utilizando el screening "Examen Funcional del Adulto Mayor (EFAM)" (más la inclusión de otros factores de riesgo) como un instrumento predictor del riesgo de perder funcionalidad.

Con lo anterior, se busca prevenir el deterioro de la capacidad funcional, dado que el elemento que diferencia y marca pronóstico en la salud y vida de las personas mayores es su estado funcional.

La aplicación del EMP en la población de personas mayores (EMPAM), incluye la evaluación de antecedentes y factores de riesgo presentes en las personas mayores. Considera la aplicación del EFAM como predictor del riesgo de perder funcionalidad, o el Índice de Barthel (IB), instrumento que valora el nivel de independencia de las personas con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria. En aquellas personas mayores que presenten dificultades para la realización de actividades básicas de la vida diaria (pérdida de funcionalidad), que usen ayudas técnicas u órtesis, personas que se encuentren en situación de dependencia física y/o discapacidad psíquica (demencias, síndrome de Down, entre otras), se les debe realizar IB.

El EMPAM indica una etapa importante en el proceso de atención de las personas mayores. Se considerará completo **una vez que se confeccione un Plan de Atención y Seguimiento**, de acuerdo con los hallazgos según los resultados obtenidos en este examen⁴. Este Plan de Intervención debe incorporar los resultados obtenidos y también las necesidades expresadas por la persona mayor, considerando intervenciones tanto en el establecimiento de APS como su oportuna derivación y gestión de la atención en los otros niveles asistenciales de salud, promoviendo la continuidad de la atención.

⁴ Ministerio de Salud 2014. Orientación técnica para la atención de salud de las personas mayores en Atención Primaria.

Indicador	Cobertura de Examen de Medicina Preventiva del Adulto de 65 años y más
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de adultos de 65 y más años con Examen de Medicina Preventiva}}{\text{Población inscrita validada de 65 años y más}} * 100$
Meta	55%
Medio de verificación	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM A02 Sección B <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población inscrita de 65 y más años validada por FONASA.
Observaciones	Sin Observaciones
Referente Técnico	<p>Nathalie Silva Pizarro nathalie.silva@minsal.cl</p>

Observaciones

El EMPAM se realiza anualmente a las personas mayores, enfatizando especialmente su realización en personas que no tengan evaluación preventiva y en quienes lo soliciten. La construcción del indicador se hará solamente con los EMPAM realizados en el año y dado que tiene una vigencia de 1 año no se incorporan los EMPAM realizados en el transcurso del año anterior al corte.

Por ejemplo: si el corte de evaluación es abril del 2022, se considerará la sumatoria de producción de EMPAM realizados entre los meses de mayo del año 2021 y abril de 2022.

El Examen de Medicina Preventiva del adulto mayor considera lo siguiente conforme orientación técnica de la atención en salud de las personas mayores en Atención Primaria⁵:

1. Mediciones
2. Antecedentes
3. Evaluación de funcionalidad
4. Riesgo de caídas
5. Identificación de redes sociales de apoyo de las personas mayores
6. Sospecha de maltrato
7. Exámenes
8. Adicciones
9. Plan de atención y seguimiento

⁵ Ibíd.

Meta N°7: Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control.

En las últimas décadas Chile ha mejorado considerablemente sus indicadores biomédicos de salud materno infantil. Sin embargo, un desafío permanente ha sido lograr condiciones de equidad que favorezcan el desarrollo óptimo e integral de niños y niñas. En el último decenio, el rezago infantil aumentó de 16,4% a 18,3%, lo que implica un retroceso en cuanto a las metas planteadas para el periodo de 2011-2020. Por otra parte, los efectos de la pandemia han acentuado las alteraciones del desarrollo infantil debido a la exposición de diversos eventos estresantes. De acuerdo con lo anterior, el Plan Nacional de Salud plantea para el 2030 disminuir la cantidad de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad, bajando la prevalencia de alteraciones del desarrollo a un 15%. Por ello, resulta primordial la pesquisa precoz de los distintos factores que dificultan el normal desarrollo de las potencialidades en la niñez, por lo que este indicador que permite el monitoreo de las alteraciones del desarrollo y se focaliza en el niño y niña de 12 a 23 meses.

Se reconocen múltiples razones para promover actividades de fomento y protección del desarrollo psicomotor, basadas en evidencia y estudios:

- **Derechos:** El derecho de todo niño y niña a desarrollar su máximo potencial de desarrollo.
- **Económicas:** La inversión que se hace para promover el desarrollo psicomotor de los niños y niñas de 0 a 4 años tiene un alto retorno económico tanto para el país, como para la familia⁶.
- **Equidad:** Los determinantes sociales impactan en las familias con vulnerabilidad biopsicosocial y generan desigualdades en el desarrollo infantil que afectan el futuro rendimiento escolar, las posibilidades ocupacionales y el aprovechamiento de las oportunidades en la vida adulta.
- **Científicas:** El negativo impacto de la derivación ambiental sobre el desarrollo físico y psíquico de los individuos ha sido demostrado por numerosos estudios. Los efectos positivos logrados con programas de estimulación argumentan que la promoción del desarrollo es fundamental para los niños y niñas desde la gestación.
- En la medida que mejoran las tasas de mortalidad infantil, sobreviven más niños y niñas con problemas biológicos, especialmente del sistema nervioso central, que pueden producir déficit en el desarrollo psicomotor, lo cual establece un mayor esfuerzo por parte de los equipos de salud en la pesquisa de déficit del desarrollo a temprana edad.

La mirada del equipo de salud y la red intersectorial, debe estar orientada, tanto a la pesquisa de los niños y niñas con déficit en su desarrollo, como a su recuperación oportuna, teniendo en cuenta que en el niño o niña en que no se interviene a tiempo, se pierden oportunidades de recuperación de hitos del desarrollo fundamentales para toda su vida. La cobertura de la evaluación del

⁶ Heckman y Carneiro (2003). Heckman (2007)

desarrollo psicomotor en el grupo etario de los 12 a 23 meses de edad, llega a un 66,5% según el último corte a septiembre de 2021.

Indicador	Cobertura de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de niños(as) de 12 a 23 meses bajo control
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de Niños(as) de 12 a 23 meses con Evaluación de Desarrollo Psicomotor}}{\text{Nº de Niños(as) 12 a 23 meses bajo control}} * 100$
Meta	95%
Medio de verificación	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM A03. Sección A2 <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM P2. Sección A
Observaciones	<p>En el numerador se utiliza el número de resultados de la primera evaluación de la aplicación de EEDP realizadas de 12 a 23 meses. En el primer corte se utilizará la población en control de niños(as) 12 a 23 meses de diciembre 2021. Cortes posteriores población bajo control a junio 2022 y diciembre 2022 respectivamente.</p>
Referente Técnico	<p>Dayann Martinez Santana dayann.martinez@minsal.cl</p>

Observaciones

A fin de no perder la integralidad de la atención de los niños y niñas, este examen se debe realizar en el contexto del Control de Salud Infantil por enfermera o médico, según lo señala la normativa y aplicando las pautas establecidas para tal efecto, usando la clasificación del Puntaje Estándar para BAREMO NIVEL SOCIOECONÓMICO-ALTO para todos los niños y niñas del país al determinar el diagnóstico.

Para el cálculo del indicador se debe descontar del denominador a los niños y niñas que, por condiciones de base, como Síndrome de Down, enfermedades neurológicas **diagnosticadas con antelación**, u otras condiciones no consideradas en los criterios de inclusión con los que el instrumento fue validado, no corresponde la aplicación del instrumento de detección, pudiendo evaluar solo clínicamente los hitos del desarrollo de estos niños o niñas, ya que esta valoración es parte del control de salud integral.

Para un mejor monitoreo del indicador e identificación de aquellos aspectos que dificultan el logro de la meta para la elaboración de planes de mejoramiento continuo, se sugiere a los equipos llevar un **registro interno** de esta meta, aplicando la fórmula de cálculo separada por los siguientes grupos etarios



definidos en los REM: 12 a 17 meses y 18 a 23 meses, puesto que la normativa vigente exige la aplicación del test completo solo en este último grupo etario.

Especial atención se debe tener a la detección de niños y niñas con riesgo, en donde las cifras nos muestran que, del total de niños y niñas evaluados, la detección de riesgo se encuentra muy por debajo de lo esperado.



Meta N°8: Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 19 años

El control de Salud Integral de Adolescentes permite evaluar el estado de salud, crecimiento y desarrollo integral, fortalecer factores y conductas protectoras e identificar riesgos. Permite también, pesquisar y otorgar un manejo inicial a los problemas de salud, prevenir enfermedad y discapacidad, referir oportunamente aquellas situaciones o condiciones que requieran atención y resolución por otros profesionales o disciplinas en los distintos niveles de atención.

La atención de salud integral de adolescentes que se utilizará como definición para este documento, es aquella que comprende una provisión de prestaciones integradas, continuas y de calidad orientada principalmente a la promoción y prevención.

El Control, además, tiene objetivos orientados a la promoción y educación para la salud, fomentar la entrega de herramientas para el autocuidado y hábitos de vida saludables y aumentar el uso de los servicios de salud en adolescentes y sus familias, a fin de potenciar una adultez saludable.

Indicador	Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 19 años.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de controles de salud realizados a adolescentes de 10 a 19 años}}{\text{N}^{\circ} \text{ población adolescente de 10 a 19 años inscrita validada en el establecimiento de salud}} * 100$
Meta	15%
Medio de verificación	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM A01 sección D • REM A32 sección J (sólo para Control remoto) <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población inscrita validada de 10 a 19 años
Observaciones	<p>Se aumenta el tiempo para la realización del Control por incorporación de tamizaje para pesquisa consumo de sustancias (CRAFFT) al 100% de adolescentes con control de salud.</p> <p>Registro CRAFFT Rem A03 Sección D1.</p> <p>En caso de realizarse alguna intervención motivacional registrar en Rem A27 sección G.</p> <p>La realización de la consejería se registra en REM 19 Sección A1</p>
Referente Técnico	<p>Pamela Meneses pameneses@minsal.cl</p>

Acciones mínimas a realizar durante el Control de Salud Integral.

- Preparación de ambiente terapéutico y adecuado a las acciones para la atención adolescente desde un enfoque de interculturalidad y pertinencia territorial.



- Desarrollar el inicio de una relación vincular “profesional-adolescente” y/o “profesional-adolescente-familiar y/o figura significativa”⁷.
- Realizar una entrevista clínica que incluye: recoger antecedentes de salud biopsicosociales, individuales y familiares, identificación de factores y conductas de riesgo y protección, evaluación del autocuidado de la salud, registrando la información en el instrumento ficha Integral CLAP/OPS/OMS vigente (ver Anexo N°3).
- Examen físico completo y evaluación de parámetros, según las orientaciones técnicas.
- Identificar factores de riesgo para la salud en ámbitos como: salud sexual y reproductiva (SSR), salud mental (estado socioemocional y suicidio), consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, salud nutricional u otro ámbito relevante.
- Establecer una hipótesis diagnóstica o diagnóstico integral, con relación a los hallazgos encontrados, usando criterios CIE-10, anteponiendo aquellos que requieran acciones perentorias.
- Co-construir un plan de cuidados integral inicial y priorizado, según diagnósticos y riesgos de salud identificados⁸.
- Seguir el calendario de inmunizaciones, según normativa vigente, enfatizando la importancia de la Vacuna Virus Papiloma Humano (VPH).
- Entregar información que promueva el uso de los servicios de salud destinados a este grupo etario y apoyar el desarrollo de conductas de autocuidado, considerando las guías anticipatorias para adolescentes y sus familias.
- Referir a consejerías para que puedan fortalecer su capacidad y motivación para la toma de decisiones y de conductas informadas y protectoras en todos los ámbitos de salud.
- En aquellas comunas que cuentan con Programa DIR y en articulación con dicho Programa; realizar intervención motivacional a todos los adolescentes que, tras la aplicación del instrumento CRAFFT, se les pesquise consumo de alcohol y otras drogas. Asimismo, en adolescentes que obtengan puntaje de alto riesgo, se debe realizar intervención motivacional y referencia asistida al equipo de salud mental del centro.
- En aquellas comunas que no cuentan con Programa DIR; tras la aplicación del tamizaje CRAFFT y la obtención de puntaje de bajo riesgo y de riesgo, se debe realizar consejería en alcohol y drogas. Asimismo, tras la obtención del adolescente, de puntaje de alto riesgo, se debe realizar

⁷ En caso de los y las adolescentes que se encuentran en residencias de protección de Mejor Niñez o en Centros Privativos de Libertad, esa relación vincular también debe considerar a funcionarios/as de estos dispositivos.

⁸ Para adolescentes de residencias de protección o en Centros Privativos de Libertad de SENAME, la co-construcción del Plan de Cuidado Integral, también de incluir la participación de algún funcionario del dispositivo, a fin de asegurar la continuidad del cuidado.

consejería y referencia asistida al equipo de salud mental del centro de salud.

- Acordar con adolescentes y familias el plan de seguimiento y derivaciones, según corresponda.

Tomando en cuenta que los adolescentes no suelen acudir espontáneamente al centro de salud, este control, debe ser realizado con altos estándares de calidad, de manera de optimizar esta oportunidad de intervenir tempranamente.

En situación de emergencia sanitaria y siendo estrictamente necesario, es factible realizar el control de salud de manera remota, que si bien no reemplaza el control de salud integral presencial, dado que no incluye examen físico (este se deberá completar una vez que se retomen las prestaciones presenciales), nos permite pesquisar riesgos; principalmente en las áreas de salud mental y salud sexual reproductiva, mantener o establecer un vínculo con el/la adolescente, reforzar conductas protectoras e intervenir de manera oportuna.

Para la población inscrita sin control previo o no vigente, se recomienda priorizar la atención presencial, resguardando las precauciones mediante el uso irrestricto de elementos de protección personal. En caso de no existir las condiciones para resguardar la salud, se optará por el control vía remota.

Se debe considerar que una vez que la situación sanitaria se normalice, el control de salud debe ser realizado de manera presencial, a fin de contar con un diagnóstico completo del estado de salud del adolescente. Se deberá promover la vacunación en el grupo etario y profesionales, para priorizar la atención presencial.

Se recomienda convocar tanto directamente a los y las usuarias (vía rescate telefónico u otros) como a través de otros medios, acorde a la realidad local (pancartas, comunicación con grupo de adolescentes, redes sociales, etc.), publicar cronogramas semanales de atención con las prestaciones y profesionales que estarán presentes, informar sobre la reanudación de actividades preventivas, realización de distintas actividades comunitarias, según la evolución de la pandemia.

Siempre se debe realizar el control de salud de manera presencial en aquellos adolescentes que presenten riesgo, como, por ejemplo, riesgo suicida, encontrarse en Centros de Protección Mejor Niñez⁹ o en Centros de Privación de Libertad¹⁰, en situación de discapacidad, presencia de multimorbilidad, consumo de riesgo, violencia, abuso sexual, otros.

Además, a fin de aumentar la cobertura del control de salud, se requiere contar con un plan para establecer la modalidad de atención de adolescentes. **Se sugiere establecer como mínimo un día de atención exclusiva para adolescentes en extensión horaria u otra modalidad, que sea más**

⁹ En residencias de administración directa o residencias de vida familiar (RF).

¹⁰ Centro de Intervención Provisoria (CIP), Centro de Reclusión Cerrada (CRC) y Centro Semi Cerrado (CSC)



adecuado a la realidad local para la atención de esta población (en aquellos establecimientos que no cuentan con Espacio Amigable).

Se debe tener siempre presente que el control de salud se puede realizar en el centro de salud, domicilio, establecimiento educacional u otro lugar dispuesto por el equipo, siempre que cuente con las condiciones sanitarias y de calidad para su realización.

Sobre la base de lo anteriormente señalado y de acuerdo a la evidencia científica que respalda el desarrollo de acciones tempranas y oportunas, se incorpora en el IAAPS a los adolescentes de 10 a 19 años, para impactar positivamente en la salud de este grupo, fortaleciendo aquellas conductas y factores protectores y pesquisando oportunamente aquellos que presentan factores y/o conductas de riesgo o cuadros de morbilidad iniciales o incipientes, previniendo que lleguen a situaciones de riesgo mayor, que afecten gravemente su salud, su rendimiento escolar, proyecto de vida, integración social y finalmente su pleno desarrollo.

En aquellos casos en que él o la adolescente concurra solicitando atención en salud, sin compañía de un adulto responsable, no podrá negársele dicha prestación so pretexto de que debe volver con posterioridad en compañía de su padre, madre o adulto responsable. Por el contrario, deberá atenderse y en el caso de que la acción diagnóstica arroje la necesidad de practicar un examen o realizar algún tratamiento, con posterioridad, se deberá informar este hecho a alguno de los señalados para una próxima atención.¹¹

Para mayor información se sugiere revisar documentos: Orientación Técnica para el Control de Salud Integral de Adolescentes, Minsal 2016 y Recomendaciones Atención de Salud Remota para adolescentes, Minsal 2021.

¹¹ (Circular A 15/11 del 07 de octubre 2016 Sobre la Atención de adolescentes que concurren sin compañía de un adulto responsable.)



Meta N°9: Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población de 0 a 19 años

Las patologías orales de mayor prevalencia en nuestro país son: caries dental, enfermedad periodontal y anomalías dento-maxilares. Dada la alta prevalencia de estas patologías, sumado a su gran impacto en la calidad de vida de quienes las padecen, ha sido necesario orientar las políticas de Salud Bucal a estrategias promocionales y preventivas dirigidas a grupos de alto riesgo y vulnerabilidad. La Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década establece como objetivo “prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en los menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables”. Es así, como se ha priorizado a la población menor de 20 años para la consulta de morbilidad odontológica.

Se entiende por consulta de morbilidad odontológica la atención que se otorga a las personas, con el objetivo de dar solución a un problema de salud oral. Esta prestación incluye: anamnesis, examen, hipótesis diagnóstica y medidas terapéuticas. Un paciente puede recibir una o más consultas de morbilidad odontológica en un año.

En este grupo se espera lograr y mantener un porcentaje de consulta de morbilidad de 23%.

Indicador	Porcentaje de Consultas de Morbilidad Odontológica en población de 0 a 19 años
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{N° de consultas de morbilidad odontológica realizadas en población de 0 a 19 años}}{\text{Total población de 0 a 19 años inscritos validados por FONASA}} * 100$
Meta	23%
Medio de verificación	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM A09 Sección A. <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población inscrita validada de 0 a 19 años.
Observaciones	Para el numerador se usará N° consultas de morbilidad totales en población de 0 a 19 años a la fecha de evaluación y para el denominador se usará la población inscrita validada por FONASA de 0 a 19 años para el año 2022.
Referente Técnico	<p>Paulina Nuñez paulina.nunez@minsal.cl Soledad Carrasco soledad.carrasco@minsal.cl</p>



Meta N°10: Cobertura y tasa de controles de atención integral a personas con trastornos mentales, factores de riesgo y condicionantes de la salud mental.

La Organización Mundial de Salud (OMS) destaca que la salud mental tiene una importancia primordial en lo concerniente al bienestar personal, las relaciones familiares y en contribución al desarrollo de la sociedad y de los países. También destaca la importancia de abordar los trastornos de salud mental en la Atención Primaria de salud, reducir las barreras de acceso, aumentar la cobertura y disminuir las brechas de tratamiento¹².

El último estudio de carga de enfermedad en Chile muestra que las condiciones neuropsiquiátricas son las causas con mayor carga de enfermedad entre las enfermedades no transmisibles, las cuales incluyen trastornos depresivos, dependencia al alcohol, trastornos ansiosos, esquizofrenia, entre otros¹³. Asimismo, la prevalencia de trastornos mentales en Chile es alta. El estudio de epidemiología psiquiátrica en Chile en niños y adolescentes (de 4 a 18 años), con representatividad nacional, muestra altas cifras de trastornos de déficit atencional y trastornos ansiosos, siendo la prevalencia año para cualquier trastorno psiquiátrico de 22,5%¹⁴. Por otra parte, la prevalencia año de trastornos mentales en personas de 15 y más años es de 22,2%¹⁵. Entre los trastornos mentales con mayor prevalencia se encuentran los trastornos afectivos, trastornos ansiosos y trastornos por consumo de alcohol y uso de sustancias.

La atención integral de personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales, tiene como objetivo realizar una evaluación y confirmación diagnóstica y proporcionar un tratamiento integral a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y personas mayores. En ese sentido, los indicadores de cobertura y tasa de controles, articulan las distintas estrategias de salud mental en el marco del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), operacionalizado esto, a través de la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona (ECICEP).

Estrategias

- a) *Confirmación Diagnóstica*: Implica un diagnóstico de todas las áreas de la vida de la persona, incluye lo contextual, factores protectores y factores de riesgo. Es efectuado a lo menos por médico y otro integrante del equipo de salud (Psicólogo/a, Asistente Social u otro). Este proceso de evaluación diagnóstica integral puede ser realizado, según el caso, en 1 o más sesiones, puede conllevar visita domiciliaria integral y culmina con el ingreso al programa de salud mental.

¹² Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Organización Mundial de la Salud, 2008.

¹³ Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Universidad Católica de Chile-MINSAL, 2007.

¹⁴ Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual - Dra. Flora de la Barra M. y cols. Rev. Med. Clin. Condes- 2012; 23(5) 521-529]

¹⁵ Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study, Vicente, B. et al. Am J Psychiatry 163:8, August 2006.

- b) *Tratamiento Integral*: Al ingresar al programa se deberá elaborar, junto al beneficiario, un **Plan de Cuidado Integral Consensuado (PCI)**, éste deberá ser efectuado por médico, psicólogo/a, asistente social u otro profesional. El PCI debe incluir: motivo de consulta co-construido entre él/la/los consultantes/s y equipo de salud, objetivos del tratamiento, actividades, plazos (número de sesiones proyectada y frecuencia) y consentimiento informado. Al ingreso y egreso de la persona al programa se deberá aplicar pauta de evaluación de salud mental (PSC: 5 a 9 años; PSC-Y: 10 a 14 años; 15 años y más: GHQ-12), con esto se espera tener antecedentes para evaluar resultados de la atención integral.
- c) *Derivación o referencia asistida*: Cuando el problema de salud mental tiene una complejidad que supera el nivel de resolución de la APS, la persona será referida al establecimiento asistencial de complejidad según la red de salud correspondiente.
- d) *Alta clínica*:
- Evaluación integral de egreso.
 - Revisión cumplimiento del Plan de cuidado integral consensuado (PCI).
 - Aplicación de pauta evaluación salud mental (PSC/PSC-Y/GHQ-12 según edad correspondiente).
- e) *Seguimiento*: *En los casos que requiera establecer contacto con las personas y/o sus familias para monitorear la evolución en el tiempo.*
- f) *Consultoría de Salud Mental*. *El equipo de salud actúa en el rol de consultantes y el equipo de especialidad en salud mental comunitaria como consultor.*

Este indicador se enmarca en la necesidad de las personas de recibir un tratamiento adecuado y de calidad para las condiciones de salud mental.

Es fundamental que las coberturas que alcanzan las comunas, en relación con este indicador, sean efectivamente del 17%, pudiendo existir un rango de diferencia de hasta un 5% por sobre lo esperado. Este criterio debe ser ponderado al momento de la fijación de la meta.

A su vez, las personas, mientras se encuentran como población bajo control de salud mental, deben recibir al menos, entre 8 a 12 controles¹⁶ de tratamiento por salud mental. Esto permite asegurar el desarrollo de los Planes de Cuidados Integrales, otorgando las prestaciones incluidas en el Plan de Salud Familiar y resguardando la calidad de la atención.

¹⁶ Si bien, se señala que las personas durante su proceso de tratamiento reciban al menos 8 a 12 controles; para efectos de cumplimiento de este indicador, **durante el año 2022**, se establece una meta nacional de 5 controles, considerando el promedio de ejecución de los años anteriores y una leve alza. Se espera ir aumentando la meta gradualmente cada año hasta llegar a lo esperado.



Indicador	Cobertura de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales bajo control de 0 y más años}}{\text{Número de personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales de 0 y más años esperados según prevalencia}} * 100$
Meta	17%
Ponderación	90%
Medio de verificación	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM P06. Sección A1 • REM A05. Sección N • REM A05 Sección O <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población estimada según Prevalencia referencial (Población inscrita validada FONASA de 0 y más años x 22%)
Observaciones	<p>Numerador</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1º Corte a Abril: Población en Control de 0 y más años, con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales a diciembre 2021, más ingresos, menos egresos acumulados de enero a abril 2022. • 2º Corte a Julio: Población en Control de 0 y más años, con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales a junio 2022 más ingresos, menos egresos de julio 2022. • 3º Corte a Septiembre: Población en Control de 0 y más años, con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales, a junio 2022, más ingresos, menos egresos julio a septiembre 2022. • 4º Corte a Diciembre: Población en Control de 0 y más años, con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales, a diciembre 2022.
Referente Técnico	<p>Milena Pereira milena.pereira@minsal.cl</p>

Indicador	Tasa de controles de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de controles de salud mental totales realizados a personas de 0 y más años}}{\text{Nº de personas bajo control en el programa de salud mental de 0 y más años}}$
Meta	5
Ponderación	10%
Medio de verificación	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM A06. Sección A1 y Sección A2 • REM A19a. Sección A3 • REM A26. Sección A • REM A32. Sección E1 y Sección E2 • REM A04. Sección A <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM P06. Sección A1 • REM A05. Sección N • REM A05 Sección O
Observaciones	<ul style="list-style-type: none"> • 1º Corte a Abril: Considera la sumatoria de controles de enero a abril 2022. • 2º Corte a Julio: Considera la sumatoria de controles de enero a julio 2022. • 3º Corte a Septiembre: Considera la sumatoria de controles de enero a septiembre 2022. • 4º Corte a Diciembre: Considera la sumatoria de controles de enero a diciembre 2022. <p>Hay que considerar que la concentración pueda ser mayor o igual a 5. Los controles de salud mental incluyen: controles de salud mental, controles de salud mental remotos, acciones telefónicas de salud mental, intervenciones psicosociales grupales, consultorías de salud mental, consejería familiar con integrante con problema de salud mental, consejería familiar a familia con adulto mayor con demencia, visita domiciliaria a familia con integrante con problema de salud mental, visita domiciliaria a familia con adulto mayor con demencia, visita domiciliaria a familia con niños/as de 5 a 9 años con problemas y/o trastornos de salud mental, consultas médicas de salud mental.</p>
Referente Técnico	<p>Milena Pereira milena.pereira@minsal.cl</p>

Observaciones

La evaluación de la meta de cobertura se realizará de la siguiente forma: El diferencial producido entre lo fijado como meta a cumplir, con el basal a diciembre año anterior, será evaluado proporcional e incrementalmente en los tres cortes (abril, julio y octubre) hasta completar el 100% de lo fijado como meta (al corte de diciembre).

En el caso de que, por razones fundadas, se fije una meta menor a la lograda el año precedente, la disminución también será proporcional en cada corte, hasta lograr el 100% de disminución al corte de diciembre 2022. Lo anterior considerando que la fijación de metas debe ajustarse a la cobertura exigida de 17%.

A continuación, se describe un ejemplo del proceso de disminución proporcional en cada corte, para una comuna X

$$\text{Cobertura lograda}_{2021} = 25.7\%$$

$$\text{Cobertura comprometida}_{2022} = 22\%$$

$$\text{Diferencial} = \text{Cobertura comprometida}_{2022} - \text{Cobertura lograda}_{2021}$$

$$\text{Diferencial} = -3,7\%$$

En esta situación, se debe ir disminuyendo progresivamente durante el año 2022 (dado el signo negativo del diferencial) para llegar en diciembre a lo comprometido (22%) y para ello, el cálculo referencial sería el siguiente:

Primer corte (con un 15% esperado al corte)

$$\text{Primer Corte}_{2022} = \text{Cobertura lograda}_{2021} + (\text{Diferencial} * \text{Porcentaje}_{\text{al corte}})$$

$$\text{Primer Corte}_{2022} = 25,7\% + (-3,7\% * 0,15)$$

$$\text{Primer Corte}_{2022} = 25,7\% + (-0,555\%)$$

$$\text{Primer Corte}_{2022} = 25,145\%$$

De manera similar, para los siguientes cortes, con un 50%, 70% y 100% lo esperado sería:

$$\text{Segundo Corte}_{2022} = 23,85\%$$

$$\text{Tercer Corte}_{2022} = 23,11\%$$

$$\text{Cuarto Corte}_{2022} = 22\%$$

La evaluación de la meta de tasa de controles también tiene un cumplimiento progresivo. Según cada corte, y considerando la meta nacional de 5, se espera el siguiente cumplimiento:

Corte	Porcentaje al corte	Tasa esperada
Primer Corte	5,0 * 0.15	0,75
Segundo Corte	5,0 * 0.5	2,5
Tercer Corte	5,0 * 0.7	3,5
Cuarto Corte	5,0 * 1	5,0

Sección de Cobertura efectiva

Meta N°11: Cumplimiento de garantías explícitas en salud, cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria.

El Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria que explicita garantías en los ámbitos de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad, respecto a problemas de salud priorizados y las prestaciones asociadas a su resolución. La implementación de dicho Régimen, del que forma parte el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), en el año 2022 asciende a 85 problemas de salud. En 25 de ellos, las garantías son de ejecución con participación de Atención Primaria y se evaluarán en este indicador 17 de ellos¹⁷.

Indicador	Cumplimiento de garantías explícitas en salud cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria
Fórmula de cálculo	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de garantías cumplidas} + \text{Garantías exceptuadas} + \text{Garantías incumplidas atendidas}) \text{ del periodo a evaluar de atención primaria}}{[(\text{N}^\circ \text{ de garantías de Cumplidas} + \text{Garantías exceptuadas} + \text{Garantías incumplidas atendidas} + \text{Garantías incumplidas no atendidas}) \text{ del periodo a evaluar} + \text{N}^\circ \text{ de Garantías Retrasadas acumulada}] \text{ de atención primaria}} * 100$
Meta	100%
Medio de verificación	<p>Numerador: Se considera la suma de las siguientes categorías</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantías Cumplidas • Garantías Exceptuadas • Garantías Incumplidas atendidas <p>Denominador: Se considera la suma de las siguientes categorías</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantías Cumplidas • Garantías Exceptuadas • Garantías Incumplidas Atendidas • Garantías Incumplidas no Atendidas del periodo a evaluar • Garantías Retrasadas acumuladas <p>Informes de garantías de oportunidad del Sistema de Información de Gestión de Garantías en Salud (SIGGES) o de otro sistema de registro implementado. Tanto el numerador como el denominador se refieren a las garantías de oportunidad que tienen cumplimiento en el periodo de evaluación</p>
Observaciones	Sin observaciones
Referente Técnico	<p>Iris Cerda (DIVAP) iris.cerda@minsal.cl</p> <p>George Erices (DIGERA) gerices@minsal.cl</p>

¹⁷ Véase el Anexo 1

Observaciones

Las bases de datos con información del SIGGES serán enviadas a los Servicios de Salud para su revisión, durante la última semana del mes siguiente al periodo de corte. Los Servicios de Salud deberán enviar esta información en la misma base de datos revisada y corregida, según corresponda, a Nicolás Figueroa Ramirez, nicolas.figueroa@minsal.cl, a más tardar el tercer día hábil del mes subsiguiente al corte.

En relación con la revisión por parte de los Servicios se recuerda que se han agregado 3 columnas al final de los reportes:

ESTADO ACTUALIZADO	INFORMACION ACTUALIZADA EN SIGGES	OBSERVACIONES
--------------------	-----------------------------------	---------------

En caso de existir modificaciones de algún registro, éstos deben ser informados sólo en estas tres columnas:

- **Estado actualizado:** nuevo estado actualizado de la garantía (cumplidas, retrasadas, incumplidas atendidas, incumplidas no atendidas, exceptuadas).
- **Información actualizada en SIGGES:** Si se modificó o no el registro; sólo se debe consignar **SI o NO**.
- **Observaciones:** indicar en el caso de alguna modificación, información complementaria como ejemplo cierre de caso, se ingresó registro faltante, se eliminó, etc.

A partir de la información contenida en "Estado Actualizado" se debe actualizar tabla dinámica original. Sólo cumpliendo criterios y formato anterior se procederá a revisión y validación de bases, en caso contrario se tomará como válida información contenida en base enviada por MINSAL en primera instancia.

Glosario de Términos de Garantías de Oportunidad GES

Garantías Cumplidas: En esta agrupación se consideran las garantías realizadas dentro del plazo máximo que señala el decreto.

Garantías Exceptuadas: podrán exceptuarse de dar cumplimiento a una garantía de oportunidad (Circular 288 del 06 Julio 2017, de la Superintendencia de Salud), cuando por causa imputable al beneficiario o por fuerza mayor derivada de su estado de salud, sea imposible otorgar la prestación en el plazo establecido, dando lugar a una nueva gestión del caso.

Garantías Incumplidas Atendidas: es aquella garantía de oportunidad realizada fuera del plazo garantizado para cada problema de salud incluido en GES, **siempre que el cumplimiento se haya efectuado dentro del periodo de evaluación del corte.**

Garantías Incumplida No atendida: El establecimiento no logró realizar la atención garantizada dentro de los tiempos establecidos, y es imposible entregarla en forma tardía por una condición o decisión del paciente.

Garantías Retrasadas: Corresponde a aquellas que no evidencian en SIGGES una atención, ya sea por no registro de esta o por no realización de la prestación **independiente de la fecha de creación de la GO.**



Meta N°12: Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo validada definida para el año en curso.

La influenza es una enfermedad respiratoria aguda, causada por el virus Influenza perteneciente a la familia *Orthomixoviridae*. Esta enfermedad, es considerada un problema de salud pública por su capacidad de producir epidemias, lo cual se traduce en un aumento de la demanda en la atención ambulatoria y hospitalaria, así como en el número de fallecimientos que ocasiona especialmente en los grupos de riesgo, tales como la población infantil, adultos mayores, personas con patologías crónicas y mujeres embarazadas principalmente.

Existen 3 tipos de virus Influenza: A, B y C. El tipo A se ha relacionado con pandemias a nivel mundial, mientras que el tipo B genera epidemias localizadas. El tipo C, genera casos o brotes esporádicos. El virus, posee proteínas en su superficie, dentro de las cuales se encuentra la hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N), las cuales permiten clasificar los distintos virus circulantes.

El virus se caracteriza por su alta capacidad de mutación. Esto se produce cuando existe intercambio genético entre los virus influenza de origen humano y animal (aves y cerdos principalmente), produciendo nuevas combinaciones de estas proteínas que originan nuevos virus de Influenza A; H1N1, H3N2, H7N9, etc., estos nuevos virus, tienen la capacidad de producir epidemias debido a la susceptibilidad de la población al no ser inmunizada.

La última pandemia de Influenza se registró en los años 2009 y 2010 causada por el virus Influenza A H1N1.

Mecanismos de transmisión

La influenza se propaga fácilmente a través de las gotitas de saliva infectadas que expulsa el paciente al toser o estornudar y que toman contacto con otras personas que quedan así expuestas al virus. Puede extenderse con rapidez en escuelas, establecimiento de larga estadía, lugares de trabajo, ciudades y países. El virus puede también propagarse a través de las manos infectadas y por contacto con las superficies contaminadas con secreciones infectantes. El período de transmisibilidad se extiende desde un día previo al inicio de síntomas y hasta 7 días después de iniciados éstos.

Campaña de vacunación

Esta campaña de vacunación se inicia habitualmente en el mes de marzo y se prolonga aproximadamente por dos a tres meses. Es de carácter gratuito y tiene por objetivo vacunar a grupos que pueden presentar complicaciones en el caso de adquirir la enfermedad, ya que el virus influenza (con sus diversas cepas) es responsable de severas infecciones, especialmente respiratorias, que pueden causar complicaciones de gravedad e incluso la muerte.

Definición de población objetivo para cálculo de meta.

De los grupos de riesgo definidos, y con el fin del cálculo de la presente meta, se considerará los siguientes grupos objetivos:

- Personal área de la salud:

Todos los trabajadores, voluntarios o estudiantes autorizados por el director del centro asistencial o a quien delegue las tareas inherentes a su responsabilidades, que desempeñan sus labores en establecimientos asistenciales públicos, sea en contacto directo o cercano (dentro de 1 metro de distancia) con enfermos; en servicios de apoyo clínico (laboratorios, bancos de sangre, radiología, alimentación, etc.), en unidades administrativas (archivos, asignación de horas, aseo, etc.) o de apoyo logístico.

Todos los trabajadores, voluntarios o estudiantes autorizados por el director médico del centro clínico o a quien delegue las tareas inherentes a su responsabilidades, que desempeñan sus labores en establecimientos asistenciales privados o institucionales que cuentan con unidades de atención de urgencias y/o servicios de hospitalización, y desarrollen tareas que involucran contacto directo o cercano (dentro de 1 metro de distancia) con enfermos, en servicios de apoyo clínico, laboratorios, bancos de sangre, radiología y alimentación.

- Todas las embarazadas, en cualquier fase de la gestación.
- Niños y niñas de edades comprendidas desde los 6 meses a 10 años (5° año básico).
- Personas de 65 años y más.
- Trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdos.
- Pacientes crónicos entre 11 y 64 años, portadores de alguna de las siguientes condiciones de riesgo:
 - ✓ Enfermedad Pulmonar Crónica (Asma Bronquial, EPOC, Fibrosis Quística y pulmonar de cualquier causa).
 - ✓ Enfermedad Neurológica (neuromusculares congénitas o adquiridas, Epilepsia refractaria a tratamiento, que determinan trastornos de la deglución o del manejo de secreciones respiratorias).
 - ✓ Enfermedad Renal Crónica (En etapa 4 o mayor, diálisis).
 - ✓ Enfermedad Hepática Crónica (Cirrosis, Hepatitis Crónica, Hepatopatías).
 - ✓ Enfermedad Autoinmune (Lupus, Escleroderma, Artritis Reumatoide, Enfermedad de Crohn).
 - ✓ Enfermedad Metabólica (Diabetes Mellitus, Enfermedades Congénitas del Metabolismo).



- ✓ Cardiopatías (congénitas, reumática, isquémica y miocardiopatías de cualquier causa).
- ✓ Hipertensión Arterial en tratamiento farmacológico.
- ✓ Obesidad (IMC ≥ 30).
- ✓ Cáncer en tratamiento con radioterapia, quimioterapia, terapias hormonales o medidas paliativas de cualquier tipo.
- ✓ Inmunodeficiencias (congénitas o adquiridas).
- ✓ Enfermedades mentales graves (Esquizofrenia, trastorno bipolar)

Es importante tener presente la recomendación de la OMS, de mayor efectividad en la vacunación de anti-influenza, con una cobertura sobre el 95% lo que confiere inmunidad de rebaño en la población.

Indicador	Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo definida para el año en curso
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{Nº de personas pertenecientes a grupos objetivos de población definidos vacunados con antiinfluenza}}{\text{Total de población inscrita validada de los grupos objetivos}} * 100$
Meta	80%
Medio de verificación	<p>Numerador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Registro nacional de inmunizaciones (RNI) <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calculado por DEIS para grupos objetivos¹⁸
Observaciones	Sin observaciones
Referente Técnico	<p>Nathalie Silva Pizarro</p> <p>nathalie.silva@minsal.cl</p>

¹⁸ Se utilizará el denominador con base a población calculada desde el DEIS de acuerdo con instructivo

Meta N°13: Ingreso precoz a control de embarazo

En la vigilancia activa del proceso reproductivo en todas sus etapas, se realizan distintas actividades, una de ellas es la detección precoz de las gestantes que presentan factores de riesgo en los centros de APS, que permite realizar las intervenciones necesarias o derivación oportuna a especialista, para manejo de los factores que pueden derivar en una morbilidad fetal o parto prematuro.

La recomendación para la atención integral sistemática y periódica de la mujer embarazada, en condiciones óptimas, es antes de las 14 semanas, contribuyendo a reducir la mortalidad perinatal proyectada, comprometida en la Estrategia Nacional de Salud.

Indicador	Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{N° de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control}}{\text{Total de mujeres embarazadas ingresadas a control}} * 100$
Meta	90%
Medio de verificación	<ul style="list-style-type: none"> REM A05, Sección A
Observaciones	Se debe registrar, en cada corte, el acumulado, desde enero a la fecha de corte, de las mujeres ingresadas antes de las 14 semanas para el numerador y el acumulado, desde enero a la fecha de corte, del total de mujeres ingresadas para el denominador
Referente Técnico	Ana Ayala G aayala@minsal.cl

Observaciones

Se debe contabilizar la embarazada que acude por primera vez después de las 14 semanas a control de embarazo en el Centro de Salud y que cuenta con respaldo de carné de control prenatal realizado en el sector privado.



Meta N°14: Cobertura de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad

Las Encuestas Nacionales de la Juventud muestran que el inicio de la vida sexual y el uso de anticonceptivos en adolescentes han experimentado cambios importantes en las últimas décadas. En la 7ª Encuesta Nacional de la Juventud, el **48%** de adolescentes de 15 a 19 años declara haber iniciado su vida sexual. Estas cifras son coincidentes a la información año 2020 del registro estadístico mensual de población en control del adolescente de 15 a 19 años, 9,6 % refiere que no ha iniciado actividad sexual, pero tiene intención de cambiar la conducta sexual dentro de los próximos seis meses, el 40,7 % ha iniciado prácticas sexuales y tiene intención de mantener la conducta sexual.

La recomendación es promover el uso y disponibilidad de métodos anticonceptivos en población adolescente, entre 15 a 19 años, en los establecimientos de Atención Primaria de salud y/o espacios amigables de atención; esta actividad apunta a dar cumplimiento a la meta de la Estrategia Nacional de Salud que busca la disminución del embarazo en adolescentes.

Para aumentar las coberturas se debe considerar incrementar el número de adolescentes mujeres y también hombres bajo control de regulación de fertilidad, quienes solo alcanzan una cobertura a nivel país del **1%**.

En el contexto de la situación sanitaria por pandemia COVID-19, se deberá considerar las recomendaciones para inicio o cambio de Métodos Anticonceptivos según modalidad de atención, presentes en los documentos "Orientaciones técnicas Continuidad de atención en salud sexual y reproductiva en el contexto de pandemia covid-19" y "Recomendaciones atención de salud remota para adolescente", Minsal 2021.

El promedio país en cobertura de adolescentes mujeres y hombres de 15 a 19 años inscritos en Atención Primaria bajo control en el Programa regulación de la fertilidad a Junio 2021 es de un **18 %**. La mayor cobertura alcanzada corresponde a la comuna Huasco en región de Atacama con **7,5%**.

Indicador	Cobertura de método anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{N° de adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad (bajo control)}}{\text{Total adolescentes de 15 a 19 años inscritos}} * 100$
Meta	25%
Medio de verificación	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM P1 Sección A <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población 15 a 19 años inscrita validada

Observaciones	Numerador: 1er. Corte a abril 2022: No aplica 2º Corte a Julio: Población de adolescentes de 15 a 19 bajo control a junio 2022. 3er Corte a septiembre 2022: No aplica 4º Corte a Diciembre: Población de adolescentes de 15 a 19 bajo control a diciembre 2022.
Referente Técnico	Pamela Meneses pameneses@minsal.cl Juan Herrera juan.herrerab@minsal.cl

Observaciones

Ejemplo de metodología cálculo para el logro de cobertura

METODOLOGÍA DE CÁLCULO			
A	B	C	D
Nº de adolescentes de 15 a 19 años bajo control en el Programa regulación de la fertilidad a diciembre 2021* (solo en caso de estar disponible)	Total, de población de adolescentes de 15 a 19 años inscrita validada para el 2022**	Nº de adolescentes de 15 a 19 años a lograr en el bajo control del Programa regulación de la fertilidad (B * 25%)	Número de adolescentes a incrementar para el logro de la cobertura (25%) (C- A)
662	6.455	1.613	951
*Fuente REM P1, Sección A publicado a diciembre 2021 DEIS.			
**Población inscrita validada por FONASA para el año 2022			



Meta N°15: Cobertura efectiva de tratamiento en personas con DM2, de 15 y más años

La Diabetes Mellitus es un problema de salud pública relevante, incorporado al sistema GES en el año 2005 y cuyas prestaciones de atención de salud se realiza en un 90% en Atención Primaria. La mortalidad general por DM se ha mantenido en niveles altos, sin aumentos significativos a pesar del aumento de la prevalencia a nivel nacional entre los años 2009 y 2016. Sin embargo, se debe avanzar en acciones que tiendan a aumentar el diagnóstico precoz y control de las personas con DM de acuerdo con protocolos, idealmente estandarizados, lo cual retrasará la aparición de complicaciones que implican dificultades tanto para el sistema de salud como para la familia y comunidad, y así tender a mejorar la calidad de vida de la persona y su familia.

El principal objetivo de la Atención Primaria centrada en la persona y en su familia es contribuir en fomentar los aspectos preventivos y factores protectores. Cuando la patología ya se ha instalado, se debe procurar un adecuado tratamiento, seguimiento y pesquisa de probables complicaciones. Además, se debe hacer una búsqueda activa de posibles nuevos casos en el núcleo familiar.

Según los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, la prevalencia a nivel nacional ha tendido al alza, subiendo de 9% en ENS del 2009-2010 a 12.3%. Los siguientes son los valores diferenciados por grupo etario:

Sospecha de Diabetes mellitus (DM)	Prevalencia (%)
15-24 años	1,8
25-44 años	6,3
45-64 años	18,3
65 años y más	30,6

Fuente: Departamento de Epidemiología
División de Planificación Sanitaria
Subsecretaría de Salud Pública

Por otra parte, tomando en consideración los cambios fisiológicos que ocurren a lo largo del curso de vida, se consideran los siguientes parámetros de compensación por edad:

Rango de Edad	Compensación según último control
15 – 79 años:	Hb A1c bajo 7%
80 y más años	Hb A1c bajo 8%

Para efectos de la evaluación de este indicador, el cálculo del denominador (casos esperados) se efectúa sumando la prevalencia estimada según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, es decir 1.8% entre 15 y 24 años, 6.3% entre 25 a 44 años, 18.3% entre 45 y 64 años y 30.6% para personas de 65 años y más, sobre la población inscrita validada.

Indicador	Cobertura efectiva de tratamiento en personas con Diabetes Mellitus 2, de 15 y más años
Fórmula de cálculo	$\frac{\begin{array}{l} \text{Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 a 79 años con} \\ \text{Hb A1c bajo 7\%} \\ + \\ \text{Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 80 años y más con} \\ \text{Hb A1c bajo 8\% según último control vigente, en los últimos 12 meses} \end{array}}{\text{Total de personas con Diabetes Mellitus 2 de}} \times 100$ <p style="text-align: center;">15 y más años esperados según prevalencia por grupo etario</p>
Meta	28%
Medio de verificación	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM P4 Sección B <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población estimada según prevalencia ENS 2016-2017, por grupo etario
Observaciones	<p>Se espera que las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que el 2021 registren un cumplimiento inferior a la meta nacional fijada, avancen al menos en un 30% de la brecha el 2022. De la misma manera, quienes durante el 2021 tengan coberturas iguales o superiores a la meta nacional deberán, al menos, mantenerla el 2022.</p> <p>1er corte No aplica evaluación 2º Corte a Julio: Población de personas con Diabetes tipo 2 de 15 y más años compensada a junio 2022 3º Corte a Septiembre: No aplica evaluación 4º Corte a Diciembre: Población de personas con Diabetes tipo 2 de 15 y más años compensada a diciembre 2022.</p>
Referente Técnico	<p>Marcela Rivera marcela.rivera@minsal.cl</p>



Meta N°:16 Cobertura efectiva de tratamiento en personas con HTA, de 15 y más años

La Hipertensión Arterial es también un problema de salud relevante por nuestro perfil epidemiológico, fue incorporada al sistema GES en el año 2005 y su atención se realiza en Atención Primaria cuando es primaria o esencial.

La HTA es una enfermedad controlable, multifactorial, que disminuye, tanto la calidad, como la expectativa de vida de las personas. Es reconocida como el principal factor de riesgo modificable de las enfermedades cardiovasculares, particularmente de ataque cerebro vascular y enfermedad isquémica del corazón.

El diagnóstico precoz y control de las personas con hipertensión arterial, de acuerdo con protocolos estandarizados, previene la muerte y retrasa la aparición de complicaciones, mejorando la expectativa y calidad de vida de la persona.

El objetivo del equipo de salud de la Atención Primaria es el fortalecimiento de los factores protectores, la pesquisa precoz de las personas con hipertensión de la población a cargo, y finalmente cuando ya la patología se ha confirmado, control, seguimiento y compensación adecuada según protocolos estandarizados.

Para la Cobertura de HTA se estiman los casos esperados con una prevalencia nacional de 27.6% según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, en población inscrita de mayor a 15 años, desagregados por edad como se muestra en la siguiente tabla:

Prevalencia de sospecha de Hipertensión arterial (HTA)	Prevalencia (%)
15-24 años	0,7
25-44 años	10,6
45-64 años	45,1
65 años y más	73,3

Fuente: Departamento de Epidemiología División de Planificación Sanitaria Subsecretaría de Salud Pública

Para efecto de la evaluación de este indicador, el cálculo del denominador (casos esperados) se obtendrá de la suma de la prevalencia etaria estimada en la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, como se detalla a continuación: (0.7%) sobre la población inscrita validada entre 15 -24 años, más (10.6%) sobre la población inscrita validada entre de 25 a 44 años, más (45,1%) sobre la población inscrita validada entre 45 a 64 años y finalmente con la prevalencia estimada (73,3%) sobre la población inscrita validada de 65 y más años.

Al igual que en la Diabetes Mellitus, el enfoque centrado en la familia es un elemento protector en cuanto a la evolución natural de la enfermedad y el apoyo familiar interviene en un mejor manejo de los factores de riesgo cardiovascular.

Parámetro de Compensación por edad:

Rango de Edad	Compensación según último control
15 – 79 años:	PA < 140/90 mm Hg
80 y más años	PA < 150/90 mm Hg

Indicador	Cobertura efectiva de tratamiento en personas de 15 y más años, con Hipertensión Arterial
Fórmula de cálculo	$\frac{\begin{aligned} & \text{N}^\circ \text{ de personas con hipertensión de 15 a 79 años} \\ & \text{con PA} < \frac{140}{90} \text{ mm Hg} \\ & + \\ & \text{N}^\circ \text{ de personas con hipertensión de 80 y más} \\ & \text{con PA} < \frac{150}{90} \text{ mm Hg} \\ & \text{según último control vigente, en los últimos 12 meses} \end{aligned}}{\text{Total de personas de 15 años y más, con hipertensión esperadas según prevalencia por grupo etario}} * 100$
Meta	43%
Medio de verificación	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> REM P4 Sección B <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> Población estimada según prevalencia ENS 2016-2017, por grupo etario
Observaciones	<p>Se espera que las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que el 2021 registren un cumplimiento inferior a la meta nacional fijada, avancen al menos en un 30% de la brecha el 2022. De la misma manera, quienes durante el 2021 tengan coberturas iguales o superiores a la meta nacional deberán, al menos, mantenerla el 2022.</p> <p>1er corte a Abril: No aplica evaluación 2º Corte a Julio: Población personas con hipertensión de 15 y más años compensada a junio 2022 3º Corte a Septiembre: No aplica evaluación 4º Corte a Diciembre: Población personas con hipertensión de 15 y más años compensada a diciembre 2022.</p>
Referente Técnico	<p>Marcela Rivera marcela.rivera@minsal.cl</p>



Sección de Impacto.

Meta N°17: Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita.

Las patologías orales son consideradas actualmente como enfermedades crónicas no transmisibles, por lo cual, su tratamiento debe ser en base a controles, cuya frecuencia está determinada por el riesgo que presenta cada usuario o grupo familiar, con el objetivo de modificar factores de riesgo e instaurar medidas de prevención y promoción de la salud.

A partir del año 2017 se implementa la población bajo control odontológico, la cual se refiere al seguimiento realizado a través de controles odontológicos a los usuarios, con o sin patologías orales, con el fin de mantener población sana o de compensar en forma temprana a los que están enfermos. Ingresan al bajo control los beneficiarios del sistema público de salud a partir de los 6 meses de vida, quienes deben asistir al menos una vez al año a control (según riesgo presentado) y se mantendrán en control hasta su egreso a los 19 años.

Para incentivar el ingreso de usuarios a la población en control odontológico y favorecer los resultados sanitario que los controles puedan tener, para el cumplimiento de la meta se considerarán inicialmente a los menores de 3 años libres de caries, los cuales deben priorizarse dentro del grupo bajo control, con el fin de establecer una base de población sana desde el inicio del ciclo vital. El indicador se detalla a continuación:

Indicador	Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita.
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de niños y niñas menores de 3 años con registro CEOD} = 0}{\text{N}^{\circ} \text{ de niñas y niños menores de 3 años inscritos}} * 100$
Meta	60%
Medio de verificación	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM A09 Sección C <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población Inscrita validada FONASA menor de 3 años
Observaciones	Para el numerador se usará N° total de niños y niñas con registro CEOD = 0 en población menor de 3 años a la fecha de evaluación y para el denominador se usará la población inscrita validada por FONASA menor de 3 años para el año 2022.
Referente Técnico	<p>Paulina Nuñez paulina.nunez@minsal.cl</p> <p>Soledad Carrasco soledad.carrasco@minsal.cl</p>

Meta N°18: Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal.

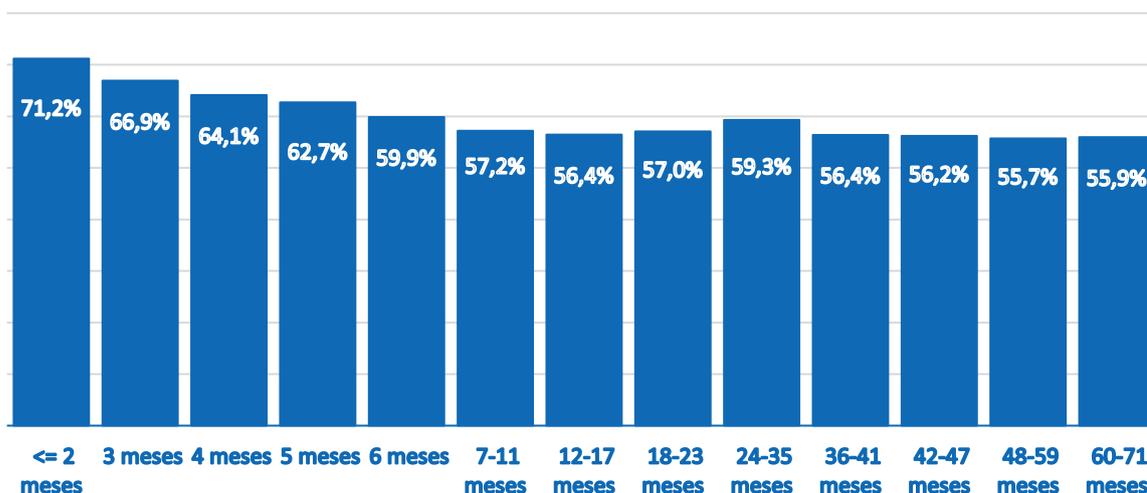
Este indicador y meta se ha incluido en el Índice de Atención Primaria de Salud, con el propósito de priorizar acciones en la Atención Primaria, orientadas a mejorar resultados e impacto en la salud de niños y niñas, con la expectativa de lograr su desarrollo futuro saludable.

La condición nutricional de la población infantil juega un importante rol en su salud futura. Por esto, se propone aumentar la proporción de menores de 6 años con Diagnóstico Nutricional Normal (o Estado Nutricional Normal).

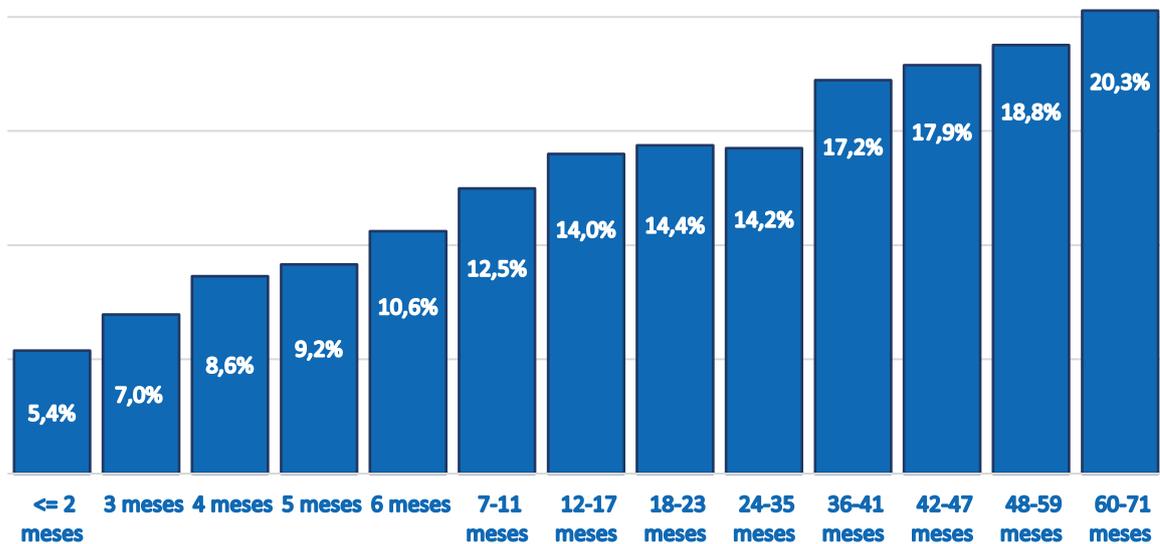
En la actualidad, existe evidencia suficiente de los beneficios para la salud cuando el crecimiento y desarrollo durante las primeras etapas de la vida, se realiza dentro de parámetros definidos como normales, sin embargo lo que hoy se observa en nuestro país, en población infantil menor de 6 años, es el permanente aumento de la obesidad, y en donde la malnutrición por exceso; sobrepeso y obesidad superan el 35% de estos menores que se encuentran bajo control en nuestros establecimientos de AP, con el consiguiente riesgo de desarrollar tempranamente enfermedades no transmisibles, donde la alimentación juega un importante rol.

Las siguientes gráficas, muestran el Porcentaje de niños y niñas, según meses de edad, con Diagnóstico Nutricional Normal (DNN) y con Diagnóstico Nutricional de Obesidad, acorde a datos al mes de diciembre de 2021 en donde se observa el incremento sostenido de obesidad, desde los primeros años de vida, llegando a alcanzar hasta más de 19% a los 5 años y más.

**% de Niños y Niñas con Diagnostico Nutricional NORMAL
(REM P2. Diciembre 2021)**



% de Niños y Niñas con Diagnostico Nutricional Obesidad (REM P2. Diciembre 2021)



A la luz de las cifras, es urgente maximizar las estrategias que permitan prontamente revertir esa tendencia, para las generaciones de niños y niñas en los años siguientes.

Indicador	Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal
Fórmula de cálculo	$\frac{\text{N° de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal}}{\text{N° de niñas y niños menores de 6 años inscritos}} * 100$
Meta	60%
Medio de verificación	<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> REM P2: Sección A Celda C 35 + Sección A.1 Celdas F68 +G68 <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> Población Inscrita validada FONASA menor de 6 años
Observaciones	La evaluación de esta meta se realizará en forma progresiva. Se espera un incremento gradual del porcentaje de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal
Referente Técnico	Xenia Benavides xbenavides@minsal.cl

Observaciones:

La evaluación de esta meta se realizará de la siguiente forma: La diferencia entre el valor fijado como meta a cumplir, respecto al basal, es decir lo observado a diciembre 2021 (brecha), será evaluado proporcional e incrementalmente.

En el corte a julio (dato REM Junio) se espera lograr el 50% de la meta y se deberá completar el 100% de lo fijado al corte de diciembre.



PROCEDIMIENTO PARA EVALUACIÓN DEL IAAPS

Procedimiento de verificación de la evaluación de cumplimiento

Los medios de verificación señalados en la descripción de indicadores y metas desarrollados en el capítulo precedente son:

- Resumen Estadístico Mensual (REM): la verificación del cumplimiento se realizará según corresponda, utilizando la fuente definida para el indicador en cada caso.
- Base de datos de Población Inscrita Validada.
- SIGGES, sistema de información gestión GES
- Plataforma web o reporte del Servicio de Salud en el formato definido por el nivel central, según corresponda.
- Informes de Visitas a Terreno, para evaluar Indicador "Continuidad de la atención", en la realización de horario de funcionamiento hasta las 20:00 horas de lunes a viernes y sábados 4 horas con atención médica, odontológica, y farmacia operativa.

El Servicio de Salud deberá visitar, al menos una vez al año, a cada centro de salud de su área de jurisdicción. Todas las comunas deberán recibir al menos una visita de supervisión por período de corte evaluativo.

Procedimiento para valorar cumplimiento de metas por corte.

Cumplimiento Total:

Corresponde a los indicadores que deben ser cumplidos en su total cuantía en cada corte que sea evaluado.

Estos indicadores son:

- Indicador N°2: Continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos
- Indicador N°4: Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS
- Indicador N°11: Cumplimiento de garantías explícitas en salud
- Indicador N°13: Ingreso precoz a control de embarazo
- Indicador N°15: Cobertura efectiva de tratamiento en personas con DM2, de 15 y más años
- Indicador N°16: Cobertura efectiva de tratamiento en personas con HTA, de 15 y más años

- Indicador N°18: Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal

Cumplimiento Progresivo:

Las Metas de cumplimiento progresivo corresponden a los Indicadores **N° 1, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 14 y 17**; para éstas se espera que en cada corte se logren los siguientes porcentajes:

Corte a abril	15 % de cumplimiento
Corte a julio	50 % de cumplimiento
Corte a septiembre	70 % de cumplimiento
Corte a diciembre	100 % de cumplimiento

Excepciones en evaluación de metas

Indicador N°1, su cumplimiento se evaluará en función del cronograma programado por el Servicio de Salud en conjunto con cada comuna correspondiente. No aplica evaluación en primer y segundo corte y se evalúa en tercer y cuarto corte.

Indicador N°12 se evalúa en el segundo y tercer corte.

Indicadores N°14, N°15, N°16 y N°18, sus cumplimientos se evaluarán en el segundo y cuarto corte.

Reponderación de importancia relativa

Teniendo en consideración que existen metas que no son evaluadas en todos los cortes, es necesario reponderar la importancia relativa de los indicadores que en cada corte si corresponde evaluar de manera tal que la suma total de la importancia relativa de estos indicadores de 100%

Esto se efectúa mediante la siguiente fórmula:

$$NIR_n = \frac{IRB_n}{\sum IRB_{ev}}$$

Donde,

NIR_n corresponde a la nueva importancia relativa del indicador **n**

IRB_n corresponde a la importancia relativa base del indicador **n**



$\sum IRB_{ev}$ corresponde a la sumatoria de las importancias relativas base de aquellos indicadores que si se evalúan en el corte.

Ejemplo:

En el siguiente ejemplo se muestran 10 metas con su respectiva importancia relativa. Bajo el supuesto que la Meta N°4 no se evaluará, ésta se fija en cero, para luego calcular las nuevas importancias relativas (ver cuadro). Aplicando la formula mencionada anteriormente, queda de la siguiente forma:

Meta 1: $5,13 / 89,50 = 5,73\%$

La Importancia Relativa inicial es de 5,13%, bajo las nuevas condiciones de evaluación, la Nueva Importancia Relativa se actualiza a 5,73%.

Para evaluar las restantes metas se procede de la misma forma y así se obtiene la Nueva Importancia Relativa, la que finalmente con esta nueva ponderación sumará 100%.

META	Importancia Relativa	Meta No Evaluada	Nueva Importancia Relativa
1	5,13%	5,13%	5,73%
2	8,80%	8,80%	9,83%
3	6,10%	6,10%	6,82%
4	10,50%	0,00%	0,00%
5	12,00%	12,00%	13,41%
6	14,00%	14,00%	15,64%
7	6,00%	6,00%	6,70%
8	15,00%	15,00%	16,76%
9	12,00%	12,00%	13,41%
10	10,47%	10,47%	11,70%
Total	100,00%	89,50%	100,00%

Indicadores con numerador y denominador cero en un corte determinado

Aquel indicador que presente numerador y denominador iguales a 0 (cero), aun cuando le corresponda ser evaluado en el corte en que se presente dicha situación, será considerado como cumplido, y por tanto, se le asignará la importancia relativa que le corresponda en el corte respectivo, pues no es atribuible a gestión del establecimiento, por ejemplo, indicador N°13 "Ingreso precoz a control de embarazo", cuando no hay ingresos prenatales durante un corte determinado, el denominador es igual a cero, y por defecto, el numerador también es 0.

Procedimiento de cálculo de Porcentaje de cumplimiento de IAAPS.

Los Directores de Servicio de Salud o quienes ellos determinen en su Servicio de Salud, son los responsables de liderar y monitorear la marcha de los indicadores definidos en el IAAPS en las comunas de su ámbito territorial y de prestar apoyo a los Municipios, con el fin de implementar medidas que permitan superar las deficiencias que sean detectadas e informar el cumplimiento de las comunas de su jurisdicción en cada corte, de acuerdo con las pautas impartidas por el MINSAL.

Para efectos de cumplimiento de las metas comprometidas, se considerarán las acciones efectuadas entre enero 2022 y el mes de corte:

Primer Corte: Enero a Abril: acciones realizadas de enero a abril. (Excepciones para indicadores con numerador fuente REM P)

Segundo Corte: Enero a Julio: acciones realizadas de enero a julio. (Excepciones para indicadores con numerador fuente REM P)

Tercer Corte: Enero a Septiembre: acciones realizadas de enero a septiembre. (Excepciones para indicadores con numerador fuente REM P)

Cuarto Corte: Enero a Diciembre: acciones realizadas de enero a diciembre.

La evaluación a diciembre, en congruencia con el calendario de año presupuestario, no aplica efecto en la rebaja de recursos del Aporte Estatal del año 2022, pero si cobra relevancia para el cierre evaluativo anual.

El resultado para cada indicador se determina calculando el porcentaje de cumplimiento respecto de su meta, este resultado se multiplica por la importancia relativa del indicador. (En caso de que el porcentaje de cumplimiento exceda la meta, el valor de la importancia relativa se multiplica por 1, lo que equivale a cumplimiento 100% para los efectos de este cálculo). El cálculo asegura que una meta que excede el 100% no compense una meta incumplida.

En Actividad con Garantías Explícitas en Salud, cuya meta debe ser cumplida en cada corte, el resultado final de porcentaje de cumplimiento se obtiene directamente de acuerdo con el porcentaje de cumplimiento GES.

Finalmente, se suman resultados de todos los indicadores, obteniendo un resultado final, porcentaje que corresponde al cumplimiento del conjunto de indicadores.

Etapas del proceso de evaluación por cortes.

Se detallan a continuación las principales etapas, plazos y responsables del proceso de evaluación:

Ministerio de Salud:



- División de Gestión de Red Asistencial (DIGERA): La última semana del mes siguiente al término del corte, pondrá a disposición de DIVAP y la red las bases de datos con información de las garantías GES.
- Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS): publicará los resultados con base REM a los 24 días hábiles del mes siguiente al término del corte, informando a los Servicios de salud, vía correo electrónico el mismo día de publicación, con copia a DIVAP.
- Departamento de Control de Gestión y Calidad de la División de Atención Primaria: coordina el proceso de evaluación, elabora archivo de evaluación por corte, en base a las distintas fuentes de información y envía a los Servicios de Salud, con copia a Departamento de Gestión de los Cuidados, el pre informe de evaluación de resultados, para la revisión/validación inmediata por parte de los Servicios de Salud, toda vez que la validación del informe final y definitivo por parte de los Servicios de Salud, es a más tardar, hasta las 12:00 AM, del cuarto día hábil del mes subsiguiente a la fecha de corte.
- Departamento de Gestión de los Cuidados de la División de Atención Primaria revisa y valida la evaluación efectuada.
- Departamento de Control de Gestión y Calidad de la División de Atención Primaria: envía a los Servicios de Salud, a Departamento de Gestión Operacional y a División de Presupuesto el informe de evaluación final de resultados, para la aplicación de rebaja si la hubiere o la transferencia regular de recursos per cápita mensual a los Servicios de Salud.
- División de Presupuesto realizará el cálculo y procedimiento administrativo de la rebaja por cada comuna, si ello procediere, de acuerdo con lo señalado más adelante en el PROCEDIMIENTO PARA CALCULO DE REBAJA, y realizará el proceso administrativo correspondiente de aplicación de rebaja el día 20 del mes siguiente a la publicación de los resultados, o subsiguiente al corte.

Servicios de Salud

- Revisar hasta 12 días corridos del mes siguiente al término del corte, la información contenida en los REM; en la plataforma MAIS y verificar que se encuentre actualizada y coherente.
- Subir en carpeta compartida, o en la plataforma que el Ministerio determine, el archivo con resultados del indicador de Actividad "Continuidad de Atención" con sus respectivas pautas de visita de supervisión en terreno, hasta el día 25 del mes siguiente al término del corte. Debe, a su vez, enviar copia de los archivos, al referente de IAAPS de la DIVAP
- Revisar corregir, según corresponda, en la misma base de datos, la información GES, enviándola a referente IAAPS de DIVAP, a más tardar el tercer día hábil del mes subsiguiente al corte (recordar que se han agregaron 3 columnas al final de los reportes).
- Revisar, y corregir si corresponde, pre-informe de evaluación de resultados IAAPS durante la última semana del mes siguiente de la fecha de corte. Emitir

la validación del informe consolidado final y definitivo a más tardar hasta las 12:00 AM del cuarto día hábil del mes subsiguiente a la fecha de corte.

El Director de Servicio debe informar, además, mediante Ordinario, a Subsecretaría de Redes Asistenciales, con copia a la División de Atención Primaria, que el proceso fue realizado conforme.

Tener presente que, no hay posibilidad de apelación posterior al término de los plazos establecidos, por lo que se pone énfasis y se recomienda a los Servicios de salud, una cuidadosa revisión de la información contenida en el pre informe y la evaluación consolidada y su eventual corrección con la entidad administradora, si corresponde.

Las evaluaciones deben generar orientaciones e indicaciones por parte de los Servicios de Salud a las entidades administradoras, destinadas a corregir los bajos desempeños, e informar de esta gestión a la División de Atención Primaria.

Igualmente, el Servicio de Salud debe liderar la búsqueda de soluciones conjuntas con el municipio cuando se trate de problemas estructurales cuya corrección quede fuera del alcance o capacidad resolutive comunal.

Para el caso de los establecimientos en convenio DFL N°36, el procedimiento de cálculo de reliquidación se encuentra definido en la Resolución Exenta N°198 del 25 de febrero de 2022, que aprueba "Programa de implementación del plan de salud familiar en establecimientos pertenecientes a entidades en convenio DFL N°36 de 1980".



PROCEDIMIENTO PARA CÁLCULO DE REBAJA PRODUCTO DE EVALUACIÓN DEL IAAPS

El Ministerio de Salud calculará la rebaja, para cada comuna, de acuerdo con el porcentaje de cumplimiento del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud - IAAPS, conforme a las siguientes tablas:

Rebaja según porcentaje de cumplimiento de Indicadores que distribuyen fracciones de peso relativo

Tramos	% de Cumplimiento	Rebaja
1	90 a 100	0%
2	80 a 89,99	4,0%
3	70 a 79,99	8,0%
4	Menor de 70	12,0%

Rebaja según porcentaje de cumplimiento para Garantías Explícitas en Salud.

Tramos	% de Cumplimiento	% Rebaja
1	100	0%
2	95 a 99,99	2,0%
3	90 a 94,99	4,0%
4	Menor de 90	8,0%

La rebaja total se calcula sumando las rebajas correspondientes respecto de los porcentajes de cumplimiento, según esquemas precedentes de Indicadores que distribuyen fracciones de peso relativo y de Garantías Explícitas en Salud.

El Subsecretario de Redes Asistenciales emitirá una resolución exenta indicando el monto del aporte estatal mensual para las entidades administradoras que vean rebajado su aporte como producto de los cálculos anteriores. El Gestor de Redes deberá notificar a cada alcalde su rebaja, los motivos de ésta, además de las correcciones que se espera implemente.

La rebaja total al aporte estatal mensual de la respectiva entidad administradora de salud municipal se aplicará por un mes, en el mes subsiguiente al cierre de corte que corresponda, como se indica en el siguiente cuadro:

Períodos de evaluación	Mes de Aplicación de la Rebaja
Enero a abril	Junio
Enero a Julio	Septiembre
Enero a Septiembre	Noviembre
Enero a Diciembre	No aplica

No obstante, lo anterior, y siempre que existan razones fundadas y debidamente respaldadas, el respectivo Servicio de Salud podrá solicitar al Ministerio de Salud no aplicar, total o parcialmente, la correspondiente rebaja del aporte estatal, por incumplimiento de las

metas fijadas para cada comuna, en el año 2022. El Ministerio de Salud analizará los antecedentes y resolverá la petición.



ANEXO 1. Garantías Explícitas en Salud

Nº	Problema de salud	Meta
07	Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: <ul style="list-style-type: none"> - Dentro de 45 días desde primera consulta con glicemia elevada. - Inicio dentro de 24 horas desde confirmación diagnóstica. 	100%
19	Tratamiento de IRA de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años: <ul style="list-style-type: none"> - Inicio de tratamiento farmacológico dentro de 24 horas desde el diagnóstico. 	100%
20	Diagnóstico y tratamiento de Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: <ul style="list-style-type: none"> - Confirmación Diagnóstica: dentro de 48 horas desde la sospecha. - Inicio de tratamiento farmacológico desde sospecha. - Inicio de tratamiento kinesiológico dentro de las 24 horas, desde indicación médica. 	100%
21	Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: <ul style="list-style-type: none"> - Confirmación diagnóstica: dentro de 45 días desde sospecha. - Inicio dentro de 24 horas desde confirmación diagnóstica. 	100%
22	Tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde 1 año y menores de 15 años: <ul style="list-style-type: none"> - Dentro de 7 días desde la confirmación diagnóstica. 	100%
23	Tratamiento de salud oral integral a niños y niñas de 6 años: <ul style="list-style-type: none"> - Inicio dentro de 90 días desde solicitud de atención de la persona beneficiaria o su representante. 	100%
29	Diagnóstico y tratamiento de Vicios de Refracción en personas de 65 años y más: <ul style="list-style-type: none"> - Entrega de Lentes: Presbicia, dentro de 30 días desde la solicitud. 	100%
34	Tratamiento de la Depresión en personas de 15 años y más: <ul style="list-style-type: none"> - Inicio desde confirmación diagnóstica. 	100%
38	Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio: <ul style="list-style-type: none"> - Confirmación diagnóstica: dentro de 30 días desde la sospecha. - Inicio: desde la confirmación diagnóstica, según indicación. 	100%
39	Diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada y grave en personas menores de 15 años: <ul style="list-style-type: none"> - Confirmación diagnóstica dentro de 20 días desde la sospecha. - Inicio desde la confirmación diagnóstica, según indicación. 	100%
41	Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada: <ul style="list-style-type: none"> - Inicio dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica. 	100%
46	Tratamiento de la Urgencia Odontológica Ambulatoria: <ul style="list-style-type: none"> - Inmediato desde la confirmación diagnóstica. 	100%

61	<p>Diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en personas de 15 y más años:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Confirmación diagnóstica dentro de 20 días desde la sospecha. - Inicio desde la confirmación diagnóstica, según indicación. 	100%
66	<p>Tratamiento Salud Oral integral de la embarazada:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inicio dentro de 21 días desde la solicitud de atención. 	100%
76	<p>Tratamiento de Hipotiroidismo en personas de 15 años y más:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dentro de 7 días desde la confirmación diagnóstica. 	100%
80	<p>Tratamiento de Erradicación del <i>Helicobacter Pílori</i>:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dentro de 7 días de la confirmación diagnóstica. 	100%
85	<p>Diagnóstico y Tratamiento de mediana complejidad de Enfermedad de Alzheimer y otras demencias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Confirmación diagnóstica dentro de 60 días desde la sospecha. - Inicio dentro de 60 días desde la confirmación diagnóstica 	100%



ANEXO 2. Formulario de visita de supervisión continuidad de la atención

En las siguientes páginas se encuentra el formato de formulario de visita de supervisión de continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos.



**FORMULARIO DE VISITA DE SUPERVISIÓN CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Y
DISPONIBILIDAD DE FÁRMACOS**

NOMBRE SERVICIO DE SALUD: _____

NOMBRE COMUNA: _____

NOMBRE ESTABLECIMIENTO: _____

NOMBRE DIRECTOR / RA: _____

FECHA VISITA _____ **HORA VISITA** _____ **HORA APERTURA:** _____

CONTINUIDAD DE ATENCION (extensión o apertura)

PRESTACIONES	PROGRAMACION			DISPONIBLE		
	Programado		Nº cupos programados	Si	No	N.º cupos según agenda
	Si	No				
Consulta Morbilidad médica*						
Controles de personas con condiciones o patologías Crónicas	Cardiovascular					
	Respiratorio					
	Otros					
Controles de Salud						
Examen de salud preventivos						
Control ginecológico preventivo						
Procedimientos						
Exámenes						
Odontología *						
Salud Mental						
Farmacia (Si / No) *						
PNAC (Si / No)						
Otros						

*obligatorios.

**RECURSOS HUMANOS EN CONTINUIDAD DE ATENCIÓN (MARQUE SI O NO)
(extensión o apertura)**

RRHH	Si	No
Medico*		
Odontólogo*		
Matrona		
Enfermera		
Nutricionista		
Kinesiólogo		
Psicólogo		

FORMULARIO DE VISITA DE SUPERVISIÓN CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Terapeuta ocupacional		
Asistente social		
Técnico paramédico o TENS *		
Educadora de párvulos		
Otro profesional		

*Obligatorios

EL CENTRO ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO¹ (MARQUE SI/NO) (extensión o apertura)

SI	NO

RESPONSABLE DE ENTREGAR INFORMACIÓN:

Nombre		Firma	
--------	--	-------	--

PROFESIONAL DEL SERVICIO DE SALUD QUE REALIZA VISITA DE SUPERVISIÓN:

Nombre		Firma	
--------	--	-------	--

¹ Se entenderá por "funcionamiento" aquellos centros que al momento de la visita otorgan al menos el 90% de las prestaciones programadas

**FORMULARIO DE VISITA DE SUPERVISIÓN CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Y
DISPONIBILIDAD DE FÁRMACOS**

NOMBRE SERVICIO DE SALUD: _____

NOMBRE COMUNA: _____

NOMBRE ESTABLECIMIENTO: _____

NOMBRE DIRECTOR / RA: _____

FECHA VISITA _____

HORA VISITA _____

EVALUACION DE FARMACOS TRAZADORES²

PROBLEMA DE SALUD	MEDICAMENTO	FORMA FARMACÉUTICA Y DOSIS	PROGRAMACIÓN MENSUAL	CANTIDAD DISPONIBLE	DISPONIBLE	
					SI	NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Losartán*	Comprimido 50mg				
	Atenolol*	Comprimido 50mg				
	Hidroclorotiazida*	Comprimido 50mg				
	Amlodipino*	Comprimido 10mg				
	Furosemida*	Comprimido 40mg				
DIABETES MELLITUS	Metformina*	Comprimido 850mg				
	Glibenclamida*	Comprimido 5mg				
	Insulina NPH	Suspensión inyectable				
DEPRESIÓN	Fluoxetina*	Comprimido 20mg				
	Sertralina*	Comprimido 50mg				
	Venlafaxina*	Comprimido 75mg				
DISLIPIDEMIA	Estatinas*	Comprimido 20mg				
ARTROSIS	Paracetamol*	Comprimido 500mg				
	Tramadol	Comprimido 50mg				

² Se deberá dejar copia en el establecimiento firmada por ambas partes involucradas en la visita

FORMULARIO DE VISITA DE SUPERVISIÓN CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

	Celecoxib	Comprimido 200mg				
EPILEPSIA	Ácido valproico	Comprimido 200mg				
	Carbamazepina	Comprimido 200mg				
ENFERMEDAD RESPIRATORIA EPOC, Asma, SBR	Fluticasona	Inhalador 125mcg/dosis				
	Prednisona	Jarabe 20mg/5ml				
	Amoxicilina / ac. clavulánico	Comprimido 500 mg/ 125 mg o comprimidos de 875mg / 125mg				
	Claritromicina	Comprimido 500 mg				
PARKINSON	Levodopa/ carbidopa	Comprimido 250mg/25mg				
	Quetiapina	Comprimido 25 mg				
HIPOTIROIDISMO	Levotiroxina	Comprimido 100mcg				

EL CENTRO CUENTA CON 100% DE DISPONIBILIDAD DE FÁRMACOS TRAZADORES³ (MARQUE SI/NO)

SI	NO

Atención permanente de botiquín/farmacia durante el horario de funcionamiento del Establecimiento

HORARIO DE ATENCIÓN DE BOTIQUÍN/FARMACIA

Desde		Hasta	
--------------	--	--------------	--

BOTIQUÍN/FARMACIA ESTABA FUNCIONANDO

SI	NO

³ Se entenderá por "fármaco trazador disponible", cuando se mantenga en bodega o unidad de farmacia del centro de salud el 15% del histórico de programación de fármacos o de la programación mensual de cada fármaco trazador, sobre la base de población bajo control corregida por frecuencia de uso de medicamento.

**FORMULARIO DE VISITA DE SUPERVISIÓN CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Y
DISPONIBILIDAD DE FÁRMACOS**

**PRESENCIA DE LETREROS QUE RESTRINJAN EL HORARIO DE ENTREGA DE
MEDICAMENTOS PARA PACIENTES, TANTO CRÓNICOS COMO DE MORBILIDAD**

SI	NO

RESPONSABLE DE ENTREGAR INFORMACIÓN:

Nombre		Firma	
--------	--	-------	--

PROFESIONAL DEL SERVICIO DE SALUD QUE REALIZA VISITA DE SUPERVISIÓN:

Nombre		Firma	
--------	--	-------	--

Fármacos trazadores considerados para evaluar cumplimiento del componente.

La medición del indicador, "Atención permanente de farmacias durante el horario de funcionamiento del Establecimiento", se incorpora en la pauta de supervisión del componente continuidad de atención del Índice de actividad de Atención primaria (IAAPS), siendo esta pauta el medio de verificación de cumplimiento de dicho indicador. En cada corte de evaluación todas las comunas tienen que ser visitadas y de cada comuna a lo menos en 1 establecimiento se debe aplicar la pauta de supervisión, considerando este indicador.

En particular, se medirá que la farmacia se encuentre en funcionamiento (dispensando medicamentos tanto para pacientes crónicos como morbilidad), en el horario de funcionamiento del Establecimiento respectivo, incluyendo la extensión horaria.

Además, se revisará que en las ventanillas de cada farmacia **no** existan letreros que restrinjan el horario de entrega de medicamentos para pacientes, tanto crónicos como de morbilidad.

ANEXO 3. Control de Salud Integral Adolescentes de 10 a 19 años

En las siguientes páginas se incorpora la FICHA CLAP, vigente.



FICHA SALUD INTEGRAL ADOLESCENTE (CLAP MODIFICADA)

NOMBRES
 APELLIDOS (paterno y materno)
 DOMICILIO (calle, número, comuna)

NOMBRE SOCIAL

Centro de Salud Código
 Control en establecimiento: educacional de salud
 Establecimiento educacional:
 H.C.N°

TEL FIJO domicilio
 CEL recados

FECHA DE NACIMIENTO RUN SEXO mujer hombre

BENEFICIARIO PROTECCIÓN SOCIAL no sí CORREO ELECTRÓNICO

CONSULTA PRINCIPAL N° FECHA EDAD años meses PAIS DE ORIGEN

ESTADO CIVIL casado conviviente soltero
 unión civil separado viudo
 PUEBLO INDIGENA no sí ¿Cuál?
 ACOMPAÑANTE solo madre padre ambos
 amigo pareja pariente otro

Motivo de consulta según adolescente:
 1. Motivo de consulta según acompañante:
 1.
 2. 2.
 3. 3.

Descripción motivo de consulta

ANTECEDENTES PERSONALES	PERINATALES NORMALES	ALERGIAS	VACUNAS COMPLETA	ENF. IMPORTANTES	DISCAPACIDAD	ACCIDENTE RELEVANTE
	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sé <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sé <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>
Observaciones	CIRUGIA/HOSPITALIZACIONES	USO MEDICAMENTOS	PROBLEMAS SALUD MENTAL	VIOLENCIA	JUDICIALES	OTROS
	no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES FAMILIARES	ENF. IMPORTANTES	OBESIDAD	PROBLEMAS SALUD MENTAL	VIOLENCIA INTRAFAMILIA	ALCOHOL Y OTRAS DROGAS	MADRE Y/O PADRE ADOLESCENTE	JUDICIALES	OTROS
	no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>
Observaciones								

FAMILIA	NIVEL INSTRUCCION	DIAGRAMA FAMILIAR
VIVE CON solo/a <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> en institución <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> con otros <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> especifique <input type="text"/>	ninguno básica media superior Madre o sustituta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Padre o sustituto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> OCUPACION Madre o sustituta <input type="text"/> Padre o sustituto <input type="text"/> Pareja <input type="text"/>	
COMPARTE CAMA no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> ¿Con quién? <input type="text"/>	PERCEPCIÓN DEL ADOLESCENTE SOBRE SU FAMILIA buena regular mala No hay relación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
VIVIENDA	Observaciones	Observaciones
condiciones sanitarias <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> hacinamiento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

EDUCACIÓN	ESTUDIA	GRADO O CURSO	AÑOS REPETIDOS	PROBLEMAS EN LA ESCUELA	VIOLENCIA ESCOLAR	DESERCIÓN/EXCLUSIÓN	PERCEPCIÓN DE RENDIMIENTO RESPECTO A LA MAYORÍA DE SUS COMPAÑEROS
	sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> NIVEL No escolarizado <input type="checkbox"/> básica <input type="checkbox"/> media <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Causa <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Causa <input type="text"/>
Observaciones							



TRABAJO	TRABAJA sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	TRABAJO sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	PEORES FORMAS sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	SERVICIO DOMESTICO NO REMUNERADO PELIGROSO sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	RAZON DE TRABAJO económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	LEGALIZADO sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	TIPO DE TRABAJO
	horas por semana	infantil <input type="checkbox"/> juvenil <input type="checkbox"/>					

Observaciones

VIDA SOCIAL	ACEPTACION aceptado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>	PAREJA sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> edad pareja años meses VIOLENCIA EN LA PAREJA sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	AMIGOS/AS sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD FISICA horas por semana TV horas por día	COMPUTADOR / CONSOLA Y OTROS horas por día OTRAS ACTIVIDADES sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿Cuáles?	GROOMING sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> CYBERBULLYNG sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Observaciones

HÁBITOS/ CONSUMO	SUEÑO NORMAL sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> horas por día	ALIMENTACIÓN ADECUADA sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> COMIDAS CON FAMILIA nº de comidas/ día	ALIMENTACIÓN ESPECIAL sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿Cuál?	TABACO sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> promedio cigarros/ día	ALCOHOL Y OTRAS DROGAS Consumo en último mes alcohol sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> marihuana sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> otra sustancia sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ¿Cuál? ¿Cuáles?	SEGURIDAD VIAL sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Observaciones

GINECO/ UROLOGICO	MENARCA / ESPERMARCA años meses	FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN día mes año no conoce <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	CICLOS REGULARES sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/s <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> DISMENORREA no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	FLUJO PATOLÓGICO VAGINAL/ SECRECIÓN PENEANA no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	ITS / VIH ¿Cuál? no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> tratamiento sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/s <input type="checkbox"/> tratamiento contactos sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	EMBARAZOS <input type="checkbox"/> HIJOS <input type="checkbox"/> ABORTOS <input type="checkbox"/>

Observaciones

SEXUALIDAD ORIENT.SEXUAL	INTENCIÓN O CONDUCTA SEXUAL postergadora <input type="checkbox"/> anticipadora <input type="checkbox"/> activa <input type="checkbox"/> edad de inicio	RELACIONES SEXUALES CON distinto sexo <input type="checkbox"/> mismo sexo <input type="checkbox"/> ambos sexos <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	PAREJA SEXUAL única ambos <input type="checkbox"/> varias <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	DIFICULTADES EN RELACIONES SEXUALES no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	ANTICONCEPCIÓN uso habitual condón siempre <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> uso MAC actual ¿Cuál? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> consejería uso MAC sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Doble protección sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> ACO de emergencia sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	VIOLENCIA SEXUAL sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> reparación sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

Observaciones

SITUACIÓN PSICO EMOCIONAL	IMAGEN CORPORAL conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con los demás <input type="checkbox"/>	VIDA CON PROYECTO claro <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/>	BIENESTAR EMOCIONAL normal <input type="checkbox"/> eufórico <input type="checkbox"/> deprimido/bajoneado <input type="checkbox"/> ansioso/angustiado <input type="checkbox"/> irritable <input type="checkbox"/> alta impulsividad <input type="checkbox"/> desesperanzado <input type="checkbox"/> autoagresiones <input type="checkbox"/> poco interés o placer <input type="checkbox"/>	RIESGO SUICIDA no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> suicidio amigo/a <input type="checkbox"/> o familiar cercano <input type="checkbox"/> ideación suicida <input type="checkbox"/> (último mes) intento suicida <input type="checkbox"/> (últimos 3 meses)	REFERENTE ADULTO padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> nombre teléfono

Observaciones

EXAMEN FÍSICO	PESO (Kg)	TALLA (cm) DE	PER. CINTURA (cm)	IMC DE	PRESION ARTERIAL	TANNER con foto <input type="checkbox"/>			
	ASPECTO GRAL. normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	AGUD. VISUAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	AGUD. AUDITIVA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	SALUD BUCAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TIROIDES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CARDIO PULMONAR normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	ABDOMEN normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	COLUMNA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	EXTREMIDADES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>

Observaciones

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL	DETECCION DE RIESGO Suicida <input type="checkbox"/> SSR <input type="checkbox"/> OH/drogas <input type="checkbox"/> Nutricional <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>
INDICACIONES E INTERCONSULTAS	

Nombre responsable/profesión/ firma _____ Fecha próxima visita _____

ANEXO 4. Resumen Indicadores

Número indicador	Indicador	Referente(s) DIVAP	Tipo Evaluación	Evalúa en corte N°1	Evalúa en corte N°2	Evalúa en corte N°3	Evalúa en corte N°4
1	Porcentaje de centros de salud autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente	Irma Vargas	Progresiva	NO	NO	SI	SI
2	Continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos	Pamela Muñoz / Javier Medel	Total	SI	SI	SI	SI
3	Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos por habitante año	Pamela Muñoz	Progresiva	SI	SI	SI	SI
4	Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivar a consulta médica de especialidad en el nivel secundario)	Pamela Muñoz / Damaris Meza	Total	SI	SI	SI	SI
5	Tasa de visita domiciliaria integral	Pamela Muñoz	Progresiva	SI	SI	SI	SI
6	Cobertura de Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más Examen de Medicina Preventiva (EMP)	Ricardo Molina (6.1) / Nathalie Silva (6.2)	Progresiva	SI	SI	SI	SI
7	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control	Dayann Martinez	Progresiva	SI	SI	SI	SI
8	Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 19 años	Pamela Meneses	Progresiva	SI	SI	SI	SI

9	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población de 0 a 19 años	Paulina Nuñez / Soledad Carrasco	Progresiva	SI	SI	SI	SI
10	Cobertura y tasa de controles de atención integral a personas con trastornos mentales, factores de riesgo y condicionantes de la salud mental	Milena Pereira	Progresiva	SI	SI	SI	SI
11	Cumplimiento de garantías explícitas en salud, cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria	Iris Cerda	Total	SI	SI	SI	SI
12	Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo validada definida para el año en curso	Nathalie Silva	Progresiva	NO	SI	SI	NO
13	Ingreso precoz a control de embarazo	Ana Ayala	Total	SI	SI	SI	SI
14	Cobertura de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad	Pamela Meneses / Juan Herrera	Progresiva	NO	SI	NO	SI
15	Cobertura efectiva de tratamiento en personas con DM2, de 15 y más años	Marcela Rivera	Total	NO	SI	NO	SI
16	Cobertura efectiva de tratamiento en personas con HTA, de 15 y más años	Marcela Rivera	Total	NO	SI	NO	SI
17	Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita	Paulina Nuñez / Soledad Carrasco	Progresiva	SI	SI	SI	SI
18	Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal	Xenia Benavides	Total	NO	SI	NO	SI



ANEXO 5. Medios de Verificación

Los siguientes medios de verificación fueron confeccionados en base a las versiones del REM

- [SA 21 v1.2](#)
- [SP 21 v1.0](#)

Porcentaje de centros de salud autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente

Numerador	Informe extraído a la fecha de corte desde la plataforma electrónica de registro instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario maisfamiliarcomunitario.cl/
Denominador	Listado de centros de salud comprometidos a autoevaluar ²²

Continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos

Brindar acceso a la atención de salud desde las 8:00, hasta las 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas	
Numerador	Formulario de visita de supervisión continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos
Denominador	Formulario de visita de supervisión continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos
Disponibilidad de fármacos trazadores	
Numerador	Formulario de visita de supervisión continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos
Denominador	Formulario de visita de supervisión continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos

²² Consolidado de las resoluciones que cada Servicio dicta sobre la fijación de las metas de las comunas de su competencia.

x

Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos por habitante año

Numerador	REM	A01. CONTROLES DE SALUD
	Sección	A: CONTROLES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
	Celdas	C12+ C14+ C16+ C18+ C20+ C22+ C24+ C26+C28+ C30+ C32
	Sección	B: CONTROLES DE SALUD SEGÚN CICLO VITAL
	Celda	C37
	Sección	C: CONTROLES SEGÚN PROBLEMA DE SALUD
	Celdas	C45+ C49+ C51+ C53+ C55+ C58+ C63
		(más)
	REM	A04. CONSULTAS Y OTRAS ATENCIONES EN LA RED
	Sección	A: CONSULTAS MÉDICAS
	Celdas	B12
		(más)
	REM	A06. PROGRAMA DE SALUD MENTAL ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDADES
	Sección	A.1: CONTROLES DE ATENCIÓN PRIMARIA / ESPECIALIDADES
	Celdas	C13
	(más)	
REM	A08. ATENCIÓN DE URGENCIA	
Sección	A.4: ATENCIONES DE URGENCIA REALIZADAS EN ESTABLECIMIENTOS ATENCIÓN PRIMARIA NO SAPU	
Celdas	B38	
	(más)	
REM	A23. SALAS: IRA, ERA Y MIXTAS EN APS	
Sección	D: CONSULTAS DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN SALAS IRA, ERA Y MIXTA	
Celdas	C62	
Sección	E: CONTROLES REALIZADOS (CRONICOS)	
Celdas	C67	
	(más)	
REM	A32. ACTIVIDADES DE SALUD PRIORIZADAS, CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA	
Sección	B: CONSULTA MÉDICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD POR LLAMADA TELEFÓNICA	
Celdas	B24	
Sección	E2: CONTROLES DE SALUD MENTAL REMOTOS (APS Y ESPECIALIDAD)	
Celdas	C113+ C125	
Denominador	Población Inscrita Validada FONASA	

Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivación al nivel secundario).

Numerador	REM	A01. CONTROLES DE SALUD
	Sección	A: CONTROLES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
	Celdas	C12+ C14+ C16+ C18+ C20+ C22+ C24+ C26+C28+ C30+ C32
	Sección	B: CONTROLES DE SALUD SEGÚN CICLO VITAL
	Celda	C37
	Sección	C: CONTROLES SEGÚN PROBLEMA DE SALUD
	Celdas	C45+ C49+ C51+ C53+ C55+ C58+ C63
		(más)
	REM	A04. CONSULTAS Y OTRAS ATENCIONES EN LA RED
	Sección	A: CONSULTAS MÉDICAS
	Celdas	B12
		(más)
	REM	A06. PROGRAMA DE SALUD MENTAL ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDADES
	Sección	A.1: CONTROLES DE ATENCIÓN PRIMARIA / ESPECIALIDADES
	Celdas	C13
		(más)
	REM	A08. ATENCIÓN DE URGENCIA
	Sección	A.4: ATENCIONES DE URGENCIA REALIZADAS EN ESTABLECIMIENTOS ATENCIÓN PRIMARIA NO SAPU
	Celdas	B38+
		(más)
	REM	A23. SALAS: IRA, ERA Y MIXTAS EN APS
	Sección	D: CONSULTAS DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN SALAS IRA, ERA Y MIXTA
	Celdas	C62
	Sección	E: CONTROLES REALIZADOS (CRONICOS)
	Celdas	C67
	(más)	
REM	A32. ACTIVIDADES DE SALUD PRIORIZADAS, CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA	
Sección	B: CONSULTA MÉDICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD POR LLAMADA TELEFÓNICA	
Celdas	B24	
Sección	E2: CONTROLES DE SALUD MENTAL REMOTOS (APS Y ESPECIALIDAD)	
Celdas	C113+ C125	
	(menos)	
REM	REM-07. ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES	
Sección	A: CONSULTAS MÉDICAS	
Celdas	AR71+AS71-(AR55+AR56+AR57+AS55+AS56+AS57)	

Denominador	REM	A01. CONTROLES DE SALUD
	Sección	A: CONTROLES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
	Celdas	C12+ C14+ C16+ C18+ C20+ C22+ C24+ C26+C28+ C30+ C32
	Sección	B: CONTROLES DE SALUD SEGÚN CICLO VITAL
	Celda	C37
	Sección	C: CONTROLES SEGÚN PROBLEMA DE SALUD
	Celdas	C45+ C51+ C53+ C55+ C58+ C63 (más)
	REM	A04. CONSULTAS Y OTRAS ATENCIONES EN LA RED
	Sección	A: CONSULTAS MÉDICAS
	Celdas	B12 (más)
	REM	A06. PROGRAMA DE SALUD MENTAL ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDADES
	Sección	A.1: CONTROLES DE ATENCIÓN PRIMARIA / ESPECIALIDADES
	Celdas	C13 (más)
	REM	A08. ATENCIÓN DE URGENCIA
	Sección	A.4: ATENCIONES DE URGENCIA REALIZADAS EN ESTABLECIMIENTOS ATENCIÓN PRIMARIA NO SAPU
	Celdas	B38 (más)
	REM	A23. SALAS: IRA, ERA Y MIXTAS EN APS
	Sección	D: CONSULTAS DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN SALAS IRA, ERA Y MIXTA
	Celdas	C62
	Sección	E: CONTROLES REALIZADOS (CRONICOS)
	Celdas	C67 (más)
	REM	A32. ACTIVIDADES DE SALUD PRIORIZADAS, CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA
	Sección	B: CONSULTA MÉDICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD POR LLAMADA TELEFÓNICA
Celdas	B24	
Sección	E2: CONTROLES DE SALUD MENTAL REMOTOS (APS Y ESPECIALIDAD)	
Celdas	C113+ C125	

Tasa de visita domiciliaria integral

Numerador	REM	A26. ACTIVIDADES EN DOMICILIO Y OTROS ESPACIOS
	Sección	A: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES A FAMILIAS (ESTABLECIMIENTOS APS)
	Celdas	C10+ C11+ C12+ C13+ C14+ C15+ C16+ C17+ C18+ C19+ C20+ C21+ C22+ C23+ C24+ C25+ C26+ C27+ C28+ C29+ C30+ C31+ C32+ C33+ C34+ C35+ C36
	Sección	B: OTRAS VISITAS INTEGRALES
	Celda	C46
Denominador	REM	A28. PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
	Sección	A.9: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES
	Celdas	B129

Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), en hombres y mujeres de 20 a 64 años

Numerador	REM	A02. EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN MAYORES DE 15 AÑOS
	Sección	B: EMP SEGUN RESULTADO DEL ESTADO NUTRICIONAL
	Celda	G21+ H21+ I21+ J21+ K21+ L21+ M21+ N21+ O21+ P21+ Q21+ R21+ S21+ T21+ U21+ V21+ W21+ X21
Denominador		Población Inscrita Validada FONASA
		(menos)
	REM	P4. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)
	Sección	A: PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)
	Celda	H12+ I12+ J12+ K12+ L12+ M12+ N12+ O12+ P12+ Q12+ R12+S12+ T12+ U12+ V12+ W12+ X12+Y12
		más
	REM	A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD
	Sección	H: INGRESOS AL PSCV
	Celda	H110+ I110+ J110+ K110+ L110+ M110+ N110+ O110+ P110+ Q110+ R110+S110+ T110+ U110+ V110+ W110+ X110+Y110
		(menos)
	REM	A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD
	Sección	I: EGRESOS DEL PSCV
	Celda	H120+ I120+ J120+ K120+ L120+ M120+ N120+ O120+ P120+ Q120+ R120+S120+ T120+ U120+ V120+ W120+ X120+Y120

		(menos)
	REM	P1. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER
	Sección	B: GESTANTES EN CONTROL CON RIESGO PSICOSOCIAL
	Celda	B39+ B40+ B41+ B42+ B43+ B44+ B45

Cobertura de Examen de Medicina Preventiva a personas de 65 años y más.

Numerador	REM	A02. EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN MAYORES DE 15 AÑOS
	Sección	B: EMP SEGUN RESULTADO DEL ESTADO NUTRICIONAL
	Celda	Y21+ Z21+ AA21+ AB21+ AC21+ AD21+ AE21+ AF21
Denominador	Población Inscrita Validada FONASA	

Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control

Numerador	REM	A03. APLICACIÓN Y RESULTADOS DE ESCALAS DE EVALUACIÓN
	Sección	A.2: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR
	Celda	J20+ K20+ L20+ M20+ J21+ K21+ L21+ M21+ J22+ K22+ L22+ M22+ J23+ K23+ L23+ M23
Denominador	REM	P2. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO
	Sección	A: POBLACIÓN EN CONTROL, SEGUN ESTADO NUTRICIONAL PARA NIÑOS MENOR DE UN MES-59 MESES
	Celda	V11+ W11+ X11+ Y11

Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 19 años

Numerador	REM	A01. CONTROLES DE SALUD
	Sección	D: CONTROL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES (incluidos en sección B)
	Celda	C75+ F75
	REM	A32. ACTIVIDADES DE SALUD PRIORIZADAS, CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA
	Sección	J: ATENCIÓN REMOTA ADOLESCENTE
	Celda	B175+ B176+ E175+ E176
Denominador	Población Inscrita Validada FONASA	

Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población de 0 a 19 años

Numerador	REM	A09. ATENCIÓN DE SALUD BUCAL EN LA RED ASISTENCIAL
	Sección	A: CONSULTAS Y CONTROLES ODONTOLÓGICOS REALIZADOS EN APS.
	Celda	G12+ H12+ I12+ J12+ K12+ L12+ M12+ N12+ O12+ P12+ Q12+ R12+ S12+ T12+ U12+ V12+ W12+ X12+ Y12+ Z12+ AA12+ AB12
Denominador	Población Inscrita Validada FONASA	

Cobertura de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales.

Numerador	REM	P6. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDAD
	Sección	A.1: POBLACIÓN EN CONTROL EN APS AL CORTE
	Celda	C13
	más ²³	
	REM	A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD
	Sección	N: INGRESOS AL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN APS /ESPECIALIDAD
	Celda	C177
	menos ²⁴	
	REM	A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD
Sección	O: EGRESOS DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL POR ALTAS CLÍNICAS EN APS /ESPECIALIDAD	
Celda	C223 + AN223 + AO223 + AP223	
Denominador	Población estimada según prevalencia referencial (Población inscrita validada FONASA de 0 y más años x 22%)	

Tasa de controles de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales.

Numerador	REM	A06. PROGRAMA DE SALUD MENTAL ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDADES
	Sección	A.1: CONTROLES DE ATENCIÓN PRIMARIA / ESPECIALIDADES
	Celda	C23+ C24
	Sección	A.2: CONSULTORÍAS DE SALUD MENTAL EN APS
	Celda	E33
más		

²³ No aplica para el 4° corte.

²⁴ No aplica para el 4° corte.

	REM	A19a. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD
	Sección	A.3: CONSEJERÍAS FAMILIARES
	Celda	C110+ C112
		más
	REM	A26. ACTIVIDADES EN DOMICILIO Y OTROS ESPACIOS
	Sección	A: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES A FAMILIAS (ESTABLECIMIENTOS APS)
	Celda	C30+ C31+ C32
		más
	REM	A32. ACTIVIDADES DE SALUD PRIORIZADAS, CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA
	Sección	E1: ACCIONES TELEFÓNICAS DE SALUD MENTAL (APS Y ESPECIALIDAD)
	Celda	B106+ B107+ B108
	Sección	E2: CONTROLES DE SALUD MENTAL REMOTOS (APS Y ESPECIALIDAD)
	Celda	C124+ C136
		más
	REM	A04. CONSULTAS Y OTRAS ATENCIONES EN LA RED
	Sección	A: CONSULTAS MÉDICAS
	Celda	B24
Denominador	REM	P6. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDAD
	Sección	A.1: POBLACIÓN EN CONTROL EN APS AL CORTE
	Celda	C13
		más ²⁵
	REM	A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD
	Sección	N: INGRESOS AL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN APS /ESPECIALIDAD
Celda	C177	
		menos ²⁶
	REM	A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD
	Sección	O: EGRESOS DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL POR ALTAS CLÍNICAS EN APS /ESPECIALIDAD
	Celda	C223 + AN223 + AO223 + AP223

Cumplimiento de garantías explícitas en salud, cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria

Numerador	Informe extraído a la fecha de corte desde el Sistema de Gestión de Garantías Explícitas de Salud SIGGES
Denominador	Informe extraído a la fecha de corte desde el Sistema de Gestión de Garantías Explícitas de Salud SIGGES

²⁵ No aplica para el 4° corte.

²⁶ No aplica para el 4° corte.

Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo validada definida para el año en curso

Numerador	Informe extraído a la fecha de corte desde el Registro Nacional de Inmunización (RNI)
Denominador	Población Inscrita Validada Objetivo

Ingreso precoz a control de embarazo

Numerador	REM	A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD
	Sección	A: INGRESOS DE GESTANTES A PROGRAMA PRENATAL
	Celda	C13
Denominador	REM	A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD
	Sección	A: INGRESOS DE GESTANTES A PROGRAMA PRENATAL
	Celda	C11

Cobertura de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad

Numerador	REM	P1. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER
	Sección	A: POBLACIÓN EN CONTROL SEGÚN MÉTODO DE REGULACIÓN DE FERTILIDAD Y SALUD SEXUAL
	Celda	E11+E12+E13+E14+E15+E16+E17+E18+E19+E20+E21+E22
Denominador	Población Inscrita Validada FONASA	

Cobertura efectiva de tratamiento en personas con DM2, de 15 y más años

Numerador	REM	P4. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)
	Sección	B: METAS DE COMPENSACIÓN
	Celda	C35+ C36
Denominador	Prevalencia de DM2 según edad en ENS 2016-2017 en Población Inscrita Validada FONASA	

Cobertura efectiva de tratamiento en personas con HTA, de 15 y más años

Numerador	REM	P4. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)
	Sección	B: METAS DE COMPENSACIÓN
	Celda	C33+ C34
Denominador	Prevalencia de HTA según edad en ENS 2016-2017 en Población Inscrita Validada FONASA	

Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita

Numerador	REM	A09. ATENCIÓN DE SALUD BUCAL EN LA RED ASISTENCIAL
	Sección	C: INGRESOS Y EGRESOS EN APS
	Celda	G48+ H48+ I48+ J48+ K48+ L48
Denominador	Población Inscrita Validada FONASA	

Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal

Numerador	REM	P2. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO
	Sección	A: POBLACIÓN EN CONTROL, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL PARA NIÑOS MENOR DE UN MES-59 MESES
	Celda	C35+
	Sección	A.1: POBLACIÓN EN CONTROL, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL PARA NIÑOS DE 60 MESES-9 AÑOS 11 MESES
	Celda	F68+ G68
Denominador	Población Inscrita Validada FONASA	

ANEXO 6. Población inscrita validada 2022

Mediante Oficio ordinario N°18154 del 17 de noviembre de 2021, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) informó los resultados del proceso de certificación de la población inscrita de atención primaria de salud para el año 2022, con la cual se deben calcular las metas correspondientes en la presente Orientación Técnica.