

ORIENTACIONES TÉCNICAS
ÍNDICE DE ACTIVIDAD
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

IAAPS 2023

versión N°1, marzo 2023.

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 Impacto	8
Criterios de selección de indicadores definidos	9
Sobre medios de verificación fuente REM	9
Detalle de indicadores por sección	10
Sección de estrategia de redes integradas de servicios de salud (RISS)	10
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	10
Meta N°2. Continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos	11
Metodología de evaluación	12
Registro	12
Indicador 2.1: 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	13
Indicador 2.1: Disponibilidad de fármacos trazadores	14
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)	18
Meta N°5. Tasa de visita domiciliaria integral	20
Meta N°6. Cobertura de Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más Examen de Medicina Preventiva (EMP)	22
Indicador 6.1: Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), en hombres y mujeres de 20 a 64 años	22
Indicador 6.2 Cobertura de Examen de Medicina Preventiva a personas de 65 años y más.	24

Meta N°7. Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control.....	27
Meta N°8. Cobertura de Control de Salud Integral a adolescentes de 10 a 19 años	30
Meta N°9. Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población de 0 a 19 años.....	34
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.	36
Indicador 10.1: Cobertura de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales	37
Indicador: 10.2: Tasa de controles de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales	39
Meta N°11. Cumplimiento de garantías explícitas en salud, cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria	42
Meta N°12. Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo-validada definida para el año en curso.	46
Meta N°13. Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo	49
Meta N°14. Cobertura de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad.....	51
Meta N°15. Cobertura de Diabetes Mellitus 2, en personas de 15 años y más	54
Meta N°16. Cobertura de Hipertensión arterial en personas de 15 y más años	56
Sección de Impacto.	59
Meta N°17. Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita.....	59
Meta N°18. Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal.	61
Procedimiento para evaluación del IAAPS.....	64
Procedimiento de verificación de la evaluación de cumplimiento	64
Procedimiento para valorar cumplimiento de metas por corte.....	64
Cumplimiento total.....	64
Cumplimiento progresivo	64
Excepciones en evaluación de metas.....	65
Reponderación de importancia relativa	65
Indicadores con numerador y denominador cero en un corte determinado	66
Procedimiento de cálculo de porcentaje de cumplimiento de IAAPS.....	67
Etapas del proceso de evaluación por cortes.	68
Procedimiento para cálculo de rebaja producto de evaluación del IAAPS	70

ANEXO 1.....	I
Garantías Explícitas en Salud	I
ANEXO 2	III
Formulario de visita de supervisión continuidad de la atención	III
ANEXO 3.....	IV
Control de Salud Integral Adolescentes de 10 a 19 años.....	IV
ANEXO 4.....	V
Resumen Indicadores	V
ANEXO 5.....	VII
Medios de Verificación	VII
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	VIII
Meta N°2. Continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos.....	IX
Indicador 2.1: 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	IX
Indicador 2.1: Disponibilidad de fármacos trazadores	IX
Meta N°3. Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos por habitante año X	
Meta N°4. Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivar a consulta médica de especialidad en el nivel secundario)	XII
Meta N°5. Tasa de visita domiciliaria integral	XV
Meta N°6. Cobertura de Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más Examen de Medicina Preventiva (EMP).....	XVI
Indicador 6.1: Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), en hombres y mujeres de 20 a 64 años	XVI
Indicador 6.2 Cobertura de Examen de Medicina Preventiva a personas de 65 años y más	XVII
Meta N°7. Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control.....	XVIII
Meta N°8. Cobertura de control de Salud Integral a adolescentes de 10 años a 19 años	XIX
Meta N°9. Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población de 0 a 19 años.....	XX
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.	XXI

Indicador 10.1: Cobertura de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales	XXI
Indicador: 10.2: Tasa de controles de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales	XXII
Meta N°11. Cumplimiento de garantías explícitas en salud, cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria	XXIV
Meta N°12. Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo validada definida para el año en curso.	XXV
Meta N°13. Ingreso precoz a control de embarazo	XXVI
Meta N°14. Cobertura de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad.....	XXVII
Meta N°15. Cobertura de Diabetes Mellitus 2, en personas de 15 años y más	XXVIII
Meta N°16. Cobertura de Hipertensión arterial en personas de 15 y más años	XXIX
Meta N°17. Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita.....	XXX
Meta N°18. Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal	XXXI
ANEXO 6.	XXXII
Población inscrita validada 2023.....	XXXII
ANEXO 7.	XXXIII
Denominadores 2023.....	XXXIII

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 comuna¹, 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 afecto número 54 de fecha 27 de diciembre de 2022**²

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 multidisciplinares 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

¹ La Población Inscrita Validada de cada año, es determinada de acuerdo con lo establecido por la norma técnica 185, aprobada por la resolución exenta N°45 del 29 de enero de 2016, y que para el 2023 fue informada por Fonasa a través del memorándum N°19673/2022 del 25 de noviembre de 2022

² Decreto en trámite



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.

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 Salud (RISS)³

³ 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

Para el año 2023, 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 construidos 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.



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 N°2 del decreto afecto número 54 de fecha 27 de diciembre de 2022 “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 N°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 **21 de abril de 2023**.

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 27 de marzo de 2023**, se determine desde el Ministerio de Salud.

Esta información deberá ser remitida a DIVAP antes del **4 de abril de 2023**, por correo electrónico a **Nicolás Ramírez Figueroa**, referente IAAPS de la División de Atención Primaria, email nicolas.ramirez@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.

A más tardar, **el 14 de abril de 2023**, 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.



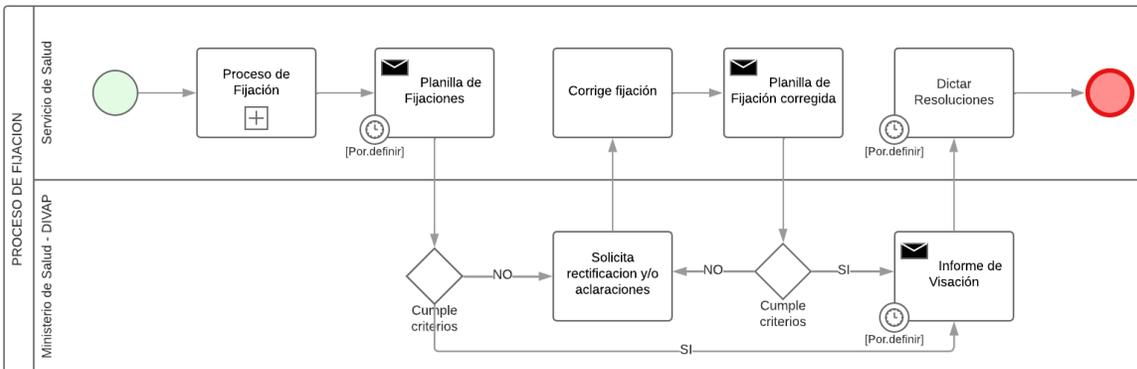


Imagen 2. Proceso de fijación e información de metas IAAPS 2023

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 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”.

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°	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.	$\frac{\text{(N° de centros de salud de la comuna autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitario (MAIS) vigente)}}{\text{N° de establecimientos de salud de la comuna comprometidos para el 2023}} \times 100.$	Cumplir con el 100% de autoevaluación vigente en los centros comprometidos en la programación para el año 2023	4%
2	Ámbito RISS Organización y Gestión: continuidad de la Atención.	$\frac{\text{(N° establecimientos funcionando de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas)}}{\text{N° total de establecimientos visitados}} \times 100.$	100%	4%
		$\frac{\text{(N° de fármacos trazadores disponibles)}}{\text{N° total de fármacos trazadores}} \times 100$	100%	4%
Subtotal Indicadores Estrategia RISS				12%

Sección de Producción

N°	Indicador	Fórmula	Meta nacional	Importancia relativa
3	Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año	$\frac{\text{N° de consultas de morbilidad y controles realizados por profesional médico}}{\text{Población inscrita validada}}$	1,2	6%
4	Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivación al nivel secundario).	$\frac{\text{(N° de controles y consultas médicas realizadas en APS - N° SIC de Controles y Consultas Médicas generadas en APS)}}{\text{N° total de controles y consultas médicas realizadas en APS}} \times 100$	>= 90%	5%



N°	Indicador	Fórmula	Meta nacional	Importancia relativa
5	Tasa de Visita domiciliaria Integral	$\frac{\text{N° de visitas domiciliarias integrales realizadas}}{\text{N° de familias (población inscrita validada / 3,3)}}$	0,22	5%
6	Cobertura Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más.	$\frac{\text{N° de Examen de Medicina Preventiva realizados a hombres y mujeres de 20 a 64 años}}{\text{(Total de la población de hombres y mujeres de 20 a 64 años inscrita validada - Población hombres y mujeres 20-64 años bajo control en programa Cardiovascular - Población embarazadas 20-54 años en control)}} * 100$	25%	6%
		$\frac{\text{(N° de Examen de Medicina Preventiva realizados a hombres y mujeres de 65 y más años}}{\text{Total de la población de hombres y mujeres de 65 y más años inscrita validada)}} * 100$	55%	6%
7	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control	$\frac{\text{(Niños y niñas de 12 a 23 meses con evaluación del desarrollo psicomotor}}{\text{N° total de niños y niñas entre 12 a 23 meses bajo control)}} * 100$	95%	5%
8	Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 19 años	$\frac{\text{(N° de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años}}{\text{Población adolescente de 10 a 19 años inscrita validada en el establecimiento de salud)}} * 100$	20%	6%
9	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población de 0 a 19 años	$\frac{\text{(N° consultas de morbilidad odontológicas en población de 0 a 19 años}}{\text{Población inscrita validada de 0 a 19 años)}} * 100$	23%	5%
10	Cobertura y tasa de controles de atención Integral a personas con trastornos mentales, factores de riesgo y condicionantes de la salud mental	<p>Cobertura (10.1)</p> $\frac{\text{(N° de personas con trastornos mentales y condicionantes de la salud mental bajo control de 0 y más años}}{\text{Número de personas con trastornos mentales y condicionantes de la salud mental de 0 y más años esperados según prevalencia)}} * 100$	Ponderación: 90%	17%
		<p>Tasa (10.2)</p> $\frac{\text{N° de controles de Salud Mental realizados en personas de 0 y más años}}{\text{N° de personas bajo control en el programa de salud mental de 0 y más años.}}$	Ponderación: 10%	5
11	Cumplimiento de garantías explícitas en salud cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria	$\frac{\text{(N° de casos GES en atención primaria con garantía atendida}}{\text{N° total de casos GES en APS)}} * 100$	100%	Indicador crítico, se evalúa por separado en la forma que se indica



N°	Indicador	Fórmula	Meta nacional	Importancia relativa
12	Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo definida para el año en curso	$\frac{\text{(N° de personas pertenecientes a grupos objetivos de población definidos, vacunados con anti-influenza)}}{\text{Total de población inscrita de los grupos objetivos}} * 100$	80%	5%
13	Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo	$\frac{\text{(N° de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control)}}{\text{Total de mujeres embarazadas ingresadas a control}} * 100$	90%	6%
14	Porcentaje de adolescentes inscritos de 15 a 19 años bajo control de regulación de fertilidad	$\frac{\text{(N° de adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad)}}{\text{Total adolescentes de 15 a 19 años inscritos}} * 100$	25%	6%
15	Cobertura de Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 años y más	$\frac{\text{(N° de personas de 15 y más años con Diabetes Mellitus 2 bajo control)}}{\text{N° de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 y más años, esperados según prevalencia}} * 100$	55%	6%
16	Cobertura de Hipertensión Arterial en personas de 15 años y más	$\frac{\text{(N° de personas de 15 y más años con hipertensión arterial bajo control)}}{\text{N° de personas con hipertensión arterial de 15 y más años, esperados según prevalencia}} * 100$	58%	6%
Subtotal Indicadores Producción				79%

Sección de Impacto

N°	Indicador	Fórmula	Meta nacional	Importancia relativa
17	Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita.	$\frac{\text{(N° de niños y niñas menores de 3 años con registro CEOD = 0)}}{\text{N° de niñas y niños menores de 3 años inscritos validados}} * 100$	60%	5%
18	Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal	$\frac{\text{(N° de niños y niñas menores de 6 años con estado nutricional normal)}}{\text{N° de niñas y niños menores de 6 años inscritos validados}} * 100$	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
$\left(\frac{\text{Número de centros de salud autoevaluados}}{\text{Número de centros de salud comprometidos a autoevaluar}} \right) \times 100$
Meta nacional
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
Cortes en que se evalúa
<p><i>Primer corte: No se evalúa</i> <i>Segundo corte: No se evalúa</i> Tercer corte: Si se evalúa Cuarto corte: Si se evalúa</p>
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.
Referente técnico
Referente: Irma Vargas Palavicino Correo electrónico: 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**, 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.

En relación con adolescentes, se sugiere considerar la realización de: control de salud integral, consejerías en salud sexual, ingreso y control de regulación de fertilidad, consulta de salud mental, entre otras, las que pueden ser realizadas por otros profesionales del equipo de salud del establecimiento, en horarios que no coincidan con la jornada escolar y en espacios adecuados que aseguren la privacidad de la atención.

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" 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 la pauta adjunta en la presente orientación técnica "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 llegase a existir un **estado de excepción constitucional de catástrofe** en alguna zona geográfica del país, la cual 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 este estado de excepción constitucional, **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**.

Los Servicios de Salud cuentan con plazo los días **26 de mayo, 25 de agosto, 27 de octubre de 2023**, para efectos del primer, segundo y tercer corte respectivamente, y hasta el **26 de enero de 2024**, para el cuarto corte a diciembre de 2023, para enviar el archivo (planilla de cálculo⁴) 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**

⁴ Que estará oportunamente disponible para su descarga en los medios que la División de Atención Primaria del Ministerio informará.



(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 al 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 2: **Formulario de visita de supervisión continuidad de la atención**. 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 2.1: 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

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
$\left(\frac{\text{N}^{\circ} \text{ establecimientos funcionando de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas}}{\text{N}^{\circ} \text{ total de establecimientos visitados}} \right) \times 100$
Meta nacional
100%



Medio de verificación
<ul style="list-style-type: none"> Informe emitido por el Servicio de Salud⁵ Anexo N°2: Formulario de visita de supervisión Continuidad de la Atención
Cortes en que se evalúa
Primer corte: Sí se evalúa Segundo corte: Sí se evalúa Tercer corte: Sí se evalúa Cuarto corte: Sí se evalúa
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
Referente: Ricardo Molina Arteaga Correo electrónico: ricardo.molina@minsal.cl

Indicador 2.1: Disponibilidad de fármacos trazadores

Indicador
Disponibilidad de fármacos trazadores
Fórmula de cálculo
$\left(\frac{\text{Número de fármacos trazadores disponibles}}{\text{Número total de fármacos trazadores}} \right) \times 100$
Meta nacional
100%
Medio de verificación
<ul style="list-style-type: none"> Informe emitido por el Servicio de Salud⁶ Anexo N°2: Formulario de visita de supervisión Continuidad de la Atención
Cortes en que se evalúa
Primer corte: Sí se evalúa Segundo corte: Sí se evalúa Tercer corte: Sí se evalúa Cuarto corte: Sí se evalúa

⁵ 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

⁶ 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



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

Referente: **Daniela Cortés Vidal**
Correo electrónico: daniela.cortes@minsal.cl



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
$\left(\frac{\text{Número de consultas de morbilidad y controles realizadas por médicos}}{\text{Población Inscrita Validada}} \right)$
Meta nacional
1,2
Medio de verificación
<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM 01 Serie A <ul style="list-style-type: none"> - Sección A, - Sección B y - Sección C • REM 04 Serie A <ul style="list-style-type: none"> - Sección A • REM 06 Serie A <ul style="list-style-type: none"> - Sección A.1 • REM A07 Serie A <ul style="list-style-type: none"> - Sección A.1 • REM 08 Serie A <ul style="list-style-type: none"> - Sección A.4 • REM 23 Serie A <ul style="list-style-type: none"> - Sección D y - Sección E • REM 32 Serie A <ul style="list-style-type: none"> - Sección C y - Sección F.2 <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población Inscrita Validada 2023



Cortes en que se evalúa

Primer corte: **Sí se evalúa**
Segundo corte: **Sí se evalúa**
Tercer corte: **Sí se evalúa**
Cuarto corte: **Sí se evalúa**

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

Referente: **María de los Angeles Bravo Beristain**
Correo electrónico: mariadelosangeles.bravo@minsal.cl



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
$\left(\frac{\text{Número de consultas de morbilidad y controles realizadas en APS} - \text{N° SIC de Control y Consulta Médica generadas en APS}}{\text{Número total de controles y consultas médicas realizadas en APS}} \right) \times 100$
Meta nacional
>=90%
Medio de verificación
<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM 01 Serie A <ul style="list-style-type: none"> - Sección A, - Sección B y - Sección C • REM 04 Serie A <ul style="list-style-type: none"> - Sección A • REM 06 Serie A <ul style="list-style-type: none"> - Sección A.1 • REM 08 Serie A <ul style="list-style-type: none"> - Sección A.4 • REM 23 Serie A <ul style="list-style-type: none"> - Sección D y - Sección E • REM 32 Serie A <ul style="list-style-type: none"> - Sección C y - Sección F.2 • REM 07 Serie A <ul style="list-style-type: none"> - Sección A.1 <p>Denominador</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM 01 Serie A <ul style="list-style-type: none"> - Sección A, - Sección B y - Sección C • REM 04 Serie A <ul style="list-style-type: none"> - Sección A • REM 06 Serie A <ul style="list-style-type: none"> - Sección A.1



- **REM A07 Serie A**
 - Sección A.1
- **REM 08 Serie A**
 - Sección A.4
- **REM 23 Serie A**
 - Sección D y
 - Sección E
- **REM 32 Serie A**
 - Sección C y
 - Sección F.2

Cortes en que se evalúa

Primer corte: **Sí se evalúa**
Segundo corte: **Sí se evalúa**
Tercer corte: **Sí se evalúa**
Cuarto corte: **Sí se evalúa**

Observaciones

Lo esperado es que la resolución en APS de consultas y controles médicos sea igual o superior a 90%.
En el numerador se incluye número de: consultas de morbilidad, todos los controles de salud realizados por médicos y la consulta de urgencia no SAPU, SUR, SAR ni SUC.

Considerando que las SIC ginecoobstetras pueden ser generadas también por el estamento de matronas(es) se excluyen del minuendo en el numerador las interconsultas de las siguientes especialidades

- Obstetricia,
- Ginecología pediátrica y adolescentes y
- Ginecología

Referente técnico

Referente: **Carolina Lara Díaz**
Correo electrónico: carolina.lara@minsal.cl



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 A33, 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
$\left(\frac{\text{Número visitas domiciliarias integrales realizadas}}{\text{Número de familias}^7} \right)$
Meta nacional
0,22

⁷ Se considera como número de familias a la (Población inscrita validada / 3,3).





Medio de verificación

Numerador:

- **REM A26**
 - Sección A,
 - Sección A1
- **REM A33**
 - Sección A.2

Denominador:

- **Población Inscrita validada FONASA**

Cortes en que se evalúa

Primer corte: **Sí se evalúa**

Segundo corte: **Sí se evalúa**

Tercer corte: **Sí se evalúa**

Cuarto corte: **Sí se evalúa**

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 VISITA, SEGUNDA VISITA y TERCERA O MÁS VISITAS DE SEGUIMIENTO;

REM A26 sección A.1:

Considerar las VDI realizadas en domicilio a **FAMILIA CON INTEGRANTE CON DEPENDENCIA SEVERA (excluye adulto mayor)** y **FAMILIA CON ADULTO MAYOR DEPENDIENTE SEVERO**, tanto en la **Primera Visita, Segunda Visita y Tercera o más Visitas de Seguimiento.**

REM A33 sección A.2:

Visita Domiciliaria Integral (Elaboración o Evaluación Plan)

Referente técnico

Referente: **Ricardo Molina Arteaga**

Correo electrónico: **ricardo.molina@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 contrario, se considerará la (Población Inscrita Validada/3,3)⁸.

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.

⁸ El instrumento a través del cual se debe informar el número de familias identificadas por el centro de salud estará disponible junto con la planilla de fijación de las metas 2023.



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 morbimortalidad 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
$\left(\frac{\text{Número de EMP realizado en población de hombres y mujeres de 20 a 64 años}}{\text{Población de hombres y mujeres de 20 a 64 años inscrita validada} - \text{Población de hombres y mujeres de 20 a 64 años bajo control en PSCV} - \text{Población embarazada 20 a 54 años en control}} \right) \times 100$
Meta nacional
25%



Medio de verificación

Numerador:

- REM A02
 - Sección B

Denominador:

- Población inscrita validada de 20 a 64 años FONASA
- REM P04
 - Sección A
- REM A05
 - Sección H,
 - Sección I
- REM P01
 - Sección B

Cortes en que se evalúa

Primer corte: **Sí se evalúa**

Segundo corte: **Sí se evalúa**

Tercer corte: **Sí se evalúa**

Cuarto corte: **Sí se evalúa**

Observaciones

Primer corte

En el denominador se debe **restar de la población inscrita validada** la población de hombres y mujeres de 20 a 64 años en **control en PSCV de diciembre 2022, 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 2023, menos la población de embarazadas de 20 a 54 años al **mes de diciembre 2022**.

Segundo corte

En el denominador se debe **restar de la población inscrita validada** la **población en control en el PSCV a junio 2023, 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 2023, **menos la población de embarazadas** de 20 a 54 años al **mes de junio 2023**.

Tercer corte

En el denominador se debe **restar de la población inscrita validada** la **población en control en el PSCV a junio 2023, 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 2023, menos la población de embarazadas** de 20 a 54 años al **mes de junio 2023**.

Cuarto corte

En el denominador se debe **restar de la población inscrita validada** la **población en control en el PSCV a diciembre 2023** y la **población de embarazadas** de 20 a 54 años **a diciembre 2023**.

Referente técnico

Referente: **Ricardo Molina Arteaga**

Correo electrónico: **ricardo.molina@minsal.cl**

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 del denominador 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 contabilizados en el numerador 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 papanicolau.

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 examen⁹. 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.

Indicador
Cobertura de Examen de Medicina Preventiva del Adulto de 65 años y más
Fórmula de cálculo
$\left(\frac{\text{Número de adultos de 65 y más años con Examen de Medicina Preventiva}}{\text{Población inscrita validada de 65 años y más}} \right) \times 100$
Meta nacional
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 validada de 65 años y más
Cortes en que se evalúa
<p>Primer corte: Sí se evalúa Segundo corte: Sí se evalúa Tercer corte: Sí se evalúa Cuarto corte: Sí se evalúa</p>
Observaciones
Sin Observaciones
Referente técnico
<p>Referente: Nanet Gonzalez Correo electrónico: nanet.gonzalez@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

⁹ Ministerio de Salud 2014. Orientación técnica para la atención de salud de las personas mayores en Atención Primaria



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.

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 Primaria¹⁰:

- Mediciones
- Antecedentes
- Evaluación de funcionalidad
- Riesgo de caídas
- Identificación de redes sociales de apoyo de las personas mayores
- Sospecha de maltrato
- Exámenes
- Adicciones
- Plan de atención y seguimiento

¹⁰ Ibid.



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 familia.
- **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 desarrollo psicomotor en el grupo etario de los 12 a 23 meses de edad, llega a un **88,95% según el último corte a diciembre de 2022.**



Indicador
Cobertura de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de niños(as) de 12 a 23 meses bajo control
Fórmula de cálculo
$\left(\frac{\text{Número de niños y niñas de 12 a 23 meses con Evaluación de Desarrollo Psicomotor}}{\text{Número de niños y niñas 12 a 23 meses bajo control}} \right) \times 100$
Meta nacional
95%
Medio de verificación
<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM A03 - Sección A.2 <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM P02 - Sección A
Cortes en que se evalúa
<p>Primer corte: Sí se evalúa Segundo corte: Sí se evalúa Tercer corte: Sí se evalúa Cuarto corte: Sí se evalúa</p>
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 cada corte se utilizará la población en control de niños(as) 12 a 23 meses vigente al momento del corte. Lo anterior significa que la PBC a utilizar en cada corte es la siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primer corte: Población a diciembre de 2022 • Segundo corte: Población a junio de 2023 • Tercer corte: Población a junio de 2023 • Cuarto corte: Población a diciembre de 2023
Referente técnico
<p>Referente: Lorena Vera Correo electrónico: lorena.vera@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

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el período entre los 10 y los 19 años de edad, constituida por la adolescencia temprana (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y tardía (17 a 19 años), presentando cada una características propias del desarrollo bio psicosocial y de un proceso de conformación de una identidad propia para alcanzar la autonomía, elementos importantes de considerar durante la realización del Control de Salud Integral de Adolescentes. Es por ello, que se amplía el rango etario del Control de Salud Integral de Adolescentes, abarcando a la población de 10 a 19 años, a fin de impactar positivamente en la salud de este grupo, considerando además que la inversión en acciones sanitarias, que promuevan el desarrollo en la adolescencia (como también en la primera infancia), son costo-efectivas para los Estados.

Es importante también, mencionar la recientemente promulgada (marzo 2022) Ley N°21.430 sobre Garantías y Protección Integral de los Derechos de la Niñez y Adolescencia, que señala en relación con el derecho a la salud y a los servicios de salud, en su Art. 38 lo siguiente:

“El Estado debe garantizar progresivamente a todos los niños, niñas y adolescentes acceso universal e igualitario a planes, programas y servicios de prevención, promoción, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud. Asimismo, debe asegurarles acceso a servicios médicos y odontológicos periódicos y a servicios de salud mental, adoptando todas las medidas necesarias para su plena efectividad, sea en el sistema público o en el sistema privado de salud.

Respondiendo a lo anterior, 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.

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
$\left(\frac{\text{Número de controles de Salud Integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años}}{\text{Total población adolescente de 10 a 19 años inscrita validada}} \right) \times 100$
Meta nacional
20%
Medio de verificación
Numerador:
<ul style="list-style-type: none"> • REM A01 <ul style="list-style-type: none"> - Sección D • REM A32 <ul style="list-style-type: none"> - Sección J (Para Control remoto, solo en situación de emergencia sanitaria)
Denominador:
<ul style="list-style-type: none"> • Población inscrita validada de 10 a 19 años





Cortes en que se evalúa
Primer corte: Sí se evalúa Segundo corte: Sí se evalúa Tercer corte: Sí se evalúa Cuarto corte: Sí se evalúa
Observaciones
En caso de realizarse alguna intervención motivacional registrar en Rem A27 sección G. La realización de la consejería se registra en REM 19 Sección A1
Referente técnico
Referente: Pamela Meneses Cordero Correo electrónico: pameneses@minsal.cl

Acciones mínimas a realizar durante el Control de Salud Integral.

- Preparación de ambiente terapéutico y adecuado a las acciones para la atención de adolescentes, considerando la pertinencia cultural y territorial.
- Desarrollar el inicio de una relación vincular “profesional-adolescente” y/o “profesional-adolescente-familiar y/o figura significativa”¹¹.
- 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 actualizada.
- Examen físico completo y evaluación de parámetros, según las orientaciones técnicas vigentes.
- 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.
- Formular 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 identificados¹².

¹¹ 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.

¹² 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.



- 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 (incorporado en instrumento Ficha CLAP), 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 de prevención consumo de alcohol y drogas. Asimismo, tras la obtención del adolescente, de puntaje de alto riesgo, se debe realizar 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.

Para el desarrollo del Control de Salud Integral, se recomienda que primero ingrese el o la adolescente con su acompañante, para observar cómo interactúan, conocer las creencias, acuerdos y desacuerdos, alianzas, jerarquías, entre otros aspectos durante la entrevista.

Cuando se consulte por aspectos más íntimos (por ejemplo: consumo de tabaco, uso de drogas, percepción de la calidad de la relación familiar, vínculos, violencia, salud mental, sexualidad, entre otros), se debe ofrecer un espacio a solas con él o la adolescente.

Los y las adolescentes pueden presentarse acompañados/as al Control, pero también solos/as. En caso que requieran alguna acción diagnóstica, como un examen o tratamiento, se deberá informar al tutor legal, con posterioridad y resguardando la confidencialidad, y no limitará en ningún caso la accesibilidad a los mismos, puesto que hacerlo representa una acción discriminadora y arbitraria que no reconoce el interés superior, vulnerando su derecho a la salud¹³.

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 adecuado a la

¹³ Ministerio de Salud. Circular N°A15/11 Sobre la atención de adolescentes que concurren sin compañía de adulto responsable [Internet]. 2016 [citado 15 de septiembre de 2020]. Disponible en: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/12/Circular-Atenci%C3%B3n-Adolescente-2016.pdf



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.

Finalmente subrayar, que es indispensable aumentar la obertura del Control de Salud Integral de Adolescentes, dado que las bajas coberturas observadas (afectadas por la pandemia), ha dificultado la pesquisa e intervención oportuna de riesgos y problemas de salud, lo que ha tenido importantes consecuencias en el bienestar general y la salud mental en particular, de la población adolescente, que se estima se prolonguen inclusive en el mediano y largo plazo.

El impacto se ha visto influenciado a su vez, por el periodo prolongado de interrupción de clases presenciales y confinamiento, afectando directamente las oportunidades de desarrollo. Esto refleja además, no solo el escaso acceso a la oferta pública existente, sino que profundiza las desigualdades sociales y territoriales de este grupo.

Para más información se sugiere revisar documentos: Orientación Técnica para el Control de Salud Integral de Adolescentes, Minsal 2021 y sólo en caso de situación de emergencia sanitaria para realización del Control de Salud Integral modalidad Remota, revisar “Recomendaciones Atención de Salud Remota para adolescentes”, Minsal 2021.



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

Las enfermedades bucales son las enfermedades crónicas más comunes y constituyen un importante problema de salud pública porque tienen alta prevalencia, alto costo de su tratamiento, impacto negativo en la salud oral y sistémica en los individuos.

Según estudios epidemiológicos nacionales realizados entre 2007 a 2010, la caries dental se presenta desde los primeros años de vida y presenta un importante incremento con la edad, a los 2 años la prevalencia de caries es de un 17,5%, de 50,4% a los 4 años, de 70,4% a los 6 años, a los 12 años es de 62,5%, aumentando con la edad hasta llegar a un 99,4% en adultos de 65 a 74 años. La proporción de niños y niñas libres de caries disminuye dramáticamente entre los 2 y 4 años de edad, esta disminución es mayor en la población con menor nivel socioeconómico (NSE), diferencia que va aumentando con la edad. Otro factor analizado sobre la base de los estudios nacionales es la ruralidad, se observa que en niños y adolescentes de 6 y 12 años de edad, existe una mayor prevalencia de caries en zonas rurales, con una diferencia de 17% y 18% respectivamente.¹⁴

Las consecuencias de la caries dental son acumulativas, al tener una población infantil con gran carga de enfermedad tendremos una población adolescente muy enferma y consecutivamente una población adulta con las secuelas de la enfermedad, siendo la principal de éstas la pérdida de dientes.

En este sentido la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 permitió estimar la presencia de dentición funcional en la población nacional (presencia de 20 o más dientes). Los resultados muestran que el 73% de la población tiene 20 o más dientes¹⁵, lo que implica que el resto de las personas presentan dificultades para desarrollar adecuadamente la función masticatoria y probablemente requiera rehabilitación protésica.

En base a estos antecedentes se prioriza la recuperación del daño causado por caries dental y otras enfermedades bucales prevalentes y se espera lograr y mantener un porcentaje de consulta de morbilidad de 23% en niños, niñas y adolescentes.

Los resultados de este indicador han estado cercanos o sobre la meta establecida a nivel nacional, con un 21.31% en el tercer corte 2021 y un 32.33% en el mismo periodo 2022, por lo que es importante seguir avanzando, haciéndonos cargo del daño de la enfermedad de caries y otras enfermedades bucales.

¹⁴ Estudios nacionales. Chile 2007-2010:

- Ministerio de Salud. Diagnóstico nacional de salud bucal de los niños y niñas de 2 y 4 años que participan en la educación parvularia. Informe consolidado. Chile 2007-2010 [Internet]. Santiago, Chile: Ministerio de Salud; 2012. Disponible en :https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2015/05/Informeconsolidado-2-y-4-a%C3%B1os.pdf
- Ministerio de Salud de Chile, Soto L, Tapia R, y col. Diagnóstico nacional de salud bucal de los niños de 6 años. Chile. 2007.
- Soto L, Tapia R, Jara G, Rodríguez G, Urbina T. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal del Adolescente de 12 años y Evaluación del Grado de Cumplimiento de los 4 Objetivos Sanitarios de Salud Bucal 2000 2010. [Internet]. Santiago, Chile: Universidad Mayor; 2007. Available from: https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wpcontent/uploads/2015/05/SALUD-BUCAL-EN-ADOLESCENTES-DE-12-A%C3%91OS.pdf

¹⁵ Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de Salud. Chile 2016-2017. [Internet]. Disponible en :https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/01/2-Resultados-ENS_MINSAL_31_01_2018.pdf



Este indicador está en concordancia con la Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios al 2030, específicamente con el objetivo de impacto “Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud”, en el cual se plantea, como resultados esperados, “Fortalecer la Cobertura efectiva de los Servicios de Salud bucal a lo largo del curso de vida”.

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.

Indicador
Porcentaje de Consultas de Morbilidad Odontológica en población de 0 a 19 años
Fórmula de cálculo
$\left(\frac{\text{Número de consultas de morbilidad odontológica realizadas en población de 0 a 19 años}}{\text{Total población de 0 a 19 años inscritos validados por FONASA}} \right) \times 100$
Meta nacional
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
Cortes en que se evalúa
<p>Primer corte: Sí se evalúa Segundo corte: Sí se evalúa Tercer corte: Sí se evalúa Cuarto corte: Sí se evalúa</p>
Observaciones
Para el numerador se usará número 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 2023.
Referente técnico
Referente: Paulina Nuñez Correo electrónico: paulina.nunez@minsal.cl



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 tratamiento¹⁶.

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 otros¹⁷. 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%¹⁸. Por otra parte, la prevalencia año de trastornos mentales en personas de 15 y más años es de 22,2%¹⁹. 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.
- b) *Tratamiento Integral:* Al ingresar al programa se deberá elaborar, junto a la persona y su familia o cuidador(a) si corresponde, 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;

¹⁶ 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.

¹⁷ Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Universidad Católica de Chile-MINSAL, 2007.

¹⁸ Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual - Dra. Flora M. y cols. Rev. Med. Clin. Condes- 2012; 23(5) 521-529]

¹⁹ 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.



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 controles²⁰ 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.

Indicador 10.1: Cobertura de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales

Indicador
Cobertura de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales
Fórmula de cálculo
$\left(\frac{\text{Número de personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales bajo control de 0 y más años}}{\text{Número de personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales de 0 y más años esperados según prevalencia}} \right) \times 100$

²⁰ 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 2023**, 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.



Meta nacional
17%
Ponderación
90%
Medio de verificación
<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM P06 <ul style="list-style-type: none"> - Sección A1 • REM A05 <ul style="list-style-type: none"> - Sección N • REM A05 <ul style="list-style-type: none"> - Sección O <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población estimada según prevalencia referencial²¹
Cortes en que se evalúa
<p>Primer corte: Sí se evalúa Segundo corte: Sí se evalúa Tercer corte: Sí se evalúa Cuarto corte: Sí se evalúa</p>
Observaciones
<p>Primer corte Población en Control de 0 y más años, con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales a diciembre 2022, más ingresos acumulados de enero a abril 2023, menos egresos acumulados de enero a abril 2023.</p> <p>Segundo corte Población en Control de 0 y más años, con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales a junio 2023, más ingresos de julio 2023, menos egresos de julio 2023.</p> <p>Tercer corte Población en Control de 0 y más años, con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales, a junio 2023, más ingresos julio a septiembre 2023, menos egresos julio a septiembre 2023.</p> <p>Cuarto corte Población en Control de 0 y más años, con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales, a diciembre 2023.</p>
Referente técnico
<p>Referente: Milena Pereira Correo electrónico: milena.pereira@minsal.cl</p>

²¹ Población estimada según prevalencia referencial corresponde al 22% de población inscrita validada FONASA de 0 y más años



Indicador: 10.2: Tasa de controles de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales

Indicador
Tasa de controles de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales
Fórmula de cálculo
$\frac{\text{Número de controles de salud mental totales realizados a personas de 0 y más años}}{\text{Número de personas bajo control en el programa de salud mental de 0 y más años}}$
Meta nacional
5
Ponderación
10%
Medio de verificación
<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM A06 <ul style="list-style-type: none"> - Sección A1 - Sección A2 • REM A19a <ul style="list-style-type: none"> - Sección A3 • REM A26 <ul style="list-style-type: none"> - Sección A - Sección A1 • REM A32 <ul style="list-style-type: none"> - Sección F1 - Sección F2 • REM A04 <ul style="list-style-type: none"> - Sección A <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM P06 <ul style="list-style-type: none"> - Sección A1 • REM A05 <ul style="list-style-type: none"> - Sección N • REM A05 <ul style="list-style-type: none"> - Sección O
Cortes en que se evalúa
<p>Primer corte: Sí se evalúa Segundo corte: Sí se evalúa Tercer corte: Sí se evalúa Cuarto corte: Sí se evalúa</p>





Observaciones

Primer corte: Considera la sumatoria de controles de enero a abril 2023.

Segundo corte: Considera la sumatoria de controles de enero a julio 2023.

Tercer corte: Considera la sumatoria de controles de enero a septiembre 2023.

Cuarto corte: Considera la sumatoria de controles de enero a diciembre 2023.

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.

Referente técnico

Referente: **Milena Pereira**

Correo electrónico: milena.pereira@minsal.cl

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 2023. 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

$$Cobertura\ lograda_{2022} = 25.7\%$$

$$Cobertura\ comprometida_{2023} = 22\%$$

$$Diferencial = Cobertura\ comprometida_{2023} - Cobertura\ lograda_{2022}$$

$$Diferencial = -3,7\%$$

En esta situación, se debe ir disminuyendo progresivamente durante el año 2023 (**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)

$$Primer\ Corte_{2023} = Cobertura\ lograda_{2022} + (Diferencial * Porcentaje_{al\ corte})$$





$$\text{Primer Corte}_{2023} = 25,7\% + (-3,7\% * 0,15)$$

$$\text{Primer Corte}_{2023} = 25,7\% + (-0.555\%)$$

$$\text{Primer Corte}_{2023} = 25,145\%$$

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

$$\text{Segundo Corte}_{2023} = 23,85\%$$

$$\text{Tercer Corte}_{2023} = 23,11\%$$

$$\text{Cuarto Corte}_{2023} = 22\%$$

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



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 2023 asciende a 87 problemas de salud²². En 26 de ellos, las garantías son de ejecución con participación de Atención Primaria y se evaluarán en este indicador 17 de ellos²³.

Indicador
Cumplimiento de garantías explícitas en salud cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria
Fórmula de cálculo
$\left(\frac{\left(\begin{array}{c} \text{Número de garantías cumplidas} \\ + \\ \text{Número de garantías exceptuadas} \\ + \\ \text{Número de garantías incumplidas atendidas} \end{array} \right) [\text{del periodo a evaluar}]}{\left(\begin{array}{c} \text{Número de garantías cumplidas} \\ + \\ \text{Número de garantías exceptuadas} \\ + \\ \text{Número de garantías incumplidas atendidas} \\ + \\ \text{Número de garantías incumplidas no atendidas} \end{array} \right) [\text{del periodo a evaluar}] + \text{Número de garantías retrasadas acumuladas}} \right) \times 100$
Meta nacional
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

²² De acuerdo con decreto N°72 del 01 de octubre de 2022. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1182186>

²³ Véase el Anexo 1: Garantías Explícitas en Salud



- **Garantías Incumplidas no Atendidas del periodo a evaluar**
- **Garantías Retrasadas acumuladas**

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

Cortes en que se evalúa

Primer corte: **Sí se evalúa**
Segundo corte: **Sí se evalúa**
Tercer corte: **Sí se evalúa**
Cuarto corte: **Sí se evalúa**

Observaciones

Sin observaciones

Referente técnico

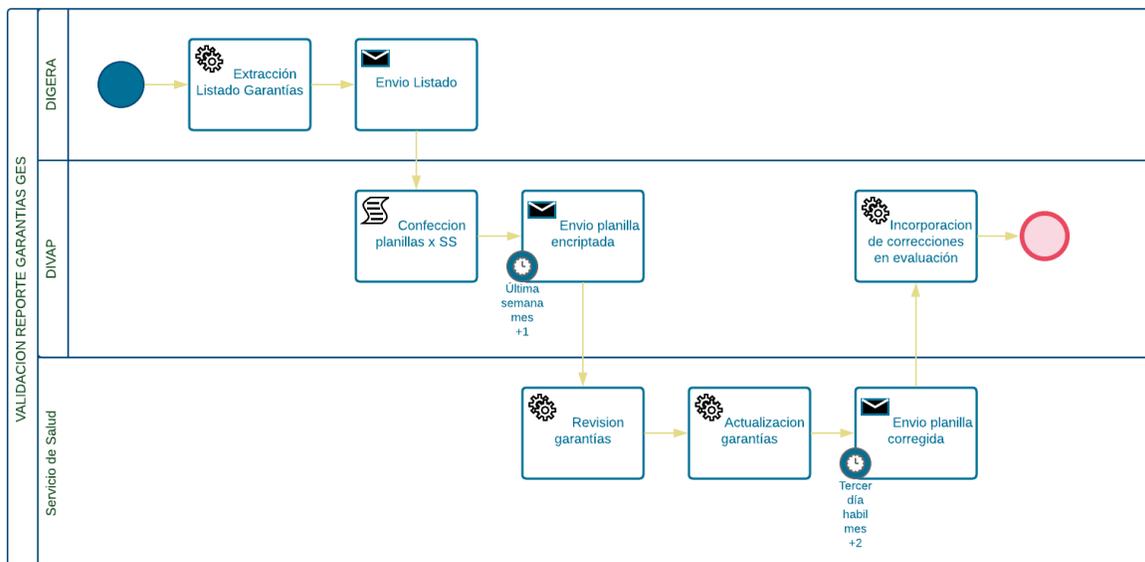
Referente **Por definir (DIVAP)**
Correo electrónico: **Por definir**

Referente: **Janette Toledo (DIGERA)**
Correo electrónico: **janette.toledo@minsal.cl**

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 través de los medios que oportunamente informará Minsal, notificando del envío a Nicolás Ramírez, nicolas.ramirez@minsal.cl, con copia al equipo de gestión de datos del Departamento de Control de Gestión y Calidad de la División de Atención Primaria, correo gestiondedatos.divap@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 consignarse 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" la tabla original se actualiza automáticamente. 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
$\left(\frac{\text{Número de personas pertenecientes a grupos objetivos de población definidos vacunados con antiinfluenza}}{\text{Total de población inscrita validada de los grupos objetivos}} \right) \times 100$
Meta nacional
80%
Medio de verificación
<i>Numerador:</i> <ul style="list-style-type: none">• Registro nacional de inmunizaciones (RNI) <i>Denominador:</i> <ul style="list-style-type: none">• Población de grupos objetivos calculada por DEIS
Cortes en que se evalúa
<i>Primer corte: No se evalúa</i> Segundo corte: Sí se evalúa <i>Tercer corte: No se evalúa</i> Cuarto corte: Sí se evalúa
Observaciones
Sin observaciones
Referente técnico
Referente: Nathalie Silva Pizarro Correo electrónico: nathalie.silva@minsal.cl



Meta N°13. Ingreso precoz de mujeres 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
$\left(\frac{\text{Número de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control}}{\text{Total de mujeres embarazadas ingresadas a control}} \right) \times 100$
Meta nacional
90%
Medio de verificación
<p>Numerador</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM A05 <ul style="list-style-type: none"> - Sección A <p>Denominador</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM A05 <ul style="list-style-type: none"> - Sección A
Cortes en que se evalúa
<p>Primer corte: Sí se evalúa Segundo corte: Sí se evalúa Tercer corte: Sí se evalúa Cuarto corte: Sí se evalúa</p>
Observaciones
<p>Para el numerador, en cada corte se debe registrar el número acumulado de gestantes ingresadas antes de las 14 semanas, desde enero a la fecha de corte. Para el denominador, se debe registrar el número acumulado de gestantes ingresadas, desde enero a la fecha de corte.</p>
Referente técnico
<p>Referente: Juan Herrera Buott Correo electrónico: juanherrerab@minsal.cl</p>





Observaciones

Se debe contabilizar la gestante 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 de ingreso precoz realizado en el sector privado (REM A01 sección 1 columna “Ingresos con control precoz extrasistema”)

Para esta meta se considera el total de ingreso menor de 14 semanas más la columna “Ingresos con control precoz extrasistema”.



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

La prevención del embarazo adolescente fue incluida en las Metas del Milenio y el Estado de Chile comprometió disminuir en un 10% la tasa proyectada de embarazo adolescente en mujeres de 10 a 19 años para la década 2011- 2020, es decir una tasa de fecundidad de 22,9 nacidos vivos (NV) por 1.000 mujeres (de 10 a 19 años), esta meta se logró anticipadamente en 2015, alcanzando un valor de 21,1 (NV) por 1.000 mujeres de 10 a 19 años (DEIS-Minsal).

Resulta importante señalar que para el año 2020, la Tasa Específica de Fecundidad (TEF) en adolescentes de 10 a 19 años es de 7,8 nacidos vivos por 1.000 mujeres de 10 a 19 años (datos preliminares DEIS – Minsal 2020).

No obstante, la preocupación sigue centrada en el grupo en las menores de 14 años, en donde las tasas no han logrado una reducción significativa de 0,5 en 2019 a 0,4 NV por 1.000 mujeres de 10 a 14 años (datos preliminares DEIS - Minsal 2020).

Si bien se logra la disminución comprometida, en Chile el embarazo adolescente sigue siendo un problema de salud pública, con importantes diferencias territoriales que profundiza la desigualdad. En ese sentido, aún persisten inequidades entre regiones y nivel socioeconómico, lo que queda oculto al utilizar los promedios nacionales para dimensionar el fenómeno. En ese mismo sentido, los determinantes sociales, la interseccionalidad y el impacto que tiene la maternidad y paternidad en la adolescencia, justifica indiscutiblemente que la problemática siga siendo una prioridad para el país. Por ello, se debe invertir y fortalecer las estrategias y programas que cuentan con evidencia y/o recomendadas por organismos internacionales; como la Organización Mundial de la Salud, que destaca las siguientes estrategias: Educación sexual integral, servicios amigables para adolescentes y disposición y acceso a métodos anticonceptivos.

La Décima Encuesta Nacional de Juventudes (2022)²⁴, muestra que el inicio de la actividad sexual y el uso de anticonceptivos en adolescentes han experimentado cambios importantes en las últimas décadas.

Por ejemplo, el 66,9% de la población joven (15 a 29 años), declara haberse iniciado sexualmente o haber tenido relaciones sexuales con penetración, correspondiendo al porcentaje de personas jóvenes iniciadas sexualmente más bajo desde la primera aplicación de la Encuesta Nacional de Juventudes (1997) y por primera vez son más las mujeres jóvenes que hombres jóvenes quienes declaran haberse iniciado sexualmente (68,9% vs. 65,2%).

Un 16,9% de las y los jóvenes declaran haberse iniciado sexualmente sin penetración. Quienes más indican haberse iniciado sexualmente sin penetración son las personas jóvenes de NSE alto (47,4%) que las de medio (17,6%) y bajo (13,9%).

La variable edad promedio de iniciación sexual declarada por las y los jóvenes de 15 a 29 años es de 16,54 años en 2022 versus 16,49 el año 2018 y 16,60 el 2015, lo que refleja estabilidad del comportamiento de acuerdo con lo resultados de las distintas encuestas.

Se destaca positivamente, el aumento el porcentaje de personas jóvenes que declara haber usado algún método anticonceptivo o de protección en la primera relación sexual, correspondiendo a la

²⁴ INJUV (2022). *Décima Encuesta Nacional de Juventudes*. Santiago, Chile: Instituto Nacional de la Juventud.



cifra más alta en 7 años, de 77,5% en 2018 a 86,6% en 2022 y quienes más lo declaran son jóvenes entre 15-19 años (91,1%), y las personas jóvenes de nivel socioeconómico medio (88,3%) por sobre los de nivel socioeconómico bajo (84,2%). Respecto a los tipos de métodos anticonceptivos utilizados, aumenta el porcentaje de jóvenes que declara haber usado condón o preservativo en su primera relación sexual, de 62,9% en 2018 a 73,8% en 2022 (aumento observable desde 2015).

Aumenta también el porcentaje de jóvenes que declara haber usado condón o preservativo en su última relación sexual, de 49,2% en 2018 a 54,0% en 2022 (aumento observado desde 2015). Disminuye quienes declaran haber usado la píldora anticonceptiva en su última relación sexual (27,9%), mientras que aumentan los inyectables (hormonas) y el DIU (9,5% y 4,8%, respectivamente), lo que está en concordancia con las indicaciones emanadas desde el Ministerio de Salud.

Se pregunta directamente por el uso del condón donde el 51,0% Jóvenes declara haber utilizado condón en su última relación sexual.

En este sentido, los hombres (65,3%) son quienes más reportan haberlo usado en su última relación sexual y los de 15 a 19 años en un 74,4%.

Entre las razones de uso del condón masculino, la respuesta se distribuye de la siguiente manera:

- **92,4%:** “Prevenir un embarazo”
- **70,9%:** “Protegerse de otras infecciones de transmisión sexual” y
- **68,2%:** “Protegerse del VIH/SIDA”

Es relevante mencionar que respecto al 2018, disminuye el porcentaje de personas jóvenes que identifica correctamente tanto las conductas riesgosas como no riesgosas de transmisión del VIH. Es decir, se profundiza la falta de información en esta temática, con su consiguiente exposición mayor al riesgo.

Aquí, el 45,9% de la población joven señala correctamente las 3 conductas riesgosas de transmisión del VIH. Y dese lo territorial, las personas jóvenes de Los Ríos y Aysén son quienes menos reconocen efectivamente las 3 conductas riesgosas de transmisión del VIH (29,5% y 35,1%, respectivamente).

Dado lo expuesto anteriormente, la recomendación es continuar promoviendo el uso y disponibilidad de métodos anticonceptivos en población adolescente, entre 15 a 19 años, especialmente aquellos de larga duración, en los establecimientos de Atención Primaria de salud y espacios amigables de atención. Para ello, se sugiere, entre otras cosas, la difusión e información de la oferta disponible a través de redes sociales de Espacios Amigables para Adolescentes u otros medios de comunicación masiva locales (TV, radio, etc.)

Para aumentar las coberturas se debe considerar incrementar el número de adolescentes mujeres y también hombres bajo control de regulación de fertilidad, estos últimos solo alcanzan una cobertura a nivel país del 2,3%.(DEIS - Minsal 2020)

Esto cobra aún más importancia dadas las cifras de aumento de ITS en la población general, que en la distribución de las notificaciones emitidas en el periodo 2017-2021, se observó un predominio de sífilis con cerca del 50% de los casos; seguido por VIH, con un 30%, y gonorrea con cerca de 15%. En cuarto y quinto lugar se encuentra hepatitis B y C, respectivamente, las que, si bien representan menos del 10% de las notificaciones, tienen un impacto importante en la salud a corto y largo plazo, dado que pueden llevar al desarrollo de cirrosis y carcinoma hepatocelular, y, por consiguiente, a la muerte en caso de no poseer diagnóstico y tratamiento oportuno. Este ranking de riesgo nacional de



estas infecciones fue liderado por las regiones de Antofagasta, Atacama y la Metropolitana. Mientras que Magallanes, Arica y Ñuble tiene los menores índices.

Cabe señalar que 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 diciembre de 2021 fue de 12.4%, cifra menor a la observada en año normal 2019 (13.4%).

Indicador
Cobertura de método anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad
Fórmula de cálculo
$\left(\frac{\text{Número de adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad (bajo control)}}{\text{Total adolescentes de 15 a 19 años inscritos}} \right) \times 100$
Meta nacional
25%
Medio de verificación
<p>Numerador</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM P01 <ul style="list-style-type: none"> - Sección A <p>Denominador</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población 15 a 19 años inscrita validada
Cortes en que se evalúa
<p><i>Primer corte: No se evalúa</i> Segundo corte: Sí se evalúa <i>Tercer corte: No se evalúa</i> Cuarto corte: Sí se evalúa</p>
Observaciones
<p>Numerador: Segundo corte: Población de adolescentes de 15 a 19 bajo control a junio 2023. Cuarto corte: Población de adolescentes de 15 a 19 bajo control a diciembre 2023.</p>
Referente técnico
<p>Referente: Pamela Meneses Correo electrónico: pameneses@minsal.cl</p>



Meta N°15. Cobertura de Diabetes Mellitus 2, en personas de 15 años y más

La Diabetes Mellitus(DM) es un problema de salud pública relevante debido a las consecuencias devastadoras para la salud. Las personas con DM tienen un mayor riesgo de sufrir un infarto agudo al miocardio, ataque cerebral, enfermedad renal crónica, retinopatía diabética, neuropatía diabética y pie diabético. Esta patología fue incorporada al sistema GES en el año 2005, y sus prestaciones son realizadas en un 90% en Atención Primaria.

En Chile, la prevalencia estimada de DM por la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 en la población mayor a 15 años es de 12,3%, lo que implica un alza de 2,9 puntos porcentuales comparado con la prevalencia reportada por la misma encuesta el 2009-2010.

Los siguientes son los valores de prevalencia de la ENS 2016-2017, diferenciados por grupo etario:

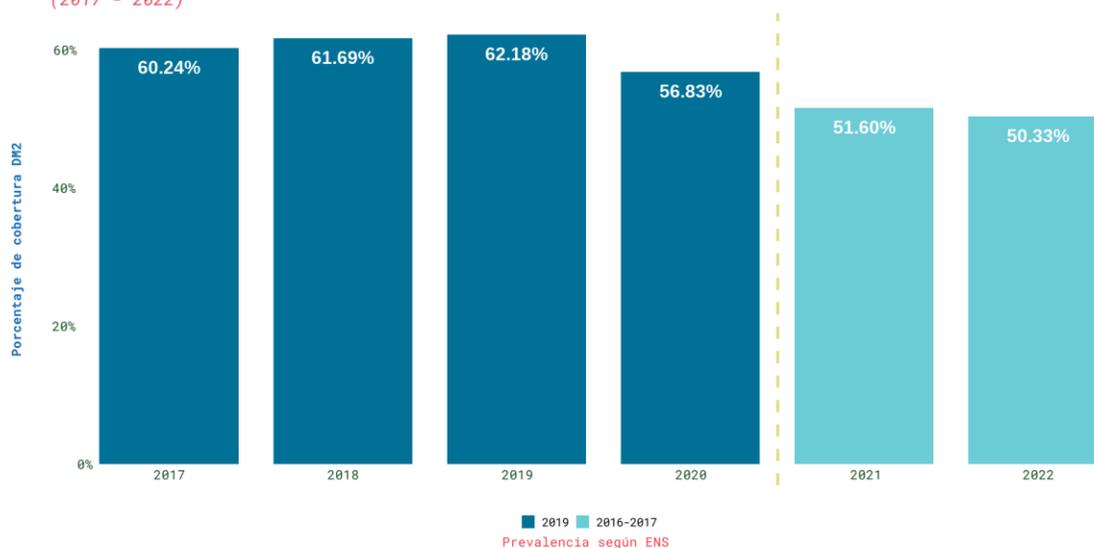
Sospecha de DM2	Prevalencia (%)
15-24 años	1,8
25-44 años	6,3
45-64 años	18,3
65 años y más	30,6

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

El principal objetivo de la Atención Primaria es contribuir en fomentar los aspectos preventivos y factores protectores. Además, se debe hacer una búsqueda activa de posibles nuevos casos.

La pandemia afectó de forma muy significativa el cuidado de las personas con enfermedades crónicas y especialmente a las personas con DM2, por lo que se deberá evaluar con cifras objetivas el impacto a nivel nacional.

Cobertura de Diabetes Mellitus (tipo II)
(2017 - 2022)



Fuente: Elaboración propia en base a datos registrados en DEIS - Minsal



Es por esto que se realizarán esfuerzos complementarios, para ir recuperando los niveles de atención que existían previos a la pandemia de COVID19, reponiendo como Meta IAPPS el indicador de cobertura para DM2.

En el grafico anterior se muestra la curva de cobertura de los últimos años, con una caída a partir del año 2020.

Indicador
Cobertura de Diabetes Mellitus 2, en personas de 15 y más años
Fórmula de cálculo
$\left(\frac{\text{Número de personas de 15 años y más con Diabetes Mellitus 2 bajo control}}{\text{Total de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 y más años esperados según prevalencia por grupo etario}} \right) \times 100$
Meta nacional
55%
Medio de verificación
<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM P4 <ul style="list-style-type: none"> - Sección A <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población estimada según prevalencia ENS 2016-2017, por grupo etario <p>Para efectos del 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.</p>
Cortes en que se evalúa
<p>Primer corte: <i>No se evalúa</i> Segundo corte: Sí se evalúa Tercer corte: <i>No se evalúa</i> Cuarto corte: Sí se evalúa</p>
Observaciones
<p>Segundo corte: Población de personas de 15 años y más con DM2 bajo control a junio 2023 Cuarto corte: Población de personas de 15 años y más con DM2 bajo control a diciembre 2023.</p> <p>En cuanto a la fijación, si se ha alcanzado la cobertura promedio nacional debe seguirse incrementando hasta llegar al 100% de la cobertura.</p>
Referente técnico
<p>Referente: Marcela Rivera Correo electrónico: marcela.rivera@minsal.cl</p>



Meta N°16. Cobertura de Hipertensión arterial en personas de 15 y más años

La Hipertensión Arterial (HTA) 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 HTA, 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 HTA 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

Sospecha de 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

Al igual que lo ocurrido con DM2, la prevalencia de HTA aumentó de 26,9% a 27,3% según lo reportado en última Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, y la pandemia también afectó de forma muy significativa el cuidado de las personas con HTA, por lo que se deberá evaluar con cifras objetivas el impacto a nivel nacional.

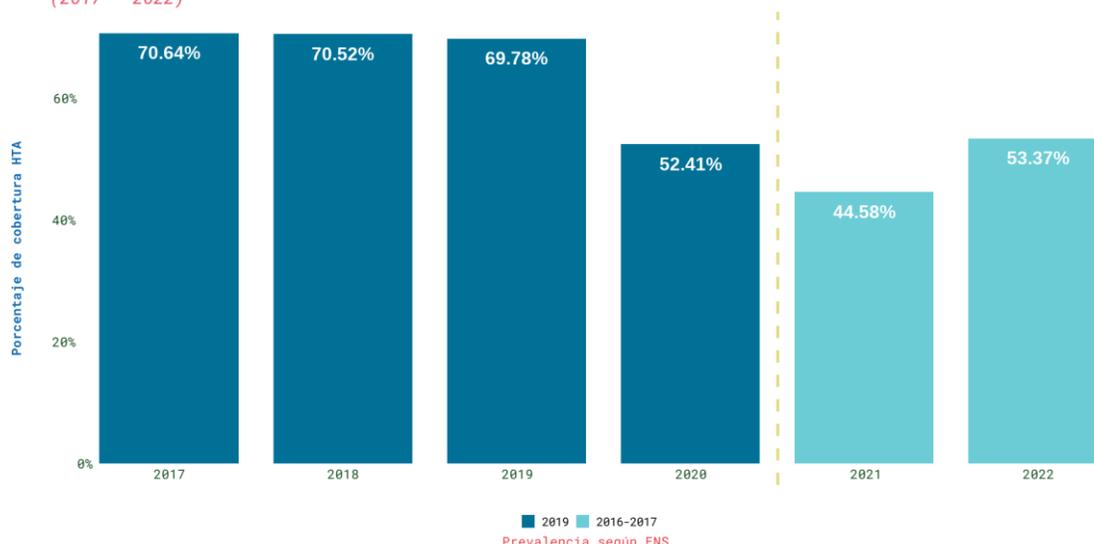
Es por esto que se realizarán esfuerzos complementarios, para ir recuperando los niveles de atención que existían previos a la pandemia de COVID19, reponiendo como Meta IAPPS el indicador de cobertura para HTA.

En el siguiente gráfico se muestra la curva de cobertura de los últimos años, con una caída a partir del año 2020:



Cobertura de Hipertensión Arterial

(2017 - 2022)



■ 2019 ■ 2016-2017

Prevalencia según ENS

Fuente: Elaboración propia en base a datos registrados en DEIS - Minsal

Indicador
Cobertura de Hipertensión arterial en personas de 15 años y más
Fórmula de cálculo
$\left(\frac{\text{Número de personas de 15 años y más con Hipertensión arterial bajo control}}{\text{Total de personas con hipertensión arterial de 15 y más años esperados según prevalencia por grupo etario}} \right) \times 100$
Meta nacional
58%
Medio de verificación
<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> REM P4 - Sección A <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> Población estimada según prevalencia ENS 2016-2017, por grupo etario <p>Para efectos de la evaluación de este indicador, el cálculo del denominador (casos esperados) se efectúa sumando la PIV por la prevalencia estimada según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, es decir: PIV de 15 y 24 años * 0.7%, más la PIV de 25 a 44 años * 10.6%, más PIV de 45 y 64 años * 45.1% y PIV de personas de 65 años y más * 73.3%.</p>
Cortes en que se evalúa
<p>Primer corte: No se evalúa</p> <p>Segundo corte: Sí se evalúa</p> <p>Tercer corte: No se evalúa</p> <p>Cuarto corte: Sí se evalúa</p>
Observaciones



Segundo corte: Población de personas de 15 años y más con HTA bajo control a junio 2023

Cuarto corte: Población de personas de 15 años y más con HTA bajo control a diciembre 2023.

En cuanto a la fijación, si se ha alcanzado la cobertura promedio nacional debe seguirse incrementando hasta llegar al 100% de la cobertura.

Referente técnico

Referente: **Marcela Rivera**

Correo electrónico: marcela.rivera@minsal.cl



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, multicausales, con una gran asociación a determinantes sociales, 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.

Los Estudios epidemiológicos muestran que el 83,2% de la población parvularia de 2 años está libre de caries, disminuyendo drásticamente a un 50% a los 4 años y a los 6 años solo el 30% de los niños y niñas se presentan libres de caries.²⁵²⁶

A partir del año 2017 se implementa la población en 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 considerará a los menores de 3 años libres de caries, los cuales deben priorizarse dentro del grupo en control, con el fin de establecer una base de población sana desde el inicio del ciclo vital.

Los resultados de este indicador a nivel nacional están bajo la meta establecida, presentándose un 55.64% en el tercer corte 2021 y un 42.24% en el 2022 para el mismo periodo de evaluación.

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
$\left(\frac{\text{Número de niños y niñas menores de 3 años con registro CEOD} = 0}{\text{Número de niñas y niños menores de 3 años inscritos}} \right) \times 100$
Meta nacional
60%

²⁵ MINSAL. 2012. Informe consolidado "Diagnóstico nacional de salud bucal de los niños y niñas de 2 y 4 Años que participan en la educación parvularia. Chile 2007-2010".

²⁶ MINSAL, Soto L, Tapia R y col. Diagnóstico Nacional de Salud Bucal de los niños de 6 años. Chile, 2007.



Medio de verificación

Numerador:

- REM A09
- Sección C

Denominador:

- Población Inscrita validada FONASA menor de 3 años

Cortes en que se evalúa

Primer corte: **Sí se evalúa**
Segundo corte: **Sí se evalúa**
Tercer corte: **Sí se evalúa**
Cuarto corte: **Sí se evalúa**

Observaciones

Para el numerador se usará número 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 2023.

Referente técnico

Referente: **Paulina Nuñez**
Correo electrónico: paulina.nunez@minsal.cl



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

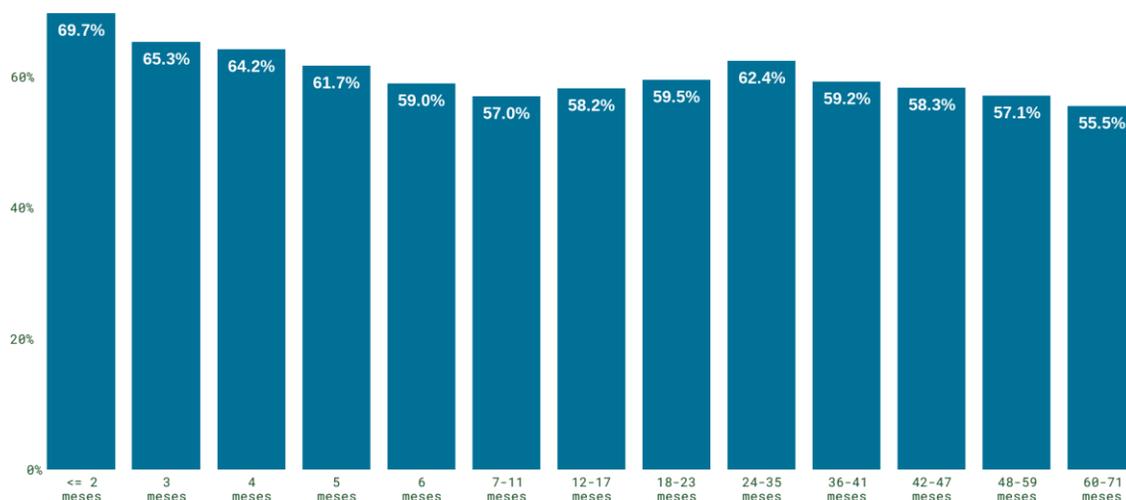
Este indicador y meta se ha incluido en el Índice de Atención Primaria de Salud, con el propósito de priorizar acciones en la Atención Primaria, orientadas a mejorar resultados e impacto en la salud de niños y niñas, con la expectativa de lograr su desarrollo futuro saludable.

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.

Porcentaje de niños y niñas con Diagnóstico Nutricional Normal
Rem P2. Diciembre 2022

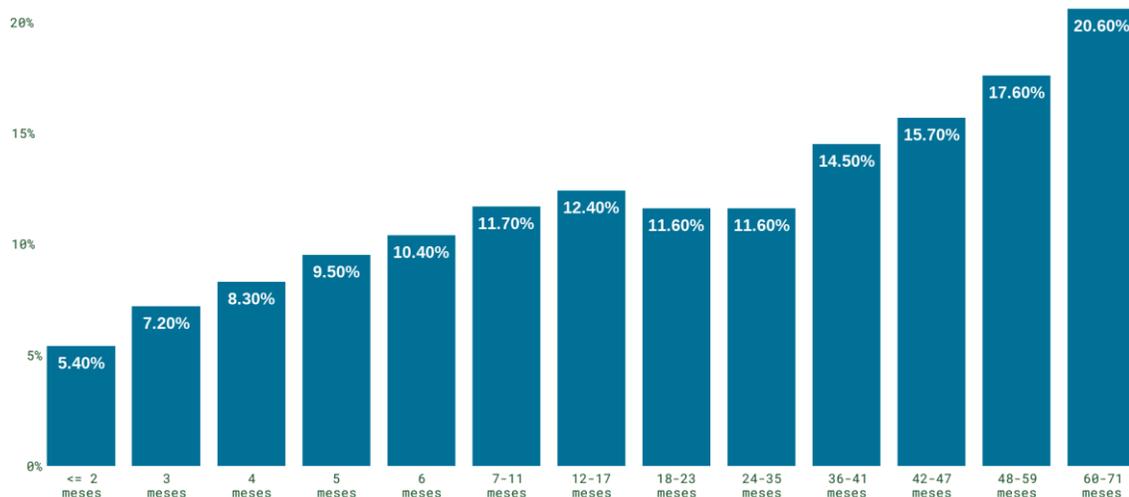


Fuente: Elaboración propia en base a datos registrados en DEIS - Minsal



Porcentaje de niños y niñas con Diagnóstico Nutricional Obesidad

Rem P2. Diciembre 2022



Fuente: Elaboración propia en base a datos registrados en DEIS - Minsa1

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
$\left(\frac{\text{Número de niños y niñas menores de 6 años con estado nutricional normal}}{\text{Número de niñas y niños menores de 6 años inscritos}} \right) \times 100$
Meta nacional
60%
Medio de verificación
<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • REM P2 <ul style="list-style-type: none"> - Sección A - Sección A.1 <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Población Inscrita validada FONASA menor de 6 años
Cortes en que se evalúa
<p>Primer corte: No se evalúa Segundo corte: Sí se evalúa Tercer corte: No se evalúa Cuarto corte: Sí se evalúa</p>



Observaciones

Se espera un incremento gradual del porcentaje de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal

Referente técnico

Referente: **Xenia Benavides**
Correo electrónico: xbenavides@minsal.cl



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 el N°2, N°4, N°11, N°13, N°14, N°15, N°16 y N°18

Cumplimiento progresivo

Las metas de cumplimiento progresivo corresponden a los Indicadores N°1, N°3, N°5, N°6, N°7, N°8, N°9, N°10, N°12, y N°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

Los siguientes indicadores no se evaluarán en todos los cortes, sino que de acuerdo con los criterios señalados a continuación:

- 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, atendiendo el periodo en que se desarrolla la campaña de vacunación anti influenza.
- Indicadores N°14, N°15, N°16 y N°18, sus cumplimientos se evaluarán en el segundo y cuarto corte, teniendo en consideración que las fuentes de información con que se confeccionan estos indicadores corresponden a los censos semestrales registrados en el Rem serie P.

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:

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

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 2023 y el mes de corte:

- **Primer Corte (enero a abril)**
 - Acciones realizadas de enero a abril, con excepciones para indicadores con fuente REM P
- **Segundo Corte (enero a julio)**
 - Acciones realizadas de enero a julio.
- **Tercer Corte (enero a septiembre)**
 - Acciones realizadas de enero a septiembre con excepciones para indicadores con 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 2023, 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 indicador²⁷. (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.

²⁷ Ver sección "Indicadores del Índice de Actividad de la Atención Primaria"



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 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.
- **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
 - 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
 - Envía a los Servicios de Salud, a Departamento de Gestión Operacional y a División de Presupuesto el informe de evaluación final de resultados de cada corte, para la aplicación de rebaja si la hubiere o la transferencia regular de recursos per cápita mensual a los Servicios de Salud.
- **Departamento de Gestión de los Cuidados de la División de Atención Primaria**
 - Revisa y valida la evaluación efectuada.
- **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 las fechas indicadas para cada corte en la Sección "**Detalles de Indicadores por sección**", **Meta N°2. Continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos**, apartado **Registro** de esta orientación técnica. 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 Subsecretaria 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 2023. El Ministerio de Salud analizará los antecedentes y resolverá la petición.



ANEXO 1.

Garantías Explícitas en Salud

N°	Problema de salud	Meta
07	Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: Dentro de 30 días desde primera consulta con glicemia elevada. Tratamiento se iniciará dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica.	100%
19	Tratamiento de IRA de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años: Inicio de tratamiento farmacológico dentro de 24 horas desde el diagnóstico. El tratamiento kinesiológico se iniciará dentro de 24 horas desde la indicación médica.	100%
20	Diagnóstico y tratamiento de Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: Confirmación Diagnóstica: dentro de 48 horas desde la sospecha. Inicio de tratamiento farmacológico desde sospecha.	100%
21	Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: Confirmación diagnóstica: dentro de 45 días desde sospecha. Tratamiento se iniciará 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: Dentro de 7 días desde la confirmación diagnóstica.	100%
23	Tratamiento de salud oral integral a niños y niñas de 6 años: 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: Entrega de Lentes: Presbicia, dentro de 30 días desde la solicitud.	100%
34	Tratamiento de la Depresión en personas de 15 años y más: Inicio desde confirmación diagnóstica.	100%
38	Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio: Confirmación diagnóstica: dentro de 30 días desde la sospecha. Tratamiento se iniciará desde la confirmación diagnóstica, según indicación.	100%
39	Diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada y grave en personas menores de 15 años: 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: Inicio dentro de 24 horas desde la confirmación diagnóstica.	100%





46	Tratamiento de la Urgencia Odontológica Ambulatoria: La confirmación diagnóstica se realizará dentro de 24 horas desde la sospecha. El tratamiento se iniciará inmediatamente desde la confirmación diagnóstica.	100%
61	Diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en personas de 15 y más años: Confirmación diagnóstica dentro de 20 días desde la sospecha. Inicio desde la confirmación diagnóstica, según indicación.	100%
66	Tratamiento Salud Oral de la persona gestante: Inicio dentro de 21 días desde la solicitud de atención. El alta integral se realizará hasta 15 meses desde la primera atención.	100%
76	Tratamiento de Hipotiroidismo en personas de 15 años y más: Dentro de 7 días desde la confirmación diagnóstica.	100%
80	Tratamiento de Erradicación del <i>Helicobacter Pylori</i> : Dentro de 7 días de la confirmación diagnóstica.	100%
85	Diagnóstico y Tratamiento de mediana complejidad de Enfermedad de Alzheimer y otras demencias: Confirmación diagnóstica dentro de 60 días desde la sospecha. Inicio tratamiento 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		Nº cupos según agenda
	SI	NO		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 (extensión o apertura) (MARQUE SI O NO)

RRHH	SI	NO
Medico*		
Odontólogo*		
Matrona		
Enfermera		
Nutricionista		
Kinesiólogo		
Psicólogo		
Terapeuta ocupacional		
Asistente social		
Técnico paramédico o TENS *		
Educadora de párvulos		
Otro profesional		

*Obligatorios

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

EL CENTRO ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO (extensión o apertura)¹
(MARQUE SI/NO)

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	Fármacos	Unidad	Programación Mensual	Disponibilidad esperada (15% de la programación mensual)	Disponible	
					SI	NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	LOSARTAN*	COMPRIMIDO 50 MG				
	AMLODIPINO*	COMPRIMIDOS 10 MG				
DEPRESIÓN	CLONAZEPAM*	COMPRIMIDO 2 MG				
	VENLAFAXINA*	COMPRIMIDOS 75 MG O 75 MG XR				
DISLIPIDEMIA	ESTATINAS*	COMPRIMIDO 20 MG				
EPILEPSIA	DIVALPROATO ACIDO DE SODIO	COMPRIMIDO 500 MG XR				
	CARBAMAZEPINA	COMPRIMIDO 400 MG XR				
	FENOBARBITAL*	COMPRIMIDO 100 MG				
ENFERMEDAD RESPIRATORIA EPOC, ASMA, SBR	FLUTICASONA	INHALADOR 125MCG/DOSIS				
	PREDNISONA	JARABE 20 MG/5ML				
	PREDNISONA*	COMPRIMIDO 20 MG				
	AZITROMICINA*	COMPRIMIDO 500 MG				
	DESLORATADINA	COMPRIMIDO 5 MG				
PARKINSON	LEVODOPA/CARBI DOPA	COMPRIMIDOS 250 MG/25MG				
	QUETIAPINA	COMPRIMIDO 25 MG				
HIPOTIROIDISMO	LEVOTIROXINA	COMPRIMIDO 50 MCG				
ARTROSIS Y HELICOBACTER PYLORI	OMEPRAZOL *	COMPRIMIDO 20 MG				
OTROS	METILFENIDATO*	COMPRIMIDO 10 MG				

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 Y DISPONIBILIDAD DE FÁRMACOS

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

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

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

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, actualizada al año 2021.

NOMBRES

NOMBRE SOCIAL

Centro de Salud

Código

APELLIDOS (paterno y maternal)

Control en Establecimiento educacional de Salud otro

Establecimiento educacional

H.C.N°

DOMICILIO (calle, número, comuna)

TEL.FUO

domicilio

FECHA NACIMIENTO

RUN

CEL.

recado

BENEFICIARIO DE PROGRAMA PROTECCIÓN SOCIAL sí no **CORREO ELECTRÓNICO**

ESTADO CIVIL casado/a <input type="checkbox"/> separado/a <input type="checkbox"/> unión civil <input type="checkbox"/> soltero/a <input type="checkbox"/> conviviente <input type="checkbox"/> viudo/a <input type="checkbox"/>	NACIONALIDAD/ES <input type="checkbox"/> sólo chilena <input type="checkbox"/> chilena y otra <input type="checkbox"/> otra/s	PUEBLO ORIGINARIO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí	SEXO <input type="checkbox"/> mujer <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> intersex	GÉNERO <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> trans <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> fluido <input type="checkbox"/> género no conforme <input type="checkbox"/> otro	ACOMPAÑANTE <input type="checkbox"/> solo/a <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> amiga/a <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otro
--	---	---	---	---	--

CONSULTA PRINCIPAL Nº **FECHA** **EDAD** años meses

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

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

Descripción motivo de consulta

ANTECEDENTES PERSONALES	1. PERINATALES NORMALES no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	2. ALERGIAS no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	3. VACUNAS PNI COMPLETA no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	4. ENFERMEDADES IMPORTANTES no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	5. DISCAPACIDAD no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	6. ACCIDENTE RELEVANTE no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>
	7. CIRUGIA/HOSPITALIZAC. no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	8. USO MEDICAMENTOS no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	9. PROBLEMAS SALUD MENTAL no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	10. VIOLENCIA no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	11. ANT. JUDICIALES no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	12. OTRO no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>

Observaciones (Indique número y comentario)

ANTECEDENTES FAMILIARES	1. ENF IMPORTANTES no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	2. OBESIDAD no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	3. PROBLEMAS SALUD MENTAL no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	4. VIOLENCIA INTRAFAMILIAR no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	5. ALCOHOL Y OTRAS DROGAS no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	6. MADRE Y/O PADRE ADOLESCENTE no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	7. JUDICIALES no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	8. OTROS no <input type="checkbox"/> no sé <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>
--------------------------------	---	--	--	---	--	---	--	---

Observaciones (Indique número y comentario)

FAMILIA	3. NIVEL DE INSTRUCCIÓN ninguno <input type="checkbox"/> básica <input type="checkbox"/> media <input type="checkbox"/> superior <input type="checkbox"/>	DIAGRAMA FAMILIAR
1. VIVE solo/a <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> en institución <input type="checkbox"/> con otros <input type="checkbox"/> especifique: <input type="text"/>	4. OCUPACIÓN Madre o sustituta <input type="text"/> Padre o sustituto <input type="text"/> Pareja <input type="text"/>	
2. COMPARTE CAMA no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> ¿Con quién? <input type="text"/>	5. PERCEPCIÓN SOBRE SU FAMILIA buena <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> mala <input type="checkbox"/> No hay relación <input type="checkbox"/>	

VIVIENDA	Condiciones Sanitarias <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Hacinamiento <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Observaciones	Observaciones (Indique número y comentario)
-----------------	--	----------------------	--

EDUCACIÓN	1. ESTUDIA no <input type="checkbox"/> n/s <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> No escolarizado <input type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/>	2. MODALIDAD DE ESTUDIO <input type="checkbox"/> Remota <input type="checkbox"/> Presencial <input type="checkbox"/> Mixta	4. GRADO O CURSO <input type="text"/>	6. PROBLEMAS EN INST. EDUCATIVA no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> ¿Cuál? <input type="text"/>	7. VIOLENCIA ESCOLAR Y/O BULLYING no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	8. DESERCIÓN/EXCLUSIÓN no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Causa <input type="text"/>	9. PERCEPCIÓN DE RENDIMIENTO RESPECTO A LA MAYORÍA DE SUS COMPAÑEROS/AS <input type="checkbox"/> mejor <input type="checkbox"/> peor <input type="checkbox"/> igual
		3. CLASES VIRTUALES <input type="text"/> horas por día	5. AÑOS REPETIDOS <input type="text"/> Causa <input type="text"/>				

Observaciones (Indique número y comentario)

TRABAJO	1. TRABAJO Infantil <input type="checkbox"/> Juvenil <input type="checkbox"/> Peores formas <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> horas por semana <input type="text"/>	2. SERVICIO DOMESTICO NO REMUNERADO PELIGROSO no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	3. RAZÓN DE TRABAJO <input type="checkbox"/> Económica <input type="checkbox"/> Autonomía <input type="checkbox"/> Me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c	4. LEGALIZADO no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	5. TIPO DE TRABAJO <input type="text"/>
----------------	--	---	--	--	---

Observaciones (Indique número y comentario)

HÁBITOS/ CONSUMO	1. SUEÑO NORMAL no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> horas por día <input type="text"/>	4. COMIDAS FAMILIARES <input type="text"/> nº comidas/día	7. RIESGO DE TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS (CRAFT)						
	2. TABACO no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	5. ALIMENTACIÓN INADECUADA no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	A. ¿En los últimos 12 meses has consumido? 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"/> Pje total B: <input type="text"/>						
	3. SEGURIDAD VIAL no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	6. ALIMENTACIÓN ESPECIAL no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	B1. ¿Alguna vez has andado en AUTO manejado por alguien (incluyéndote a ti mismo) que estuviera "volado" o que estuviera consumiendo alcohol o drogas? sí no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						
				B2. ¿Has usado alguna vez alcohol o drogas para RELAJARTE, sentirte mejor contigo mismo o para ser parte de un grupo? sí no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		B4. ¿Has OLVIDADO alguna vez cosas que hiciste mientras estabas bajo la influencia del alcohol o drogas? sí no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				B3. ¿Has consumido alguna vez alcohol o drogas estando SOLO? sí no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		B5. ¿Te ha dicho tu familia o amigos que debes disminuir el consumo de alcohol o drogas? sí no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
						B6. ¿Te has medicado alguna vez en PROBLEMAS mientras estabas bajo la influencia del alcohol? sí no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Observaciones (Indique número y comentario)									
GINECO/ UROLOGICO	1. MENARCA / ESPERMARCA no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> años meses <input type="text"/>	2. FECHA ÚLTIMA MENSTRUACIÓN no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Fecha <input type="text"/>	3. RITMO MENSTRUAL Duración n/s <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> Periodicidad n/s <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	5. FLUJO PATOLÓGICO VAGINAL/ SECRECIÓN PENEANA no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	6. ITS / VIH no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> ¿Cuáles? <input type="text"/> Tratamiento sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/s <input type="checkbox"/> Tratamiento contactos sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/s <input type="checkbox"/>	7. EMBARAZO	8. HIJOSAS	9. ABORTOS	
			4. DISMENORREA no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>						
Observaciones (Indique número y comentario)									
SEXUALIDAD	2. CONDUCTA SEXUAL <input type="checkbox"/> postergadora <input type="checkbox"/> anticipadora <input type="checkbox"/> activa <input type="text"/> edad de inicio	3. RELACIONES SEXUALES no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	5. USO DE CONDÓN <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> n/c	6. DIFICULTADES EN RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c	7. USO DE MAC <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> nunca ¿Cuál? <input type="text"/> Consejería uso MAC no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Doble método no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	8. ACO de emergencia no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	10. VIOLENCIA DE PAREJA sí no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> física <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sexual <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> psicológica <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	11. VIOLENCIA SEXUAL no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Reparación no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	
	1. PAREJA <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Edad pareja <input type="text"/>	4. PRÁCTICAS SEXUALES sí no vía vaginal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vía oral <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vía anal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					9. IVE no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>		
Observaciones (Indique número y comentario)									
SITUACIÓN PSICO EMOCIONAL	1. IMAGEN CORPORAL <input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con los demás	2. VIDA CON PROYECTO <input type="checkbox"/> claro <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> ausente	3. ESTADO DE ÁNIMO no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tranquilo <input type="checkbox"/> Desanimado <input type="checkbox"/> Nervioso/ estresado <input type="checkbox"/> Irritable	4. RIESGO SUICIDA no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Deseo estar muerto/a (último mes) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ideación suicida (último mes) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intento suicida (últimos 3 meses) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Suicidio amigo/a o familiar cercano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. REFERENTE ADULTO/A madre <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ninguno <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> <input type="text"/> nombre <input type="text"/> teléfono <input type="text"/> correo <input type="text"/>				
	Observaciones (Indique número y comentario)								
EXAMEN FÍSICO	1. PESO (kg) DE <input type="text"/>	2. TALLA (cm) DE <input type="text"/>	3. PER. CINTURA porcent <input type="text"/>	4. IMC DE <input type="text"/>	5. PRESIÓN ARTERIAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> <input type="text"/>	6. TANNER mamas <input type="checkbox"/> genital <input type="checkbox"/> con foto <input type="checkbox"/>			
	7. ASPECTO GRAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	8. PIEL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	9. AGUD. VISUAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	10. AGUD. AUDITVA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	11. SALUD BUCAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	12. TIROIDES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	13. CARDIO PULMONAR normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	14. ABDOMEN normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	15. COLUMNA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
Observaciones (Indique número y comentario)									
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL				DETECCIÓN DE RIESGO					
				<input type="checkbox"/> Riesgo SSR <input type="checkbox"/> Riesgo suicida <input type="checkbox"/> Riesgo social <input type="checkbox"/> Riesgo psicoemocional <input type="checkbox"/> Violencia					
				<input type="checkbox"/> Riesgo OH/drogas <input type="checkbox"/> Malnutr. por déficit <input type="checkbox"/> Malnutr. por exceso <input type="checkbox"/> Riesgo Deserción Escolar <input type="checkbox"/> Otro: -----					
INDICACIONES				INTERCONSULTAS					

Nombre responsable/profesión _____ 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
2.1	Continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos	Ricardo Molina	Total	SI	SI	SI	SI
2.2		Daniela Cortés	Total	SI	SI	SI	SI
3	Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos por habitante año	María de los Angeles Bravo	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)	Carolina Lara	Total	SI	SI	SI	SI
5	Tasa de visita domiciliaria integral	Ricardo Molina	Progresiva	SI	SI	SI	SI
6.1	Cobertura de Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más Examen de Medicina Preventiva (EMP)	Ricardo Molina	Progresiva	SI	SI	SI	SI
6.2		Nanet González	Progresiva	SI	SI	SI	SI
7	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control	Lorena Vera	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	Progresiva	SI	SI	SI	SI
10.1	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
10.2		Milena Pereira	Progresiva	SI	SI	SI	SI
11	Cumplimiento de garantías explícitas en salud, cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria	<i>Por definir</i>	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	Juan Herrera	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	Total	NO	SI	NO	SI
15	Cobertura de tratamiento en personas con DM2, de 15 y más años	Marcela Rivera	Total	NO	SI	NO	SI
16	Cobertura 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	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^{31 32}

- SA_23_V1.2
- SP_23_V1.0

³¹ Disponible en enlace que será informado oportunamente. Archivo será enviado, a su vez en formato digital a las jefaturas de Atención Primaria de cada Servicio de Salud

³² De existir una actualización en alguna de las series Rem, que afecte alguno de los indicadores del IAAPS, se informará de los cambios pertinentes en una nueva versión de estas Orientaciones Técnicas





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

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 www.maisfamiliarcomunitario.cl/
Denominador
Listado de centros de salud comprometidos a autoevaluar ³³

³³ Consolidado de las resoluciones que cada Servicio dicta sobre la fijación de las metas de las comunas de su competencia.



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

Indicador 2.1: 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

Indicador 2.1: 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





Meta N°3. 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+ C52+ C55+ C58+ C64
(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	A07. SECCIÓN A : ATENCIONES MÉDICAS DE ESPECIALIDAD
Sección	A.1: ATRIBUTOS DE LAS ATENCIONES DE ESPECIALIDAD
Celdas	Z129+ Z130+ Z131+ AA129+ AAZ130+ AA131
(más)	
REM	A08. ATENCIÓN DE URGENCIA
Sección	A.4: ATENCIONES DE URGENCIA REALIZADAS EN ESTABLECIMIENTOS ATENCIÓN PRIMARIA NO SAPU
Celdas	B40
(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	B62
Sección	E: CONTROLES REALIZADOS (CRONICOS)
Celdas	B67
(más)	
REM	A32. ACTIVIDADES DE SALUD PRIORIZADAS, CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA
Sección	C: CONSULTA MÉDICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD POR LLAMADA TELEFÓNICA O VIDEO LLAMADAS
Celdas	B31
Sección	F2: CONTROLES DE SALUD MENTAL REMOTOS (APS Y ESPECIALIDAD)
Celdas	C137+ C148



Denominador
Población Inscrita Validada FONASA ³⁴

³⁴ Ver Anexo 6



Meta N°4. Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivar a consulta médica de especialidad en el 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+ C52+ C55+ C58+ C64
(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	A07. SECCIÓN A : ATENCIONES MÉDICAS DE ESPECIALIDAD
Sección	A.1: ATRIBUTOS DE LAS ATENCIONES DE ESPECIALIDAD
Celdas	Z129+ Z130+ Z131+ AA129+ AAZ130+ AA131
(más)	
REM	A08. ATENCIÓN DE URGENCIA
Sección	A.4: ATENCIONES DE URGENCIA REALIZADAS EN ESTABLECIMIENTOS ATENCIÓN PRIMARIA NO SAPU
Celdas	B40
(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	B62+
Sección	E: CONTROLES REALIZADOS (CRONICOS)
Celdas	B67
(más)	
REM	A32. ACTIVIDADES DE SALUD PRIORIZADAS, CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA
Sección	C: CONSULTA MÉDICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD POR LLAMADA TELEFÓNICA O VIDEOLLAMADAS
Celdas	B31+
Sección	F2: CONTROLES DE SALUD MENTAL REMOTOS (APS Y ESPECIALIDAD)
Celdas	C137+ C148
(menos)	



REM	REM-07. ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES
Sección	A.1: ATRIBUTOS DE LAS ATENCIONES DE ESPECIALIDAD
Celdas	AE136+AF136 – (AE120 + AF120 + (OBSTETRICIA) AE121 + AF121 + (GINECOLOGÍA PEDIÁTRICA Y DE LA ADOLESCENCIA) AE122 + AF122 + (GINECOLOGÍA ADULTO) AE129 + AF129+ (MEDICINA FAMILIAR DEL NIÑO) AE130 + AF130+ (MEDICINA FAMILIAR) AE131 + AF131 (MEDICINA FAMILIAR ADULTO))
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+ C49+ C52+ C55+ C58+ C64
(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	A07. SECCIÓN A : ATENCIONES MÉDICAS DE ESPECIALIDAD
Sección	A.1: ATRIBUTOS DE LAS ATENCIONES DE ESPECIALIDAD
Celdas	Z129+ Z130+ Z131+ AA129+ AAZ130+ AA131
(más)	
REM	A08. ATENCIÓN DE URGENCIA
Sección	A.4: ATENCIONES DE URGENCIA REALIZADAS EN ESTABLECIMIENTOS ATENCIÓN PRIMARIA NO SAPU
Celdas	B40
(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	B62+
Sección	E: CONTROLES REALIZADOS (CRONICOS)
Celdas	B67
(más)	
REM	A32. ACTIVIDADES DE SALUD PRIORIZADAS, CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA

Sección	C: CONSULTA MÉDICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD POR LLAMADA TELEFÓNICA O VIDEOLLAMADAS
Celdas	B31+
Sección	F2: CONTROLES DE SALUD MENTAL REMOTOS (APS Y ESPECIALIDAD)
Celdas	C137+ C148



Meta N°5. Tasa de visita domiciliaria integral

Numerador	
REM	A26. ACTIVIDADES EN DOMICILIO Y OTROS ESPACIOS
Sección	A: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES A FAMILIAS (ESTABLECIMIENTOS APS) ³⁵
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
Sección	A.1: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y SUS CUIDADORES
Celdas	C40+ C41+ D40+ D41+ E40+ E41
más	
REM	REM - A33. CUIDADOS PALIATIVOS NIVEL APS Y HOSPITALARIO
Sección	A.2: ACTIVIDADES NIVEL PRIMARIO
Celdas	B46
Denominador	
Población Inscrita Validada FONASA ³⁶	

³⁵ La suma de las columnas Primera Visita, Segunda Visita y Tercera o más visitas de seguimiento, según manual REM, debe ser igual a la columna Total

³⁶ Ver Anexo 6



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

Indicador 6.1: 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 SEGÚN RESULTADO DEL ESTADO NUTRICIONAL
Celda	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
más	
REM	A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD
Sección	H: INGRESOS AL PSCV
Celda	H111+ I111+ J111+ K111+ L111+ M111+ N111+ O111+ P111+ Q111+ R111+ S111+ T111+ U111+ V111+ W111+ X111
(menos)	
REM	A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD
Sección	I: EGRESOS DEL PSCV
Celda	H124+ I124+ J124+ K124+ L124+ M124+ N124+ O124+ P124+ Q124+ R124+ S124+ T124+ U124+ V124+ W124+ X124
(menos)	
REM	P1. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER
Sección	B: GESTANTES EN CONTROL CON RIESGO PSICOSOCIAL
Celda	B40+ B41+ B42+ B43+ B44+ B45+ B46





Indicador 6.2 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 SEGÚN RESULTADO DEL ESTADO NUTRICIONAL
Celda	Y21+ Z21+ AA21+ AB21+ AC21+ AD21+ AE21+ AF21
Denominador	
Población Inscrita Validada FONASA	





Meta N°7. 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, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL PARA NIÑOS MENOR DE UN MES-59 MESES
Celda	J11+ K11+ L11+ M11





Meta N°8. Cobertura de control de Salud Integral a adolescentes de 10 años a 19 años

Numerador	
REM	A01. CONTROLES DE SALUD
Sección	D: CONTROL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES (incluidos en sección B)
Celda	C75+ H75
mas	
REM	A32. ACTIVIDADES DE SALUD PRIORIZADAS, CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA
Sección	J: ATENCIÓN REMOTA ADOLESCENTE
Celda	B189+ B190+ E189+ E190
Denominador	
Población Inscrita Validada FONASA	



Meta N°9. 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	



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.

Indicador 10.1: 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 ³⁷	
REM	A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD
Sección	N: INGRESOS AL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN APS /ESPECIALIDAD
Celda	C183
menos ³⁸	
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	C231 + AN231 + A0231 + AP231
Denominador	
Población estimada según prevalencia referencial (Población inscrita validada FONASA de 0 y más años x 22%)	

³⁷ No aplica para el 4° corte.

³⁸ No aplica para el 4° corte.





Indicador: 10.2: 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	
REM	A19a. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD
Sección	A.3: CONSEJERÍAS FAMILIARES
Celda	C90+ C92
más	
REM	A26. ACTIVIDADES EN DOMICILIO Y OTROS ESPACIOS
Sección	A: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES A FAMILIAS (ESTABLECIMIENTOS APS)
Celda	C30+ C31
más	
REM	A26. ACTIVIDADES EN DOMICILIO Y OTROS ESPACIOS
Sección	A.1: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y SUS CUIDADORES
Celda	C38+ D38+ E38
más	
REM	A32. ACTIVIDADES DE SALUD PRIORIZADAS, CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA
Sección	F1: ACCIONES TELEFÓNICAS DE SALUD MENTAL (APS Y ESPECIALIDAD)
Celda	B130+ B131+ B132
Sección	F2: CONTROLES DE SALUD MENTAL REMOTOS (APS Y ESPECIALIDAD)
Celda	C147+ C158
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 ³⁹	
REM	A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD
Sección	N: INGRESOS AL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN APS /ESPECIALIDAD
Celda	C183

³⁹ No aplica para el 4° corte.





menos ⁴⁰	
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	C231 + AN231 + A0231 + AP231

⁴⁰ No aplica para el 4° corte.



Meta N°11. 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





Meta N°12. 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





Meta N°13. 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





Meta N°14. 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+ E23
Denominador	
Población de 15 a 19 años inscrita validada FONASA	





Meta N°15. Cobertura de Diabetes Mellitus 2, en personas de 15 años y más

Numerador	
REM	P4. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)
Sección	A: PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)
Celda	C17
Denominador	
Prevalencia de DM2 según edad en ENS 2016-2017 en Población Inscrita Validada FONASA	





Meta N°16. Cobertura de Hipertensión arterial en personas de 15 y más años

Numerador	
REM	P4. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)
Sección	A: PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)
Celda	C16
Denominador	
Prevalencia de HTA según edad en ENS 2016-2017 en Población Inscrita Validada FONASA	





Meta N°17. 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	



Meta N°18. 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	F69+ G69
Denominador	
Población Inscrita Validada FONASA	



ANEXO 6.

Población inscrita validada 2023

Mediante oficio ordinario N°19673/2022 del 25 de noviembre del 2022, 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 2023, con la cual se deben calcular las metas correspondientes en la presente Orientación Técnica.

La planilla con la PIV será enviada junto a la planilla de fijación señalada en la sección **“Orientaciones Generales del IAAPS”**



ANEXO 7.

Denominadores 2023

La planilla con la los denominadores tanto de fuente REM como de la Población inscrita Validada será enviada junto a la planilla de fijación señalada en la sección "**Orientaciones Generales del IAAPS**"

