

ORIENTACIONES TECNICAS

METAS SANITARIAS LEY 19.813

2022

Septiembre 2021, versión 1.0

TABLA DE CONTENIDO

CARACTERIZACIÓN DE LAS METAS SANITARIAS 2022	2
Objetivos de las Metas Sanitarias.....	2
Consideraciones en el proceso de Fijación de Metas Sanitarias 2022.....	3
META I: RECUPERACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	5
Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses con riesgo del desarrollo psicomotor recuperados.....	5
META II: DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO	10
Papanicolaou (PAP) vigente en Mujeres de 25 a 64 años	10
META III: PROTECCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIÓN INFANTIL	15
III.A: Control con enfoque de riesgo odontológico en población de 0 a 9 años	15
III.B: Niños y niñas de 6 años libres de caries	177
META IV: COBERTURA DE TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN EN PERSONAS CON DM2	1919
IV.A: Cobertura efectiva de diabetes tipo 2 (DM2) en personas de 15 años y más.....	19
IV.B: Evaluación anual de los pies en personas con diabetes bajo control de 15 y más años	233
META V: COBERTURA DE TRATAMIENTO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)	255
Cobertura efectiva de HTA en personas de 15 años y más	255
META VI: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES DE VIDA	288
Cobertura de lactancia materna exclusiva en niños y niñas al sexto mes de vida.....	288
META VII: ESTABLECIMIENTOS CON PLAN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD	322
Elaboración, ejecución y evaluación de un plan de participación social en salud, del establecimiento o comuna, en conjunto con su comunidad, en reciprocidad con el modelo de salud familiar.....	322
ORIENTACIONES PARA EL PROCEDIMIENTO DE FIJACIÓN DE METAS SANITARIAS de la LEY 19.813	388
ANEXO N°1	455
Cuadro resumen de metas sanitarias 2022	455
ANEXO N°2	488
Medios de verificación	488
ANEXO N°3	533
Control de Cambios	533
ANEXO 4	544
Formato de apelación para la Meta I: Recuperación del desarrollo psicomotor.....	544

CARACTERIZACIÓN DE LAS METAS SANITARIAS 2022

OBJETIVOS DE LAS METAS SANITARIAS

Las metas sanitarias forman parte de las políticas de salud pública y tienen por objetivo garantizar la protección de la salud y mejorar la condición de salud de las personas que se atienden en el sistema público de salud.

En base a un análisis de indicadores sanitarios que evalúan el impacto de las intervenciones en la salud y bienestar de las personas a cargo, se seleccionan 7 metas sanitarias que se relacionan con la Estrategia Nacional de Salud vigente, para el cumplimiento de los Objetivos sanitarios. Estas metas sanitarias son:

- I. Recuperación del desarrollo Psicomotor
- II. Detección precoz del cáncer de cuello uterino
- III. Protección de la salud bucal en población infantil
- IV. Cobertura de tratamiento y evaluación en personas con DM2
- V. Cobertura efectiva de Hipertensión Arterial en personas de 15 años y más
- VI. Lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses de vida
- VII. Establecimiento con plan de participación social elaborado y funcionando participativamente

Considerando que la Atención Primaria de Salud (APS), tiene un rol fundamental en el cuidado integral de las personas y sus familias, centrado en sus necesidades, brindando continuidad de la atención en salud, con énfasis en la promoción de salud en la comunidad y prevención de enfermedades de acuerdo al Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) , se realiza un llamado a los Servicios de Salud y entidades administradoras, junto a los representantes de los gremios de funcionarios, a realizar un esfuerzo para el cumplimiento de estas metas, considerando el beneficio de ellas en la salud y calidad de vida de las personas y familias de su territorio.

CONSIDERACIONES EN EL PROCESO DE FIJACIÓN DE METAS SANITARIAS 2022

De acuerdo con la ley 19.813¹, que otorga Beneficios a la Salud Primaria, el proceso de fijación de las metas debe ser realizado por el **Servicio de Salud** con presencia de los **representantes de las entidades administradoras de salud comunal y un representante de los gremios, constituyendo un comité técnico consultivo** destinado a este fin. En dicho comité se deben concordar las metas que, basadas en criterios de salud pública y en el nivel de cumplimiento de los años anteriores, impliquen una mejoría respecto a cada uno de los ítems evaluados.

En ningún caso la meta fijada debe representar un decrecimiento o deterioro de los valores del año anterior.

La **determinación de la meta debe hacerse en el mes de octubre** y según la obligatoriedad dada por el artículo N°7 del Decreto N°324 / 2003 que señala: "Las metas e indicadores fijados serán comunicados por el Servicio de Salud a cada entidad administradora o establecimiento afectado, al respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud y al Ministerio de Salud, a más tardar el 31 de octubre del año respectivo", **los Servicios de Salud deben enviar al Ministerio de Salud y a las respectivas Seremis, las metas fijadas por las comunas y/o establecimientos y los documentos que respaldan dicho proceso.** Eso incluye planillas en formato digital con fórmulas de cálculo estandarizadas que será enviada durante el mes de octubre a cada Servicio de Salud, acta de las reuniones sostenidas y la resolución exenta de fijación de metas sanitarias para el año entrante. Se sugiere que, junto con enviar los documentos por vía formal y regular, puedan ser enviados a referente de la División de Atención Primaria de MINSAL, por correo electrónico nicolas.figuroa@minsal.cl, con el fin de consolidar oportunamente la información.

Para el cálculo que permita determinar las metas para cada una de las entidades administradoras o sus establecimientos (de acuerdo con lo señalado en el art. 10 del decreto 324), los Servicios de Salud debe usar la información vigente al mes de septiembre del año en curso, para proyectar numerador y denominador de cada una de las metas del siguiente año, tanto en los indicadores que tienen fuente en los REM (serie A y serie P) como aquellos con fuente Población Inscrita.

¹ Congreso Nacional. Historia de la Ley 19.813 Otorga Beneficios a la Salud Primaria. Chile, 2002

Es necesario que los Servicios de Salud trabajen en conjunto con sus comunas en la definición de numeradores y denominadores a comprometer, dado que es el medio para aproximarnos a una evaluación sanitaria de estas metas.

Por último y, en esa línea, es **fundamental que las entidades administradoras de salud y los Servicios de Salud, se comprometan a hacer al menos una evaluación intermedia y otra final, con fines sanitarios, en planilla estandarizada enviada a cada Servicio de Salud, más allá de la determinación del acceso a los beneficios monetarios que se definan a partir del nivel de cumplimiento, sino más bien con el objetivo de realizar intervenciones en conjunto con los equipos de salud en beneficio de la población a cargo de cada establecimiento, considerando el impacto que el incumplimiento de estas metas conlleva en la salud de las personas y sus familias.**

Esta evaluación intermedia debe ser enviada en planilla estandarizada a División de Atención Primaria, durante el mes de agosto de cada año, incorporando estrategias e intervenciones dirigidas a alcanzar el cumplimiento anual de metas comprometidas.

META I: RECUPERACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 23 MESES CON RIESGO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR RECUPERADOS

ANTECEDENTES

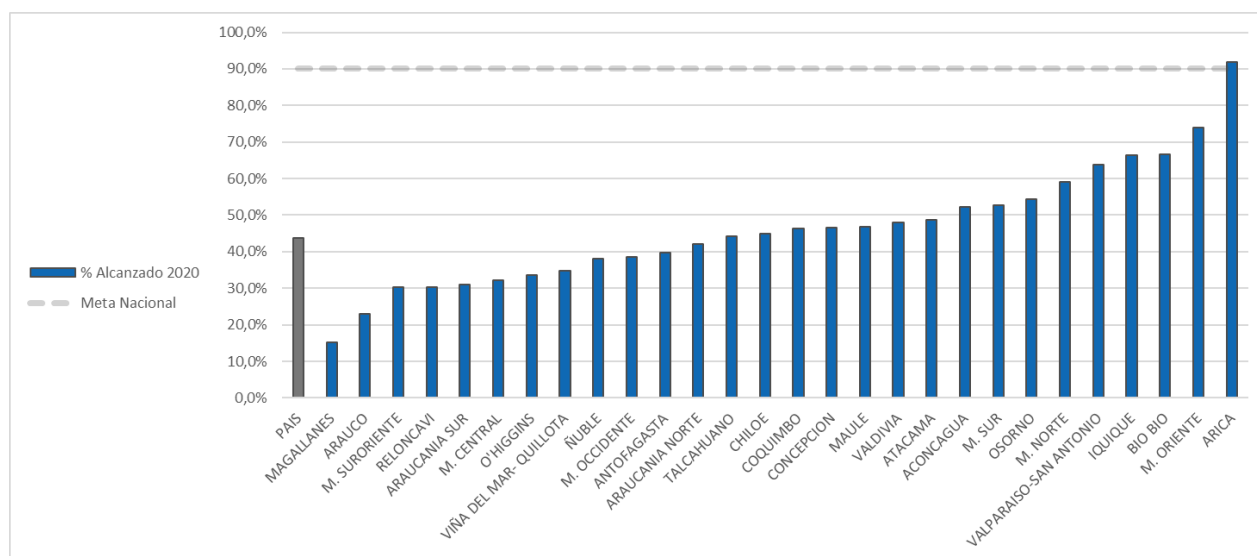
Esta meta sanitaria se encuentra en concordancia con la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, cuyo Objetivo de impacto relacionado con esta meta es "Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil". Para contribuir a su logro, se requiere como una de sus actividades principales la pesquisa y tratamiento temprano de los riesgos y retrasos en el desarrollo de los niños y niñas, a través de las evaluaciones del desarrollo psicomotor (DSM) como parte del control de salud del niño/a. Al mismo tiempo, involucra diversas estrategias de promoción de factores protectores; y prevención y tratamiento de aquellos factores que interfirieren en el desarrollo integral de los niños y niñas.

Por ello, se ha considerado la recuperación de los niños y niñas con déficit de desarrollo psicomotor como prioritario, focalizando en el diagnóstico "Riesgo", para efecto de las metas sanitarias de la Ley N°19.813.

En el contexto nacional, el perfil epidemiológico de las principales causas de morbimortalidad infantil ha cambiado en las últimas décadas, expresándose como problemas de salud pública: accidentes, rezagos del desarrollo, maltrato, obesidad, anomalías congénitas y enfermedades crónicas; éstos problemas condicionan un deterioro de la calidad de vida del niño(a) al limitar su desarrollo biopsicosocial armónico, al dificultar el acceso a una estimulación apropiada y a enfrentar el ámbito escolar con el máximo desarrollo de sus habilidades y competencias.

Durante el año 2019, al observar los resultados globales de la evaluación del DSM, se detecta que el 13,6% de los niños(as) menores de 5 años presentan rezago, riesgo o retraso, por otra parte, en el caso de los niños y niñas entre 12 y 23 meses, asciende a 14,5%. Específicamente en el grupo etario de 12 a 23, el 7,5% de los niños y niñas fueron evaluados con riesgo. De éstos, el 69,4% de los que fueron reevaluados alcanzaron la categoría normal de recuperación del DSM. Por otra parte, producto de la pandemia se observa una notoria disminución de los controles de salud con evaluación del desarrollo psicomotor de manera oportuna, generando que las reevaluaciones no puedan ser consideradas dentro del indicador, al ocurrir posterior a los 23 meses de niños y niñas.

Ilustración 1: Porcentaje de niños y niñas evaluados con riesgo en su desarrollo psicomotor, que se recuperaron durante el 2020, por Servicio de Salud.



CARACTERIZACION DE LA META

Meta nacional	90% de niños y niñas de 12 a 23 meses con riesgo del desarrollo psicomotor, recuperados
Indicador	$\left(\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de niños y niñas de 12 a 23 meses con riesgo del Desarrollo Psicomotor (DSM) recuperados en el periodo de enero a diciembre 2022}}{\text{N}^{\circ} \text{ de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados en el control de salud de los 18 meses con riesgo del Desarrollo Psicomotor en su primera evaluación en el periodo de octubre 2021 – septiembre 2022}} \right) \times 100$
Medios de verificación ²	Numerador: Rem A03, Sección A.2 Denominador: Rem A03, Sección A.2
Meta Sanitaria Municipal 2022	Las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que estén por debajo de la Meta Nacional, deberán al menos disminuir en un 30% la brecha entre lo logrado el año 2021 y la meta nacional 2022. De la misma manera, quienes tengan coberturas logradas el año anterior superiores a la Meta Nacional, deberán al menos mantenerla.
Plan nacional de salud para los objetivos sanitarios	Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil. Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta Meta: Fortalecer la prevención secundaria del rezago en la primera infancia.

² Detalles en Anexo 2

Para efectos del cumplimiento del indicador, en el denominador **no se considerarán aquellos niños y niñas evaluados con diagnóstico de riesgo en su DSM por primera vez en los meses de octubre, noviembre y diciembre del año en 2022**; ya que estos, estarían cursando su plan de intervenciones y tratamiento en modalidad de estimulación, el cual puede extenderse por tres meses de tratamiento (90 días) desde la fecha de la primera evaluación, y que, por lo tanto, **si deberán sumarse al denominador del año siguiente (2023) ya que se estaría cumpliendo con lo indicado en la Norma Técnica de Infancia.**

Deberán sumarse al denominador los niños y niñas evaluados con diagnóstico de riesgo en su DSM por primera vez **en los meses de octubre, noviembre y diciembre del año en 2021**, ya que así se estaría cumpliendo con lo indicado respecto a la recuperación en la Norma Técnica de Infancia.

En cuanto al traslado de establecimiento, éste corresponde al cambio de la persona desde un establecimiento de salud a otro. En estos casos el **niño o niña deberá ser considerado, tanto en el numerador como denominador del indicador, en el establecimiento o centro asistencial en que se desarrolle el plan de intervención para la recuperación del DSM.** De esta manera, si la intervención se desarrolla en el Establecimiento que recibe al niño o niña, el Establecimiento de origen debe realizar el descuento manual del caso en su denominador, por otra parte, si el traslado ocurre posterior a la ejecución del plan de intervención, el niño o niña debe ser contabilizado dentro del indicador en su establecimiento de origen. Es importante gestionar la entrega técnica oportuna del caso al establecimiento que recibe al niño y niña, de manera de resguardar la continuidad de las intervenciones, puesto que, si la recuperación del DSM se da posterior a los 23 meses, no podrá ser considerado en el cálculo.

Los niños y niñas que son derivados a especialidad, de acuerdo con lo indicado en las normas técnicas, **no deben considerarse como recuperados y deben descontarse del denominador del indicador.**

Ante los casos descritos anteriormente, se deberán enviar los informes de apelación (Anexo 4) a los referentes de los Servicios y SEREMI de Salud, junto a los siguientes documentos u otros verificables que justifiquen la modificación del numerador y/o denominador.

- Traslado a otro centro asistencial: se deberá adjuntar verificador, con fecha donde se inscribe en el nuevo centro asistencial y/o hace abandono de éste, según sea el caso;

registro de las atenciones clínicas (ficha clínica o SRDM) que muestren dónde se realizó el plan de intervención.

- Derivación a nivel secundario: se deberá adjuntar verificador de interconsulta a especialista.
- Confirmación de diagnóstico secundario en caso de aquellos niños o niñas que no cumplan con los criterios de inclusión para ser evaluador por medio del instrumento de evaluación del DSM: se deberá adjuntar verificador de informe médico de especialista o contrarreferencia.

El no envío del documento, envío incompleto o con información errónea, será responsabilidad del establecimiento evaluado, y será causal de rechazo de apelación.

DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS

Primera Evaluación: Evaluación universal del desarrollo psicomotor a través de un instrumento de tamizaje aplicado por Enfermera/o, por primera vez a todos los niños (as) que asisten a los controles de salud de los 18 meses. El resultado de la evaluación se clasifica en Normal, Normal con Rezago, Riesgo o Retraso.

Normal: Coeficiente de Desarrollo obtenido de la conversión de la razón Edad Mental/Edad Cronológica convertido a Puntaje Estándar (PE) es mayor o igual a 0,85 en baremo nivel socioeconómico medio-alto (EEDP).

Riesgo: Coeficiente de Desarrollo obtenido de la conversión de la razón Edad Mental/Edad Cronológica convertido a Puntaje Estándar (PE) es mayor o igual a 0,70 y menor o igual a 0,84 en baremo nivel socioeconómico medio-alto (EEDP).

Reevaluación: Para efectos del cumplimiento del indicador, corresponde a la aplicación por Enfermera/o de Test de Desarrollo Psicomotor, realizada a niños y niñas que fueron detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor en una primera evaluación en el control de los 18 meses, según lo indicado en la Norma Técnica para la Supervisión de los niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud, Minsal 2014.

Recuperación del Desarrollo Psicomotor: Para efectos del cumplimiento del indicador se considerarán como recuperados, todos los niños y niñas diagnosticados en Riesgo en su primera evaluación de desarrollo en el control de salud de los 18 meses de edad y que al ser reevaluados posterior a un plan de intervención, éste debe estar dentro de los plazos y lineamientos técnicos indicados en la Norma Técnica para la Supervisión de los niños y niñas

de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud, Minsal 2014, que obtienen puntaje Normal; este puntaje Normal incluye la categoría **Normal y Normal con Rezago**.

Para consultas técnicas de esta meta contactar a:

[Dayann Martinez Santana](#)

dayann.martinez@minsal.cl

META II: DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

PAPANICOLAOU (PAP) VIGENTE EN MUJERES DE 25 A 64 AÑOS

ANTECEDENTES

Las recomendaciones internacionales y el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino indican que lograr y mantener coberturas de PAP vigente, iguales o superiores al 80% en mujeres de 25 a 64 años, impacta en la reducción de la mortalidad por cáncer al cuello uterino. Por esto, esta meta se relaciona con uno de los Resultados Esperados de Impacto de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020: “Mejorar la detección precoz del cáncer de cuello uterino en grupos de riesgo”.

Sin embargo, es importante señalar que el impacto de la cobertura de PAP en la mortalidad se observa después de 10 o 15 años, por lo que resulta preocupante advertir que en los últimos años se ha producido una reducción o estancamiento de los porcentajes de cobertura de este examen en la población de riesgo. Entonces, resulta relevante iniciar o reactivar las estrategias que permitan mejorar este indicador y así asegurar una reducción. Esta meta viene a contribuir al indicador de cobertura de cada establecimiento, Comuna, Servicio de Salud y Región, como también a la Meta Nacional, donde se espera lograr y mantener una cobertura de 80% de mujeres entre 25-64 años con PAP Vigente.

CARACTERIZACIÓN DE LA META

Meta Nacional	80% de cobertura de mujeres entre 25-64 años que cuentan con PAP vigente en los últimos 3 años.
Indicador	Porcentaje de mujeres ³ de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años
Fórmula ³	$\frac{\left(\begin{array}{l} \text{N}^\circ \text{ logrado de mujeres de 25 a 64 años inscritas} \\ \text{validadas por FONASA, con PAP vigente a diciembre 2022} \end{array} \right)}{\left(\begin{array}{l} \text{N}^\circ \text{ de mujeres de 25 a 64 años inscritas} \\ \text{validadas por FONASA para el año 2022} \end{array} \right)} \times 100$
Medio de Verificación ⁴	Numerador: REM P12, Sección A Denominador: Población inscrita validada FONASA 2022
Meta Sanitaria Municipal 2022	Se espera que las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, identifiquen el N° de mujeres con PAP vigente restante para

³ Para el cálculo de la meta se debe incorporar a personas TRANS masculinos de 25 a 64 años con Papanicolaou (PAP) vigente

⁴ Detalles en Anexo 2

	<p>disminuir a lo menos un 25% de la brecha entre la cobertura lograda a diciembre 2019 y la meta nacional de cobertura de 80%, comprometiendo una mejora de la cobertura equivalente a este N° de mujeres con PAP vigente a incrementar.</p> <p>De igual manera, quienes no tengan brecha, deberán al menos mantener el número de mujeres con PAP vigente logrado el año 2019. En ningún caso se aceptará disminuir el número absoluto de mujeres con PAP vigente.</p> <p>La fijación de la meta se debe expresar en N° y debe corresponder como mínimo al 25% de la brecha a partir de la cobertura lograda a diciembre de 2019.</p> <p>Las comunas o establecimientos que no alcancen el cierre de brecha comprometido en el 2019 deberán disminuir en un 30% su cierre de brecha</p>
Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios	<p>Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Reducir la tasa de mortalidad por cáncer</p> <p>Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Mejorar la detección precoz del cáncer de cuello uterino en grupos de riesgo</p>

METODOLOGÍA DE CÁLCULO Y REGISTRO

Para la fijación de la meta 2022, previamente se debe realizar un estudio de la brecha que cada comuna o establecimiento tenga para alcanzar el 80% de mujeres y personas trans masculinos de 25 a 64 años inscritas y validadas con PAP Vigente en los últimos 3 años. Del cálculo anterior, se obtendrá el número total de mujeres y personas trans masculinos que cada comuna o establecimiento requiere cubrir para alcanzar el 80% de cobertura a diciembre de 2022. De ese número (brecha) se debe comprometer a lo menos un 25%. La siguiente tabla muestra un ejemplo de cálculo de la brecha y el número de mujeres y personas trans masculinos a captar para alcanzar a reducir al menos el 25% de la brecha de cada comuna o establecimiento.

Metodología para el cálculo de la brecha y del N° mínimo de mujeres y trans masculinos con PAP vigente a Diciembre de 2019

A	B	C	D	E	F
N° de mujeres y trans masculinos 25 a 64 años inscritas con	Total mujeres y trans masculinos 25-64 años inscritas y	Meta cobertura nacional: 80% de la población inscrita	Brecha entre N° mujeres y trans masculinos con PAP vigente a	25% de la brecha (D*25%)	N° mínimo esperado de mujeres y trans masculinos con PAP

PAP vigente año 2019	validadas año 2022 ⁵	(B*80%)	diciembre 2019 y N° mujeres y trans masculinos esperadas con 80% cobertura (C-A)		vigente a Diciembre 2022 (A+E)
3.000	5.000	4.000	1.000	250	3.250

Columna	Definición	Fuente	Observaciones
A	Número de mujeres y trans masculinos de 25 a 64 años, inscritas validadas con PAP vigente a diciembre 2019.	REM P12, sección A (Citoexpert-REVICAN)	Por cada centro de salud, Comuna y Servicio de Salud
B	Población de mujeres y trans masculinos de 25 a 64 años inscritas y validadas año 2022	Informe de FONASA (según fecha de corte) de la población de mujeres y trans masculinos de 25 a 64 años, inscritas validadas para el 2022	Cada Estadístico del SS, debe hacer llegar al Encargado de APS esta información por Comuna y Establecimiento.
C	Corresponde al N° de mujeres y trans masculinos de 25 a 64 años que debiera tener su PAP Vigente si se tuviera el 80% de la columna de cobertura. (B*0.8)	Cálculo del N° de la columna "B" por el 80%	Debe expresarse en N° de mujeres y trans masculinos.
D	Corresponde a la resta entre el N° de mujeres y trans masculinos con PAP vigente a diciembre 2019 y el N° de mujeres y trans masculinos esperadas si se tuviera el 80% de cobertura. Este N° es la BRECHA (C - A)	Diferencia o resta entre la columna "C", menos la columna "A".	Debe expresarse en N° de mujeres y trans masculinos.

⁵ Última validación vigente al momento de fijar la meta

E	Corresponde al N° de mujeres y trans masculinos de 25 a 64 años, equivalente al 25% del total de la brecha (columna D). (D*25%)	Cálculo del N° de la columna "D" por el 25%	Debe expresarse en N° de mujeres y trans masculinos. Este es el mínimo aceptable en la fijación.
F	Corresponde al N° esperado de mujeres y trans masculinos con PAP vigente a diciembre 2022. (A+E)	Suma entre la columna A y la E	Debe expresarse en N° de mujeres y trans masculinos.

Respecto de las fuentes a utilizar para la información sobre mujeres y trans masculinos con PAP vigente se debe utilizar el REM P12 (que el DEIS publica semestralmente), este REM de la serie P debe ser alimentado desde el sistema informático Citoexpert o REVICAN (dependiendo del sistema que use el Servicio de Salud), ambos sistemas del Programa de Cáncer Cervicouterino usan el RUT de cada persona, para los cálculos de vigencia. No se permite como fuente los tarjeteros poblacionales.

En el denominador, al momento de fijar y comprometer la meta, la fuente es lo informado por FONASA en la última validación de la población de mujeres y trans masculinos de 25 a 64 años, previo a la fijación de la meta.

DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS:

Teniendo presente que las mujeres y trans masculinos a tamizar cada 3 años, corresponden a mujeres y trans masculinos inscritos en cada establecimiento y por lo tanto, éste cuenta con sus datos; lo que se esperarí es que se priorice captar a las mujeres y trans masculinos entre 25 y 64 años inscritas en el Establecimiento y que "nunca" se han realizado un PAP, luego a aquellas "atrasadas" (con PAP de más de 3 años) y aquellas a las que les corresponde "repetir" su PAP ese año.

Se debe también considerar que cada año más o menos un tercio de las mujeres y trans masculinos pierden vigencia de su PAP.

Se recuerda que tanto el Citoexpert como el REVICAN, permiten identificar y listar a mujeres y trans masculinos "atrasados" con el fin de establecer, por ejemplo, citas personalizadas.

Es importante que todo el equipo, elabore estrategias locales que permitan, superar la brecha de mujeres y trans masculinos sin PAP vigente, recurriendo también a experiencias

exitosas de otros equipos de salud, como la derivación interna entre diferentes funcionarios del Establecimiento.

Considerando que el tamizaje a través del PAP es parte del GES, se deben mantener los registros adecuados para la trazabilidad de este examen y el seguimiento de los casos tamizados. Igualmente, de ser posible, se debe mejorar la información respecto a las mujeres y trans masculinos beneficiarios e inscritos que se toman el examen de PAP en el sector privado. Este número de personas podrán sumar en el numerador al momento de la evaluación de la Meta por la SEREMI de Salud, para esto las SEREMIS en conjunto con el Servicio de Salud y comunas deben definir el medio verificador de validación de los registros informados.

Los Encargados del Programa de Cáncer Cervicouterino en el Servicio de Salud deben monitorear en forma integral el Programa y realizar las auditorias correspondientes de los casos incidentes y la mortalidad por este cáncer con los equipos de los 3 niveles de atención.

Para consultas técnicas de esta meta contactar a:

Ana Ayala

aayala@minsal.cl

Juan Herrera Burott

juan.herrerab@minsal.cl

META III: PROTECCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIÓN INFANTIL

Esta meta está constituida por dos sub-metas: Control con enfoque de riesgo odontológico en población de 0 a 9 años y Niños y niñas de 6 años libres de caries.

III.A: CONTROL CON ENFOQUE DE RIESGO ODONTOLÓGICO EN POBLACIÓN DE 0 A 9 AÑOS

ANTECEDENTES

Chile presenta una alta prevalencia de patologías bucales, éstas corresponden principalmente a patologías crónicas, multicausales, que se presentan desde la infancia y que tienden a aumentar su prevalencia y severidad con la edad. Las patologías bucales más prevalentes en la infancia son caries dental y gingivitis.

Para reducir estas patologías, es necesario mantener a la población en control desde los primeros meses de vida, evaluando el riesgo de enfermar de las niñas y niños e implementando estrategias para disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores protectores.

Los controles odontológicos, en población de 0 a 9 años, permiten implementar estrategias de promoción de salud y prevención de patologías bucales según riesgo de enfermar, favoreciendo también la detección precoz de cualquier anomalía o patología bucal que pudiera presentarse, permitiendo controlarlas en sus etapas iniciales.

Dentro de estas estrategias está la orientación a los padres, madres y/o cuidadores, con el fin de establecer, en las niñas y niños, hábitos saludables de alimentación e higiene bucal con pasta fluorada y la aplicación de medidas de protección específica y control, como el barniz de flúor y los sellantes de fosas y fisuras.

Esta meta sanitaria está en concordancia con la Estrategia Nacional de Salud 2011– 2020, específicamente con el objetivo de impacto “prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en los menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables” cuyo resultado esperado es reforzar y expandir el modelo de intervención de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales en párvulos y escolares. Este modelo considera dentro de sus estrategias “Instalar el uso adecuado de medidas de protección específica para patologías bucales más prevalentes según riesgo” e “Instalar la vigilancia de población sana

y en riesgo de enfermar a través de la mantención de población bajo control". Ambas estrategias están consideradas en el control odontológico de los niños y niñas de 0 a 9 años.

CARACTERIZACIÓN DE LA META

Meta Nacional	Cobertura 35% en niños(as) de 0 a 9 años en control con enfoque de riesgo odontológico
Fórmula	$\frac{\left(\begin{array}{c} \text{N}^\circ \text{ de niños(as) de 0 a 9 años en control} \\ \text{con enfoque de riesgo odontológico,} \\ \text{en el periodo enero a diciembre 2022} \end{array} \right)}{\left(\begin{array}{c} \text{N}^\circ \text{ total de niños(as) inscritos} \\ \text{validados de 0 a 9 años, año 2022} \end{array} \right)} \times 100$
Medio de Verificación ⁶	Numerador: REM A03 Sección D.7 Denominador: Población inscrita validada FONASA
Meta Sanitaria Municipal 2022	Se espera que las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que el 2021 registren un cumplimiento inferior a la meta nacional fijada, avancen al menos en un 50% de la brecha el 2022. De la misma manera, quienes durante el 2021 tengan coberturas iguales o superiores a la meta nacional deberán, al menos, mantenerla el 2022.
Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios	Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años con énfasis en los más vulnerables Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Reforzar y expandir el modelo de intervención de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales en párvulos y escolares.

DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS

El **Control Con Enfoque de Riesgo Odontológico** corresponde al seguimiento realizado a través de controles de salud oral a niños y niñas menores de 10 años, con o sin patologías orales, para mantenerlos(as) sanos y compensar en forma temprana a los que están enfermos. Se realiza desde los 6 meses de edad, con el fin de mantenerlos bajo control. Incluye examen de salud bucal, aplicación de pauta de riesgo odontológico, educación y aplicación de medidas preventivas y de control de las patologías bucales. Para efectos del indicador, se utilizará la aplicación de pauta de riesgo odontológico como trazadora (REM A03. Sección D7).

Se recomienda consultar la orientación técnica administrativa del programa CERO.

⁶ Detalles en Anexo 2

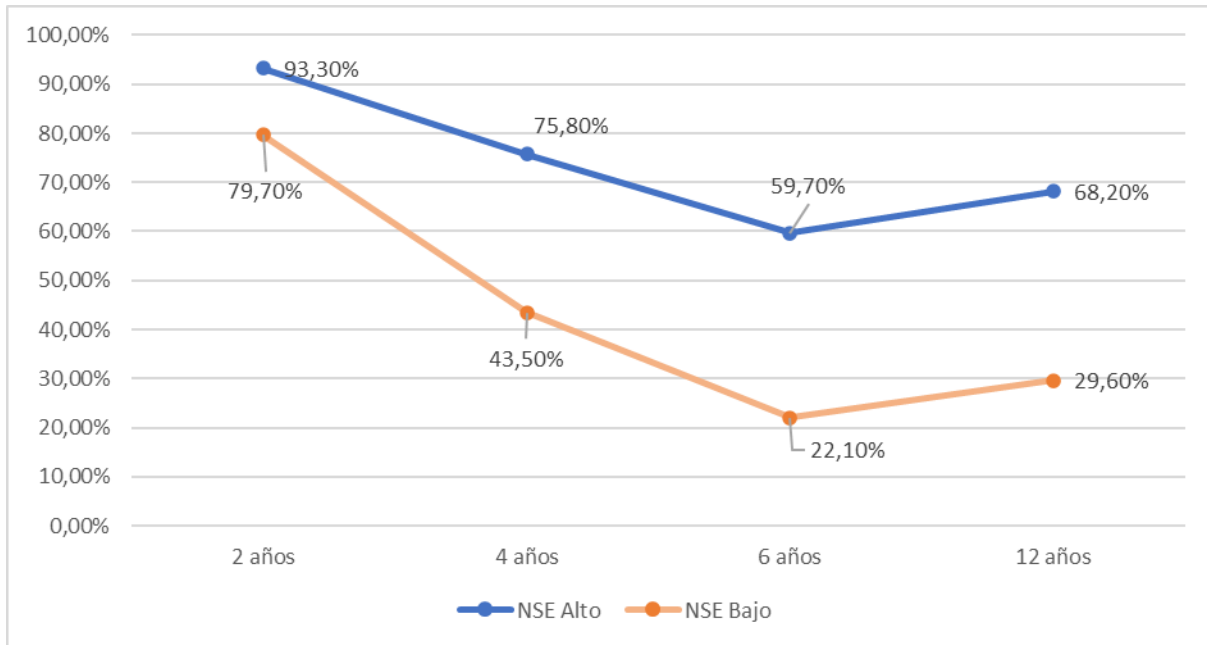
III.B: NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS LIBRES DE CARIES

ANTECEDENTES

La caries dental es una enfermedad crónica que afecta a personas de todas las edades alrededor del mundo. Se puede iniciar desde los primeros años de vida, incrementándose con la edad.

Según la información de los últimos estudios epidemiológicos nacionales disponibles, a los 2 años hay un 82,5% de niños y niñas libres de caries, 49,6% a los 4 años y 29,6% a los 6 años. Se observa un menor porcentaje de niños y niñas libres de caries en población de nivel socioeconómico bajo, aumentando la brecha de inequidad a medida que aumenta la edad, como se observa en el siguiente gráfico:

Ilustración 2: Niñas y niños libres de caries según edad y nivel socioeconómico



Se entiende por **niños y niñas libres de caries**, aquellos que no tienen historia de caries (sin lesiones de caries cavitadas, obturaciones o dientes perdidos por caries).

El Plan Nacional para los Objetivos Sanitarios al 2020 define para el objetivo de impacto "prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en los menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables", la meta establecida es "aumentar en un 35% la prevalencia de niños y niñas de 6 años libres de caries.

Considerando que este valor es menor en niñas y niños de nivel socioeconómico bajo, se implementó el Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO), que espera aumentar paulatinamente su cobertura y tener entre sus resultados de impacto un aumento en la población infantil libre de caries.

CARACTERIZACIÓN DE LA META

Meta Nacional	11% de niños y niñas de 6 años libres de caries
Indicador	$\frac{\left(\begin{array}{c} \text{Nº de niños(as) de 6 años con ceod igual a 0} \\ \text{en el periodo enero a diciembre 2022} \end{array} \right)}{\left(\text{Nº total de niños(as) inscritos validados de 6 años, año 2022} \right)} \times 100$
Medio de Verificación ⁷	Numerador: REM 09, sección C Denominador: Población inscrita validada FONASA
Meta Sanitaria Municipal 2022	Se espera que las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que el 2021 registren un cumplimiento inferior a la meta nacional fijada, avancen al menos en un 50% de la brecha el 2022. De la misma manera, quienes durante el 2021 tengan coberturas iguales o superiores a la meta nacional deberán, al menos, mantenerla el 2022.
Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios	<p>Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años con énfasis en los más vulnerables</p> <p>Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Reforzar y expandir el modelo de intervención de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales en párvulos y escolares.</p>

Para consultas técnicas de las metas odontológicas contactar a:

[Paulina Nuñez Venegas](#)

[Carolina del Valle](#)

odonto.divap@minsal.cl

⁷ Detalles en Anexo 2

META IV: COBERTURA DE TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN EN PERSONAS CON DM2

Esta Meta está constituida por dos sub-metas:

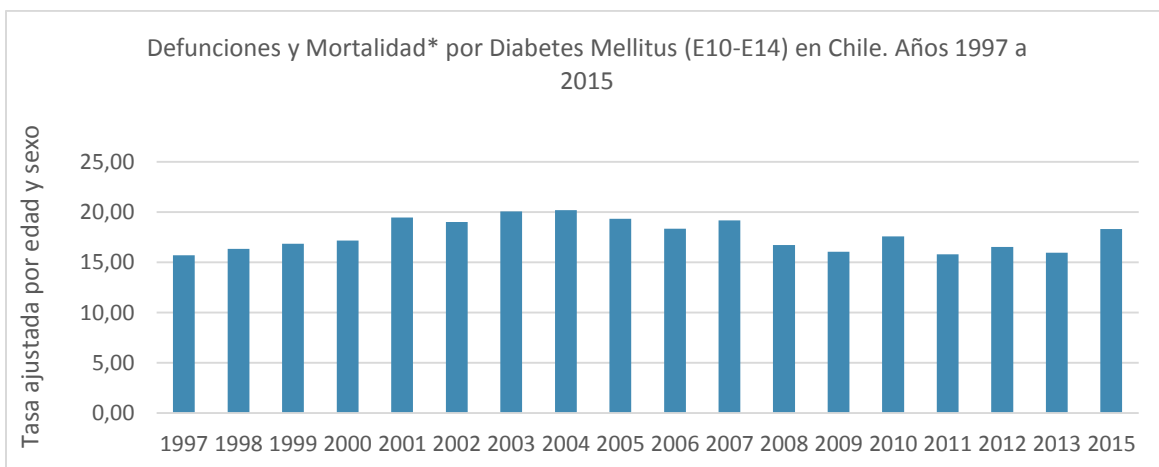
IV.A: COBERTURA EFECTIVA DE DIABETES TIPO 2 (DM2) EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

ANTECEDENTES

La diabetes es una condición crónica con consecuencias devastadoras para la salud. Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de sufrir un infarto agudo al miocardio, ataque cerebral, enfermedad renal crónica terminal, retinopatía diabética, neuropatía diabética y pie diabético.

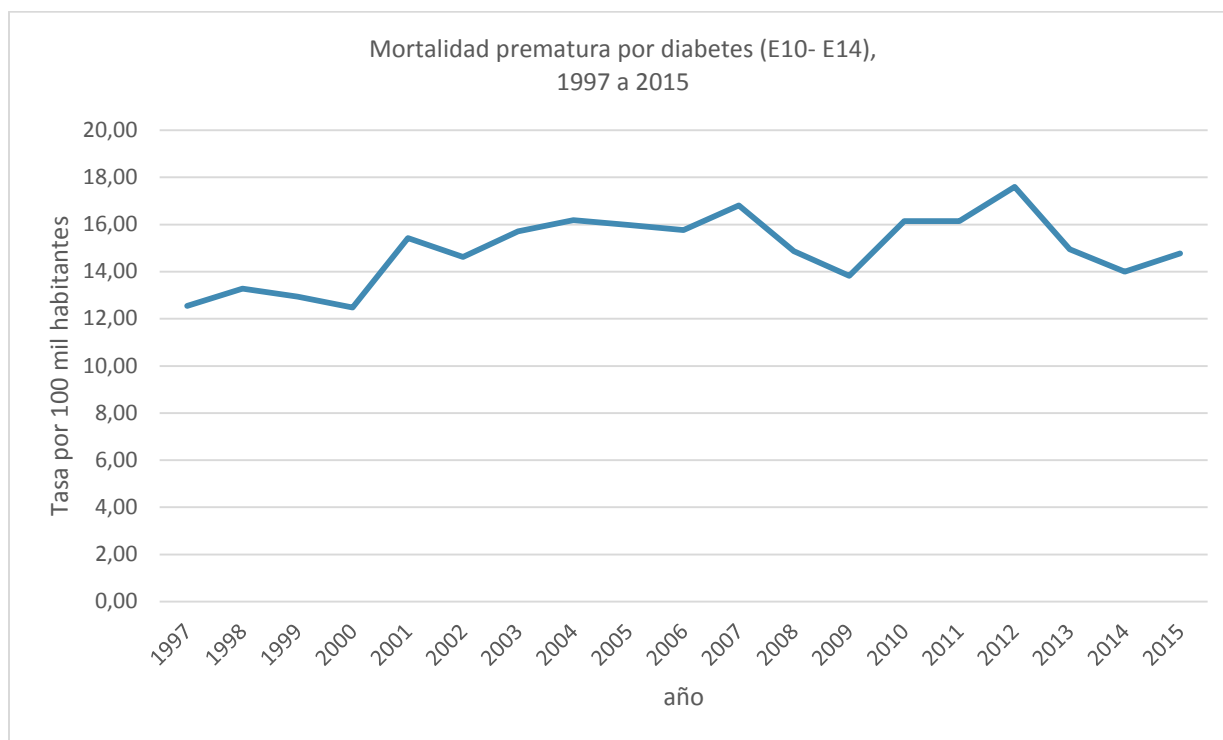
En Chile, la prevalencia estimada de diabetes por la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 es de 12,3% en la población mayor a 15 años, lo que muestra un alza de 2,9 puntos porcentuales comparado con la prevalencia reportada por la misma encuesta el 2009-2010. La mortalidad asociada a esta patología no ha mostrado disminución significativa los últimos 15 años (figura 2). Más aun, la mortalidad prematura tiene tendencia al alza en los últimos 15 años, (figura 3). La tasa de mortalidad ajustada por edad y sexo el año 2015 es de 14,77 /100.000hab (DEIS 2015) (4.726 defunciones el 2015).

Ilustración 3 Mortalidad por Diabetes Mellitus en Chile. Años 1997 a 2015



Elaboración en base a datos DEIS.

Ilustración 4. Mortalidad prematura por diabetes, 1997 a 2015



Elaboración en base a datos DEIS

El indicador de cobertura efectiva incorpora dos aspectos, la proporción de personas con DM2 “controladas” o “compensadas” (Personas de 15 a 79 años con HbA1c <7% más las personas de 80 y más años con HbA1c <8%), y el número total de personas con DM2 estimadas para una determinada población según la prevalencia. Hasta el año 2011 se utilizaba el indicador de cobertura, por una parte, y el de compensación, por otra. El indicador de cobertura efectiva, combina ambos y requiere que los establecimientos de salud hagan esfuerzos adicionales no sólo para mejorar el control metabólico de aquellas personas diabéticas que están bajo control, sino también identificar a las personas diabéticas que desconocen su condición.

Aunque no están incorporados en el indicador, se hace presente la importancia de controlar no sólo la glicemia en las personas con diabetes, sino también la presión arterial y los lípidos sanguíneos, ya que existe una relación directa entre el control de estos tres parámetros y la reducción de las complicaciones micro y macrovasculares de la enfermedad (UKPDS, 1998).

En coherencia con la Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2011-2020, y en espera de los resultados de la ENS 2021-2030, se mantiene la necesidad de incrementar la proporción de

personas con diabetes que están en control y aumentar la proporción de estas personas controladas, con un valor de **HbA1c de 15 a 79 años: <7% y de 80 y más años: <8%**, en la población FONASA inscrita y validada de cada establecimiento.

CARACTERIZACIÓN DE LA META

Meta Nacional	Alcanzar al menos un 28% de cobertura efectiva de personas con DM2
Indicador	Cobertura efectiva de tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2 en personas de 15 y más años.
Fórmula	$\frac{\left(\begin{array}{l} \text{N}^\circ \text{ de personas con DM2 de 15 A 79 años,} \\ \text{con Hemoglobina Glicosilada bajo 7\%}^8 \\ + \\ \text{N}^\circ \text{ de personas con DM2 de 80 y más años} \\ \text{con Hemoglobina Glicosilada bajo 8\%}^9 \end{array} \right)}{\left(\begin{array}{l} \text{N}^\circ \text{ Total de personas de 15 años y más} \\ \text{con DM2 estimadas según prevalencia}^{10} \end{array} \right)} \times 100$
Medio de Verificación	Numerador: REM P04 Denominador: Población con DM2 de 15 y más años estimadas según prevalencia, de acuerdo a población inscrita validada 2022
Meta Sanitaria Municipal 2022	Para la meta de cobertura efectiva de personas con DM2, se espera que las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que el 2021 registren un cumplimiento inferior a la meta nacional fijada, avancen al menos en un 30% de la brecha el 2022. De la misma manera, quienes durante el 2021 tengan coberturas iguales o superiores a la meta nacional deberán, al menos, mantenerla el 2022.
Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios	Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Disminuir la mortalidad prematura por diabetes mellitus Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Incrementar cobertura efectiva de DM

DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS:

⁸ Según último control vigente, en los últimos 12 meses

⁹ Según último control vigente, en los últimos 12 meses

¹⁰ Prevalencia DM2 estimada (ENS 2016-17):

- 15 a 24 años: 1,8%
- 25 a 44 años: 6,3%
- 45 a 64 años: 18,3%
- 65 y más años: 30,6%

Registra a todas las personas con diabetes con HbA1c compensada (de 15 a 79 años: <7%; 80 y más años:<8%) según último control vigente y corresponde al numerador del indicador.

El total de personas con DM2 de 15 y más años se estima en base a la prevalencia sobre la población FONASA inscrita y validada de cada establecimiento para el año 2022 y corresponde al denominador del indicador.

Para consultas técnicas de esta meta contactar a:

[Marcela Rivera Medina](#)

marcela.rivera@minsal.cl

IV.B: EVALUACIÓN ANUAL DE LOS PIES EN PERSONAS CON DIABETES BAJO CONTROL DE 15 Y MÁS AÑOS

ANTECEDENTES

En Chile, según el registro de egresos hospitalarios del sector público de salud del año 2017, el 67,9% del total de las amputaciones de extremidad inferior son en personas con DM. Se estima que el 80% de estas son precedidas por una úlcera en el pie.

Los datos nacionales disponibles sugieren una tasa de amputación de 321 por 100.000 personas con diabetes en el año 2017¹¹ menor a la de años anteriores. La mayor proporción de amputaciones se concentra en uno o más dedos del mismo pie con 57%; lo sigue la amputación transmetatarsiana con 17%, a nivel de la pierna con 16% y muslo con 8%.

En relación con la distribución por sexo, 74% corresponde a hombres y 26% a mujeres, en su mayoría beneficiarios Fonasa B. Con respecto a la distribución por edad, ésta comienza a aumentar a partir de los 45 años, concentrando su mayor proporción entre los 55 a 74 años, con un promedio de 65 años.¹²

En conclusión, la úlcera de pie diabético y sus consecuencias representan una tragedia para la persona y su familia, así como también una exigencia y aumento de gastos para el sistema de salud y la sociedad¹³. Una cuarta parte de estas úlceras no cicatrizará y hasta 28% puede llegar a alguna forma de amputación; por lo tanto, establecer pautas de cuidado integral del pie diabético basadas en la evidencia, la intervención de equipos multidisciplinarios y capacitados tanto en aspectos preventivos como de la atención aguda tiene como objetivo, a mediano y largo plazo, mejorar la calidad de vida de las personas con diabetes bajo control y cuidar el gasto en salud.

Es importante recalcar que junto a la evaluación de riesgo de ulceración de pie diabético se debe ver el estado metabólico de la persona, ya que este es pilar fundamental para la disminución de las complicaciones.

¹¹ Registro de Egresos Hospitalarios 2017 - Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).

¹² Registro de Egresos Hospitalarios 2017

¹³ Pérez JAM, Vitarella G, Guzmán JR, Pedrosa HC, Braver JD, Soto NR, et al. Guías ALAD de Pie Diabético–GLEPED. Asoc Latinoam Diabetes [Internet]. 2010 [citado 8 de septiembre de 2017];XVIII. Disponible en: <http://soched.cl/Guias-alad-pie-diabetico.doc>

En coherencia con la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, y en espera de resultados finales de la ENS 2021-2030, que define como indicador trazador de la diabetes, las amputaciones del pie, se requiere hacer una evaluación de los pies como parte del examen anual de toda persona con diabetes bajo control, para determinar el nivel de riesgo y formular un plan de seguimiento y de educación en conjunto con la persona según el riesgo.

CARACTERIZACIÓN DE LA META

Meta Nacional	Alcanzar al menos un 90% de evaluación anual del pie en personas con DM2
Indicador	Evaluación anual del pie, en personas con DM2 bajo control de 15 y más años
Fórmula	$\frac{\left(\begin{array}{l} \text{N}^\circ \text{ de personas de 15 años y más con DM2 bajo control,} \\ \text{con evaluación de pie vigente, en los últimos 12 meses} \end{array} \right)}{\left(\begin{array}{l} \text{N}^\circ \text{ de personas de 15 años y más} \\ \text{con DM2 bajo control en los últimos 12 meses} \end{array} \right)} \times 100$
Medio de Verificación	Numerador: REM P04 Denominador: REM P04
Meta Sanitaria Municipal 2022	Se espera que las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que el 2021 registren un cumplimiento inferior a la meta nacional fijada, avancen al menos en un 30% de la brecha el 2022. De la misma manera, quienes durante el 2021 tengan coberturas iguales o superiores a la meta nacional deberán, al menos, mantenerla el 2022.
Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios	Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Disminuir la mortalidad prematura por diabetes mellitus Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Reducir las complicaciones en personas con diabetes.

DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS:

Esta meta tiene como objetivo prevenir las complicaciones de las personas con DM2, asegurando que a toda persona con diabetes bajo control se le examinen los pies, se clasifique según riesgo de ulceración/amputación y se defina un plan para el control metabólico integral, prevención de ulceración, seguimiento y educación según nivel de riesgo.

La evaluación del pie de las personas con diabetes puede ser realizada por profesional médico o enfermera en los respectivos controles de salud.

Para consultas técnicas de esta meta contactar a:

[Marcela Rivera Medina](#)

marcela.rivera@minsal.cl

META V: COBERTURA DE TRATAMIENTO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA)

COBERTURA EFECTIVA DE HTA EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

ANTECEDENTES

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica controlable, multifactorial que disminuye tanto la calidad como la expectativa de vida de las personas, siendo responsable del 7.7% del total de años de vida saludables perdidos por mortalidad prematura o discapacidad en Chile. Es el principal factor de riesgo aislado, al cual se atribuye la mayor carga de muertes en Chile, particularmente de la enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y renal. Se estima que 56,4% de las muertes por enfermedad isquémica cardíaca, 56,3% de la enfermedad cerebrovascular, 100% de la enfermedad hipertensiva del corazón, y 55.6% de la enfermedad renal crónica son atribuibles a la presión arterial (PA) sistólica elevada¹⁴ y que reducciones de tan sólo 10 con 5 mmHg en la PA sistólica y diastólica, se asociaría a reducciones de 32% de ACV, 45% de insuficiencia cardíaca y 18% de infarto agudo al miocardio, además de una reducción de mortalidad de todas las causas de un 11%¹⁵. El 27,6% de la población chilena mayor a 15 años presenta presión arterial elevada (promedio de tres mediciones igual o mayor a 140 mmHg sistólica, o 90 mmHg diastólica, o normotensión en tratamiento farmacológico), con una prevalencia mayor en mujeres que en hombres (27,7% y 27,5%, respectivamente), y que aumenta con la edad, llegando al 45,1% en personas entre 45 y 64 años y al 73.3% en personas de 65 años o más (ENS 2016-2017).

El indicador de cobertura efectiva incorpora dos aspectos, la proporción de personas con HTA “controladas” o “compensadas” (de 15 a 79 años con PA<140/90 mmHg; de 80 y más años con PA<150/90 mmHg), y el número total de personas con HTA estimadas para una determinada población según la prevalencia. Hasta el año 2011, se utilizaba el indicador de cobertura, por una parte, y el de compensación, por otra. El indicador de cobertura efectiva

¹⁴ The Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington. Both sexes, all ages, 2016, DALYs attributable to high systolic blood pressure. 2016

¹⁵ Thomopoulos, C., G. Parati, and A. Zanchetti, Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension. 1. Overview, meta-analyses, and meta-regression analyses of randomized trials. *J Hypertens*, 2014. 32(12): p. 2285-95.

combina ambos y requiere que los establecimientos de salud hagan esfuerzos adicionales no solo para mejorar la proporción de personas con hipertensión “controladas”, sino también para identificar a las personas con hipertensión que desconocen su condición en su población a cargo. Las siguientes acciones pueden contribuir a mejorar la cobertura efectiva del tratamiento de la HTA:

- Campañas educativas para promover la medición de la presión arterial y comunicar los riesgos asociados a la presión arterial elevada;
- Incrementar el tamizaje de hipertensión (ejemplo: a través del aumento de la cobertura del Examen de Medicina Preventiva del Adulto y del Adulto Mayor, tamizaje en los servicios de urgencia, tamizaje en todas las prestaciones de salud);
- Mejorar el cumplimiento de los estándares de las Guías Clínicas;
- Mejorar la adherencia al tratamiento a través del automanejo de la enfermedad.
- Asimismo, se debe certificar la competencia en la técnica correcta de medición de la presión arterial de los recursos humanos que participan en actividades de detección, diagnóstico y control de personas con hipertensión.
- Disponer de equipos de toma de presión arterial validados y calibrados.
- Disminuir la inercia terapéutica usando algoritmos estandarizados de tratamiento, según estrategia HEARTS.
- Mejorar los registros clínicos de este factor de riesgo.

CARACTERIZACIÓN DE LA META

Meta Nacional	Alcanzar al menos un 43% de cobertura efectiva de personas con HTA
Indicador	Cobertura Efectiva de Hipertensión Arterial (HTA) en Personas de 15 años y más.
Fórmula	$\left(\begin{array}{l} \text{N}^{\circ} \text{ personas hipertensas de 15 a 79 años} \\ \text{con presión arterial} < \frac{140}{90} \text{ mmHg}^{16} \\ + \\ \text{N}^{\circ} \text{ personas hipertensas de 80 y más años} \\ \text{con presión arterial} < 150/90 \text{ mmHg}^{17} \end{array} \right) \times 100$ $\left(\begin{array}{l} \text{N}^{\circ} \text{ Total de personas de 15 años y más} \\ \text{con hipertensión estimadas según prevalencia}^{18} \end{array} \right)$

¹⁶ Según último control vigente, en los últimos 12 meses

¹⁷ Según último control vigente, en los últimos 12 meses

Medio de Verificación	Numerador: REM P04 Denominador: Población FONASA inscrita validada de 15 y más años estimadas según prevalencia, de acuerdo a población inscrita validada 2022
Meta Sanitaria Municipal 2022	Se espera que las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que el 2021 registren un cumplimiento inferior a la meta nacional fijada, avancen al menos en un 30% de la brecha el 2022. De la misma manera, quienes durante el 2021 tengan coberturas iguales o superiores a la meta nacional deberán, al menos, mantenerla el 2022.
Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios	Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Aumentar la sobrevida de las personas que presentan enfermedades cardiovasculares. Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Incrementar cobertura efectiva de HTA.

DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS:

Registra a todas las personas con hipertensión con PA compensada (de 15 a 79 años con PA<140/90 mmHg; de 80 y más años con PA<150/90 mmHg) según último control vigente, que corresponde al numerador del indicador de cobertura efectiva.

El total de personas con HTA de 15 y más años se estima en base a la prevalencia sobre la población FONASA inscrita y validada de cada establecimiento para el año 2022 y corresponde al denominador del indicador.

Para consultas técnicas de esta meta contactar a:

[Marcela Rivera Medina](#)

marcela.rivera@minsal.cl

¹⁸ Prevalencia HTA estimada (ENS 2016-17):

- 15 a 24 años: 0,7%
- 25 a 44 años:10,6%
- 45 a 64 años:45,1%
- 65 y más años:73,3%

META VI: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES DE VIDA

COBERTURA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN NIÑOS Y NIÑAS AL SEXTO MES DE VIDA

ANTECEDENTES

La evidencia es consistente en demostrar los beneficios de la lactancia materna en términos de protección de la obesidad y otras enfermedades no transmisibles, en los que la alimentación juega un importante rol; en atención a ello, se debe relevar su importancia desde la gestación, con el propósito de lograr una lactancia exitosa y alcanzar la meta PAÍS del 60% de lactancia materna exclusiva (LME), al sexto mes de vida.

Se ha observado que la LME más allá de los 4 meses de vida, se asocia con un menor riesgo de diabetes, hipertensión y obesidad en la edad adulta, comparado con la población que ha recibido fórmula láctea artificial. Agregado a los beneficios que este tipo de lactancia tiene para los niños y niñas, se ha estudiado, por ejemplo, el factor preventivo frente al cáncer de mama para las madres que amamantan.

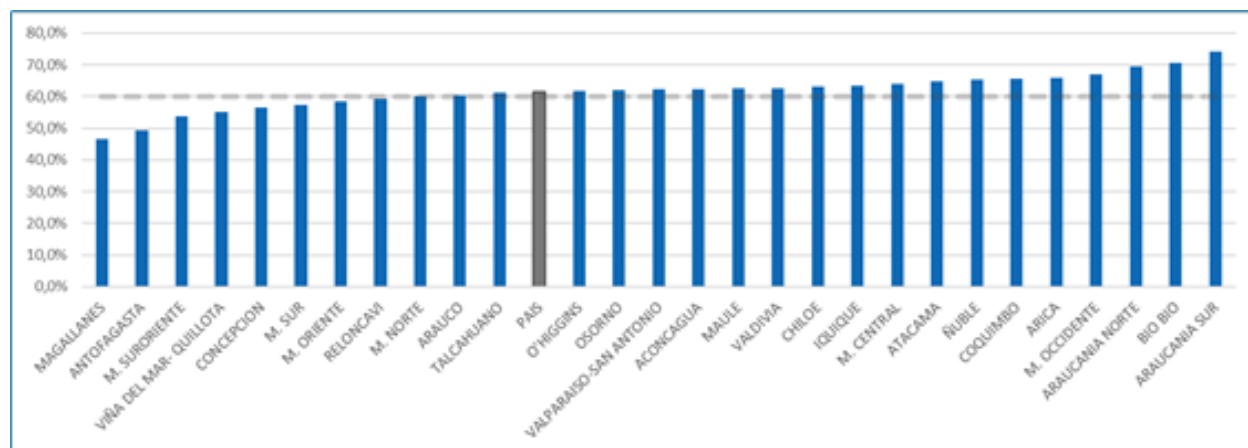
Por otra parte, teniendo presente que el fomento de una alimentación saludable, mientras más tempranamente se realice, mayor es su efecto protector, de allí que se recomiende enfatizar en inculcar hábitos de estilos de vida saludable tempranamente, por lo cual al incorporar al 6º mes de vida, la alimentación no láctea, ésta se realice sin interrupción de la LACTANCIA MATERNA, haciendo hincapié en hábitos de alimentación saludable en la consulta nutricional del 5º mes de vida, la que debe alcanzar al menos una cobertura del 80% y desarrollando esta actividad, según lo descrito en la Norma de Alimentación del menor de 2 años.

CARACTERIZACIÓN DE LA META

Meta Nacional	Alcanzar al menos 60% de menores con LME al sexto mes de vida.
Indicador	Cobertura de lactancia materna exclusiva (LME) en niños/as al sexto mes de vida.
Fórmula	$\left(\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de niños y niñas controlados en el período de enero a diciembre de 2022 que al control de salud del sexto mes recibieron LME}}{\text{N}^{\circ} \text{ de niños y niñas con control de salud del sexto mes realizado en el período de enero a diciembre de 2022}} \right) \times 100$
Medio de Verificación	Numerador: REM A03, Sección A5 Denominador: REM A03 Sección A5
Meta Sanitaria Municipal 2022	Se espera que las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, identifiquen el N° comprometido de niños y niñas menores de seis meses con lactancia materna exclusiva, para disminuir a lo menos un 15% de la brecha entre la cobertura lograda en el 2021 y la meta nacional de cobertura de 60%. De la misma manera, quienes tengan coberturas logradas el año 2021 superiores a la Meta Nacional, deberán al menos lograr el 60%.
Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios	Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Disminuir o mantener el porcentaje de obesidad en niños pertenecientes a establecimientos del sistema público de salud en 9,6%. Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Promoción de los factores protectores que cuidan de la obesidad a los niños.

Existe gran heterogeneidad de la cobertura entre los Servicios de Salud del país, superándose el año 2020 la meta propuesta por alguno de ellos, por lo que no debiera existir mayor dificultad para alcanzar la meta definida.

Ilustración 5. Porcentaje de niños y niñas con LME al 6to mes – 2020



Elaboración en base a datos DEIS

DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS

Para el buen registro de este indicador, se **entenderá como lactancia materna exclusiva**, si el niño/niña, al momento del control del 6º mes, ha recibido sólo leche materna, sin haber iniciado la alimentación sólida, ni la introducción de fórmulas lácteas, aceptándose la ingesta de jarabes, gotas o agua en pequeñas cantidades y en forma ocasional.

Se considerarán aquellos niños y niñas controlados entre los **5 meses y 16 días y 6 meses con 15 días de edad**. Se incluyen lactantes que han tenido una actividad de salud realizada por algún profesional del equipo de salud, en la cual se evaluó su condición de lactancia.

El profesional a cargo de esta meta deberá responsabilizarse del cumplimiento de la Norma Técnica de Infancia y luego, del correcto registro de las cifras publicadas en la página web del DEIS MINSAL.

Para obtener los datos, se debe trabajar con los registros de las tarjetas de crecimiento y desarrollo del niño/a utilizados en los CESFAM y Centros de Salud, archivadas según procedimiento en los tarjeteros sectorizados y/o centralizados o en los sistemas informáticos disponibles en los Establecimientos de Atención Primaria.

Cálculo de la meta de anual de lactancia materna exclusiva:

Para conseguir el dato anual de la meta, se debe obtener el total de niños y niñas de seis meses controlados entre los meses de enero a diciembre y el total de éstos, lo que se encontraron con Lactancia Materna Exclusiva.

Formato sugerido para Monitoreo de la meta:

Grupos de edad	Menores controlados en el semestre	Niños(as) con Lactancia Exclusiva	% Niños(as) con Lactancia Exclusiva
Del 6º mes			

Las siguientes acciones pueden contribuir a mejorar la cobertura:

Incorporar un consejo breve sobre los beneficios de la LM, en todos los controles de salud de la gestante y luego en los controles de salud del menor desde su ingreso como RN, fortalecer en todos los Centros de Salud las Clínicas de Lactancia Materna donde se atiende de inmediato a las madres que acuden con dudas o problemas agudos relacionados con su lactancia; estas Clínicas no requieren un recinto especial sin embargo el personal a cargo

debe estar certificado a través de U Virtual (lactancia materna para el Equipo de Salud) , contar con el material requerido según OT y estar dispuesto para hacer asistencia en casos que se requiera manejo clínico.

Otras actividades que se han reconocido como BUENAS PRÁCTICAS son: Consultas nutricionales incorporadas entre controles en las que se revisa la técnica, la evaluación nutricional del menor y se refuerzan los beneficios de la LME tanto para su hijo/a como para la madre, como también el contar con grupos de apoyo en lactancia materna (GALM) existentes en algunos establecimientos de atención primaria.

Para consultas técnicas de esta meta contactar a:

[Xenia Benavides](#)

xbenavides@minsal.cl

META VII: ESTABLECIMIENTOS CON PLAN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

ELABORACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE UN PLAN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD, DEL ESTABLECIMIENTO O COMUNA, EN CONJUNTO CON SU COMUNIDAD, EN RECIPROCIDAD CON EL MODELO DE SALUD FAMILIAR

ANTECEDENTES

Esta meta es de responsabilidad del equipo de salud local, asociándose con la comunidad organizada para su elaboración, ejecución y evaluación participativa.

Los temas a desarrollar deben ser definidos por cada Servicio de Salud, en concordancia con los lineamientos de las orientaciones técnicas 2022 emanadas por el Ministerio de Salud.

El Servicio de Salud deberá remitir un informe de evaluación que demuestre que el Plan ha sido ejecutado y evaluado, el que será enviado a SEREMI de Salud correspondiente para la evaluación.

Cabe considerar que esta meta ilustra un proceso continuo y evolutivo en el tiempo; con la inclusión y participación de la comunidad en los procesos de Planificación. El Plan de Salud Comunal Anual deberá contener el eje de Participación, y la programación del Centro de Salud en el que las personas están inscritas o adscritas, por lo tanto, los informes de cumplimiento darán cuenta del plan de participación en función del diagnóstico, con su cronograma local particular.

CARACTERIZACIÓN DE LA META

Meta Nacional	100% de las comunas/establecimientos con el plan de participación social en salud elaborado, ejecutado y evaluado. Considerando que al menos deben ejecutar el 80% de las actividades programadas al 31 de diciembre.
Indicador	Dicotómica.
Medio de Verificación	Informe de evaluación del Servicio de Salud
Meta sanitaria municipal 2022	Esta meta es dicotómica y se espera que el 100% de las comunas /establecimientos elabore, ejecute y evalúe un plan de participación social. Los temas por desarrollar deben ser definidos por cada Servicio de Salud en concordancia con los lineamientos de las

	<p>orientaciones técnicas 2022 emanadas por el Ministerio de Salud.</p> <p>El Servicio de Salud deberá remitir un informe de evaluación que demuestre que el Plan ha sido ejecutado y evaluado, el que será enviado a SEREMI de Salud correspondiente para la evaluación.</p>
Plan nacional de salud para los objetivos sanitarios	<p>Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Fortalecer la participación ciudadana en los procesos de toma de decisión en el sector salud.</p> <p>Resultado esperado del objetivo de impacto relacionado con esta meta: Fortalecimiento de mecanismos de participación ciudadana y trabajo integrado entre los dirigentes sociales y comunitarios y los directivos de los establecimientos de salud.</p>

DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS:

Plan de participación social: Es un instrumento que contiene:

1. Diagnóstico Participativo, que permite:

- Identificar en conjunto con la comunidad problemas que afectan la salud de las personas de la comunidad.
- Identificar barreras que impiden la participación vinculante de la comunidad en salud.
- Identificar factores que inciden en la satisfacción de sus usuarias y usuarios.
- Priorizar los problemas señalados por la comunidad en el diagnóstico participativo; que incluye determinantes sociales de la salud.

2. Planificación Participativa: Tiene por objeto plantear y priorizar, en conjunto con la comunidad, objetivos y actividades en relación al análisis del diagnóstico participativo realizado.

3. Evaluación Participativa: El plan deberá contener al menos dos etapas de evaluación con la comunidad, que permita monitorear su desarrollo, ajustes y/o mejoras continuas.

Equipo de salud: Se refiere a que la participación es abordada no solamente por un encargado/a de participación, sino que, por el equipo de salud, que es el conjunto de profesionales, técnicos y administrativos; quienes se hacen cargo de la salud de un sector definido de la población, en las estrategias asociadas a promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, a través del quehacer de los establecimientos de Atención Primaria.

Reciprocidad con el Modelo de Atención de Salud Integral y Comunitario: Este plan, en el establecimiento de Atención Primaria, se vinculará explícitamente con el eje de Participación del Modelo de Atención de Salud Integral y Comunitario (MAIS), modelo que es la base de acción en la Atención Primaria del país; dando cuenta de cada uno de los principios irrenunciables: continuidad, integralidad y centrado en las personas.

En el protocolo (pauta) de evaluación del MAIS se define el eje de Participación de la comunidad en salud como: “una estrategia básica para la construcción de un sistema democrático, de ciudadanía y capital social, el logro del bienestar y la inclusión social, mediante el empoderamiento y ejercicio de los derechos de las personas/comunidades y la incorporación de sus opiniones en la gestión de salud. Esta participación debe transitar desde un modelo paternalista a uno que asegure y considere las demandas de los usuarios y establezca espacios deliberativos para incidir en la toma de decisiones en los aspectos que afectan la salud de las personas y comunidades. Idea de cogestor de servicios públicos”.

En este sentido, se espera que la Meta Sanitaria aborde los siguientes indicadores de evaluación del MAIS:

- Existencia de plan de participación social en salud, que contenga elementos de evaluación y construido con la comunidad.
- Proporción de actividades participativas de desarrollo territorial realizadas.
- Existencia de Diagnóstico participativo del Centro de Salud integrado, o por cada sector.
- Existencia y aplicación de protocolo de Buen Trato a usuarios en el contexto de Ley de derechos y usuarios.

Notas:

- Actualización del diagnóstico participativo o utilización del último vigente no más antiguo que al 31 de diciembre de 2019 (si el diagnóstico tiene más de tres años de antigüedad, es necesario realizar uno nuevo). Se pueden utilizar los diagnósticos participativos actualizados por actividades de compromisos de Gestión, evaluación del Centros de Salud o de CECOSF. Se espera que en el diagnóstico se visualicen no solamente situaciones, problemas o factores de riesgo (como por ejemplo el cambio climático, cáncer, entre otros) que afectan a la comunidad, sino también situaciones favorecedoras y factores protectores de salud; identificando recursos disponibles (en el centro de salud y la comunidad) para mejorar la salud de las personas.
- El plan debe ser elaborado participativamente con objetivos, actividades y cronograma de trabajo, con sus respectivos medios de verificación (actas, minutas o informe de actividades o de reuniones). El informe final estará suscrito por el/la directora/a del establecimiento.
- El plan se basa en diagnóstico participativo, identifica factores protectores de la salud y propone estrategias para potenciar dichos factores protectores en la comunidad. Debe elaborarse en el contexto de la programación comunal durante el mes de noviembre de cada año y ser parte de la Programación de Salud Anual.

OTRAS CONSIDERACIONES, CONCEPTOS Y ELEMENTOS DE CONTEXTO DE LA META SANITARIA

El Plan se relaciona con **otros instrumentos de planificación**, como los PLADECO (Planes de desarrollo comunal), los planes estratégicos de participación social, los planes de mejoramiento de Satisfacción Usuaría elaborados participativamente en los ámbitos de recepción y acogida, trato e información a los/las usuarios/as y con los Planes de Difusión sobre usos y prestaciones de la Red Asistencial con enfoque comunitario y pertinencia local y sociocultural para comunidad funcionaria y usuaria.

Del mismo modo, estará articulado con las áreas de mejora identificadas en el contexto de la aplicación de la Pauta de evaluación MAIS y su consecuente plan bianual.

Todo plan debe basarse en las brechas o problemas identificados y priorizados en los diagnósticos participativos, como también debe identificar factores protectores de la salud y contener estrategias para fortalecerlos.

El plan de Participación social incorporado en la presente meta sanitaria se elabora en base a diagnósticos participativos vinculados a los instrumentos de planificación antes señalados.

Participación: Se define como la capacidad de la población de incidir en las decisiones respecto de la salud, ya sea que se relacionen con el diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos relacionados con la recuperación, rehabilitación, prevención de enfermedades y promoción de la salud, como también, en aquellas decisiones vinculadas al uso e inversión de recursos públicos. La participación, aparte de ser estratégica en la consecución de calidad de vida y desarrollo local, constituye uno de los ejes en el desarrollo del Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de atención primaria, lo que debe reflejarse tanto en las actividades que involucren al conjunto del equipo de salud como las actividades programadas con la comunidad y sus organizaciones.

En el Plan se pueden desarrollar actividades remotas de acuerdo con la conectividad del territorio y considerando el número de participantes que permita favorecer el desarrollo del objetivo de la actividad.

Para consultas técnicas de esta meta contactar a:

[Pamela Muñoz Abarca](#)

[Ricardo Hernández Fonfav](#)

participaciondivap@minsal.cl

ORIENTACIONES PARA EL PROCEDIMIENTO DE FIJACIÓN DE METAS SANITARIAS DE LA LEY 19.813

OBJETIVO GENERAL

El objetivo de esta sección es describir el funcionamiento de las metas sanitarias de la Ley 19.813 a nivel de Ministerio de Salud, Servicios de Salud y entidades administradoras de salud municipal, haciendo énfasis, especialmente, en el procedimiento de fijación de metas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a los actores involucrados, rol y actividades en el funcionamiento de metas sanitarias Ley 19.813.
- Identificar actores involucrados, rol y actividades en el procedimiento de fijación de metas sanitarias Ley 19.813.

ALCANCE

Este documento está destinado a:

- Referentes Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Referentes de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.
- Referentes de Secretaría Regional Ministerial de Salud.
- Referentes de los Servicios de Salud.
- Referentes de las entidades administradoras de salud municipal.
- Representantes de Asociaciones de Funcionarios y Trabajadores de salud municipal

IDENTIFICACIÓN DE ACTORES INVOLUCRADOS, ROL Y ACTIVIDADES EN EL FUNCIONAMIENTO DE LAS METAS SANITARIAS LEY 19.813

Actores	Rol	Actividades
Ministerio de Salud (División Atención Primaria)	Definición de metas sanitarias a nivel nacional para el año siguiente, articulando la información del proceso hacia los Servicios de Salud. Asimismo, consolida la información de los resultados anuales, organizando la transferencia de recursos para los tramos de cumplimiento de los establecimientos o comunas informados por cada SEREMI de Salud. Finalmente, en caso de presentarse apelaciones, las dirime y resuelve.	<p>Propone metas sanitarias nacionales y de mejoramiento de la atención para el conjunto de entidades administradoras de salud municipal, considerando las actividades relacionadas y los resultados alcanzados en evaluaciones precedentes.</p> <p>Realiza la propuesta de metas sanitarias, en mesa de trabajo tripartita con representación gremial y municipal.</p> <p>Fija las metas sanitarias nacionales anuales través de Resolución Exenta.</p> <p>Consolida la información proveniente de las SEREMI de Salud a nivel regional, realizando archivo de evaluación nacional de los resultados alcanzados en el año de medición correspondiente.</p> <p>Recibe apelaciones por parte de las entidades administradoras de salud municipal, canalizadas por las SEREMI de Salud.</p> <p>Dirime sobre apelaciones de entidades administradoras de salud municipal recibidas.</p> <p>Determina financiamiento y genera orden de transferencia de recursos para pago de incentivo al desempeño colectivo.</p>
SEREMI de Salud	Evalúa el cumplimiento de las metas sanitarias de cada unidad de las entidades administradoras de salud municipal, ubicadas en las Comunas correspondientes a la Región en las cuales se localizan las respectivas SEREMI.	<p>Evalúa el cumplimiento de las metas sanitarias definidas para cada unidad de cada entidad administradora de salud municipal.</p> <p>Dicta resolución en que determina el porcentaje de cumplimiento de cada entidad administradora de salud municipal.</p>
Servicios de Salud	Encabeza el proceso de fijación de metas sanitarias para cada unidad	Director de Servicio determina metas específicas que deberán cumplir las

	de sus entidades administradoras de salud municipal, mediante un Consejo Consultivo, informando posteriormente las metas fijadas a SEREMI y DIVAP/MINSAL. Asimismo supervisa la lista de funcionarios afectos al incentivo de desempeño colectivo informada por las comunas, las comunica a DIVAP MINSAL y transfiere el pago correspondiente (recibido desde MINSAL)	<p>comunas y/o establecimientos de Atención Primaria municipalizados, que hacen parte de su jurisdicción, de acuerdo a su capacidad de cumplimiento, teniendo la asesoría de un Consejo Consultivo.</p> <p>Comunica metas sanitarias fijadas a cada entidad administradora de salud municipal a la SEREMI de Salud respectiva y DIVAP del Ministerio de Salud.</p> <p>Monitoreo periódico de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud de su jurisdicción y acompañamiento en planes de mejora.</p> <p>Envía a SEREMI informe con análisis sobre el cumplimiento de metas sanitarias de las entidades y establecimientos de su jurisdicción</p> <p>Transfiere el pago correspondiente a las comunas de su territorio.</p>
Comunas/ Municipalidades	Participa en el proceso de fijación de metas sanitarias y las informa a sus trabajadores. Monitorea el cumplimiento de las metas sanitarias durante el año, para informar el cumplimiento de éstas a la Seremi y al Servicio de Salud al cual pertenece, mediante los medios de verificación señalados en cada indicador. Genera planes de mejora y estrategias para el logro de las metas comprometidas. Si la evaluación final de la SEREMI de salud es objetada, puede apelar, a través de ésta, al MINSAL. Por último, identifica a sus funcionarios afectos al incentivo colectivo e informa al Servicio de Salud.	<p>Compone el Comité Técnico Consultivo reunido para desarrollar el proceso de fijación de metas sanitarias.</p> <p>Entrega opinión y/o información necesaria para poder fijar metas sanitarias acorde a las capacidades efectivas de cumplimiento.</p> <p>Comunica listado de funcionarios de su dependencia que han trabajado el año anterior con indicación de categoría y nivel de carrera funcionaria y posteriormente realiza el pago del desempeño colectivo a los funcionarios en los plazos establecidos por Ley.</p> <p>Realiza Monitoreo de cumplimiento de metas sanitarias durante el año de todos los establecimientos de su dependencia.</p>
Trabajadores APS	Participa en el proceso de fijación de metas sanitarias, a través de sus representantes gremiales, entregando información u opinión relevante para la fijación. Asimismo, son afectos a la entrega del incentivo al desempeño colectivo.	<p>Entrega información necesaria para poder fijar metas sanitarias acorde a las capacidades efectivas de cumplimiento.</p> <p>Reciben incentivo (bono) al desempeño colectivo</p>

PROCEDIMIENTO DE FIJACIÓN DE METAS SANITARIAS

Antes de iniciar este proceso se debe tener presente lo siguiente:

- La **fijación de las metas debe ser realizada por el Servicio de Salud con presencia de los representantes de las entidades administradoras de salud comunal y un representante de los gremios**, constituyendo un **comité técnico consultivo** destinado a ese fin. En dicho comité se deben concordar las metas que, basadas en el nivel de cumplimiento de los años anteriores, impliquen una mejoría respecto del dato diagnóstico de cada uno de los ítems evaluados.
- En **ningún caso la meta fijada debe representar un decrecimiento o deterioro** de los valores del año anterior.
- La **determinación de las metas deben hacerse en el mes de octubre**. Cada Servicio de Salud **debe usar la información estadística al mes de septiembre**, cuando la meta esté referida a la producción de actividades **o al último REM P vigente**, cuando está referida a población bajo control obtenida en el censo de ese mes para proyectar al mes de diciembre.
- El **Servicio de Salud debe ingresar en una planilla única estandarizada la fijación de los valores para cada meta sanitaria**, en dicha planilla **sólo deben ser ingresados valores numéricos** que permitan hacer al menos una evaluación intermedia y otra final con fines sanitarios, más allá de la determinación del acceso a los beneficios monetarios que se determinen a partir del nivel de cumplimiento. La planilla estandarizada será enviada durante el mes de octubre a cada Servicio de Salud, para que sea difundida a los establecimientos de salud o entidades administradoras de salud municipal.
- Todos esos **valores de la meta deben estar expresados en números absolutos, excepto la Meta 7** que es dicotómica.

La implementación de la Ley se puede entender de la siguiente manera:

- a) Antes del 10 de septiembre de cada año, el Ministerio de Salud fijará las metas nacionales sanitarias y de mejoramiento de la atención para el conjunto de las entidades administradoras de salud municipal, considerando tanto las prestaciones y actividades involucradas como los resultados que de su cumplimiento emanen. Estas metas serán publicadas en el Diario Oficial en la fecha señalada o el primer día hábil siguiente si en ese día no circulare ese diario.
- b) El Director de cada Servicio de Salud determinará para cada entidad administradora de salud municipal, o sus establecimientos, según corresponda, las metas específicas que deberán cumplir de acuerdo con su capacidad concreta de cumplimiento. Las metas e indicadores fijados serán comunicados por el Servicio de Salud a cada entidad administradora o establecimiento afectado, al respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud y al Ministerio de Salud, a más tardar **el 31 de octubre del año respectivo**.
- c) Para la fijación de las metas de cumplimiento anual, el Director del Servicio de Salud requerirá la opinión de un Comité Técnico Consultivo, que presidirá, el que estará integrado además por el director de Atención Primaria del Servicio de Salud o su representante, un representante de las entidades administradoras de salud ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional y por un representante de los trabajadores a

través de las entidades nacionales, regionales o provinciales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad. El Director del Servicio de Salud solicitará a las entidades señaladas, al menos con un mes de anticipación al 10 de septiembre, la designación de sus representantes y convocará a la sesión constitutiva dentro de los cinco días siguientes a la recepción de las metas nacionales para el período de que se trata.

- d) El Consejo Consultivo podrá requerir la opinión o información a las propias entidades administradoras o establecimientos afectados, a técnicos en determinadas materias o a otras instancias o funcionarios que estime necesario para su apropiada información, levantará actas de sus sesiones y emitirá un informe final de sus proposiciones. Finalmente, el Servicio de Salud respectivo podrá determinar metas de cumplimiento para la entidad administradora de salud municipal en su conjunto o separadamente para los establecimientos que la componen, siempre que existan datos de actividades, independientes del establecimiento, que permitan su medición separada. Adicionalmente, el Servicio debe poseer la capacidad técnica y administrativa para procesar los datos que se generen y que lo considere útil para el mejoramiento de las metas sanitarias nacionales definidas¹⁹.
- e) La evaluación del cumplimiento de las metas definidas para cada entidad administradora o establecimiento de atención primaria se efectuará por la SEREMI de salud correspondiente. Para este efecto, **las entidades sujetas a evaluación remitirán, a más tardar, el 31 de enero del año respectivo**, al SEREMI en cuyo territorio se encuentren ubicadas, toda la información que compruebe el cumplimiento de las metas correspondientes y aquella adicional que éste le solicite a ese efecto. Los Servicios de Salud enviarán asimismo a dicha autoridad su informe con el análisis sobre el cumplimiento de las entidades, y establecimientos en su caso, de su territorio elaborado conforme a las pautas que dicte el Ministerio de Salud al efecto^{20 21}. El SEREMI dictará una resolución en que determine el porcentaje de cumplimiento de sus metas que asigne a cada establecimiento o entidad administradora sometida a evaluación, **la que será notificada antes del 15 de febrero del año respectivo**, mediante carta certificada dirigida al domicilio de la entidad administradora de salud municipal respectiva.
- f) **Esa resolución podrá ser apelada ante el Ministro de Salud en el plazo de 10 días contados desde el tercer día hábil siguiente al despacho de la carta certificada de notificación. La apelación deberá ser presentada en la Secretaría Regional Ministerial. El SEREMI remitirá la apelación conjuntamente con su informe y todos los antecedentes que posea al Ministro de Salud en el plazo de tres días hábiles contados desde su**

¹⁹ Para ello se sugiere a los Servicios de Salud y entidades administradoras o establecimientos de atención primaria presentar los datos en planilla estandarizada, puesto que incorpora datos epidemiológicos nacionales extrapolables a la realidad de la población a cargo para identificar brechas e impacto de las metas definidas en la salud de las personas de su territorio

²⁰ Se sugiere que informe sea enviado conforme a planilla estandarizada enviada durante el mes de octubre a cada Servicio de Salud

²¹ En caso de efectuar corrección de datos en planilla enviada, se solicita a cada entidad administradora, establecimiento de atención primaria y Servicio de Salud realizar compromiso de incorporarlos en REM.

recepción. Finalmente, el Ministro de Salud fallará la apelación a más tardar el 30 de marzo del año respectivo²².

- g) La asignación pecuniaria por desarrollo y estímulo al desempeño colectivo tendrán derecho a recibirla todos aquellos trabajadores de atención primaria de salud pertenecientes a Ley N° 19.378 que establece el Estatuto de Atención Primaria, que se hayan desempeñado sin interrupción durante todo el año anterior al de percepción de la misma, para una o más entidades administradoras de salud municipal, y que se encuentren en funciones en el momento del pago de la cuota respectiva.
- h) La asignación se conforma por un componente base y un componente variable. El componente base será recibido por todos los funcionarios con derecho a esta asignación y asciende al 10,3% de las remuneraciones (este monto no corresponde al estipulado por la Ley inicialmente, sino que constituye una adecuación contenida en la Ley 20.157). El componente variable será recibido solamente por los funcionarios con derecho a esta asignación que se desempeñen en entidades administradoras o establecimientos de atención primaria, según corresponda, que hayan cumplido en un 75% o más de las metas sanitarias y de mejoramiento de la atención que les hayan sido fijadas para el año anterior. Su monto alcanzará al 11,9% si se han cumplido el 90% o más de las metas respectivas y al 5,95% si dicho cumplimiento es igual o superior al 75% e inferior al 90%.
- i) Los porcentajes de asignación que indican en el inciso anterior se calcularán sobre el sueldo base más la asignación de atención primaria de salud municipal, correspondiente al nivel y categoría del funcionario, de una carrera referencial lineal diseñada a partir del sueldo base mínimo nacional, en relación con una jornada de cuarenta y cuatro horas semanales. En caso de jornadas inferiores a esa el cálculo se efectuará en forma proporcional a la que tenga el funcionario.
- j) La asignación se pagará en cuatro cuotas, en los meses de abril, junio, septiembre y diciembre de cada año. En cada cuota se pagará el monto correspondiente a los meses corridos desde el inicio del año respectivo o desde el pago anterior, según corresponda, hasta esa fecha. Los funcionarios con derecho a la asignación que dejen de prestar servicios antes de completar uno de los períodos de pago tendrán derecho a percibir los montos correspondientes a los meses completos efectivamente trabajados. Para determinar las imposiciones e impuestos a que se encuentre afecta la asignación, se distribuirá su monto en proporción a los meses que comprenda el período que corresponda y los cocientes se sumarán a las respectivas remuneraciones mensuales. Con todo, las imposiciones se deducirán de la parte que, sumada a las respectivas remuneraciones mensuales, no exceda del límite máximo de imponibilidad.
- k) Los recursos necesarios para el financiamiento de la asignación serán transferidos a las entidades administradoras de salud municipal por los Servicios de Salud conjuntamente con el aporte estatal (per cápita) de los meses de abril, junio, septiembre y diciembre de cada año. Para el efecto de determinar los montos a

²² Se propone a los Servicios de Salud, entidades administradoras o establecimiento de atención primaria, utilizar formato de apelación estandarizado para facilitar su análisis.

transferir por este concepto, las entidades administradoras deberán remitir, antes del 20 de enero de cada año, al Servicio de Salud en cuyo territorio estén ubicadas, el listado de los funcionarios de su dependencia que hayan laborado todo el año anterior con indicación de la categoría y nivel que ocupan en su carrera funcionaria. Igualmente, deberán comunicar al Servicio de Salud, durante el curso del año, cada vez que alguno de esos funcionarios deje de prestar servicios para esa entidad administradora, con el objeto de discontinuar los montos de la asignación que les corresponde. Los recursos traspasados en exceso para el pago de esta asignación serán descontados del aporte estatal del mes siguiente a que se detecte esta situación, corresponda o no a los meses señalados en el inciso primero.

ANEXO N°1

CUADRO RESUMEN DE METAS SANITARIAS 2022

Nombre de la Meta	Meta Nacional	Fórmula	Medios de Verificación	Ponderación
Recuperación del Desarrollo Psicomotor	90%	(N° de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados en control de salud de los 18 meses con riesgo del Desarrollo Psicomotor (DSM) recuperados en el período enero a diciembre 2022/ N° de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados en control de salud de los 18 meses con riesgo del Desarrollo Psicomotor en su primera evaluación en el período octubre 2021- septiembre 2022) x 100	Numerador: Rem A03, Sección A.2 Denominador: Rem A03, Sección A.2	12,5%
Papanicolaou (PAP) vigente en Mujeres ²³ de 25 a 64 años	80%	(N° logrado de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas por FONASA, con PAP vigente a diciembre 2022/ N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas por FONASA para el año 2022) x 100	Numerador: REM P12, Sección A Denominador: Población inscrita validada FONASA 2022	12,5%

²³Para el cálculo de la meta, se debe considerar personas trans masculinos con PAP vigente

ORIENTACIONES TÉCNICAS - METAS SANITARIAS LEY 19.813 – 2022

Control con Enfoque de Riesgo odontológico en población de 0 a 9 años	35%	(N° de niños(as) de 0 a 9 años con control con Enfoque de Riesgo odontológico en el período enero a diciembre de 2022/ N° total niños(as) de 0 a 9 años inscritos validados año 2022) x 100	Numerador: REM A03 Sección D.7 Denominador: Población inscrita validada FONASA	6,25%
Niños y niñas de 6 años libres de caries	11%	(N° de niños(as) de 6 años con ceod igual a 0, en el periodo enero a diciembre 2022 / N° total de niños(as) inscritos validados de 6 años 2022) x 100	Numerador: REM 09, sección C Denominador: Población inscrita validada FONASA	6,25%
Cobertura efectiva de tratamiento de DM2 en personas de 15 y más años	28%	(N° de personas con DM2 de 15 A 79 años, con Hemoglobina Glicosilada bajo 7%, más el N° de personas con DM2 de 80 y más años con Hemoglobina Glicosilada bajo 8% según último control vigente, en los últimos 12 meses / N° Total de personas de 15 años y más con DM2 estimadas según prevalencia) x100	Numerador: REM P04 Denominador: Población FONASA inscrita validada de 15 y más años estimadas según prevalencia	12,5%
Evaluación anual del pie diabético en personas de 15 años y más	90%	(N° de personas de 15 años y más con DM2 bajo control, con evaluación de pie vigente, en los últimos 12 meses / N° de personas de 15 años y más con DM2 bajo control en los últimos 12 meses) x 100	Numerador: REM P04 Denominador: REM P04	12,5%
Cobertura de tratamiento en personas con HTA	43%	(N° personas hipertensas de 15-79 años con presión arterial <140/90 mmHg, más N° personas hipertensas de 80 y más años con presión arterial <150/90	Numerador: REM P04 Denominador: Población FONASA inscrita	12,5%

ORIENTACIONES TÉCNICAS - METAS SANITARIAS LEY 19.813 – 2022

		mmHg, según último control vigente, en los últimos 12 meses/ Total de personas hipertensas de 15 y más años estimadas según prevalencia) x 100	validada de 15 y más años estimadas según prevalencia	
Cobertura de Lactancia Materna Exclusiva (LME) en menores de 6 meses de vida	60%	(Nº de niños/as que al control de salud del sexto mes recibieron LME en el periodo de enero-diciembre 2022 / Nº de niño/as con control de salud del sexto mes realizado en el periodo de enero a diciembre de 2022) x 100	Numerador: REM A03, Sección A 5 Denominador: REM A03, Sección A5	12,5%
Plan de participación social elaborado y funcionando participativamente	80% de ejecución de las actividades programadas	Dicotómico	Informe	12,5%

ANEXO N°2

MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Estos medios de verificación fueron construidos en base a las versiones del REM series A (v1.2) y P (v1.0). Cualquier actualización en el REM, que afecte los presentes medios de verificación, serán informados en una nueva versión de la presente OT

Recuperación del Desarrollo Psicomotor	Numerador	REM-A03 APLICACIÓN Y RESULTADOS DE ESCALAS DE EVALUACIÓN	SECCIÓN A.2 RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	Celdas J25 + K25 + M25 + L25 + J27 + K27 + M27 +L27	Código Prestación 02010420, 03500366	Columnas col08 + col09 + col10 + col11
	Denominador	REM-A03 APLICACIÓN Y RESULTADOS DE ESCALAS DE EVALUACIÓN	SECCIÓN A.2 RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	Celdas (J22 + K22 + M22 +L22) (menos) (J39 + K39 + M39 +L39)	Código Prestación 02010321, 03500334	Columnas col08 + col09 + col10 + col11

ORIENTACIONES TÉCNICAS - METAS SANITARIAS LEY 19.813 – 2022

Cobertura de PAP vigente en mujeres de 25 a 64 años	Numerador	REM-P12 PERSONAS CON PAP – MAMOGRAFIA - EXAMEN FISICO DE MAMA VIGENTES Y PRODUCCION DE PAP (SEMESTRAL)	SECCIÓN A PROGRAMA DE CANCER DE CUELLO UTERINO: POBLACIÓN CON PAP VIGENTE	Celdas B11 + B12 + B13 + B14 + B15 + B16 + B17 + B18 + C11 + C12 + C13 + C14 + C15 + C16 + C17 + C18	Código Prestación P1206010, P1206020, P1206030, P1206040, P1206050, P1206060, P1206070, P1206080	Columnas col01 + col02
	Denominador	Población FONASA Inscrita y validada comprometida				
Control con enfoque de riesgo odontológico en población de 0 a 9 años	Numerador	REM-A03 APLICACIÓN Y RESULTADOS DE ESCALAS DE EVALUACIÓN	SECCIÓN D.7 APLICACIÓN Y RESULTADOS DE PAUTA DE EVALUACIÓN CON ENFOQUE DE RIESGO ODONTOLÓGICO (CERO)	Celdas F197+ F198+ G197+ G198+ H197+H198+ I197+ I198+ J197+ J198+ K197+ K198+ L197+ L198+ M197+ M198+N197+N198+ O197+ O198+P197+ P198+ Q197+Q198+ R197+ R198+S197+ S198+ T197+ T198+ U197+ U198+V197+ V198+W197+W198+ X197+ X198+Y197+ Y198+	Código Prestación 03500364, 03500365	Columnas col04+col05+ col06+col07+ col08+col09+ col10+col11+ col12+col13+ col14+col15+ col16+col17+ col18+col19+ col20+col21+ col22+col23
	Denominador	Población FONASA Inscrita y validada, de 0 a 9 años				

ORIENTACIONES TÉCNICAS - METAS SANITARIAS LEY 19.813 – 2022

Niños y niñas de 6 años libres de caries	Numerador	REM-A09 ATENCIÓN DE SALUD BUCAL EN LA RED ASISTENCIAL	SECCIÓN C INGRESOS Y EGRESOS EN APS	Celdas S48 + T48	Código Prestación 09220100	Columnas col16 + col17
	Denominador	Población FONASA Inscrita y validada, de 6 años				
Cobertura efectiva de DM2 en personas de 15 años y más	Numerador	REM-P4 POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)	SECCIÓN B METAS DE COMPENSACIÓN	Celdas C35 + C36	Código Prestación P4180300, P4200200	Columnas col01
	Denominador	Población FONASA Inscrita y validada según prevalencia: (De 15 a 24 años x 1,80%) + (de 25 a 44 años x 6,30%) + (de 45 a 64 años x 18,30%) + (65 años y más x 30,60%)				

ORIENTACIONES TÉCNICAS - METAS SANITARIAS LEY 19.813 – 2022

Evaluación anual del pie diabético en personas de 15 años y más	Numerador	REM-P4 POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)	SECCIÓN C VARIABLES DE SEGUIMIENTO DEL PSCV AL CORTE	Celdas C56+ C57+ C58 + C59	Código Prestación P4190809, P4170300, P4190500, P4190600	Columnas col01
	Denominador	REM-P4 POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)	SECCIÓN A PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)	Celdas C17	Código Prestación P4150602	Columnas col01
Cobertura Efectiva de HTA en personas de 15 años y más	Numerador	REM-P4 POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)	SECCIÓN B METAS DE COMPENSACIÓN	Celdas C33 + C44	Código Prestación P4180200, P4200100	Columnas col01
	Denominador	Población FONASA Inscrita y validada según prevalencia: (De 15 a 24 años x 0,70%) + (de 25 a 44 años x 10,6%) + (de 45 a 64 años x 45,1%) + (65 años y más x 73,3%)				

ORIENTACIONES TÉCNICAS - METAS SANITARIAS LEY 19.813 – 2022

Cobertura de Lactancia Materna Exclusiva (LME) en menores de 6 meses de vida	Numerador	REM-A03 APLICACIÓN Y RESULTADOS DE ESCALAS DE EVALUACIÓN	SECCIÓN A.5 LACTANCIA MATERNA EN MENORES CONTROLADOS	Celdas J62 + K62	Código Prestación A0200002	Columnas col08 + col09
	Denominador	REM-A03 APLICACIÓN Y RESULTADOS DE ESCALAS DE EVALUACIÓN	SECCIÓN A.5 LACTANCIA MATERNA EN MENORES CONTROLADOS	Celdas J61 + K61	Código Prestación A0200001	Columnas col08 + col09
Plan de participación social elaborado y funcionando participativamente	Informe de Evaluación					

ANEXO 4

FORMATO DE APELACIÓN PARA LA META I: RECUPERACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

El presente informe de apelación, que responde a la Meta Sanitaria N°1 Recuperación del Desarrollo Psicomotor debe ser trabajado por el director/a y profesional encargada/o del Programa Infantil del Centro Salud,

El objetivo de este informe es justificar técnicamente junto a los medios de verificación que respalden cada acción el caso a caso, donde la niña o el niño con "riesgo en la primera evaluación del DSM, no haya logrado la recuperación, al ser reevaluado.

Este informe debe ser enviado en primera instancia al profesional del Servicio de Salud Referente del programa de Infancia, posterior a su revisión y entregado su evaluación del caso, pasara a revisión del profesional de la SEREMI que corresponda

En la página siguiente se encuentra el formato de apelación.

INFORME DE APELACIÓN: META 1 DSM/ Ley 19.813

Rut niño/a:

Establecimiento:

Comuna:

Fecha evaluación del DSM: __ / __ / __ (dd/mm/aaa)

Resultado de evaluación:

Fecha reevaluación del DSM: __ / __ / __ (dd/mm/aaa)

Resultado de reevaluación:

Fecha de derivación a modalidad: __ / __ / __ (dd/mm/aaa)

Fecha de ingreso a Modalidad de Estimulación: __ / __ / __ (dd/mm/aaa)

Fecha término de tratamiento en modalidad de estimulación: __ / __ / __ (dd/mm/aaa)

1	<ul style="list-style-type: none"> a) Mencione tipo de Modalidad de estimulación derivada b) Objetivo del plan de intervención c) número de sesiones planificadas d) numero de sesiones ejecutadas. e) Conclusiones del profesional SET para no ser recuperado <p><i>(adjuntando registro de intervenciones de ficha clínica y/o SRDM)</i></p>	
2	<ul style="list-style-type: none"> a) Registre VDI realizadas, mencionando motivo, fechas de realización y profesionales. b) Breve descripción de lo realizado <p><i>(Adjuntando registro de visita)</i></p>	
3	<ul style="list-style-type: none"> a) Indicar si hubo Seguimiento por Enfermera/o, mencionando motivo b) fechas de realización. c) Y una breve reseña de lo realizado <p><i>(adjuntando registro de evaluación, Informe, derivación, otros)</i></p>	
4	<ul style="list-style-type: none"> d) Derivación a la red intersectorial, mencionando motivo y fechas de realización. Y una breve reseña de la respuesta recibida. 	

5	<p>e) Derivación al equipo de cabecera, mencionando motivo, fecha y profesional que presenta el caso. Registrar Plan de Intervención (adjuntar acta)</p>	
6	<p>f) Indicar si hubo Evaluación médica, mencionando motivo y fechas de realización. Y una breve reseña de lo realizado (adjuntando registro de evaluación, Informe de médico, Interconsulta de especialidad, otros)</p>	
7	<p>g) Describir si se realizaron rescates de inasistencia a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ___ Reevaluación • ___ Sala de estimulación • ___ Consejería • ___ Control de Salud • ___ Control especialista <p>Que profesional lo realizó:</p> <p>Fechas:</p>	<p>¿Realizó rescate por inasistente?</p> <p>SI..... NO.....</p> <p>Tipo de rescate:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Telefónico: Si..... NO..... • VDI: SI..... NO..... <p>Descripción de la situación:</p>
8	<p>h) Describir si existió derivación a nivel secundario mencionando motivo y fechas de realización.</p> <p>i) Y una breve reseña de lo realizado (adjuntando registro de evaluación) y retroalimentación del segundo nivel.</p>	
9	<p>j) En caso de Traslado, describa si fue efectivo, si se realizó entrega del caso al nuevo establecimiento para asegurar continuidad de cuidados (adjuntar documentos)</p>	



Conclusiones del caso.

Motivo de la apelación: Marque con una X, el motivo de la apelación

Derivación a nivel
secundario

Confirmación Diagnóstica

otro

Justifique:

Mencione documentos adjuntos que envía:

Responsables del Informe

Nombre director establecimiento de salud:

Firma: _____

Nombre de profesional Encargada/o del Programa Infantil Centro Salud:

Firma: _____

INFORME DE APELACIÓN: META 1 DSM/ Ley 19.813

REFERENTE SERVICIO DE SALUD PROGRAMA INFANCIA

Nombre:

Región:

Servicio de Salud:

Comuna:

Fecha de Recepción: ___ / ___ / ___ (dd/mm/aaa) Fecha de Emisión: ___ / ___ / ___ (dd/mm/aaa)

Los verificadores recibidos son consistentes al caso

NO _____ Parcialmente _____ Totalmente _____

Apreciaciones Técnicas

Recibidos los antecedentes, se estima: (describa consideraciones técnicas)

Nombre de Profesional Encargada/o del Programa Infantil Servicio de Salud:

Firma: _____

Conforme con los antecedentes, se pasará a la revisión de la SEREMI

INFORME DE APELACIÓN: META 1 DSM/ Ley 19.813

REFERENTE SEREMI INFANCIA

Nombre:

Región:

Comuna:

Fecha de Recepción: __/__/__ (dd/mm/aaa) Fecha de Emisión: __/__/__ (dd/mm/aaa)

Los verificadores recibidos son consistentes al caso

NO _____ Parcialmente _____ Totalmente _____

Apreciaciones Técnicas: (describa)

Recibidos los antecedentes, se estima:

Nombre de Profesional Encargada/o del Programa Infantil SEREMI:

Firma _____