

**Orientación Técnica y Metodología de Evaluación  
Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud**

**IAAPS 2020**

# CONTENIDO

1.	INTRODUCCIÓN .....	1
2.	ORIENTACIONES GENERALES ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD .....	3
2.1.	SOBRE DICTACIÓN DE METAS A LAS COMUNAS.....	3
2.2.	SOBRE INFORMACIÓN A MINSAL DE METAS FIJADAS POR PARTE DEL SERVICIO DE SALUD .....	3
3.	INDICADORES DEL INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA .....	4
3.1.	SECCIÓN N° 1: DE ESTRATEGIA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS) .....	4
3.2.	SECCIÓN N° 2: DE PRODUCCIÓN. ....	4
3.3.	SECCIÓN N° 3: DE COBERTURA EFECTIVA.....	6
3.4.	SECCIÓN N° 4: DE IMPACTO. ....	7
3.5.	CRITERIOS DE SELECCIÓN DE INDICADORES DEFINIDOS: .....	7
3.6.	SOBRE MEDIOS DE VERIFICACIÓN FUENTE REM.....	8
4.	DETALLE DE INDICADORES POR SECCIÓN.....	9
4.1.	SECCIÓN 1: DE ESTRATEGIA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS).....	9
4.1.1.	ÁMBITO RISS: MODELO ASISTENCIAL.....	9
4.1.2.	ÁMBITO RISS: ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN: CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN. ....	10
4.2.	SECCIÓN 2: INDICADORES DE PRODUCCIÓN .....	12
4.3.	SECCIÓN 3: INDICADORES DE COBERTURA EFECTIVA .....	28
4.4.	SECCIÓN 4: INDICADORES DE IMPACTO .....	37
5.	PROCEDIMIENTO PARA EVALUACIÓN DEL IAAPS .....	40
5.1.	PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO .....	40
5.2.	PROCEDIMIENTO PARA VALORAR CUMPLIMIENTO DE METAS POR CORTE. ....	40
5.3.	PROCEDIMIENTO DE CÁLCULO DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE IAAPS.....	41
5.4.	ETAPAS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN POR CORTES.....	41
6.	PROCEDIMIENTO PARA CÁLCULO DE REBAJA PRODUCTO DE EVALUACIÓN DEL IAAPS .....	44
7.	ANEXOS .....	45
7.1.	ANEXO 1. GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD.....	45
7.2.	ANEXO 2. FORMULARIO VISITA DE SUPERVISIÓN INDICADOR DE CONTINUIDAD DE ATENCIÓN .....	47

## 1. INTRODUCCIÓN

El aporte estatal a la administración municipal correspondiente a la Atención Primaria de Salud es otorgado a cada entidad administradora de salud con el fin de que éstas puedan proveer servicios a su población a cargo, inscrita y validada en cada comuna, en función del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario. La implementación de este Modelo involucra la ejecución de un conjunto de prestaciones contenidas en el Plan de Salud Familiar II, enumeradas en el artículo 5 del Decreto N° 55 de diciembre 2019.

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

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

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

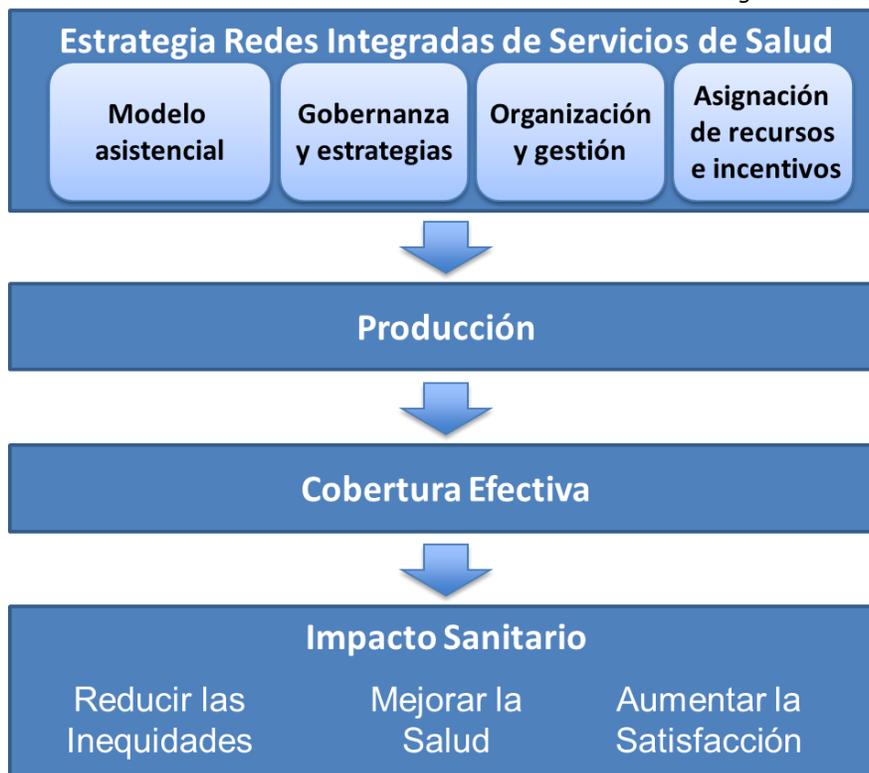
De ese modo, la OPS define la estrategia RISS como *“una red de organizaciones que presta o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población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

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

1. **Modelo Asistencial:** los elementos que componen este ámbito incluyen la definición de población y territorio a cargo con equipos de salud multidisciplinarios expertos en la realidad local y en las necesidades de los mismos, que prestan servicios apropiados, integrales y coordinados, centrados en las personas, en sus familias y comunidades, tomando en consideración sus determinantes sociales y diversidad. De tal manera, el Modelo Asistencial busca coordinar el cuidado de sus beneficiarios en los diferentes niveles de atención y dispositivos dentro del sistema de salud, aspirando a mejorar de manera permanente el acceso, la equidad, la calidad, el trato y la oportunidad en las prestaciones y acciones de salud que realiza.
2. **Gobernanza y Estrategias:** la Atención Primaria de Salud lidera acciones intersectoriales dentro de las redes pertinentes de cada Servicio de Salud, procurando la participación amplia de la comunidad en la construcción de su salud y bienestar.
3. **Organización y Gestión:** la Atención Primaria de Salud organiza sus recursos y realiza su gestión teniendo en cuenta los resultados esperados y proyecta sus servicios, disponibilidad y sus horarios de atención considerando las necesidades de la población. Planifica a través del Plan de Salud e informa sus actividades por edades, variable sexo u otras pertinentes.
4. **Asignación de Recursos e Incentivos:** El municipio es encargado de ejercer la función de Atención Primaria en el territorio, para cuyo propósito el Estado otorga el aporte estatal. La Atención Primaria cuenta con instrumentos de evaluación del progreso y del desempeño de su actividad y activa sistemas de incentivos para el cumplimiento del Modelo.

Para el año 2020, el conjunto de indicadores y metas IAAPS se mantiene como mecanismo para evaluar el progreso y desempeño de la Atención Primaria mediante indicadores que respondan a la estrategia de RISS, entendida como el eje de desarrollo para la Atención Primaria. Estos indicadores se construyen para evaluar el desarrollo armónico de los cuatro ámbitos de abordaje de las RISS. Lo que se busca con los indicadores contruidos de la manera recién mencionada es retroalimentar la gestión de salud que, a su vez, permita configurar la mejor forma de provisión de servicios y de abordar de las necesidades de salud de la población. A continuación, el Cuadro 1 muestra gráficamente la cadena de resultado que se evalúa a través del IAAPS:

*Cuadro 1: Modelo de Evaluación de la Atención Primaria de Salud en las Redes Integradas de Servicios de Salud*



Fuente: Modelo adaptado del marco conceptual de las Redes Integradas de Servicios de Salud de OPS 2010 y del marco conceptual de monitoreo y evaluación del fortalecimiento de los sistemas de salud OMS 2009.  
[http://www.paho.org/uru/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=145&Itemid=307](http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=307)  
[http://www.who.int/healthinfo/HSS\\_MandE\\_framework\\_Nov\\_2009.pdf](http://www.who.int/healthinfo/HSS_MandE_framework_Nov_2009.pdf)

## 2. ORIENTACIONES GENERALES ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

### 2.1. SOBRE DICTACIÓN DE METAS A LAS COMUNAS

Los indicadores, fórmulas de cálculo y metas definidas para el país están señalados en el artículo 2 del Decreto N° 55 de diciembre de 2019 “Indicadores del Índice de Actividad de la Atención Primaria”.

Acorde a lo señalado en el subtítulo Procedimiento, del mismo decreto y conforme a lo previsto en la letra q) del artículo 23 del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005, del Ministerio de Salud, el Servicio de Salud respectivo dictará la correspondiente resolución para la fijación de las metas de las comunas de su competencia, previa visación de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

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

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

### 2.2. SOBRE INFORMACIÓN A MINSAL DE METAS FIJADAS POR PARTE DEL SERVICIO DE SALUD

- Una vez concluido el proceso de fijación de metas a las comunas, el Servicio de Salud informará a la División de Atención Primaria las metas fijadas para cada una de sus comunas **en el instrumento** que se enviará para tal efecto desde el Ministerio de Salud.

Esta información deberá ser remitida antes del **23 de marzo de 2020** por correo electrónico a Nicolás Figueroa, [nicolas.figueroa@minsal.cl](mailto:nicolas.figueroa@minsal.cl), con copia a Gisela Schaffer, [gisela.schaffer@minsal.cl](mailto:gisela.schaffer@minsal.cl).

Al **31 de marzo**, la División de Atención Primaria entregará a los Servicios de Salud la aprobación de las metas recibidas en el plazo establecido en punto anterior.

- En los **establecimientos** de Atención Primaria **dependientes de los Servicios de Salud y en Organizaciones No Gubernamentales con convenios DFL36**, igualmente se deberán fijar metas IAAPS, las que se deberán informar a Minsal en los mismos plazos señalados en el párrafo anterior. Ello con el propósito de homologar la gestión de Atención Primaria que encabeza el Servicio de Salud, esto independientemente que no están afectos a aporte estatal mediante el mecanismo per cápita.

### 3. INDICADORES DEL ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

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

#### 3.1. SECCIÓN N° 1: DE ESTRATEGIA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)

Nº	INDICADOR	FÓRMULA	META NACIONAL	IMPORTANCIA RELATIVA %
1	Modelo Asistencial: porcentaje de centros de salud autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente.	N° de centros de salud de la comuna autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitario (MAIS) vigente / N° de establecimientos de salud de la comuna - comprometidos a evaluar y/o autoevaluar.	Aumentar el número de centros de salud de la comuna autoevaluados vigente, respecto al número de centros de salud autoevaluados en el año anterior, o mantener el número de centros de salud autoevaluados vigente en el caso de haber completado el número de establecimientos de la comuna respectiva.	4
2	Ámbito RISS Organización y Gestión: continuidad de la Atención.	(N° de establecimientos funcionando de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas / N° total de establecimientos visitados)*100.	100%	4
		(N° de fármacos trazadores disponibles/ N° total de fármacos trazadores) * 100	100%	4
Subtotal Indicadores Estrategia Redes Integradas de Servicios de Salud				12

#### 3.2. SECCIÓN N° 2: DE PRODUCCIÓN.

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

4	Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivación al nivel secundario).	((N° de control y consulta médica realizada en APS - N° SIC de Control y Consulta Médica generadas en APS)/ N° total de controles y consultas médicas realizadas en APS)*100	>=90%	5
5	Tasa de Visita domiciliaria Integral.	Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas / Nº de familias (población inscrita /3,3).	0,22	5
6	Cobertura Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más.	(N° de Examen de Medicina Preventiva realizados a hombres y mujeres de 20 a 64 años / Total de la población de hombres y mujeres de 20 a 64 años inscrita - Población bajo control en programa Cardiovascular)*100.	25%	6
		(N° de Examen de Medicina Preventiva realizados a hombres y mujeres de 65 y más años / Total de la población de hombres y mujeres de 65 y más años inscrita)*100.	55%	6
7	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control.	(Niños y niñas de 12 a 23 meses con evaluación del desarrollo psicomotor / N° total de niños y niñas entre 12 a 23 meses bajo control) * 100.	95%	5
8	Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 14 años.	(Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 14 años/ población adolescente de 10 a 14 años inscrita en el establecimiento de salud) * 100.	18%	6
9	Proporción de población de 7 a menos de 20 años con alta odontológica total.	(Nº de altas odontológicas totales en población de 7 a menos de 20 años) / Población inscrita de 7 a menos de 20 años) * 100.	21%	5

10	Cobertura de Atención Integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años.	(Nº de personas con trastornos mentales bajo control de 5 y más años / Número de personas con trastornos mentales de 5 y más años esperados según prevalencia) * 100.	17%	6
Subtotal Indicadores de Producción				50

### 3.3. SECCIÓN N° 3: DE COBERTURA EFECTIVA.

Nº	INDICADOR	FÓRMULA	META	IMPORTANCIA RELATIVA %
11	Cumplimiento de garantías explícitas en salud cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria.	(Nº de casos GES atendidos en atención primaria con garantía cumplida / Nº total de casos GES atendidos en APS) * 100.	100%	Indicador crítico, se evalúa por separado en la forma que se indica.
12	Cobertura de vacunación anti influenza en población objetivo definida para el año en curso.	(Nº de personas inscritas validadas pertenecientes a grupos objetivos de población definidos vacunados con anti influenza / Total de población inscrita de los grupos objetivos) * 100.	80%	5
13	Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo.	(Nº de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control / Total de mujeres embarazadas ingresadas a control) * 100.	90%	6
14	Porcentaje de adolescentes inscritos de 15 a 19 años bajo control de regulación de fertilidad.	(Nº de adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad / Total adolescentes de 15 a 19 años inscritos) * 100.	25%	6
15	Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años con Diabetes Mellitus 2.	(Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 a 79 años con Hb A1c bajo 7% + Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 80 y más con Hb A1c bajo 8% según último control vigente/ Total de	30%	6

		personas con diabetes de 15 y más años esperados según prevalencia) * 100.		
16	Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años, con Hipertensión Arterial.	(Nº de personas hipertensas de 15 a 79 años con PA < 140/90 mm Hg + Nº de personas hipertensas de 80 y más con PA < 150/90 mm Hg según último control vigente/ Total de personas de 15 años y más, hipertensas esperadas según prevalencia) * 100.	54%	6
Subtotal Indicadores de Cobertura Efectiva				29

### 3.4. SECCIÓN N° 4: DE IMPACTO.

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

### 3.5. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE INDICADORES DEFINIDOS:

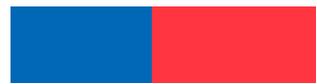
Para la selección de los indicadores incluidos, se consideró los siguientes criterios:

- Que se enmarquen en objetivos sanitarios.
- Consideren la estrategia RISS como modelo organizativo del sistema.
- Den cuenta de los procesos de la Atención Primaria, los cuales enfatizan el cuidado de la salud a través del curso de vida, basándose en el Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario.
- Conduzcan al cumplimiento de las garantías GES en relación a los problemas de salud abordados en Atención Primaria.
- En su conjunto den cuenta de evaluación de aspectos cuantitativos y cualitativos.
- Para la construcción de indicadores se considere la población inscrita validada para establecimientos municipales y ONG en convenios y la población beneficiaria estimada para los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud.

- Estén incorporadas en sistemas de registros (REM) minimizando el uso de monitoreos especiales.

### 3.6. SOBRE MEDIOS DE VERIFICACIÓN FUENTE REM

Para el caso de los medios de verificación con fuente REM, se incluye en la presente Orientación Técnica detalles sobre las celdas del registro, sin embargo, **estos son referenciales** en base a última versión de REM y manual en uso, pueden existir modificaciones posteriores por parte del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS). Ello implicaría comunicar a los Servicios de Salud las modificaciones.



## 4. DETALLE DE INDICADORES POR SECCIÓN

### 4.1. SECCIÓN 1: DE ESTRATEGIA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)

#### 4.1.1. ÁMBITO RISS: MODELO ASISTENCIAL

**META 1. Aumentar el número de Centros de Salud de la comuna autoevaluados vigente, respecto al número de centros de salud autoevaluados en el año anterior. Mantener el número de centros de salud autoevaluados vigente en el caso de haber completado el número de establecimientos de la comuna respectiva.**

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

**INDICADOR:** Porcentaje de Centros de salud autoevaluados mediante Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente.

Indicador	Fórmula de Cálculo	Meta	Medio de Verificación	Observaciones
<p>Ámbito RISS Modelo Asistencial: Porcentaje de Centros de Salud evaluados y /o autoevaluados conforme Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo, dictado por el Minsal.</p> <p>Este indicador es solo para nuevos centros de salud (CESFAM, Posta de salud rural y hospitales comunitarios) incorporados o los que opcionalmente se quieran reevaluar</p>	<p><b>Numerador:</b> Nº de centros de salud evaluados y /o autoevaluados mediante instrumento vigente</p> <p><b>Denominador:</b> Nº de Centros de Salud comprometidos a evaluar y /o autoevaluar</p>	<p>Aumentar el número de Centros de Salud de la comuna <b>autoevaluados vigentes</b>, respecto al número de centros de salud autoevaluados en el año 2019 o vigente al 2019.</p> <p>Mantener el número de centros de salud <b>autoevaluados vigente</b> en el caso de haber completado el número de establecimientos de la comuna respectiva.</p>	<p>Plataforma electrónica de registro</p> <p>Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario</p>	<p>La Información para medición de cumplimiento será en función del cronograma programado por el servicio de salud en conjunto con cada comuna correspondiente.</p> <p>No aplica evaluación para primer y segundo corte.</p>

#### 4.1.2. ÁMBITO RISS: ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN: CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN.

##### **META N° 2.1. 100% establecimientos funcionando de 8:00 AM a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9 a 13 horas y META 2.2. Disponibilidad de fármacos trazadores**

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

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

En virtud de ello, constituye una prioridad para el Gestor de Red, promover la continuidad de la atención y cautelar que los Establecimientos de su red lo realicen.

Mediante Decreto 1-3063 del Ministerio del Interior del año 1980, se traspasó a los municipios la responsabilidad de la administración de salud de los establecimientos de nivel primario de atención, posteriormente con la promulgación de la ley 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, se establece normativas administrativas y financieras que rigen dicho proceso.

Conforme lo señalado en el párrafo precedente, las entidades administradoras de salud primaria municipalizada son responsables de la atención de salud de la población inscrita en los establecimientos bajo su administración, a ellas les compete entregar las prestaciones de salud en todos los establecimientos de Atención Primaria de su dependencia, brindando continuidad de atención conforme los horarios establecidos de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas y sábados de 09:00 a 13:00 horas, principalmente en CGU y CGR. Al Director del Servicio de Salud, a través de sus estructuras técnico-administrativas propias, le corresponde la supervisión del cumplimiento de las actividades en los Establecimientos de la red asistencial de su jurisdicción.

**Definición:** La continuidad de la Atención, es la atención de salud brindada en Establecimientos de salud APS, de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas y sábados de 9:00 a 13:00 horas, debe proveer, necesaria e ineludiblemente, acceso de la población a: Consultas de morbilidad entregadas por Médico, Consultas odontológicas y/o tratamientos, y asegurar la disponibilidad de fármacos que le competen; además de lo anterior es deseable ofrecer otras prestaciones, entre ellos controles de Salud prestados por profesionales del equipo de salud. La provisión de todas las atenciones en el marco de una programación de agenda y utilización de su capacidad instalada.

**Considerando:** A partir del año 2015 el programa de reforzamiento “Mejoramiento del Acceso a la atención odontológica” incluye extensiones horarias odontológicas, las cuales se suman a la extensión horaria percapitada de médico y odontólogo, por éste motivo, es imprescindible la coordinación e información previa con referente odontológico de cada Servicio de Salud a fin de monitorear que la extensión horaria odontológica informada en la visita de supervisión, corresponda a la continuidad de la atención y no a la de programa de reforzamiento ya mencionado.

**Metodología de Evaluación:** Se evaluará mediante visitas a terreno aleatorias por parte del Servicio de Salud correspondiente.

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

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

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

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

Una vez concluida la visita el Formulario debe ser firmado por el o la director/a del Establecimiento de Salud supervisado, o responsable de proporcionar la información durante la visita de supervisión.

Los Servicios de Salud cuentan con plazo hasta el día: 25 de mayo, 24 de agosto, 26 de octubre de 2020, para efectos del primer, segundo y tercer corte respectivamente, y hasta el 25 de enero de 2021, para el corte a diciembre de 2020, para subir el archivo (planilla de cálculo) de evaluación y copia digital de las pautas de supervisión en carpeta compartida u otro medio disponibilizado por Minsal.

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

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

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

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

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

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

Indicador: Continuidad de la Atención	Fórmula	Meta	Medio de Verificación	Observaciones
Brindar acceso a la atención de salud desde las 8:00, hasta las 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas	(Nº establecimientos funcionando de 08:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas / Nº total de establecimientos visitados) *100	100%	Informe emitido por el Servicio de Salud (*)  Anexo N°2: Formulario de visita de supervisión	Se espera que todos los CGU y CGR, estén funcionando de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas, con su farmacia operativa y los fármacos trazadores disponibles. En el caso excepcional que algún Establecimiento no pueda funcionar en el horario establecido, ello deberá ser fundamentado por el respectivo Servicio de Salud.
Disponibilidad de fármacos trazadores	Nº de fármacos trazadores disponibles/Nº total de fármacos trazadores	100%	Continuidad de la Atención	

(\*) Si el Servicio de Salud no pudiera efectuar la visita de supervisión, el Director del Servicio de Salud debe justificar el no cumplimiento de ésta, adjuntado el oficio que fundamente no haber realizado la supervisión.

## 4.2. SECCIÓN 2: INDICADORES DE PRODUCCIÓN

### META 3. Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos por habitante año igual a 1,2

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

**INDICADOR:** Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año.

Indicador	Fórmula	Meta	Medio de verificación	Observaciones
Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año	Nº de consultas de morbilidad y controles realizadas por médicos/ Población inscrita validada	1,2	REM A01 Serie A Sección A Celda C12-14-16-18-20-22-24-26 + Sección B Celda C31 + Sección C Celda C39-43-45-47-49-52-57 (Más) REM A04 Sección A Celda B12 (Más) REM A06 Sección A.1 celda C13 (Más)	Lo esperado es que la Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año en toda comuna a nivel país sea al menos igual o superior a 1,2.

			REM A08 Sección A.4 celda B37 (Más) REM A23 Sección D Celda C62 + Sección E Celda C67	
			<hr/> Población Inscrita validada FONASA	

**META 4. Porcentaje de Consultas y Controles resueltos en APS (sin derivar a consulta médica de especialidad en el nivel secundario) mayor o igual a 90%**

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

**INDICADOR:** Porcentaje de resolutoriedad de consulta y control médico de la Atención Primaria

Indicador	Fórmula de cálculo	Meta	Medio de Verificación	Observaciones
Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivación al nivel secundario).	$((N^{\circ} \text{ de control y consulta médica realizada en APS} - N^{\circ} \text{ SIC de Control y Consulta Médica generadas en APS}) / N^{\circ} \text{ total de controles y consultas médicas realizadas en APS}) * 100$	$\geq 90\%$	<p><b>Numerador</b>            (Serie A:            REM A01 Sección A Celda (C12-C14-C16-C18-C20-C22-C24-C26) + Sección B Celda C31 + Sección C Celda (C39 -C43-C45-C47-C49-C52-C57)            (Más)            REM A04 Sección A Celda B12            (Más)            REM A06 Sección A.1 celda C13            (Más)            REM A08 Sección A.4 celda B37            (Más)            REM A23 Sección D Celda C62 + Sección E Celda C67)            (Menos)            ((REM A07 celdas AR71+AS71)</p>	<p>Lo esperado es que la resolución en consultas y controles médicos sea igual o superior a 90%.</p> <p>En el numerador se incluye N° de: consultas de morbilidad, todos los controles de salud realizados por médicos y la consulta de urgencia no SAPU, SUR, SAR ni SUC.</p>

			<p>(menos) celdas (AR55+AR56+AR57+AS55+AS56+AS57))</p> <p><b>Denominador</b></p> <p>Serie A:</p> <p>REM A01 Sección A Celda (C12-C14-C16-C18-C20-C22-C24-C26) + Sección B Celda C31 + Sección C Celda (C39 -C43-C45-C47-C49-C52-C57)</p> <p>(Más)</p> <p>REM A04 Sección A Celda B12</p> <p>(Más)</p> <p>REM A06 Sección A.1 celda C13</p> <p>(Más)</p> <p>REM A08 Sección A.4 celda B37</p> <p>(Más)</p> <p>REM A23 Sección D Celda C62 + Sección E Celda C67</p>	<p>De la SIC generadas se excluyen las interconsultas generadas a las especialidades:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Obstetricia</li> <li>2) Ginecología pediátrica y adolescentes</li> <li>3) Ginecología</li> </ol> <p>En el denominador se incluye N° de: consultas de morbilidad, todos los controles de salud realizados por médicos y la consulta de urgencia no SAPU, SUR, SAR ni SUC</p>
--	--	--	--	---

#### **META 5. Tasa de visita domiciliaria integral igual a 0,22**

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

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

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

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

Es importante tener en cuenta requisitos preliminares:

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

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

Cautelando que esta actividad resulte beneficiosa para la familia y no por el contrario “invasiva”.

**INDICADOR:** Tasa de visita domiciliaria Integral

Indicador	Método de Cálculo	Meta	MEDIO DE VERIFICACIÓN DEIS	Observaciones
Tasa de Visita Domiciliaria Integral	(Nº visitas domiciliarias integrales realizadas / Nº de familias (población inscrita / 3,3)	0,22	REM A26 Sección A Celdas C10 a la C36 + Sección B Celda C46. Más REM 28 Sección A.9 celda C129  Total, Población Inscrita validada FONASA todas las edades / 3,3	Considerar que la tasa pueda ser mayor o igual a 0,22.  Numerador: se consideran sólo las visitas domiciliarias integrales a Familias (REM A 26 y REM A 28). Las Visitas Integrales del Sector Rural realizadas en domicilio. (Visitas domiciliarias en sector rural, Primera VDI y Segunda VDI respectivamente)

**Observaciones:** Los centros que cuentan con el dato real de las familias, deben informarlo en la definición de metas, para ser incorporado en la evaluación.

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

#### **META 6. Cobertura de Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más Examen de Medicina Preventiva (EMP)**

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

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

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

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

Indicador	Método de Cálculo	Meta	MEDIO DE VERIFICACIÓN DEIS	Observaciones
Cobertura Examen de Medicina Preventiva en hombres y mujeres de 20 a 64 años	(Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población de hombres y mujeres de 20 a 64 años / Población de hombres y mujeres de 20 a 64 años inscrita, menos población de hombres y mujeres de 20 a 64 años bajo control en Programa Salud Cardiovascular) *100	25%	REM A02. Sección B. Suma de celdas G21 a X21 (Suma Enero a mes de corte) <hr/> Población inscrita validada de 20 a 64 años FONASA (Menos) REM P04, Sección A. Suma de celdas H12 a Y12 (Más) REM A05, Sección H. (Corte abril y septiembre) Suma de celdas H84 a Y84 (Menos) Sección I. Suma de celdas H94 a Y94.	<u>Denominador:</u> <b>1er. Corte a Abril:</b> se debe restar del denominador la población de hombres y mujeres de 20 a 64 años en control en PSCV de diciembre 2019, <u>más</u> los ingresos al PSCV <u>menos</u> los egresos del PSCV, de la población de hombres y mujeres de 20 a 64 años de los meses enero, febrero marzo y abril del 2020. <b>2º Corte a Julio:</b> se debe restar del denominador la población en control en el PSCV a junio 2020, <u>más</u> los ingresos al PSCV <u>menos</u> los egresos del PSCV, de la población de hombres y mujeres de 20 a 64 años del mes de julio del 2020. <b>3er Corte a Septiembre:</b> se debe restar del denominador la población en control en el PSCV a junio 2020, <u>más</u> los ingresos al PSCV <u>menos</u> los egresos del PSCV, de la población de hombres y mujeres de 20 a 64 años de julio a septiembre del 2020 <b>4º Corte a Diciembre:</b> se debe restar del denominador la población en control en el PSCV a diciembre 2020.

**Observaciones:** Se intencionará el examen en personas que no tengan evaluación preventiva y en quienes lo soliciten. La construcción del indicador se hará solamente con los EMP realizados en el año, es decir no se incorporará los de años anteriores. Cada año se deberá lograr una cobertura de 25% en población a la cual no se le haya realizado el examen, en los últimos 3 años. De manera sumativa, se espera al final de un período trienal se logre Cobertura de 75% por Servicio de Salud. Para poder cuantificar de mejor manera a las personas con su

EMP vigente según la normativa, el año 2020 se impulsará el registro de un bajo control a través de REM P, sin embargo, la fuente de información para evaluación de EMP realizados será REM A02.

Recordar que, para el cálculo del porcentaje logrado, se debe restar a la población aquella que se encuentra bajo control en el programa cardiovascular, **ya que se estima que tiene su control de salud al día (se debe comprobar que su control de salud se encuentre vigente)**. Se debe poner especial atención de no restar dos veces a una persona que tenga las dos patologías. Los casos se sumarán de forma acumulativa desde enero hasta cada corte.

Atendiendo a que en el caso de los hombres persisten los bajos resultados obtenidos en este indicador, se prioriza e intenciona la pesquisa activa de hombres en horarios alternativos y vespertinos (apertura hasta las 20 horas) y a través de estrategias de educación con enfoque familiar y comunitario para captar este grupo focal.

Además, en mujeres se intencionará la pesquisa activa de riesgo de cánceres.

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

**INDICADOR 6.2:** Cobertura de Examen de Medicina Preventiva a personas de 65 años y más.

Las acciones del EMP orientadas a la población mayor tienen como objetivo pesquisar, prevenir y retardar la pérdida de la independencia y autonomía, dado que el elemento que diferencia y marca pronóstico en la vida de las personas mayores es su estado funcional, el cual es posible establecer, intervenir y mejorar, por tanto, la pesquisa precoz de riesgo de pérdida de funcionalidad es clave en la salud de las personas mayores. Es así, como también una de las primeras manifestaciones de enfermedades en las personas mayores son las alteraciones de la funcionalidad, constituyéndose en el signo de alerta más importante.

La aplicación del EMP en población mayor (ya sea aplicando EFAM o Barthel conforme dependencia de la persona) es una etapa en el proceso de atención de las personas mayores. **La atención integral de las personas mayores, implica que una vez realizado el EMP se confeccione un Plan de Cuidado**, según los resultados obtenidos en este examen<sup>1</sup>. Este Plan de Cuidado debe incorporar los resultados obtenidos y también las necesidades expresadas por el paciente interviniendo los profesionales del equipo multidisciplinario.

Indicador	Método de Cálculo	Meta	MEDIO DE VERIFICACIÓN DEIS	Observaciones
Cobertura de Examen de Medicina Preventiva del Adulto de 65 años y más	(N° de adultos de 65 y más años con Examen de Medicina Preventiva / Población inscrita validada de 65 años) * 100	55%	REM A02 Sección B. Celda Y21 a la AF21 (Suma Enero a mes de corte)  ----- -	Sin Observaciones

<sup>1</sup> Ministerio de Salud 2014. Orientación técnica para la atención de salud de las personas mayores en Atención Primaria.

			Población inscrita de 65 y más años validada por FONASA.	
--	--	--	--	--

**Observaciones:** Se intencionará el examen en personas que no tengan evaluación preventiva y en quienes lo soliciten. La construcción del indicador se hará solamente con los EMP realizados en el año y dado que tiene una vigencia de 1 año no se incorporan los EMPAM realizados en el transcurso del año anterior al corte. Por ejemplo: si el corte de evaluación es abril del 2019, se considera como:

El Examen de Medicina Preventiva del adulto mayor considera lo siguiente conforme orientación técnica de la atención en salud de las personas mayores en atención primaria<sup>2</sup>:

1. Mediciones: Signos vitales, antropometría.
2. Antecedentes: Actividad física, vacunas, Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM), patologías y terapia farmacológica.
3. Evaluación Funcional: a. EFAM (evaluación de la funcionalidad); b. Índice de Barthel para evaluación de dependencia; c. Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage; d. Cuestionario de Actividades Funcionales de Pfeffer (del informante).
4. Riesgo de caídas.
5. Identificación de redes.
6. Sospecha de maltrato.
7. Exámenes anuales.
8. Adicciones.
9. Plan de atención y seguimiento.

Para poder cuantificar de mejor manera a las personas con su EMP vigente según la normativa, el año 2020 se impulsará el registro de un bajo control a través de REM P, sin embargo, la fuente de información para evaluación de EMP realizados será REM A02.

#### **META 7. Cobertura de Evaluación del desarrollo psicomotor de niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control: 95%**

**INDICADOR:** Cobertura de Evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control.

En las últimas décadas Chile ha mejorado considerablemente sus indicadores biomédicos de salud materno infantil. Sin embargo, un desafío permanente ha sido lograr condiciones de equidad que favorezcan el desarrollo óptimo e integral de niños y niñas. De acuerdo a lo anterior, el Plan Nacional de Salud 2011-2020, contempla dentro de las prioridades en infancia disminuir la prevalencia de rezagos del desarrollo en menores de 5 años en un 15 %. Por ello la pesquisa precoz de los distintos factores que no permiten o dificultan el normal desarrollo de las potencialidades de los niños y niñas es relevante, en este contexto este es un indicador que responde a esta necesidad por cuanto se relaciona con el desarrollo integral y se focaliza en el niño y niña de 12 a 23 meses.

<sup>2</sup> Ibíd.

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

- **Derechos:** El derecho de todo niño y niña a desarrollar su máximo potencial de desarrollo.
- **Económicas:** La inversión que se hace para promover el desarrollo psicomotor de los niños y niñas de 0 a 4 años tiene un alto retorno económico tanto para el país, como para la familia<sup>3</sup>.
- **Equidad:** Los determinantes sociales impactan en las familias con vulnerabilidad biopsicosocial y generan desigualdades en el desarrollo infantil que afectan el futuro rendimiento escolar, las posibilidades ocupacionales y el aprovechamiento de las oportunidades en la vida adulta.
- **Científicas:** El negativo impacto de la derivación ambiental sobre el desarrollo físico y psíquico de los individuos ha sido demostrado por numerosos estudios. Los efectos positivos logrados con programas de estimulación argumentan que la promoción del desarrollo es fundamental para los niños y niñas desde la gestación.
- En la medida que mejoran las tasas de mortalidad infantil, sobreviven más niños y niñas con problemas biológicos, especialmente del sistema nervioso central, que pueden producir déficit en el desarrollo psicomotor, lo cual establece un mayor esfuerzo por parte de los equipos de salud en la pesquisa de déficit del desarrollo a temprana edad.

La mirada del equipo de salud y la red intersectorial, debe estar orientada, tanto a la pesquisa de los niños y niñas con déficit en su desarrollo, como a su recuperación oportuna, teniendo en cuenta que el niño o niña que no se interviene a tiempo, se pierden oportunidades de recuperación de hitos del desarrollo fundamentales para toda su vida. La cobertura de la evaluación del desarrollo psicomotor en el grupo etareo de los 12 a 23 meses de edad, llega a un 93,87% de niños(as) según último corte 2019.

**Indicador:** Cobertura de Evaluación del desarrollo Psicomotor de niños/as de 12 a 23 meses bajo control.

Indicador	Método de Cálculo	Meta	MEDIO DE VERIFICACIÓN DEIS	Observaciones
Cobertura de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de niños(as) de 12 a 23 meses bajo control	(Nº de Niños(as) de 12 a 23 meses con Evaluación de Desarrollo Psicomotor / Nº de Niños(as) 12 a 23 meses bajo control) *100	95%	REM A03. Sección A2. Celdas J21+ K21+ L21+ M21+ J22+ K22+ L22+ M22+ J23+ K23+ L23+ M23 + J24+ K24+ L24+ M24  ----- REM P2. Sección A. Celdas V11+W11+X11+Y11	<b>Numerador:</b> se utiliza el Nº de resultados de EEDP realizadas de 12 a 23 meses, <b>solo</b> la primera evaluación. <b>Denominador:</b>  <b>1er corte</b> se utilizará la población en control de niños(as) 12 a 23 meses de diciembre 2019 <b>Cortes posteriores</b> población bajo control a junio 2020 y diciembre 2020 respectivamente.

<sup>3</sup> Heckman y Carneiro (2003). Heckman (2007)

**Observaciones:** A fin de no perder la integralidad de la atención de los niños y niñas, este examen se debe realizar en el contexto del Control del Niño Sano por enfermera o médico según lo señala la normativa y aplicando las pautas establecidas para tal efecto, usando en todo el país el BAREMO ALTO. Puede ser aplicado en otros contextos, de manera excepcional, por otros profesionales capacitados y certificados en la aplicación del instrumento.

Para el cálculo del indicador se debe descontar del denominador los niños y niñas que por condiciones de base, como Síndrome de Down, enfermedades neurológicas diagnosticadas con antelación, entre otras, no se puede aplicar el instrumento de detección, pero si son parte del control de salud integral.

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

### **META 8. Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 14 años: 18%**

**INDICADOR:** Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 14 años

El Control de Salud Integral, se define como la atención de salud integral de adolescentes que permite evaluar el estado de salud, y el normal crecimiento y desarrollo, fortaleciendo los factores y conductas protectoras e identificando precozmente los factores y conductas de riesgo, así como los problemas de salud, con el objeto de intervenir en forma oportuna, integrada e integral.<sup>4</sup>

#### **OBJETIVOS DEL CONTROL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES**

- a) Objetivos orientados al manejo de problemas o necesidades de salud**
  - Evaluar y promover un crecimiento y desarrollo biopsicosocial saludable.
  - Identificar factores y conductas protectoras y de riesgo, del adolescente y su familia.
  - Pesquisar y otorgar manejo inicial a los problemas de salud prevalentes del adolescente.
  - Prevenir enfermedad y discapacidad en adolescentes.
  - Referir oportunamente aquellas situaciones o condiciones que ameriten clínicamente su atención y resolución por otros profesionales u otras disciplinas.
- b) Objetivos orientados en educación para la salud**
  - Fomentar el uso adecuado de los servicios de salud a adolescente y a su familia.
  - Fomentar el autocuidado y hábitos de vida saludables en adolescentes y sus familias.

El Control de Salud Integral permite y facilita que se inicien las intervenciones y estrategias propuestas para abordar las necesidades y problemáticas específicas de adolescentes. El control también puede llevarse a cabo en espacios escolares y comunitarios. Tomando en cuenta que los adolescentes no suelen acudir espontáneamente a la consulta de profesionales de salud, este control, debe ser realizado con altos estándares de calidad, de manera de optimizar esta oportunidad de intervenir tempranamente en forma preventiva. Sobre la base de lo anteriormente señalado se incorpora en el IAAPS a los adolescentes de 10 a 14 años, se prioriza en este grupo, dado que son un grupo etario en el cual las acciones de salud tienen un mayor impacto preventivo.

---

<sup>4</sup> Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral del Adolescente, Minsal 2016

Indicador	Método de Cálculo	Meta	MEDIO DE VERIFICACIÓN DEIS	Observaciones
Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 14 años.	Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 14 años/ población adolescente de 10 a 14 años inscrita validada en el establecimiento de salud) *100	18%	REM A01 sección D Celda C69 <hr/> Población inscrita validada FONASA de 10 a 14 años	Se sugiere incorporar tamizaje para pesquisa consumo de sustancias (CRAFFT) al 100% de adolescentes con Control de Salud Integral.

**Observaciones:**

- El formulario de Consulta Principal (Ficha CLAP), deberá iniciarse en el momento en que el adolescente es atendido por primera vez en un servicio de salud y/o en los controles de salud escolar. **Requiere para su correcta aplicación 30 minutos aproximadamente.**
- **No es necesario completar el instrumento (Ficha CLAP) en una única atención.** En todo momento se deberá priorizar la calidad del vínculo que se establece con el adolescente, y la resolución de su demanda, verbalizada o latente, respetando la privacidad y evaluando la oportunidad para requerir la información.
- La Consulta Principal habitualmente coincide con la primera que el adolescente realiza en el servicio de salud o establecimiento educacional. Este instrumento debe completarse una vez al año, conservando el mismo número de ficha.

**ANAMNESIS COMPLETA****Evaluación Biopsicosocial**

- Motivos de consulta del adolescente y acompañantes.
- Antecedentes mórbidos personales y familiares.
- Evaluar estructura y funcionamiento familiar con el genograma (crisis del ciclo familiar como separaciones o duelos, vínculos), percepción de la calidad de la relación familiar y escolaridad o trabajo, si lo hubiere.
- Condiciones sanitarias de vivienda.
- Situación escolar y/o laboral del adolescente.
- Vida social: pareja, amigos, actividad física, TV, computador, consolas y otras actividades, violencia pareja, bullying o cyberbullying.
- Hábitos de sueño, alimentación, dietas especiales, consumo de tabaco, alcohol y otras drogas y seguridad vial.
- Aspectos gineco/urinarios.
- Sexualidad: orientación sexual, intención o conducta sexual, pareja sexual, métodos anticonceptivos (incluidos preservativos), consejería, violencia sexual.
- Situación psicosocial: imagen corporal, proyecto de vida, bienestar emocional, riesgo suicida y referente adulto.

**Examen Físico**

El examen físico debe realizarse respetando la privacidad de cada adolescente consultante, se debe pedir su asentimiento o consentimiento verbal, para que sus padres estén presentes. También una alternativa, es realizar

el examen físico con un técnico paramédico presente, en especial en aquellos casos en que existen situaciones especiales, tales como, discapacidad o sospecha de violencia sexual.

Cuando se requiera efectuar una inspección genital, éste debe ser realizado siempre en presencia de un profesional, técnico paramédico, familiar o persona que lo acompañe, nunca a solas. Esto debe ser consensuado con él o la adolescente. El examen debe ser para cada adolescente consultante, una experiencia educativa y de autoafirmación.

Si el examen físico es realizado en el Espacio Amigable o en el Centro de Salud, debe ser completo, incluyendo siempre antropometría y evaluación de desarrollo puberal, en base a los grados de Tanner, ya sea por observación directa o por autoevaluación a través de imágenes. Sin embargo, el profesional que realiza el control, puede posponer el examen físico para otra oportunidad y/o derivarlo a otro profesional capacitado. Acordando con el adolescente cuando se realizará el examen y deberá coordinar la citación o referencia respectiva a fin de asegurar que el examen se realice en un plazo no mayor a dos meses.

Si el Control de Salud Integral se realiza en el establecimiento educacional o espacio comunitario se sugiere realizar sólo una evaluación antropométrica (peso, talla), inspección general y agudeza visual (si corresponde) y la evaluación según grados de Tanner, realizada por autoevaluación a través de imágenes. En aquellos casos en que exista una discrepancia de peso y talla para la edad, de más de dos desviaciones standard, se debe derivar a la atención en el Espacio Amigable o Centro de Salud que corresponda, para evaluación del desarrollo puberal por, matrona, enfermera o médico.

El rendimiento del Control de Salud Integral de adolescentes, según la orientación técnica vigente; es de 30 minutos<sup>5</sup>, pero en el caso de que se incorpore el tamizaje CRAFFT para detección de consumo de sustancias, se estima un rendimiento de 45 minutos.

Es importante comprender el CRAFFT como una herramienta de tamizaje que apoya y orienta la conversación con el adolescente, siendo lo fundamental el contacto y confianza que se establece con el profesional de salud.

La aplicación de este instrumento es una oportunidad (desde el enfoque anticipatorio) para realizar acciones de prevención primaria, en aquellos adolescentes que refieren no consumir sustancias, de manera de reforzar la conducta de no consumo como la conducta más protectora para su salud, entregando estrategias para lograrlo.

El CRAFFT puede ser completado por el mismo adolescente –durante la entrevista o en la sala de espera- o puede aplicarlo el profesional; lo importante es revisar los resultados en conjunto, de manera de dar respuesta apropiada, entendiéndolo, como se señaló anteriormente, como una oportunidad para reforzar las conductas saludables, prestar atención a señales de alerta o motivar al cambio ante conductas de riesgo o facilitando la derivación cuando se requiera.<sup>6</sup>

El registro debe realizarse en REM A03, sección D1 Aplicación de Tamizaje para Evaluar el Nivel de Riesgo de Consumo de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas

---

<sup>5</sup> Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral del Adolescente, Minsal 2016

<sup>6</sup> Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el Consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes. Minsal 2015

### Instrumento de Detección: CRAFFT

CRAFFT (car, relax, alone, forget, friends, trouble)
Preguntas para el screening de consumo de drogas y alcohol en adolescentes Voy a hacerte algunas preguntas acerca de drogas y alcohol. Puedes responder de la manera más sincera posible, porque lo que digas será confidencial, es decir, no será dicho a nadie y no será usado con otro fin que el de tener mejor información acerca de tu salud y bienestar.

#### PARTE A: Durante los últimos 12 meses

1. ¿Ha consumido bebidas alcohólicas (más de unos pocos sorbos)? (Sin tomar en cuenta sorbos de bebidas alcohólicas consumidas durante reuniones familiares o religiosas)	NO	SI
2. ¿Ha fumado marihuana o probado hachís?	NO	SI
3. ¿Ha usado algún otro tipo de sustancias que alteren su estado de ánimo o de conciencia?	NO	SI

NO (a todas las preguntas anteriores)
Pasar a la pregunta B1 solamente

SI (a cualquier pregunta anterior)
Pasar a las 6 preguntas CRAFFT

#### PARTE B: Preguntas CRAFFT

1. ¿Alguna vez has andado en un AUTO manejado por alguien (incluyéndote a ti mismo) que estuviera "volado" o que estuviera consumiendo alcohol o drogas?	NO	SI
2. ¿Has usado alguna vez alcohol o drogas para RELAJARTE, sentirte mejor contigo mismo o para ser parte de un grupo?	NO	SI
3. ¿Has consumido alguna vez alcohol o drogas estando SOLO?	NO	SI
4. ¿Has OLVIDADO alguna vez cosas que hiciste mientras estabas bajo la influencia del alcohol o drogas?	NO	SI
5. ¿Te ha dicho tu familia o AMIGOS que debes disminuir el consumo de alcohol o drogas?	NO	SI
6. ¿Te has metido alguna vez en PROBLEMAS mientras estabas bajo la influencia del alcohol o las drogas?	NO	SI

PUNTAJE CRAFFT (Suma puntaje de preguntas B1-B6 - 1 punto por cada SI)

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

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

### **META 9. Proporción de población de 7 a menos de 20 años con alta odontológica total: 21%**

**INDICADOR:** Proporción de población de 7 a menor de 20 años con alta odontológica total.

Las patologías orales de mayor prevalencia en nuestro país son: caries, enfermedad gingival y periodontal y anomalías dento-maxilares. Dada la alta prevalencia de estas patologías, sumado al gran impacto que tienen éstas en la calidad de vida de quienes las padecen, ha sido necesario orientar las políticas de Salud Bucal a grupos de alto riesgo y vulnerables a estrategias promocionales y preventivas. Es así, como se ha priorizado a la población menor de 20 años para la atención dental. En este grupo se espera lograr y mantener un porcentaje de 21%.

<b>Indicador</b>	<b>Método de Cálculo</b>	<b>Meta</b>	<b>MEDIO DE VERIFICACIÓN DEIS</b>	<b>Observaciones</b>
Proporción de población de 7 a menor de 20 años con alta odontológica total	$\frac{\text{(Nº de altas odontológicas totales en población de 7 años a menor de 20 años)}}{\text{Población inscrita validada de 7 años a menor de 20 años}} * 100$	21%	REM A09 Sección C. Suma de celdas U46 a Z46 ----- Población Inscrita validada FONASA de 7 años a menor de 20 años	Para el numerador se usará Nº altas odontológicas totales en población de 7 a menor de 20 años a la fecha de evaluación y para el denominador se usará la población inscrita validada por FONASA de 7 años a menor de 20 años.

### **META 10. COBERTURA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE TRASTORNOS MENTALES EN PERSONAS DE 5 Y MÁS AÑOS: 17%**

**INDICADOR:** Cobertura de Atención Integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años

La Organización Mundial de Salud (OMS) destaca que la salud mental tiene una importancia primordial en lo concerniente al bienestar personal, las relaciones familiares y en contribución al desarrollo de la sociedad y de

los países. También destaca la importancia de abordar los trastornos de salud mental en la atención primaria de salud, reducir las barreras de acceso, aumentar la cobertura y disminuir las brechas de tratamiento<sup>7</sup>.

El último estudio de carga de enfermedad en Chile muestra que las condiciones neuropsiquiátricas son las causas con mayor carga de enfermedad entre las enfermedades no transmisibles, estas incluyen trastornos depresivos, dependencia alcohol, trastornos ansiosos, esquizofrenia, entre otros<sup>8</sup>. Asimismo, la prevalencia de trastornos mentales en Chile es alta, el estudio en niños, niñas y adolescentes (de 4 a 18 años) con representatividad nacional muestra altas cifras de trastornos de déficit atencional, trastornos ansiosos, entre otros, para cualquier trastorno psiquiátrico la prevalencia año fue de 22,5%<sup>9</sup>. Por otra parte, la prevalencia año de trastornos mentales en personas de 15 y más años de edad fue de 22,2%<sup>10</sup>, entre los trastornos mentales con mayor prevalencia se encuentran los trastornos afectivos, trastornos ansiosos y trastornos por consumo de alcohol y uso de sustancias. Es importante destacar que la atención de salud mental en la APS en Chile se ha ido desarrollando de manera progresiva y focalizada en trastorno mentales específicos, desde un primer tiempo con la atención de personas con consumo problemático de alcohol se han ido incorporando nuevos programas, el año 2001 se puso en marcha el Programa nacional de diagnóstico y tratamiento de la depresión, el año 2004 se inició el Programa de prevención y tratamiento del consumo y/o dependencia de alcohol y drogas, los años 2005-2006 el Programa de tratamiento integral de la violencia intrafamiliar, luego los componentes de atención infanto juvenil (Tr. Hiperkinéticos) y la incorporación al Régimen de Garantías Explícitas en Salud para la atención de la depresión en APS.

El indicador de cobertura de atención integral de trastornos mentales, en personas de 5 y más años, funde las distintas estrategias específicas y programas ya mencionados para la atención integral, integrada, centrada en la persona, y con enfoque familiar y comunitario.

La atención integral de personas con trastornos mentales tiene como objetivo realizar una evaluación y confirmación diagnóstica y proporcionar un tratamiento integral a niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores con:

- I. Trastornos Depresivos.
- II. Trastornos por consumo de sustancias (Alcohol y drogas).
- III. Trastornos conductuales e hiperkinéticos de la Conducta.
- IV. Trastornos del Comportamiento y Emociones de inicio en la infancia y adolescencia.
- V. Otros trastornos mentales en niños, niñas, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores.
- VI. También se debe considerar brindar atención integral a personas por factores de riesgo o condicionantes como personas víctimas de violencia, entre otros.

#### Estrategias

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

<sup>7</sup> Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Organización Mundial de la Salud, 2008.

<sup>8</sup> Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible, Universidad Católica de Chile-MINSAL, 2007.

<sup>9</sup> Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual - Dra. Flora de la Barra M. y cols. Rev. Med. Clin. Condes- 2012; 23(5) 521-529]

<sup>10</sup> Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study, Vicente, B. et al. Am J Psychiatry 163:8, August 2006.

- b. *Tratamiento Integral*: Al ingresar al programa se deberá elaborar, junto al beneficiario, un **Plan de Cuidado Integral (PCI)**, éste deberá ser efectuado por médico, psicólogo/a, asistente social u otro profesional. El PCI debe incluir: motivo de consulta co-construido entre él/la/los consultantes/s y equipo de salud, objetivos del tratamiento, actividades, plazos (número de sesiones proyectada y frecuencia) y consentimiento informado. Al ingreso y egreso de la persona al programa se deberá aplicar pauta de evaluación de salud mental (PSC: 5 a 9 años; PSC-Y: 10 a 14 años; 15 años y más: GHQ-12), con esto se espera tener antecedentes para evaluar resultados de la atención integral.
- c. Las actividades a desarrollar en el contexto de tratamiento son:
- i. Consulta salud mental
  - ii. Control de salud mental
  - iii. Intervención psicosocial grupal
  - iv. Consejería en salud mental: Incluye intervención breve con énfasis estrategias motivacionales.
  - v. Intervención comunitaria: Establecimientos educacionales y otros espacios.
  - vi. Visita domiciliaria integral (VDI)
  - vii. Colaboración con grupos de autoayuda
  - viii. Consultorías con equipos de especialidad de salud mental
  - ix. Prescripción de fármacos (Depresión, Tr. Hipercinéticos, Alcohol y drogas, entre otros).
  - x. Trabajo intersectorial con redes comunales (Previene-SENDA, SENAME, DIDECO, Oficina de la mujer, OPD, JUNAEB-HPV), Educación, etc.)
  - xi. Uso de herramientas con enfoque familiar, tales como genograma, eco-mapa, círculo familiar entre otros<sup>11</sup>.
  - xii. Aplicación de pauta de salud mental: Aplicación en la consulta de salud mental de ingreso y egreso de la persona al programa para la evaluación de resultados del tratamiento (PSC/PSC-Y/GHQ-12 según edad correspondiente).
- d. *Derivación o referencia asistida* si el problema de salud mental tiene una complejidad que supera el nivel de resolución de la APS será referido al establecimiento asistencial de complejidad según la red de salud correspondiente.
- e. *Alta clínica*:
- a. *Evaluación integral de egreso*
  - b. *Revisión cumplimiento del Plan de cuidado integral (PCI)*
  - c. *aplicación de pauta evaluación salud mental (PSC/PSC-Y/GHQ-12 según edad correspondiente).*
- f. *Seguimiento*: En los casos que requiera establecer contacto con las personas y/o sus familias para monitorear la evolución en el tiempo.
- g. *Consultoría de Salud Mental*. El equipo de salud actúa en el rol de consultantes y el equipo de especialidad en salud mental comunitaria como consultor.

Como lo señala las Orientaciones técnicas para la planificación y programación en red, se destacan entre las actividades en el marco del tratamiento al control de salud mental individual (6 a 8 controles), la intervención psicosocial grupal (4 a 6 sesiones) y visita domiciliaria integral. Estas prestaciones deben ser realizadas por médico, psicólogo, trabajador social u otro miembro del equipo capacitado, por ello es importante programarlas y planificarlas, en particular las intervenciones psicosociales grupales para personas en atención por depresión,

<sup>11</sup> Manual para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. MINSAL, 2012.

consumo problemático de alcohol y drogas, problemas de violencia de género, padres de niños con trastornos hiperactivos con énfasis en las habilidades parentales.

Este indicador se enmarca en la necesidad de las personas de recibir un tratamiento adecuado y de calidad para los trastornos mentales en la APS, asimismo es importante desarrollar las otras actividades promocionales y preventivas de la salud mental en la APS consideradas en las Orientaciones Técnicas de salud mental para la APS. Es fundamental que las coberturas que alcanzan las comunas, en relación a este indicador, sean efectivamente del 17%, pudiendo existir un rango de diferencia de hasta un 5% por sobre lo esperado. Ello permite asegurar el desarrollo de los Planes de Cuidados Integrales de las personas, otorgando las prestaciones incluidas en el Plan de Salud Familiar; y resguardando por tanto, la calidad de la atención. Este criterio también debe ser ponderado al momento de la fijación de la meta.

Indicador	Método de Cálculo	Meta	MEDIO DE VERIFICACIÓN DEIS	Observaciones
Cobertura de atención Integral a personas de 5 y más años con trastornos mentales	(Nº de personas de 5 y más años con trastorno mental bajo control/ Nº de personas de 5 años y más esperadas según prevalencia de trastornos mentales)	17%	REM P06. Sección A. Celdas H22 hasta Celdas AM22 (Más) REM A05. Sección N Celdas H158 hasta Celdas AM158 (Menos) REM A05 Sección O. Celdas H200 Hasta Celdas AP200  Población estimada según Prevalencia (Población inscrita validada FONASA de 5 y más años x 22%)	<b>NUMERADOR</b> <b>1º Corte a Abril:</b> Población en Control por trastornos mentales a diciembre 2019, <u>más</u> ingresos, <u>menos</u> egresos acumulados de enero a abril 2020. <b>2º Corte a Julio:</b> Población en Control por trastornos mentales a junio 2020 <u>más</u> ingresos, <u>menos</u> egresos Julio 2020 <b>3º Corte a Septiembre:</b> Población en Control por trastornos mentales a junio 2020, <u>más</u> ingresos, <u>menos</u> egresos julio a septiembre. <b>4º Corte a Diciembre:</b> Población en Control por trastornos mentales a diciembre 2020.

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

En el caso de que por razones fundadas se fija una meta menor a la lograda el año precedente, la disminución también será proporcional en cada corte, hasta lograr el 100% de disminución al corte de diciembre 2020. Lo anterior considerando que la fijación de metas debe ajustarse a la cobertura exigida de 17%.

A continuación, se describe un ejemplo del proceso de disminución proporcional en cada corte:

Comuna: XX

Cobertura lograda año 2019: 25.7%.

Cobertura comprometida año 2020: 22%.

Diferencial: 3,7.

En esta situación, se debe ir disminuyendo progresivamente durante el año 2020 para llegar en diciembre a lo comprometido (22%) y para ello, el cálculo referencial sería el siguiente:

- Primer corte:  $3.7 * 0.15 = 0.555$  Por tanto se espera al primer corte:  $25.7 - 0.555 = 25.145$
- Segundo corte:  $3.7 * 0.50 = 1.85$  Por tanto se espera al segundo corte:  $25.7 - 1.85 = 23.85$
- Tercer corte:  $3.7 * 0.70 = 2.59$  Por tanto se espera al tercer corte:  $25.7 - 2.59 = 23.11$
- Cuarto corte:  $3.7 * 1 = 3.7$  Por tanto se espera al cuarto corte:  $25.7 - 3.7 = 22$

### 4.3. SECCIÓN 3: INDICADORES DE COBERTURA EFECTIVA

**META 11. Cumplimiento de garantías explícitas en salud, cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria: 100%**

**INDICADOR:** Cumplimiento de garantías explícitas en salud, cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria.

El Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria que explicita garantías en los ámbitos de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad respecto a problemas de salud priorizados y las prestaciones asociadas a su resolución. La implementación de dicho Régimen, del que forma parte el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), en el año 2020 asciende a 85 problemas de salud. En 28 de ellos, las garantías son de ejecución con participación de atención primaria y se evaluarán en este indicador 17 de ellos (los que el decreto indique).

Indicador	Método de Cálculo	Meta	Medio de verificación	Observaciones
Porcentaje de Gestión Efectiva para el Cumplimiento GES en la Red APS	$[(\text{Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas atendidas}) / (\text{Garantías Cumplidas} + \text{Garantías Exceptuadas} + \text{Garantías Incumplidas Atendidas} + \text{Garantías Incumplidas no Atendidas} + \text{Garantías Retrasadas}) \text{ del periodo a evaluar}] \times 100$	100%.	Informes de garantías de oportunidad del Sistema de Información de Gestión de Garantías en Salud (SIGGES) o de otro sistema de registro implementado. Tanto el numerador como el denominador se refieren a las garantías de oportunidad que tienen cumplimiento en el periodo de evaluación.	La construcción del indicador, se efectúa considerando como: Numerador: Nº de garantías de oportunidad GES con garantía cumplida; Incluye las Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas + Garantías Incumplidas atendidas  Denominador: Nº de garantías de oportunidad GES del

				periodo; Incluye las Garantías Cumplidas + Garantías Exceptuadas + Garantías Incumplidas Atendidas + Garantías Incumplidas no Atendidas + Garantías Retrasadas
--	--	--	--	--

**Observaciones:** Las bases de datos con información del SIGGES serán enviadas a los Servicios de Salud para su revisión el día 22 después del periodo de corte. Los Servicios de Salud deberán enviar esta información en la misma base de datos revisada y corregida según corresponda a la Oficina de Gestión de la Información correo gerices@minsal.cl; con copia a DIVAP a más tardar el último día hábil del mes siguiente al corte.

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

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

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

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

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

## **META 12. Cobertura de vacunación anti influenza en población objetivo definida para el año en curso: 80%**

**INDICADOR:** Cobertura de vacunación anti influenza en población objetivo validada definida para el año en curso.

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

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

El virus se caracteriza por su alta capacidad de mutación. Esto se produce cuando existe intercambio genético entre los virus influenza de origen humano y animal (aves y cerdos principalmente), produciendo nuevas combinaciones de estas proteínas que originan nuevos virus de Influenza A; H1N1, H3N2, H7N9, etc., estos nuevos virus, tienen la capacidad de producir epidemias debido a la susceptibilidad de la población al no ser inmunizada. La última pandemia de Influenza se registró en los años 2009 y 2010 causada por el virus Influenza A H1N1.

#### **Mecanismos de transmisión**

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

#### **Campaña de vacunación**

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

#### **Definición de población objetivo para cálculo de meta.**

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

- Personal área de la salud:
  - Todos los trabajadores, voluntarios o estudiantes autorizados por el director del centro asistencial o a quien delegue las tareas inherentes a su responsabilidades, que desempeñan sus labores en establecimientos asistenciales públicos, sea en contacto directo o cercano (dentro de 1 metro de distancia) con enfermos; en servicios de apoyo clínico (laboratorios, bancos de sangre, radiología, alimentación, etc.); en unidades administrativas (archivos, asignación de horas, aseo, etc.) o de apoyo logístico.
  - Todos los trabajadores, voluntarios o estudiantes autorizados por el director médico del centro clínico o a quien delegue las tareas inherentes a su responsabilidades, que desempeñan sus labores en establecimientos asistenciales privados o institucionales que cuentan con unidades de atención de urgencias y/o servicios de hospitalización, y desarrollen tareas que involucran contacto directo o cercano (dentro de 1 metro de distancia) con enfermos, en servicios de apoyo clínico, laboratorios, bancos de sangre, radiología y alimentación.
- Embarazadas, en cualquier fase de la gestación.
- Niños y niñas de edades desde los 6 meses a 10 años (se incluye este año la población escolar de 1ero a 5to básico).
- Personas de 65 años y más.
- Trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdos.
- Pacientes crónicos entre 11 y 64 años, portadores de alguna de las siguientes condiciones de riesgo:
  - Enfermedad Pulmonar Crónica (Asma Bronquial, EPOC, Fibrosis Quística y pulmonar de cualquier causa).

- Enfermedad Neurológica (neuromusculares congénitas o adquiridas, Epilepsia refractaria a tratamiento, que determinan trastornos de la deglución o del manejo de secreciones respiratorias).
- Enfermedad Renal Crónica (Insuficiencia Renal en etapa 4 o mayor, diálisis).
- Enfermedad Hepática Crónica (Cirrosis, Hepatitis Crónica, Hepatopatías).
- Enfermedad Autoinmune (Lupus, Escleroderma, Artritis Reumatoide, Enfermedad de Crohn)
- Enfermedad Metabólica (Diabetes Mellitus, Enfermedades Congénitas del Metabolismo).
- Cardiopatías (congénitas, reumática, isquémica y miocardiopatías de cualquier causa).
- Hipertensión Arterial en tratamiento farmacológico.
- Obesidad (IMC  $\geq 30$ ).
- Cáncer en tratamiento con radioterapia, quimioterapia, terapias hormonales o medidas paliativas de cualquier tipo.
- Inmunodeficiencias (congénitas o adquiridas).

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

Indicador	Método de Cálculo	Meta	Medio de verificación	Observaciones
Cobertura de vacunación anti influenza en población objetivo definida para el año en curso	(N° de personas inscritas validadas pertenecientes a grupos objetivos de población definidos vacunados con antiinfluenza /Total de población inscrita de los grupos objetivos) *100	80%	Registro nacional de inmunizaciones (RNI)  Calculado por DEIS para grupos objetivos (*)	La cobertura se deberá cumplir conforme calendario de vacunación indicada por Departamento Inmunizaciones del Ministerio de salud.  No aplica evaluación para primer y último corte.

(\*) Se utilizará el denominador con base a población inscrita validada calculado desde el DEIS de acuerdo a instructivo.

### **META 13. Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo: 90%**

**INDICADOR:** Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo

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

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

Indicador	Método de Cálculo	Meta	Medio de verificación	Observaciones
Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo	(N° de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control / Total de mujeres embarazadas ingresadas a control) *100	90%	REM A05, Sección A, celda C13 de enero a mes de corte <hr/> REM A05, Sección A, Celda C 11 de enero a fecha de corte	Se debe anotar en cada corte el acumulado, desde enero a la fecha de corte, de las mujeres ingresadas antes de las 14 semanas para el numerador y el acumulado, desde enero a la fecha de corte, del total de mujeres ingresadas desde enero para el denominador

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

#### **META 14. Cobertura de métodos anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad: 25%**

Las Encuestas Nacionales de la Juventud muestran que el inicio de la vida sexual y el uso de anticonceptivos en adolescentes han experimentado cambios importantes en las últimas décadas. En la 7ª Encuesta Nacional de la Juventud, el **48%** de adolescentes de 15 a 19 años declara haber iniciado su vida sexual.

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

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

El promedio país en cobertura de adolescentes mujeres y hombres de 15 a 19 años inscritos en Atención primaria bajo control en el Programa regulación de la fertilidad a diciembre 2019 es de un **20,81 %**. La mayor cobertura alcanzada corresponde a la comuna Huasco en región de Atacama con 82,23 %.

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

Indicador	Método de Cálculo	Meta	Medio de verificación	Observaciones
Cobertura de método anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad	(N° de adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad (bajo control) / Total adolescentes de 15 a 19 años inscritos) *100	25%	REM P1 Sección A Celda E23  (SP_19_V1.0) ----- Población 15 a 19 años inscrita validada FONASA.	<b>1er. Corte a abril 2020:</b> No aplica  <b>Numerador 2º Corte a Julio:</b> Población de adolescentes de 15 a 19 bajo control a junio 2020  <b>Numerador 3er Corte a Septiembre:</b> No aplica  <b>Numerador 4º Corte a Diciembre:</b> Población de adolescentes de 15 a 19 bajo control a diciembre 2020

**Observaciones:** Ejemplo de metodología cálculo para el logro de cobertura

METODOLOGÍA DE CÁLCULO			
A	B	C	D
N° de adolescentes de 15 a 19 años bajo control en el Programa regulación de la fertilidad junio 2019* (solo en caso de no contar con información de diciembre 2019)	Total, de población de adolescentes de 15 a 19 años inscrita validada para el 2020**	N° de adolescentes de 15 a 19 años a lograr en el bajo control del Programa regulación de la fertilidad (B * 25%)	<b>Número de adolescentes a incrementar para el logro de la cobertura (25%) (C- A)</b>
662	6.455	1.613	951

\*=Fuente REM P1, Sección A publicado a junio 2019 DEIS.

\*\*= población inscrita validada por FONASA para el año 2020

### **META 15. Cobertura efectiva de tratamiento en personas con Diabetes Mellitus 2, de 15 y más años: 30%**

La Diabetes Mellitus es un problema de salud pública relevante, incorporado al sistema GES en el año 2005 y cuya atención de salud se realiza en un 90% en atención primaria. En los últimos años la mortalidad, tanto en número absoluto como en tasa, presenta tendencia al aumento, ante lo cual resulta prioritario avanzar en acciones que tiendan a un diagnóstico precoz y al buen manejo de los pacientes de acuerdo a protocolos, lo cual retrasará la aparición de complicaciones mejorando la calidad de vida de la persona y su familia.

En una Atención Primaria centrada en la persona y su familia, se espera que su principal contribución esté en los aspectos preventivos y el fortalecimiento de los factores protectores, pero cuando la patología ya se ha instalado, al realizar un diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento y seguimiento, disminuirá el daño y complicaciones del individuo. Además, colabora a evitar que surjan nuevos casos en la familia.

Conforme los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 y en conjunto con la Subsecretaría de Salud Pública se ha trabajado en base a la siguiente prevalencia de Diabetes Mellitus 2 en el adulto diferenciadas por grupo etáreo:

<b>Rango de Edad</b>	<b>Prevalencia 2009-2010</b>
<b>15 – 64 años:</b>	10%
<b>65 y más años</b>	25%

Según los resultados de la última Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, esta prevalencia ha sufrido una modificación, encontrándose los siguientes valores diferenciados por grupo etáreo:

<b>Sospecha de Diabetes (DM)</b>	<b>Prevalencia (%)</b>
<b>15 años</b>	12,3
<b>14-24 años</b>	1,8
<b>25-44 años</b>	6,3
<b>45-64 años</b>	18,3
<b>65 años y más</b>	30,6

Fuente: Departamento de Enfermedades no transmisibles,  
División de prevención y control de enfermedades,  
Subsecretaría de Salud Pública

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

<b>Parámetro de Compensación por edad:</b>	
<b>Rango de Edad</b>	<b>Compensación según último control</b>
<b>15 – 79 años:</b>	Hb A1c bajo 7%
<b>80 y más años</b>	Hb A1c bajo 8%

Para efectos de la evaluación de este indicador, el cálculo del denominador (casos esperados) se efectúa sumando la prevalencia estimada según la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, es decir 10% sobre la población inscrita validada entre 15 y 64 años, con la prevalencia estimada 25% sobre la población inscrita validada de 65 y más años. No obstante, para conseguir mejoras en los resultados sanitarios, así como en la calidad de vida de las personas, se sugiere comenzar a organizar los servicios de atención primaria considerando la prevalencia de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, anteriormente mencionada.

**INDICADOR:** Cobertura efectiva de tratamiento en personas con Diabetes Mellitus 2, de 15 y más años.

Indicador	Método de Cálculo	Meta	Medio de verificación	Observaciones
Cobertura efectiva de tratamiento en personas con Diabetes Mellitus 2, de 15 y más años	(Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 a 79 años con Hb A1c bajo 7% + Nº de personas con Diabetes Mellitus 2 de 80 y más con Hb A1c bajo 8% según último control vigente/ Total de personas con Diabetes de 15 y más años esperados según prevalencia) *100	30%	REM P4: Sección B Celda C35 + C36 ----- Población estimada según Prevalencia (Población Inscrita Validada FONASA de 15-64 años x 0.10 + Población Inscrita Validada FONASA de 65 y más años x 0.25)	<u>Numerador:</u> <b>1er corte</b> No aplica evaluación <b>2º Corte a Julio:</b> Población personas Diabéticos de 15 y más años compensada a junio 2020 <b>3º Corte a Septiembre:</b> No aplica evaluación <b>4º Corte a Diciembre:</b> Población personas Diabéticos de 15 y más años compensada a diciembre 2020.

**META 16. Cobertura efectiva de tratamiento en personas con Hipertensión Arterial, de 15 y más años: 54%**

**INDICADOR:** Cobertura efectiva de tratamiento en personas de 15 y más años, con Hipertensión Arterial.

La Hipertensión Arterial es también un problema de salud relevante por nuestro perfil epidemiológico, fue incorporada al sistema GES en el año 2005 y su atención se realiza en atención primaria, cuando es primaria o esencial. La importancia de la Hipertensión Arterial como problema de salud pública radica en su rol causal de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Es uno de los 4 factores de riesgo modificable para las enfermedades cardiovasculares, junto a la dislipidemia, la diabetes y el tabaquismo. Es el de mayor importancia para la enfermedad coronaria y el de mayor peso para la enfermedad cerebro vascular. El diagnóstico precoz y el buen manejo de los pacientes de acuerdo a protocolo, retrasa la aparición de complicaciones mejorando la calidad de vida de la persona y su familia. La principal orientación del trabajo en atención primaria está dirigida a la

contribución que el equipo de salud puede hacer al fortalecimiento de los factores protectores; la pesquisa precoz de las personas con hipertensión en la población a cargo y el manejo de acuerdo a protocolo, si la patología se confirma, es significativo en la prevención del daño.

Para la Cobertura de HTA se estiman los casos esperados con una prevalencia de 15,7% en población inscrita de 15 - 64 años y de 64,3 % en población de 65 y más años (Estudio FASCE, E 2007). Sin embargo, los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, al igual que en Diabetes Mellitus 2, muestran una modificación de la prevalencia:

<b>Prevalencia de sospecha de Hipertensión arterial (HTA)</b>	<b>Prevalencia (%)</b>
<b>15 años</b>	27,6
<b>14-24 años</b>	0,7
<b>25-44 años</b>	10,6
<b>45-64 años</b>	45,1
<b>65 años y más</b>	73,3

Fuente: Departamento de Enfermedades no transmisibles,  
División de prevención y control de enfermedades,  
Subsecretaría de Salud Pública

Para efecto de la evaluación de este indicador, el cálculo del denominador (casos esperados) se efectuará sumando la prevalencia estimada en la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 (15,7%) sobre la población inscrita validada entre 15 y 64 años con la prevalencia estimada (64,3%) sobre la población inscrita validada de 65 y más años. No obstante, para conseguir mejoras en los resultados sanitarios, así como en la calidad de vida de las personas, se sugiere comenzar a organizar los servicios de atención primaria considerando la prevalencia de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, anteriormente mencionada.

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

#### **Parámetro de Compensación por edad:**

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

Indicador	Método de Cálculo	Meta	Medio de verificación DEIS	Observaciones
Cobertura efectiva de Tratamiento en personas de 15 y más años, con Hipertensión Arterial	(Nº de personas hipertensas de 15 a 79 años con PA < 140/90 mm Hg + Nº de personas hipertensas de 80 y más con PA < 150/90 mm Hg según último control vigente/ Total de personas de 15 años y más, hipertensas esperadas según prevalencia) *100	54%	REM P4: Sección B Celda C33 + C34 ----- ----- Población estimada según Prevalencia (Población Inscrita Validada FONASA de 15-64 años x 0.157 + Población Inscrita Validada FONASA de 65 y más años x 0.643)	<u>Numerador:</u>  <b>1er corte</b> No aplica evaluación <b>2º Corte a Julio:</b> Población en Control de Hipertensos de 15 y más años compensada a junio 2020. <b>3º Corte a Septiembre:</b> No aplica evaluación <b>4º Corte a Diciembre:</b> Población en Control de Hipertensos de 15 y más años compensada diciembre 2020.

#### 4.4. SECCIÓN 4: INDICADORES DE IMPACTO

##### **META 17. Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita: 60%**

Las patologías orales son actualmente definidas como enfermedades crónicas, por lo cual su tratamiento debe ser en base a controles cuya frecuencia está determinada por el riesgo que presenta cada usuario o grupo familiar con el objetivo de modificar factores de riesgo e instaurar medidas de prevención y promoción de la salud.

A partir del año 2017 se implementa la población bajo control odontológica, la cual se refiere al seguimiento realizado a través de controles odontológicos a los usuarios menores de 7 años con o sin patologías orales con el fin de mantener población sana o de compensar y detectar en forma temprana éstas mismas. Ingresan al bajo control los beneficiarios del sistema público de salud a los 6 meses de vida, quienes deben asistir al menos una vez al año a control (según riesgo presentado) hasta el egreso al cumplir los 7 años.

Para incentivar el ingreso de usuarios a la población en control odontológica se considerarán inicialmente a los menores de 3 años, a los cuales debe priorizarse dentro del grupo bajo control a fin de establecer una base de población sana desde el inicio del ciclo vital. El indicador se detalla a continuación:

Indicador	Método de Cálculo	Meta	MEDIO DE VERIFICACIÓN DEIS	Observaciones
Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita.	$\frac{N^{\circ} \text{ de niños y niñas menores de 3 años con registro ceod=0} / N^{\circ} \text{ de niñas y niños menores de 3 años inscritos}}{*100}$	60%	REM A09 Sección C. Celdas G48 a L48 <hr/> Población Inscrita validada FONASA menor de 3 años	Sin observaciones

#### **META 18. Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal: 60%**

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

La condición nutricional de la población infantil juega un importante rol en su salud futura.

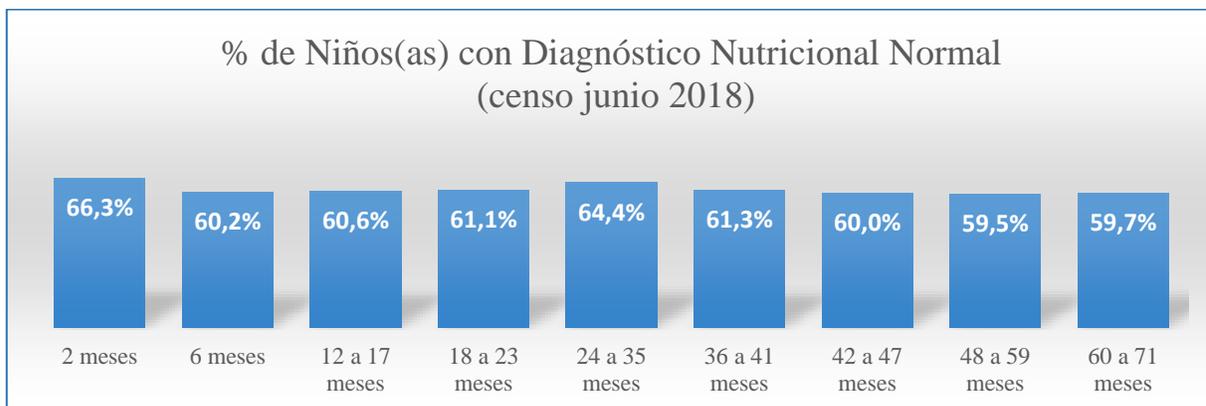
Se propone aumentar la proporción de menores de 6 años con Diagnóstico Nutricional Normal (o Estado Nutricional Normal)

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

Las siguientes gráficas 1 y 2, muestran el Porcentaje de niños y niñas, según meses de edad, con Diagnóstico Nutricional Normal (DNN) y con Diagnóstico Nutricional de Obesidad, acorde a datos al mes de junio del año 2018 en donde se observa el incremento sostenido de obesidad, desde los primeros años de vida, llegando a alcanzar hasta más de 16% a los 5 años y más.

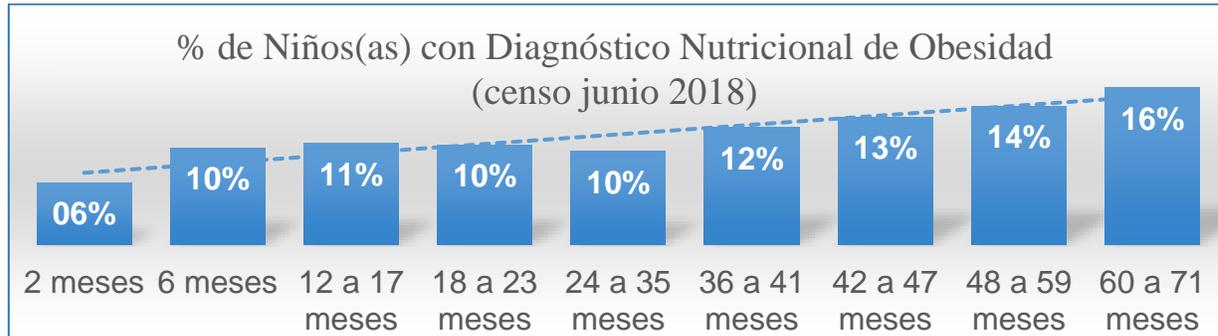
A la luz de las cifras, es urgente maximizar las estrategias que permitan prontamente revertir esa tendencia, para las generaciones de niños y niñas en los años siguientes.

**Grafico1:**



Fuente REM 2018

Gráfico 2:



Fuente REM 2018

Indicador	Método de Cálculo	Meta	Medio de verificación DEIS	Observaciones
Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal.	$(\text{N}^\circ \text{ de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal} / \text{N}^\circ \text{ de niñas y niños menores de 6 años inscritos}) * 100$	60%	REM P2 Sección A Celda C36 + Sección A1 Celdas F69+G69  Población Inscrita validada FONASA menor de 6 años	La evaluación de esta meta, se realizará en forma progresiva Se espera un incremento gradual del porcentaje de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal

**Observaciones:** La evaluación de esta meta, se realizará de la siguiente forma: La diferencia entre el valor fijado como meta a cumplir, respecto al basal es decir lo observado a diciembre 2018 (brecha), será evaluado proporcional e incrementalmente.

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

## 5. PROCEDIMIENTO PARA EVALUACIÓN DEL IAAPS

### 5.1. PROCEDIMIENTO DE VERIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO

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

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

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

### 5.2. PROCEDIMIENTO PARA VALORAR CUMPLIMIENTO DE METAS POR CORTE.

**Cumplimiento 100% en cada corte:** Metas que deben ser cumplidas en su total cuantía en todos los cortes, que corresponde a los indicadores N°: **2, 4, 11, 13, 15 y 16**.

Las Metas de **cumplimiento 100% en cada corte**, que corresponden a los indicadores N°**15 y 16**, sus cumplimientos se evaluarán en el 2do y 4to corte.

**Cumplimiento Progresivo:**

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

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

**Excepciones en Metas de cumplimiento progresivo:**

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

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

Indicadores N°14 y 18; cumplimiento se evaluará con los siguientes porcentajes a alcanzar en Corte Julio y Diciembre:

Corte a abril: Evaluación referencial en base a REM P diciembre 2018. No aplica evaluación de cumplimiento

Corte a julio: **50 %** de cumplimiento

Corte a septiembre: Evaluación referencial en base a REM P junio de 2019. No aplica evaluación de cumplimiento.

Corte a diciembre: **100 %** de cumplimiento.

### 5.3. PROCEDIMIENTO DE CÁLCULO DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE IAAPS.

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

Para efectos de cumplimiento de las metas comprometidas, se considerarán las acciones efectuadas entre enero 2020 y el mes de corte:

- ▼ **1 Corte: Enero a Abril:** acciones realizadas de enero a abril. (obs. Excepciones para indicadores con numerador fuente REM P)
- ▼ **2 Corte: Enero a Julio:** acciones realizadas de enero a julio. (obs. Excepciones para indicadores con numerador fuente REM P)
- ▼ **3 Corte: Enero a Septiembre:** acciones realizadas de enero a septiembre. (obs. Excepciones para indicadores con numerador fuente REM P)
- ▼ **4 Corte: Enero a Diciembre:** acciones realizadas de enero a diciembre

La evaluación a diciembre, en congruencia con el calendario de año presupuestario no aplica efecto en la rebaja de recursos del Aporte Estatal del año 2019, por lo tanto, si cobra relevancia para el cierre evaluativo anual.

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

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

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

### 5.4. ETAPAS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN POR CORTES.

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

Ministerio de Salud:

- ▼ División de Gestión de Red Asistencial, habilitará la disponibilidad de información SIGGES el día 22 del mes siguiente al término del corte, las bases de datos con información de las garantías GES serán subidas a las

carpetas compartidas para revisión por parte de los Servicios de Salud, informando de ello a la red de servicios vía correo electrónico el mismo día, con copia a DIVAP.

- ▼ Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS), publicará los resultados con base REM a los 24 días hábiles del mes siguiente al término del corte, informando a la red de servicios vía correo electrónico el mismo día de publicación, con copia a DIVAP.
- ▼ Departamento de Control de Gestión y Calidad de la División de Atención Primaria elabora archivo de evaluación por corte, en base a las distintas fuentes de información y envía a los Servicios de Salud, con copia a Departamento de Gestión de los Cuidados el pre informe de evaluación de resultados, para la revisión/validación inmediata por parte de los Servicios de Salud, toda vez que la validación del informe final y definitivo por parte de los Servicios de Salud, es a más tardar, hasta las 12:00 AM, del segundo día hábil del mes subsiguiente a la fecha de corte.
- ▼ Departamento de Gestión de los Cuidados de la División de Atención Primaria coordina el proceso de evaluación, envía a los Servicios de Salud y a División de Presupuestos el informe de evaluación final de resultados, para la aplicación de rebaja si la hubiere o la transferencia regular de recursos percapita mensual a los Servicios de Salud.
- ▼ División de Presupuesto realizará el cálculo y procedimiento administrativo de la rebaja por cada comuna, si ello procediere, de acuerdo a lo señalado más adelante en el punto VI, y realizará el proceso administrativo correspondiente de aplicación de rebaja el día 20 del mes siguiente a la publicación de los resultados, o subsiguiente al corte.

#### Servicios de Salud

- ▼ Revisar hasta 12 días corridos del mes siguiente al término del corte, la información contenida en los REM; en la plataforma MAIS y verificar que se encuentre actualizada y coherente.
- ▼ Subir en carpeta compartida, el archivo con resultados del indicador de Actividad Continuidad de Atención con sus respectivas pautas de visita de supervisión en terreno, hasta el día 25 del mes siguiente al término del corte.
- ▼ Revisar y subir corregida según corresponda, *en la misma base de datos*, la información GES a las carpetas compartidas disponibles para estos fines, y **dar aviso** a la Unidad de Gestión de Información, al correo [gerices@minsal.cl](mailto:gerices@minsal.cl); con copia a DIVAP a más tardar el último día hábil del mes siguiente al corte (recordar que se han agregaron 3 columnas al final de los reportes).

El último día hábil del mes siguiente al término del corte, los Servicios de Salud deben validar los resultados en el archivo GES revisado.

- ▼ Revisar, y corregir si corresponde, pre informe de evaluación de resultados IAAPS durante la última semana del mes siguiente de la fecha de corte. Emitir la validación del informe consolidado final y definitivo a más tardar hasta las 12:00 AM del segundo día hábil del mes subsiguiente a la fecha de corte.
- ▼ El Director de Servicio informará como respaldo, mediante ordinario a Subsecretaría de Redes Asistenciales con copia a la División de Atención Primaria, que el proceso fue realizado conforme.

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

Las evaluaciones deben generar orientaciones e indicaciones por parte de los Servicios de Salud a las entidades administradoras, destinadas a corregir los bajos desempeños, e informar de esta gestión a Divap. Igualmente, el Servicio de Salud lidera la búsqueda de soluciones conjuntas con el municipio cuando se trate de problemas estructurales cuya corrección quede fuera del alcance o capacidad resolutive comunal.

## 6. PROCEDIMIENTO PARA CÁLCULO DE REBAJA PRODUCTO DE EVALUACIÓN DEL IAAPS

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

**Tabla 1:** Rebaja según porcentaje de cumplimiento de Indicadores que distribuyen fracciones de peso relativo

Tramos	% de Cumplimiento	Rebaja
1	90 a 100	0%
2	80 a 89.99	4.0%
3	70 a 79.99	8.0%
4	Menor de 70	12.0%

**Tabla 2:** Rebaja según porcentaje de cumplimiento para Garantías Explícitas en Salud.

Tamos	% de Cumplimiento	% Rebaja
1	100	0%
2	95 a 99.9	2.0%
3	90 a 94.99	4.0%
4	Menor de 90	8.0%

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

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

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

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

## 7. ANEXOS

### 7.1. ANEXO 1. GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

N°	Problema de salud	Meta
07	Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: - Dentro de 45 días desde primera consulta con glicemia elevada. - Inicio dentro de 24 horas desde confirmación diagnóstica.	100%
19	Tratamiento de IRA de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años: - Inicio de tratamiento farmacológico dentro de 24 horas desde el diagnóstico.	100%
20	Diagnóstico y tratamiento de Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: - Confirmación Diagnóstica: dentro de 48 horas desde la sospecha. - Inicio de tratamiento farmacológico desde sospecha. - Inicio de tratamiento kinesiológico dentro de las 24 horas, desde indicación médica.	100%
21	Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: - Confirmación diagnóstica: dentro de 45 días desde sospecha. - Inicio dentro de 24 horas desde confirmación diagnóstica.	100%
22	Tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde 1 año y menores de 15 años: - Dentro de 7 días desde la confirmación diagnóstica.	100%
23	Tratamiento de salud oral integral a niños y niñas de 6 años: - Inicio dentro de 90 días desde solicitud de atención de la persona beneficiaria o su representante.	100%
29	Diagnóstico y tratamiento de Vicios de Refracción en personas de 65 años y más: - Confirmación diagnóstica: dentro de 180 días desde la sospecha. - <u>Entrega de Lentes</u> : Presbicia, dentro de 30 días desde la solicitud.	100%
34	Tratamiento de la Depresión en personas de 15 años y más: - Inicio desde confirmación diagnóstica.	100%
38	Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio: - Confirmación diagnóstica: dentro de 30 días desde la sospecha. - Inicio: desde la confirmación diagnóstica, según indicación.	100%
39	Diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada y grave en personas menores de 15 años: - Confirmación diagnóstica dentro de 20 días desde la sospecha. - Inicio desde la confirmación diagnóstica, según indicación.	100%
41	Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada: - Inicio dentro de 24 hrs. desde la confirmación diagnóstica.	100%
46	Tratamiento de la Urgencia Odontológica Ambulatoria: - Inmediato desde la confirmación diagnóstica.	100%

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



## 7.2. ANEXO 2. FORMULARIO VISITA DE SUPERVISIÓN INDICADOR DE CONTINUIDAD DE ATENCIÓN

NOMBRE SERVICIO DE SALUD:

NOMBRE COMUNA:					
NOMBRE ESTABLECIMIENTO:					
NOMBRE DIRECTOR / RA:					
FECHA VISITA		HORA VISITA		HORA APERTURA:	

### 1. CONTINUIDAD DE ATENCIÓN

PRESTACIONES	PROGRAMACION			DISPONIBLE		
	Programado		Nº cupos programados	Si	No	Nº cupos según agenda
	Si	No				
Morbilidad						
Controles de Crónicos	Cardiovascular					
	Respiratorio					
	Otros					
Controles de Salud						
Examen de salud preventivos						
Procedimientos						
Exámenes						
Odontología						
Salud Mental						
Farmacia (Si / No)						
PNAC (Si / No)						
Otros						

### Recursos humanos en Continuidad de atención (marque Si o NO)

RRHH	Si	No
Medico		
Odontólogo		
Matrona		
Enfermera		
Nutricionista		
Kinesiólogo		
Psicólogo		
Terapeuta ocupacional		
Asistente social		
Técnico paramédico		
Educadora de párvulos		
otro profesional		

EL CENTRO ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO <sup>12</sup> (marque SI/NO)		SI:	NO:
RESPONSABLE DE ENTREGAR INFORMACIÓN:			
Nombre		Firma	
PROFESIONAL del SERVICIO DE SALUD QUE REALIZA VISITA DE SUPERVISIÓN:			
Nombre		Firma	

<sup>12</sup> Se entenderá por "funcionamiento" aquellos centros que al momento de la visita otorgan al menos el 90% de las prestaciones programadas

2. EVALUACION DE FARMACOS TRAZADORES<sup>13</sup>

NOMBRE SERVICIO DE SALUD:						
NOMBRE COMUNA:						
NOMBRE ESTABLECIMIENTO:						
FECHA VISITA	Hora VISITA					
PROBLEMA DE SALUD	MEDICAMENTO	FORMA FARMACÉUTICA Y DOSIS	PROGRAMACIÓN MENSUAL	CANTIDAD DISPONIBLE	DISPONIBLE	
					SI	NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Losartán*	Comprimido 50mg				
	Atenolol*	Comprimido 50mg				
	Hidroclorotiazida*	Comprimido 50mg				
	Amlodipino*	Comprimido 10mg				
	Furosemida*	Comprimido 40mg				
DIABETES	Metformina*	Comprimido 850mg				
	Glibenclamida*	Comprimido 5mg				
	Insulina NPH	Suspensión inyectable				
DEPRESIÓN	Fluoxetina*	Comprimido 20mg				
	Sertralina*	Comprimido 50mg				
	Venlafaxina*	Comprimido 75mg				
DISLIPIDEMIA	Estatinas*	Comprimido 20mg				
ARTROSIS	Paracetamol*	Comprimido 500mg				
	Tramadol	Comprimido 50mg				
	Celecoxib	Comprimido 200mg				
EPILEPSIA	Ácido valproico	Comprimido 200mg				
	Carbamazepina	Comprimido 200mg				
ENFERMEDAD RESPIRATORIA EPOC, Asma, SBR	Fluticasona	Inhalador 125mcg/dosis)				
	Prednisona	Jarabe 20mg/5ml				
	Amoxicilina / ac. clavulánico	Comprimido 500 mg/125 mg o comprimidos de 875mg / 125mg				
	Claritromicina	Comprimido 500 mg				
PARKINSON	Levodopa/carbidopa	Comprimido 250mg/25mg				
	Quetiapina	Comprimido 25 mg				
HIPOTIROIDISMO	Levotiroxina	Comprimido 100mcg				
ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS	Citalopram* <sup>14</sup>	Comprimido 20 mg				

El centro cuenta con 100% de disponibilidad de fármacos trazadores <sup>15</sup> (marque Si/No)	SI:	NO:
---	-----	-----

<sup>13</sup> Se deberá dejar copia en el establecimiento firmada por ambas partes involucradas en la visita

<sup>14</sup> Se evaluará como disponible la existencia tanto de Citalopram como de Escitalopram.

(\*) Fármacos trazadores incorporados en evaluación de cumplimiento del componente y que se deben informar en planilla IAAPS.

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

**FONDO DE FARMACIA PARA ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN ATENCIÓN PRIMARIA**  
**Atención permanente de farmacias durante el horario de funcionamiento del Establecimiento**

Horario de atención de farmacia		La farmacia estaba funcionando	SI:	NO:
Presencia de letreros que restrinjan el horario de entrega de medicamentos para pacientes, tanto crónicos como de morbilidad.			SI:	NO:

<b>RESPONSABLE DE ENTREGAR INFORMACIÓN:</b>			
Nombre		Firma	
<b>PROFESIONAL QUE REALIZA VISITA DE SUPERVISIÓN:</b>			
Nombre		Firma	

**Fármacos trazadores considerados para evaluar cumplimiento del componente.**

Fondo de Farmacia para Enfermedades no transmisibles en Atención Primaria (FOFAR), la medición del indicador, “Atención permanente de farmacias durante el horario de funcionamiento del Establecimiento”, se incorpora en la pauta de supervisión del componente continuidad de atención del Índice de actividad de Atención primaria (IAAPS), siendo esta pauta el medio de verificación de cumplimiento de dicho indicador. En cada corte de evaluación todas las comunas tienen que ser visitadas y de cada comuna a lo menos en 1 establecimiento se debe aplicar la pauta de supervisión, considerando este indicador.

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

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