

**ORIENTACIONES TÉCNICAS
ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE LA
ATENCIÓN PRIMARIA
2026**

Elaborado por:

Ministerio de Salud
Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Atención Primaria

Orientaciones Técnicas Índice de Actividad de la APS
Año 2026

PRIMERA VERSIÓN FEBRERO 2026

Decreto Afecto N°30 de fecha 24 de diciembre de 2025, en trámite para toma de razón por parte de Contraloría General de la República.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de difusión, capacitación e implementación. Prohibida su venta.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
ORIENTACIONES GENERALES DE LA EVALUACIÓN DEL IAAPS	2
SOBRE EL PROCESO DE FIJACIÓN DE LAS METAS COMUNALES	2
SOBRE DICTACIÓN DE METAS A LAS COMUNAS	2
SOBRE VISACIÓN DE LA SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES DE LAS METAS FIJADAS	3
SOBRE EL PROCESO DE EVALUACIÓN DEL IAAPS	3
SOBRE EL CÁLCULO DEL ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA.....	3
SOBRE EL CÁLCULO DE LA REBAJA DEL APORTE ESTATAL	4
INDICADORES DEL ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	5
SECCIÓN N°1: DE ESTRATEGIA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)	5
SECCIÓN N°2: DE PRODUCCIÓN	6
SECCIÓN N°3: DE IMPACTO	9
SOBRE MEDIOS DE VERIFICACIÓN FUENTE REM	10
DETALLE DE INDICADORES POR SECCIÓN	11
SECCIÓN DE ESTRATEGIA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)	11
META NÚMERO UNO: Porcentaje de centros de salud autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente	11
META NÚMERO DOS: Continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos.....	13
<i>Indicador 2.1: Brindar acceso a la atención de salud desde las 8:00, hasta las 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas.....</i>	14
<i>Indicador 2.2: Disponibilidad de fármacos trazadores</i>	15
SECCIÓN DE PRODUCCIÓN	16
META NÚMERO TRES: Tasa de consultas médicas de morbilidad	16
META NÚMERO CUATRO: Porcentaje de derivación al nivel secundario	18
META NÚMERO CINCO: Tasa de visita domiciliaria integral	20
META NÚMERO SEIS: Cobertura de Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más.	22
<i>Indicador 6.1.A: Cobertura examen de medicina preventiva (EMP), en mujeres de 20 a 64 años.....</i>	22
<i>Indicador 6.1.B: Cobertura examen de medicina preventiva (EMP), en hombres de 20 a 64 años.....</i>	23
<i>Indicador 6.2 Cobertura de Examen de Medicina Preventiva a personas de 65 años y más.</i>	25

META NÚMERO SIETE: Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control.	27
META NÚMERO OCHO: Cobertura de Control de Salud Integral a adolescentes de 10 a 19 años.....	29
META NÚMERO NUEVE: Cobertura y tasa de controles de atención integral a personas con trastornos mentales, factores de riesgo y condicionantes de la salud mental.	31
<i>Indicador 9.1: Cobertura de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales.....</i>	32
<i>Indicador: 9.2: Tasa de controles de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales</i>	34
<i>Indicador: 9.3: Personas egresadas por alta clínica de 0 y más años.....</i>	36
META NÚMERO DIEZ: Cumplimiento de garantías explícitas en salud, cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria.....	38
META NÚMERO ONCE: Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo definida para el año en curso.	40
META NÚMERO DOCE: Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo	42
META NÚMERO TRECE: Cobertura de adolescentes inscritos de 15 a 19 años bajo control por método de regulación de la fertilidad.....	44
META NÚMERO CATORCE: Cobertura de diabetes mellitus 2, en personas de 15 años y más.....	46
META NÚMERO QUINCE: Cobertura de hipertensión arterial en personas de 15 y más años.....	48
META NÚMERO DIECISEIS: Utilización de servicios de salud	50
SECCIÓN DE IMPACTO.....	52
META NÚMERO DIECISIETE: Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita.	52
META NÚMERO DIECIOCHO: Prevalencia de normalidad en menores de 2 años en población bajo control.	53
META NÚMERO DIECINUEVE: Tasa de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la Atención Primaria.....	55
PROCEDIMIENTO PARA FIJACIÓN DE METAS 2026	57
ETAPAS DEL PROCESO DE FIJACIÓN	57
ETAPA DE FORMULACIÓN	57
ETAPA DE VISADO	60
ETAPA DE FIJACIÓN OFICIAL.....	61
PROCEDIMIENTO PARA EVALUACIÓN DEL IAAPS	63

MEDIOS DE VERIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO	63
PROCEDIMIENTO PARA VALORAR CUMPLIMIENTO DE METAS POR CORTE.....	63
CUMPLIMIENTO TOTAL.....	63
CUMPLIMIENTO PROGRESIVO.....	63
EXCEPCIONES EN EVALUACIÓN DE METAS	63
REPONDERACIÓN DE IMPORTANCIA RELATIVA	64
INDICADORES CON NUMERADOR Y DENOMINADOR CERO EN UN CORTE DETERMINADO	65
PROCEDIMIENTO DE CÁLCULO DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE IAAPS.	66
PROCEDIMIENTO PARA CÁLCULO DE REBAJA PRODUCTO DE EVALUACIÓN DEL IAAPS	68
ANEXO 1.	I
GARANTÍAS OPORTUNIDAD GES INCLUIDAS EN INDICADOR 10	I
ANEXO 2	III
FORMULARIO DE VISITA DE SUPERVISIÓN CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN	III
ANEXO 3.	VIII
RESUMEN INDICADORES	VIII
ANEXO 4	X
MEDIOS DE VERIFICACIÓN	X
META NÚMERO UNO: 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	XI
META NÚMERO DOS: Continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos.....	XII
<i>Indicador 2.1: Brindar acceso a la atención de salud desde las 8:00, hasta las 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas.....</i>	<i>XII</i>
<i>Indicador 2.2: Disponibilidad de fármacos trazadores</i>	<i>XII</i>
META NÚMERO TRES: Tasa de consultas médicas de morbilidad por habitante año.....	XIII
META NÚMERO CUATRO: Porcentaje de derivación al nivel secundario	XV
META NÚMERO CINCO: Tasa de visita domiciliaria integral	XVIII
META NÚMERO SEIS: Cobertura de Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más Examen de Medicina Preventiva (EMP)	XIX
<i>Indicador 6.1.A: Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), en mujeres de 20 a 64 años</i>	<i>XIX</i>
<i>Indicador 6.1.B: Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), en hombres de 20 a 64 años</i>	<i>XX</i>
<i>Indicador 6.2 Cobertura de Examen de Medicina Preventiva a personas de 65 años y más</i>	<i>XX</i>

META NÚMERO SIETE: Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control	XXI
META NÚMERO OCHO: Cobertura de control de Salud Integral a adolescentes de 10 años a 19 años	XXII
META NÚMERO NUEVE: Cobertura y tasa de controles de atención integral a personas con trastornos mentales, factores de riesgo y condicionantes de la salud mental.	XXIII
<i>Indicador 9.1: Cobertura de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales.....</i>	<i>XXIII</i>
<i>Indicador: 9.2: Tasa de controles de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales</i>	<i>XXIV</i>
<i>Indicador: 9.3: Personas egresadas por alta clínica de 0 y más años.....</i>	<i>XXVII</i>
META NÚMERO DIEZ: Cumplimiento de garantías explícitas en salud, cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria.....	XXIX
META NÚMERO ONCE: Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo validada definida para el año en curso.....	XXX
META NÚMERO DOCE: Ingreso precoz a control de embarazo	XXXI
META NÚMERO TRECE: Cobertura de adolescentes de 15 a 19 años inscritos bajo control por método de regulación de la fertilidad	XXXII
META NÚMERO CATORCE: Cobertura de Diabetes Mellitus 2, en personas de 15 años y más.....	XXXIII
META NÚMERO QUINCE: Cobertura de Hipertensión arterial en personas de 15 y más años.....	XXXIV
META NÚMERO DIECISEIS: Utilización de servicios de salud.	XXXV
META NÚMERO DIECISIETE: Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita	XXXVI
META NÚMERO DIECIOCHO: Prevalencia de normalidad en menores de 2 años en población bajo control	XXXVII
META NÚMERO DIECINUEVE: Tasa de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la Atención Primaria	XXXVIII
ANEXO 5.	XXXIX
POBLACIÓN INSCRITA VALIDADA 2026.....	XXXIX

INTRODUCCIÓN

El aporte estatal a la administración municipal correspondiente a la Atención Primaria de Salud (APS) es otorgado a cada entidad administradora de salud con el fin de que éstas puedan proveer servicios a su población a cargo, inscrita y validada en cada comuna¹, en función del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario. La implementación de este Modelo involucra la ejecución de un conjunto de prestaciones contenidas en el Plan de Salud Familiar, enumeradas en el **artículo N°5 del** Decreto Afecto N°30 de fecha 24 de diciembre de 2025² (decreto per cápita para el año 2026).

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).

¹ La población inscrita validada de cada año es determinada de acuerdo con lo establecido por la norma técnica N°185, aprobada por la resolución exenta N°45 del 29 de enero de 2016, y que para el 2026 fue informada por FONASA a través del oficio ordinario N°30236/2025 del 27 de noviembre de 2025.

Disponible en <https://www.dropbox.com/t/7PgfwQhdPgtQul6>

² Decreto aun en trámite a la fecha de publicación de la presente orientación técnica.



ORIENTACIONES GENERALES DE LA EVALUACIÓN DEL IAAPS

De acuerdo con lo establecido en el **artículo N°2 del Decreto Afecto N°30** de fecha 24 de diciembre de 2025, subtítulo **“Procedimiento”**, la evaluación del IAAPS durante el año 2026 se debe realizar en cuatro ocasiones, que corresponden a los períodos que comprenden:

- **Primer Corte:** los meses de enero a mayo de 2026
- **Segundo Corte:** los meses de enero a julio de 2026
- **Tercer Corte:** los meses de enero a septiembre de 2026
- **Cuarto Corte:** los meses de enero a diciembre de 2026

El proceso de evaluación que se debe efectuar en cada uno de los cortes señalados se compone de dos subprocesos, a saber, el **cálculo del índice de actividad de la APS**, y el **cálculo de la rebaja del aporte estatal**.

Sin embargo, para que la evaluación del índice pueda llevarse a cabo es necesario previamente que se lleve a cabo el **proceso de fijación de las metas comunales**, que debe realizarse **entre los meses de febrero y abril de 2026**.

SOBRE EL PROCESO DE FIJACIÓN DE LAS METAS COMUNALES

La fijación de las metas comunales es realizada por el **Servicio de Salud respectivo** y tiene por objetivo el determinar las metas específicas para cada uno de los indicadores que componen el IAAPS en las comunas de su competencia.

SOBRE DICTACIÓN DE METAS A LAS COMUNAS

Acorde a lo señalado en el subtítulo **“Procedimiento”**, del decreto precitado y conforme a lo previsto en la letra q) del **artículo N°23 del decreto con fuerza de ley número 1**, del 23 de septiembre de 2005³, del Ministerio de Salud, el Servicio de Salud respectivo dictará la correspondiente resolución para la fijación de las metas de las comunas de su competencia a más tardar el **30 de abril de 2026**.

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 indicador en dicha 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, de acuerdo con los criterios establecidos por el Ministerio de Salud.

³ Disponible en <https://bcn.cl/2fcqg>

- III. Si el resultado del indicador el año anterior es superior a la meta nacional fijada en el presente decreto, se deberá justificar en caso de no mantener o incrementar dicha meta, de acuerdo con los lineamientos técnicos emanados desde el nivel central.

SOBRE VISACIÓN DE LA SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES DE LAS METAS FIJADAS

Previo a dictar la correspondiente resolución para la fijación de las metas de las comunas de su competencia, los Servicios de Salud deben contar con la visación correspondiente señalada en el **artículo N°2 del** Decreto Afecto N°30 de fecha 24 de diciembre de 2025, subtítulo **“Procedimiento”**, para lo cual, deben enviar a la División de Atención Primaria la **solicitud de visado** correspondiente con el detalle de las metas fijadas para cada una de sus comunas a través de los procedimientos, mecanismos e instrumentos establecidos en la presente Orientación Técnica, en la sección **“PROCEDIMIENTO PARA FIJACIÓN DE METAS 2026”**. Sólo se dará respuesta a las solicitudes de visado que cumplan cabalmente con lo establecido en la sección mencionada en el entendido de que esto es imprescindible para garantizar la oportuna y fiable respuesta a los Servicios de Salud.

La solicitud de visado se debe realizar a más tardar **el 31 de marzo de 2026**.

Por su parte, a más tardar **el 15 de abril de 2026**, la División de Atención Primaria enviará a los Servicios de Salud un informe de visado de las metas presentadas en el plazo establecido en punto anterior.

SOBRE EL PROCESO DE EVALUACIÓN DEL IAAPS

SOBRE EL CÁLCULO DEL ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Le corresponde al Servicio de Salud realizar el cálculo del índice, considerando el porcentaje de cumplimiento respecto de la meta y la importancia relativa reponderada de cada uno de los indicadores que aplica en cada corte evaluativo, y deberán remitir al Ministerio de Salud esta información consolidada por comuna, al término del periodo respectivo, dentro de los plazos, medios y formatos definidos en la presente Orientación Técnica.

El plazo de envío de la información por parte del servicio de salud con el cálculo del índice, para cada corte, es el siguiente:

- **Primer Corte** : miércoles 8 de julio de 2026
- **Segundo Corte**: miércoles 9 de septiembre de 2026
- **Tercer Corte** : miércoles 11 de noviembre de 2026
- **Cuarto Corte** : miércoles 10 de febrero de 2027

La planilla de evaluación del IAAPS 2026, así como el detalle de fórmulas e instrucciones de como esta debe ser completada será enviada a los Servicios de Salud **a más tardar el 08 de mayo de 2026**.

SOBRE EL CÁLCULO DE LA REBAJA DEL APORTE ESTATAL

La División de Atención Primaria, teniendo como referencia la información aportada por cada Servicio de Salud y demás antecedentes que estime pertinente, calculará la rebaja total de acuerdo con el porcentaje de cumplimiento del IAAPS en cada corte, y enviará dicha información al Departamento de Programación Financiera APS, de la División de Presupuesto. Las rebajas correspondientes serán aplicadas dentro del tercer mes siguiente al término del período respectivo.

- **Primer Corte:** agosto 2026
- **Segundo Corte:** octubre 2026
- **Tercer Corte:** diciembre 2026
- **Cuarto Corte:** No procede cálculo de rebaja
-

BORRADOR



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 3 secciones, en la forma que a continuación se indica:

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

N°	INDICADOR	FÓRMULA	META NACIONAL	IMPORTANCIA RELATIVA
1	Modelo Asistencial: Porcentaje de centros de salud autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente.	$\frac{\text{N° de centros de salud de la comuna autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitario (MAIS) vigente}}{\text{Total de los establecimientos de salud de la comuna año 2026}} \times 100$	Cumplir con el 100 % de auto evaluación vigente en los centros año 2025	4 %
2	Ámbito RISS Organización y Gestión: Continuidad de la Atención.	<p>(2.1)</p> $\frac{\text{N° establecimientos funcionando de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas}}{\text{N° total de establecimientos visitados}} \times 100$	100 %	4 %
		<p>(2.2)</p> $\frac{\text{N° de fármacos trazadores disponibles}}{\text{N° total de fármacos trazadores}} \times 100$	100 %	4 %
SUBTOTAL INDICADORES ESTRATEGIA RISS				12 %



SECCIÓN N°2: DE PRODUCCIÓN

N°	INDICADOR	FÓRMULA	META NACIONAL	IMPORTANCIA RELATIVA
3	Tasa de consultas médicas de morbilidad	$\frac{\text{N° de consultas de morbilidad realizados por profesional médico}}{\text{Población inscrita validada}}$	1,0	6 %
4	Porcentaje de derivación al nivel secundario.	$\frac{\text{N° SIC de controles y consultas médicas generadas en APS}}{\text{N° total de controles y consultas médicas realizadas en APS}} \times 100$	≤ 10 %	5 %
5	Tasa de Visita domiciliaria Integral	$\frac{\text{N° de visitas domiciliarias integrales realizadas}}{\text{N° de familias (población inscrita validada / 3,3)}}$	0,22	5 %
6	Cobertura Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más.	<p>(6.1.A)</p> $\frac{\text{N° de Examen de Medicina Preventiva realizados a mujeres de 20 a 64 años}}{\text{Total de la población de mujeres de 20 a 64 años inscrita validada} - \text{Población embarazadas 20-54 años en control}} \times 100$	27 %	3 %
		<p>(6.1.B)</p> $\frac{\text{N° de Examen de Medicina Preventiva realizados a hombres de 20 a 64 años}}{\text{Total de la población de hombres de 20 a 64 años inscrita validada}} \times 100$	30 %	4 %
		<p>(6.2)</p> $\frac{\text{N° de Examen de Medicina Preventiva realizados a hombres y mujeres de 65 y más años}}{\text{Total de la población de hombres y mujeres de 65 y más años inscrita validada}} \times 100$	55 %	5 %

N°	INDICADOR	FÓRMULA	META NACIONAL	IMPORTANCIA RELATIVA
7	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control	$\frac{\text{Niños y niñas de 12 a 23 meses con evaluación del desarrollo psicomotor}}{\text{N° total de niños y niñas entre 12 a 23 meses bajo control}} \times 100$	95 %	5 %
8	Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 19 años	$\frac{\text{N° de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años}}{\text{Total población adolescente de 10 a 19 años inscrita validada}} \times 100$	25 %	6 %
9	Cobertura y tasa de controles de atención Integral a personas con trastornos mentales, factores de riesgo y condicionantes de la salud mental	<p>(9.1)</p> $\frac{\text{N° de personas con trastornos mentales y condicionantes de la salud mental bajo control de 0 y más años}}{\text{N° de personas con trastornos mentales y condicionantes de la salud mental de 0 y más años esperados según prevalencia}} \times 100$	20 %	5,5 % ⁴
		<p>(9.2)</p> $\frac{\text{N° de controles de Salud Mental realizados en personas de 0 y más años}}{\text{N° de personas bajo control en el programa de salud mental de 0 y más años}}$	6,5	3,3 % ⁵
		<p>(9.3)</p> $\frac{\text{N° personas egresadas por alta clínica de 0 más años}}{\text{N° de personas bajo control en el programa de salud mental de 0 y más años}} \times 100$	14 %	2,2 % ⁶
10	Cumplimiento de garantías explícitas en salud cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria	$\frac{\text{N° de casos GES en atención primaria con garantía atendida}}{\text{N° total de casos GES en APS}} \times 100$	100 %	Indicador crítico, se evalúa por separado en la forma que se indica

⁴ El indicador 9.1 pondera el 50 % del total de la meta 9, cuya importancia relativa es de un 11 %

⁵ El indicador 9.2 pondera el 30 % del total de la meta 9, cuya importancia relativa es de un 11 %

⁶ El indicador 9.3 pondera el 20 % del total de la meta 9, cuya importancia relativa es de un 11 %

N°	INDICADOR	FÓRMULA	META NACIONAL	IMPORTANCIA RELATIVA
11	Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo-definida para el año en curso	$\frac{\text{N° de personas pertenecientes a grupos objetivos de población definidos, vacunados con anti-influenza}}{\text{Total de población de los grupos objetivos definidos}} \times 100$	85 %	5 %
12	Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo	$\frac{\text{N° de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control}}{\text{Total de mujeres embarazadas ingresadas a control}} \times 100$	90 %	6 %
13	Cobertura de adolescentes de 15 a 19 años inscritos bajo control por método de regulación de la fertilidad	$\frac{\text{N° de adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan método de regulación de la fertilidad}}{\text{Total adolescentes de 15 a 19 años inscritos}} \times 100$	25 %	6 %
14	Cobertura de Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 años y más	$\frac{\text{N° de personas de 15 y más años con Diabetes Mellitus 2 bajo control}}{\text{N° de personas con Diabetes Mellitus 2 de 15 y más años, esperados según prevalencia}} \times 100$	63 %	6 %
15	Cobertura de Hipertensión Arterial en personas de 15 años y más	$\frac{\text{N° de personas de 15 y más años con hipertensión arterial bajo control}}{\text{N° de personas con hipertensión arterial de 15 y más años, esperados según prevalencia}} \times 100$	62 %	6 %
16	Utilización de servicios de salud	$\frac{\text{N° de personas individualizadas que al menos han recibido 1 prestación de salud en el año t}}{\text{N° total de personas inscritas validadas para el año t}} \times 100$	Línea Base	0%
SUBTOTAL INDICADORES PRODUCCIÓN				79 %

SECCIÓN N°3: DE IMPACTO

N°	INDICADOR	FÓRMULA	META NACIONAL	IMPORTANCIA RELATIVA
17	Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita	$\frac{\text{N° de niños y niñas menores de 3 años con registro CEOD} = 0}{\text{N° de niñas y niños menores de 3 años inscritos validados}} \times 100$	60 %	5 %
18	Prevalencia de normalidad en menores de 2 años en población bajo control	$\frac{\text{N° de niñas y niños < dos años con estado nutricional normal}}{\text{N° de niñas y niños < dos años bajo control}} \times 100$	65 %	4 %
19	Tasa de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la Atención Primaria	$\frac{\text{N° hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la Atención Primaria}}{\text{Total población inscrita validada}} \times 10.000$	Línea Base	0%
SUBTOTAL INDICADORES DE IMPACTO				9 %
TOTAL (EXCLUYENDO INDICADOR GES)				100 %



SOBRE MEDIOS DE VERIFICACIÓN FUENTE REM

Para el caso de los medios de verificación con fuente REM, se incluyen en la presente Orientación Técnica los detalles sobre las secciones y celdas correspondientes utilizadas en cada indicador.

Sin embargo, éstos son referenciales en base a última versión de REM y manual en uso disponible al momento de publicación de estas orientaciones, y de existir modificaciones posteriores por parte del Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS), se deberá considerar la versión más actualizada considerando las celdas ajustadas, de ser pertinente, que permitan dar consistencia tanto de prestaciones, grupos etarios y sexo, con los criterios y definiciones propias de cada indicador. A su vez, en la medida que los cambios que puedan existir en una nueva versión del REM así lo ameriten, se difundirá una nueva versión de las Orientaciones Técnicas del IAAPS 2026.

BORRADOR



DETALLE DE INDICADORES POR SECCIÓN

SECCIÓN DE ESTRATEGIA DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)

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

La instalación e implementación del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario ha sido una estrategia fuertemente estimulada por el Ministerio de Salud desde las primeras experiencias conocidas en la década de 1990 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.

Caracterización del indicador:

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 comunitaria vigente
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de centros de salud de la comuna autoevaluados}}{\text{N}^\circ \text{ de establecimientos de salud de la comuna año 2025 }^7} \right) \times 100$
META NACIONAL
Cumplir con el 100% de autoevaluación vigente en los centros de salud de la comuna
MEDIO DE VERIFICACIÓN
Plataforma electrónica de registro instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario
CORTES EN QUE SE EVALÚA
<ul style="list-style-type: none">- Primer corte: No se evalúa- Segundo corte: No se evalúa- Tercer corte: Si se evalúa- Cuarto corte: Si se evalúa

⁷ Se debe comprometer en el denominador la autoevaluación de la totalidad de los establecimientos

OBSERVACIONES

1. Este indicador es para todos los establecimientos de salud primarios (Hospitales comunitarios, CESFAM, CECOSF y Postas de salud rural)
2. La Información para medición de cumplimiento será en función del cronograma programado por el servicio de salud en conjunto con cada comuna correspondiente.

REFERENTE TÉCNICO

Irma Vargas Palavicino (ivargas@minsal.cl) y
Ana Maria Hevia Castillo (anamaria.hevia@minsal.cl)

BORRADOR



META NÚMERO DOS: Continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos

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

El indicador está orientado a medir 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. Es necesario recordar que en este indicador se deben excluir las consultas de morbilidad odontológicas que se realizan en extensión horaria financiadas por el Programa de Reforzamiento “Estrategias de Salud Bucal”.

Constituye una prioridad para el gestor de red, promover y supervisar la continuidad de la atención y cautelar que los establecimientos de su red la mantengan implementada.

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 de acuerdo con el formulario de visita disponible en anexo 2.

Registro

Se debe ingresar la información de cada establecimiento visitado, en la pauta adjunta en la presente orientación técnica “Formulario visita de supervisión Indicador de Continuidad de Atención”, en su Título 1: Continuidad de la Atención y Título 2: Evaluación de Fármacos trazadores.

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

Si llegase a existir un decreto que declara **estado de catástrofe** en alguna zona geográfica del país, la cual dificulta la supervisión de los establecimientos, se aceptará **pauta aplicada a través de medios remotos** y su correspondiente **respaldo en informe de director de Servicio de Salud**. Asimismo, en caso de que el establecimiento APS, por razones asociadas a este estado declarado, **haya reconvertido las prestaciones de extensión horaria habitual a modalidad SAPU o atención de**

urgencia APS, se considerará cumplido, mediante **justificación en informe de director de Servicio de Salud**.

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

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

Se entenderá por **“fármaco trazador disponible”**, cuando se mantenga en el centro de salud a lo menos un 20% del Consumo Promedio Mensual (CPM), entendiéndose para tal efecto como el consumo promedio de los 3 meses anteriores al mes en que se realiza la visita. El cumplimiento del indicador implica necesariamente que **exista continuidad en la entrega** (sin quiebres) durante el mes previo a la visita (lo que se revisará en forma aleatoria), y que la farmacia se encuentre abierta y operativa, con atención al público en todo el horario de atención del establecimiento, es decir, de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas y sin restricciones en la entrega de medicamentos.

Los horarios para la ejecución de actividades administrativas, por ejemplo, inventarios, no debe comprometer el acceso a los medicamentos cuando el usuario lo necesite, evitando que este deba concurrir nuevamente al establecimiento a retirar sus fármacos.

En la visita de supervisión se evalúa el total de medicamentos señalados en Anexo 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).

Indicador 2.1: Brindar acceso a la atención de salud desde las 8:00, hasta las 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Brindar acceso a la atención de salud desde las 8:00, hasta las 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ establecimientos funcionando de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas}}{\text{N}^\circ \text{ total de establecimientos visitados}} \right) \times 100$
META NACIONAL
100 %
MEDIO DE VERIFICACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Informe emitido por el Servicio de Salud - Formulario de visita de supervisión Continuidad de la Atención



CORTES EN QUE SE EVALÚA
<ul style="list-style-type: none"> - Primer corte: Si se evalúa - Segundo corte: Si se evalúa - Tercer corte: Si se evalúa - Cuarto corte: Si se evalúa
OBSERVACIONES
Se espera que todos los CGU, CGR y CESFAM, estén funcionando de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas, con su farmacia operativa y los fármacos trazadores disponibles. En el caso excepcional que algún establecimiento no pueda funcionar en el horario establecido, ello deberá ser fundamentado por el respectivo Servicio de Salud.
REFERENTE TÉCNICO
Ricardo Molina Arteaga (ricardo.molina@minsal.cl) César Morales Sepúlveda (cmorales@minsal.cl)

Indicador 2.2: Disponibilidad de fármacos trazadores

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Disponibilidad de fármacos trazadores
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de fármacos trazadores disponibles}}{\text{N}^\circ \text{ total de fármacos trazadores}} \right) \times 100$
META NACIONAL
100 %
MEDIO DE VERIFICACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> - Informe emitido por el Servicio de Salud - Formulario de visita de supervisión Continuidad de la Atención
CORTES EN QUE SE EVALÚA
<ul style="list-style-type: none"> - Primer corte: Si se evalúa - Segundo corte: Si se evalúa - Tercer corte: Si se evalúa - Cuarto corte: Si se evalúa
OBSERVACIONES
Se espera que todos los CGU, CGR y CESFAM, estén funcionando de 8:00 a 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas, con su farmacia operativa y los fármacos trazadores disponibles. En el caso excepcional que algún establecimiento no pueda funcionar en el horario establecido, ello deberá ser fundamentado por el respectivo Servicio de Salud.
REFERENTE TÉCNICO
César Morales Sepúlveda (cmorales@minsal.cl) Ricardo Molina Arteaga (ricardo.molina@minsal.cl)

SECCIÓN DE PRODUCCIÓN

META NÚMERO TRES: Tasa de consultas médicas de morbilidad

La tasa de consultas médicas de morbilidad considera las consultas realizadas por profesional médico realizados en horario hábil en los establecimientos de APS, incluye las consultas de morbilidad general, de salud mental, de enfermedades respiratorias, de rehabilitación y las consultas médicas remotas, entre otras. Incluye consulta médica de urgencia en Establecimiento APS, no incluye: SAPU, SUR, SAR ni SUC.

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Tasa de consultas médicas de morbilidad
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de consultas de morbilidad realizadas por profesional médico}}{\text{Población inscrita validada}} \right)$
META NACIONAL
1,0
MEDIO DE VERIFICACIÓN
Numerador: <ul style="list-style-type: none">- REM 04 Serie A<ul style="list-style-type: none">o Sección A- REM A07 Serie A<ul style="list-style-type: none">o Sección A.1- REM 08 Serie A<ul style="list-style-type: none">o Sección A.4- REM 23 Serie A<ul style="list-style-type: none">o Sección D- REM 32 Serie A<ul style="list-style-type: none">o Sección C Denominador: <ul style="list-style-type: none">- Población Inscrita Validada 2025
CORTES EN QUE SE EVALÚA
<ul style="list-style-type: none">- Primer corte: Si se evalúa- Segundo corte: Si se evalúa- Tercer corte: Si se evalúa- Cuarto corte: Si se evalúa
OBSERVACIONES
Lo esperado es que la tasa de consultas médicas de morbilidad, por habitante año en toda comuna a nivel país sea al menos igual o superior a 1,0

REFERENTE TÉCNICO

Patricia Vega Cornejo (patricia.vega@minsal.cl)

Carolina Lara Díaz (carolina.lara@minsal.cl)

BORRADOR



META NÚMERO CUATRO: Porcentaje de derivación al nivel secundario

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

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Porcentaje de derivación al nivel secundario
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ SIC de controles y consultas médicas generadas en APS}}{\text{N}^\circ \text{ total de controles y consultas médicas realizadas en APS}} \right) \times 100$
META NACIONAL
≤10%
MEDIO DE VERIFICACIÓN
Numerador: <ul style="list-style-type: none">- REM A07 Serie A<ul style="list-style-type: none">○ Sección A.1 Denominador <ul style="list-style-type: none">- REM 01 Serie A<ul style="list-style-type: none">○ Sección A,○ Sección B y○ Sección C- REM 04 Serie A<ul style="list-style-type: none">○ Sección A- REM 06 Serie A<ul style="list-style-type: none">○ Sección A.1- REM A07 Serie A<ul style="list-style-type: none">○ Sección A.1- REM 08 Serie A<ul style="list-style-type: none">○ Sección A.4- REM 23 Serie A<ul style="list-style-type: none">○ Sección D y○ Sección E- REM 32 Serie A<ul style="list-style-type: none">○ Sección C y○ Sección F.2

CORTES EN QUE SE EVALÚA

- Primer corte: **Si se evalúa**
- Segundo corte: **Si se evalúa**
- Tercer corte: **Si se evalúa**
- Cuarto corte: **Si se evalúa**

OBSERVACIONES

Lo esperado es que el porcentaje de derivación al nivel secundario de consultas y controles médicos sea menor o igual a 10%.

Se excluyen del numerador las interconsultas generadas hacia dispositivos de Atención Primaria a través del programa de resolutiveidad.

En el denominador se incluye número de: consultas de morbilidad, todos los controles de salud realizados por médicos y la consulta de urgencia no SAPU, SUR, SAR ni SUC.

REFERENTE TÉCNICO

Patricia Vega Cornejo (patricia.vega@minsal.cl)

Carolina Lara Díaz (carolina.lara@minsal.cl)

META NÚMERO CINCO: Tasa de visita domiciliaria integral

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

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

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

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Tasa de Visita Domiciliaria Integral
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ visitas domiciliarias integrales realizadas}}{\text{N}^\circ \text{ de familias}} \right)$ (población Inscrita Validada /3,3)
META NACIONAL
0,22
MEDIO DE VERIFICACIÓN
Numerador: <ul style="list-style-type: none">- REM A26<ul style="list-style-type: none">o Sección A,o Sección A1- REM A33<ul style="list-style-type: none">o Sección B Denominador: <ul style="list-style-type: none">- Población Inscrita validada FONASA
CORTES EN QUE SE EVALÚA
<ul style="list-style-type: none">- Primer corte: Si se evalúa- Segundo corte: Si se evalúa- Tercer corte: Si se evalúa- Cuarto corte: Si se evalúa
OBSERVACIONES
Hay que considerar que la tasa pueda ser mayor o igual a 0,22. En el numerador se consideran sólo las visitas domiciliarias integrales a familias: <ul style="list-style-type: none">- REM A26 sección A:

- PRIMERA VISITA, SEGUNDA VISITA y TERCERA O MÁS VISITAS DE SEGUIMIENTO;
- REM A26 sección A.1:
Considerar las VDI realizadas en domicilio a:
 - Familia con integrante con dependencia severa con diagnóstico de demencia
 - Familia con integrante con dependencia severa con etapa terminal (excluye estadios avanzados de demencia)
 - Familia con integrante con dependencia severa sin diagnóstico de demencia y/o que no se encuentra en etapa terminal
- Tanto en la visita de ingreso al PADDs, como en la primera visita anual, segunda visita anual y tercera o más visitas de seguimiento anual.
- REM A33 sección B
Visita Domiciliaria Integral de ingreso
Visita Domiciliaria de Seguimiento

REFERENTE TÉCNICO

Ricardo Molina Arteaga (ricardo.molina@minsal.cl)
Macarena Odette Riquelme Rivera (macarena.riquelme@minsal.cl)

Observaciones

Las comunas que cuentan con el número de familias identificadas deben informarlo en la definición de metas, para ser incorporado en la evaluación, en caso contrario, se considerará la Población Inscrita Validada/3,3.

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

Para efectos de registro en REM A26 y REM A33, asignar la prestación a quién hace de cabeza del equipo. No son visitas domiciliarias las verificaciones de domicilio y citaciones.

Es importante tener en cuenta requisitos preliminares:

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

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

Se debe cautelar que esta actividad resulte beneficiosa para la familia y no, por el contrario, “invasiva”.

META NÚMERO SEIS: Cobertura de Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más.

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, que incluye la realización de exámenes y/o la aplicación de cuestionarios según riesgo y edad, para detectar precozmente aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables y reducir con ello la morbimortalidad asociada. Abarca distintas etapas de la vida de los individuos.

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

Indicador 6.1.A: Cobertura examen de medicina preventiva (EMP), en mujeres de 20 a 64 años

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Cobertura examen de medicina preventiva en mujeres de 20 a 64 años
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de EMP realizado en población de mujeres de 20 a 64 años}}{\text{Población de mujeres de 20 a 64 años inscrita validada} - \text{Población embarazada de 20 a 54 años}} \right) \times 100$
META NACIONAL
27%
MEDIO DE VERIFICACIÓN
Numerador: <ul style="list-style-type: none"> - REM A02 <ul style="list-style-type: none"> ○ Sección B Denominador: <ul style="list-style-type: none"> - Población inscrita validada de 20 a 64 años FONASA - REM P01 <ul style="list-style-type: none"> ○ Sección B
CORTES EN QUE SE EVALÚA
<ul style="list-style-type: none"> - Primer corte: Si se evalúa - Segundo corte: Si se evalúa - Tercer corte: Si se evalúa - Cuarto corte: Si se evalúa

OBSERVACIONES
<p>Primer corte</p> <p>En el denominador se debe restar de la población de mujeres inscrita validada, la población de embarazadas de 20 a 54 años al mes de diciembre 2025.</p>
<p>Segundo corte</p> <p>En el denominador se debe restar de la población de mujeres inscrita validada, la población de embarazadas de 20 a 54 años al mes de junio 2026.</p>
<p>Tercer corte</p> <p>En el denominador se debe restar de la población de mujeres inscrita validada, la población de embarazadas de 20 a 54 años al mes de junio 2026.</p>
<p>Cuarto corte</p> <p>En el denominador se debe restar de la población de mujeres inscrita validada, la población de embarazadas de 20 a 54 años a diciembre 2026.</p> <p>Si el resultado observado del indicador de la comuna el año anterior fue inferior a la meta nacional fijada en el decreto per cápita para el año 2026, la meta propuesta se incrementará, a lo menos, en la mitad de la diferencia o brecha existente respecto a la meta nacional establecida para el año 2026.</p>
REFERENTE TÉCNICO
<p>Ricardo Molina Arteaga (ricardo.molina@minsal.cl) Marcela Carolina Rivera Medina (marcela.rivera@minsal.cl)</p>

Indicador 6.1.B: Cobertura examen de medicina preventiva (EMP), en hombres de 20 a 64 años

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Cobertura examen de medicina preventiva en hombres de 20 a 64 años
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de EMP realizado en población de hombres de 20 a 64 años}}{\text{Población de hombres de 20 a 64 años inscrita validada}} \right)$
META NACIONAL
30%

MEDIO DE VERIFICACIÓN
Numerador: <ul style="list-style-type: none"> - REM A02 <ul style="list-style-type: none"> o Sección B Denominador: <ul style="list-style-type: none"> - Población inscrita validada de 20 a 64 años FONASA
CORTES EN QUE SE EVALÚA
<ul style="list-style-type: none"> - Primer corte: Si se evalúa - Segundo corte: Si se evalúa - Tercer corte: Si se evalúa - Cuarto corte: Si se evalúa
REFERENTE TÉCNICO
Ricardo Molina Arteaga (ricardo.molina@minsal.cl) Marcela Carolina Rivera Medina (marcela.rivera@minsal.cl)

Observaciones

Se debe intencionar el examen en personas que no tengan evaluación preventiva y en quienes lo soliciten. La construcción del indicador se hará solamente con los EMP realizados en el año, es decir no se incorporarán los de años anteriores. Atendiendo a que en el caso de los hombres persisten los bajos resultados obtenidos en este indicador, se debe priorizar e intencionar la pesquisa activa de hombres en horarios alternativos y vespertinos y a través de estrategias de educación con enfoque familiar y comunitario para captar a este grupo focal.

Además, en mujeres se intencionará la pesquisa activa de los grupos objetivos para tamizaje de cáncer de mama y cervicouterino.

Si el resultado observado del indicador de la comuna el año anterior fue inferior a la meta nacional fijada en el decreto per cápita para el año 2026, la meta propuesta se incrementará, a lo menos, en la mitad de la diferencia o brecha existente respecto a la meta nacional establecida para el año 2026.

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

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

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

El EMPAM se considerará completo una vez que se confeccione un Plan de Atención y Seguimiento, de acuerdo con los hallazgos según los resultados obtenidos en este examen⁸.

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Cobertura de examen de medicina preventiva del adulto de 65 años y más
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva}}{\text{Población inscrita validada de 65 años y más}} \right) \times 100$
META NACIONAL
55%
MEDIO DE VERIFICACIÓN
Numerador: <ul style="list-style-type: none">- REM A02<ul style="list-style-type: none">o Sección B
Denominador: <ul style="list-style-type: none">- Población inscrita validada de 65 años y más
CORTES EN QUE SE EVALÚA
<ul style="list-style-type: none">- Primer corte: Si se evalúa- Segundo corte: Si se evalúa- Tercer corte: Si se evalúa- Cuarto corte: Si se evalúa

⁸ Ministerio de Salud 2014. Orientación técnica para la atención de salud de las personas mayores en Atención Primaria

REFERENTE TÉCNICO

Ricardo Molina Arteaga (ricardo.molina@minsal.cl)
Marcela Carolina Rivera Medina (marcela.rivera@minsal.cl)

Observaciones

El Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) se realiza de manera anual a las personas mayores, priorizando especialmente a aquellas que no cuentan con una evaluación preventiva vigente y a quienes lo soliciten. Asimismo, en el marco de cualquier tipo de atención, ya sea control de salud, consulta de morbilidad u otra prestación otorgada al usuario, resulta fundamental verificar y asegurar la vigencia del EMPAM, como parte integral del enfoque preventivo y del cuidado continuo de la salud en la Atención Primaria.

La construcción del indicador se hará solamente con los EMPAM realizados en el año y dado que tiene una vigencia de 1 año no se incorporan los EMPAM realizados en el transcurso del año anterior.

Si el resultado observado del indicador de la comuna el año anterior fue inferior a la meta nacional fijada en el decreto per cápita para el año 2026, la meta propuesta se incrementará, a lo menos, en la mitad de la diferencia o brecha existente respecto a la meta nacional establecida para el año 2026.

META NÚMERO SIETE: Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control.

La Estrategia Nacional de Salud plantea como meta para el 2030 contar con una prevalencia mayor al 71,8% de niños y niñas menores de 5 años que alcancen su desarrollo integral. Para ello, resulta primordial la pesquisa precoz de los distintos factores que dificulten el curso normal de las trayectorias del desarrollo infantil. En el nivel primario de atención se cuenta con la evaluación del desarrollo psicomotor como una acción dentro de la supervisión de salud integral infantil para valorar el cumplimiento de ciertos hitos del desarrollo. Es por ello que, a fin de pesquisar, derivar y tratar oportunamente cualquier posible déficit, se requiere una adecuada cobertura de esta evaluación, especialmente en uno de los períodos críticos para la recuperación, como lo es la ventana entre los 12 y 23 meses de edad.

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Cobertura de Evaluación del Desarrollo Psicomotor de niños(as) de 12 a 23 meses bajo control
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas de 12 a 23 meses con evaluación de desarrollo psicomotor}}{\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas 12 a 23 meses bajo control}} \right) \times 100$
META NACIONAL
95%
MEDIO DE VERIFICACIÓN
Numerador: - REM A03 - Sección A.2 Denominador: - REM P02 - Sección A
CORTES EN QUE SE EVALÚA
- Primer corte: Si se evalúa - Segundo corte: Si se evalúa - Tercer corte: Si se evalúa - Cuarto corte: Si se evalúa
OBSERVACIONES
En el numerador se utiliza el número total de primeras evaluaciones del desarrollo psicomotor realizadas entre los 12 y 23 meses de edad a través de la aplicación completa del EEDP., incluyéndose las realizadas posteriormente a una Pauta Breve alterada. En el caso de que en el período se cuente con 2 o más aplicaciones completas de EEDP, solo se debe contabilizar la

primera. En cada corte se utilizará la población en control de niños(as) 12 a 23 meses vigente al momento del corte.

Lo anterior significa que la PBC a utilizar en cada corte es la siguiente:

- Primer corte: Población a diciembre de 2025
- Segundo corte: Población a junio de 2026
- Tercer corte: Población a junio de 2026
- Cuarto corte: Población a diciembre de 2026

REFERENTE TÉCNICO

Macarena Odette Riquelme Rivera (macarena.riquelme@minsal.cl)
Veronica Cecilia Veliz Rojas (veronica.veliz@minsal.cl)

Observaciones

A fin de no perder la integralidad de la atención, la aplicación del test debe darse en el contexto de la supervisión de salud integral infantil, según lo señalado en la normativa vigente y usando la clasificación del Puntaje Estándar para **BAREMO NIVEL SOCIOECONÓMICO-ALTO** para todos los niños y niñas del país al momento de determinar el diagnóstico.

Para el cálculo del indicador se debe descontar del denominador a los niños y niñas que, por condiciones de base, como Síndrome de Down, enfermedades neurológicas **diagnosticadas con antelación**, u otras condiciones no consideradas en los criterios de inclusión con los que el instrumento fue validado; no corresponde la aplicación del instrumento, debiéndose evaluar solo clínicamente los hitos del desarrollo.

META NÚMERO OCHO: Cobertura de Control de Salud Integral a adolescentes de 10 a 19 años

El control de salud integral de adolescentes (CSIA), se define como la atención para evaluar el estado de salud, crecimiento y normal desarrollo. Permite también fortalecer conductas y factores protectores e identificar precozmente aquellos de riesgo, para intervenir en forma oportuna, desde un enfoque de derechos. El control, además, tiene objetivos orientados a la promoción y educación para la salud, fomentar la entrega de herramientas para el autocuidado y hábitos de vida saludables y aumentar el uso de los servicios de salud en adolescentes y sus familias, a fin de potenciar una adultez más sana.

La realización del control de salud considera que, en todo momento, se priorice la calidad de la relación que se establece con las personas adolescentes, respetando la confidencialidad y privacidad, así como la resolución de sus necesidades y la evaluación de la oportunidad para recabar información; según edad y madurez. También se deben tener en cuenta las particularidades de las diversas adolescencias, existentes en cada territorio.

Las personas adolescentes pueden presentarse solas o acompañadas al control⁹.

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 19 años
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\left(\frac{\text{N° de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años}}{\text{Población total de adolescente de 10 a 19 años inscrita validada}} \right) \times 100$
META NACIONAL
25%
MEDIO DE VERIFICACIÓN
Numerador: <ul style="list-style-type: none">- REM A01<ul style="list-style-type: none">o Sección D
Denominador: <ul style="list-style-type: none">- Población inscrita validada de 10 a 19 años
CORTES EN QUE SE EVALÚA
<ul style="list-style-type: none">- Primer corte: Si se evalúa- Segundo corte: Si se evalúa- Tercer corte: Si se evalúa- Cuarto corte: Si se evalúa

⁹ Circular N°A15/11 del 07 octubre 2016, sobre la atención de adolescentes que concurren sin compañía de un adulto responsable.

OBSERVACIONES

En caso de realizarse alguna intervención motivacional registrar en Rem A27 sección F.

La realización de la consejería se registra en REM A19a Sección A1

La evaluación nutricional va en el REM A03 Sección C

La aplicación del CRAFFT es obligatorio en todos los controles y se registra en REM A03 Sección D1.

Si el resultado observado del indicador de la comuna el año anterior fue inferior a la meta nacional fijada en el decreto per cápita para el año 2026, la meta propuesta se incrementará, a lo menos, en la mitad de la diferencia o brecha existente respecto a la meta nacional establecida para el año 2026.

REFERENTE TÉCNICO

Pamela Meneses (pameneses@minsal.cl)

Juan Herrera Burott (juan.herrerab@minsal.cl)

META NÚMERO NUEVE: Cobertura y tasa de controles de atención integral a personas con trastornos mentales, factores de riesgo y condicionantes de la salud mental.

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

Estrategias

- *Confirmación Diagnóstica:* Implica un diagnóstico de todas las áreas de la vida de la persona, incluye lo contextual, factores protectores y factores de riesgo. Es efectuado a lo menos por médico y otro integrante del equipo de salud (Psicólogo/a, Trabajador 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 tratamiento de salud mental en APS.
- *Tratamiento Integral:* Al ingresar, se deberá elaborar, junto a la persona y su familia o cuidador(a) si corresponde, un Plan de Cuidado Integral. Este debe estar integrado en el Plan de Cuidado Integral Consensuado de la persona que contiene todas sus atenciones de salud en la APS. Que los acuerdos consensuados del tratamiento de salud mental se integren al plan de cuidado, implica velar por el constante monitoreo y evaluación de este por el equipo de sector.
- *Derivación o referencia asistida:* Cuando el problema de salud mental tiene una complejidad que supera el nivel de resolución de la APS, la persona será referida al establecimiento asistencial de complejidad según la red de salud correspondiente.
- *Alta clínica:*
 - o Evaluación integral de egreso.
- Revisión del cumplimiento de los objetivos co–construidos en el Plan de Cuidado Integral.
- *Seguimiento:* En los casos que requiera establecer contacto con las personas y/o sus familias para monitorear la evolución en el tiempo.
- *Consultoría de Salud Mental.* El equipo de salud actúa en el rol de consultantes y el equipo de especialidad en salud mental comunitaria como consultor.

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

Asimismo, se debe propender a que las personas, mientras se encuentran como población bajo control de salud mental, reciban al menos, entre 8 a 12 controles¹⁰ de tratamiento por salud mental

¹⁰ Si bien, se señala que las personas durante su proceso de tratamiento reciban al menos 8 a 12 controles; para efectos de cumplimiento de este indicador, **durante el año 2025**, se establece una meta nacional de 6,5 controles. Se espera ir aumentando la meta gradualmente cada año hasta llegar a lo esperado.

(guiado esto por su plan de cuidado integral), y que; de la población que se encuentra bajo control por salud mental, al menos un 14% de esté número, reciba alta clínica (tras el logro de los objetivos consensuados en el plan de cuidados).

Indicador 9.1: Cobertura de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Cobertura de atención integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales bajo control de 0 y más años}}{\text{N}^\circ \text{ de personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales de 0 y más años esperados según prevalencia}} \right) \times 100$
META NACIONAL
20%
PONDERACION
5,5%
MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - REM P06 <ul style="list-style-type: none"> o Sección A1 - REM A05 <ul style="list-style-type: none"> o Sección N - REM A05 <ul style="list-style-type: none"> - Sección O <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Población estimada según prevalencia referencial¹¹
CORTES EN QUE SE EVALÚA
<ul style="list-style-type: none"> - Primer corte: Si se evalúa - Segundo corte: Si se evalúa - Tercer corte: Si se evalúa - Cuarto corte: Si se evalúa

¹¹ Población estimada según prevalencia referencial corresponde al 22% de población inscrita validada FONASA de 0 y más años

OBSERVACIONES

Para obtener el numerador de este indicador, se debe considerar lo siguiente:

La población bajo control (PBC) se obtiene a partir del REM P6 en los cortes en que dicha información se encuentra disponible (junio y diciembre).

Con el fin de estimar la población bajo control en los meses correspondientes a los cortes IAAPS en que no se dispone de información directa de PBC, se aplica el siguiente procedimiento de cálculo:

Primer corte

Población en Control de 0 y más años, con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales a diciembre 2025, más ingresos acumulados de enero a mayo 2026, menos egresos (altas clínicas y egresos administrativos) acumulados de enero a mayo 2026.

Segundo corte

Población en Control de 0 y más años, con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales a junio 2026, más ingresos de julio 2026, menos egresos (altas clínicas y egresos administrativos) de julio 2026.

Tercer corte

Población en Control de 0 y más años, con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales, a junio 2026, más ingresos julio a septiembre 2026, menos egresos (altas clínicas y egresos administrativos) julio a septiembre 2026.

Cuarto corte

Población en Control de 0 y más años, con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales, a diciembre 2026. (en este corte no se suman ingresos ni se restan egresos ya que se extrae directamente del REM P6, corte de diciembre).

REFERENTE TÉCNICO

Milena Pereira Romero (milena.pereira@minsal.cl)
Alvaro Gabriel Campos Muñoz (alvaro.campos@minsal.cl)

Respecto a la evaluación del cumplimiento

La meta N°9.1 se evaluará considerando que la meta fijada para el período puede definirse tanto al alza como a la baja, en función del valor observado del indicador a diciembre del año anterior y del valor de referencia nacional establecido.

En este contexto, el diferencial existente entre la meta fijada y el valor observado a diciembre del año anterior será evaluado proporcionalmente en los tres cortes intermedios (mayo, julio y septiembre), de manera progresiva, hasta completar el 100% de cumplimiento de la meta fijada al corte de diciembre.

Para efectos del cálculo del porcentaje de cumplimiento en cada corte, se aplicará la fórmula correspondiente (ascendente o descendente), según la fijación de la meta definida para el período, con el fin de evaluar adecuadamente el acercamiento del resultado observado a dicha meta.

La fórmula de cálculo para determinar el cumplimiento al corte es la siguiente:

Ascendente:

$$\frac{\text{Resultado logrado al corte}}{\text{Resultado esperado al corte}}$$

Descendente:

$$\frac{1-\text{Resultado logrado al corte}}{1-\text{Resultado esperado al corte}}$$

Indicador: 9.2: Tasa de controles de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Tasa de controles de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\frac{\text{N}^\circ \text{ de controles de salud mental totales realizados a personas de 0 y más años}}{\text{N}^\circ \text{ de personas bajo control en el programa de salud mental de 0 y más años}}$
META NACIONAL
6,5
PONDERACION
3,3%



MEDIO DE VERIFICACIÓN

Numerador:

- REM A06
 - o Sección A1
 - o Sección A2
- REM A19a
 - o Sección A3
- REM A26
 - o Sección A
 - o Sección A1
- REM A32
 - o Sección F1
 - o Sección F2
- REM A04
- Sección A

Denominador:

- REM P06
 - o Sección A1
- REM A05
 - o Sección N
- REM A05
- Sección O

CORTES EN QUE SE EVALÚA

- Primer corte: **Si se evalúa**
- Segundo corte: **Si se evalúa**
- Tercer corte: **Si se evalúa**
- Cuarto corte: **Si se evalúa**

OBSERVACIONES

Para el numerador de este indicador, se debe considerar:

Primer corte: Considera la sumatoria de controles de enero a mayo 2026.

Segundo corte: Considera la sumatoria de controles de enero a julio 2026.

Tercer corte: Considera la sumatoria de controles de enero a septiembre 2026.

Cuarto corte: Considera la sumatoria de controles de enero a diciembre 2026.

Hay que considerar que la concentración pueda ser mayor o igual a 6,5.

Los controles de salud mental incluyen: controles de salud mental, controles de salud mental remotos, acciones telefónicas de salud mental, intervenciones psicosociales grupales, consultorías de salud mental, consejería familiar con integrante con problema de salud mental, consejería familiar a familia con adulto mayor con demencia, visita domiciliaria a familia con

integrante con problema de salud mental, visita domiciliaria a familia con adulto mayor con demencia, visita domiciliaria a familia con niños/as de 5 a 9 años con problemas y/o trastornos de salud mental, consultas médicas de salud mental.

El denominador de este indicador corresponde al valor del numerador del indicador 9.1.

REFERENTE TÉCNICO

Milena Pereira Romero (milena.pereira@minsal.cl)
Alvaro Gabriel Campos Muñoz (alvaro.campos@minsal.cl)

Indicador: 9.3: Personas egresadas por alta clínica de 0 y más años

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Personas egresadas por alta clínica de 0 y más años
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\frac{\text{N° de personas egresadas por alta clínica de 0 y más años}}{\text{N° de personas bajo control en el programa de salud mental de 0 y más años}}$
META NACIONAL
14%
PONDERACION
2,2%
MEDIO DE VERIFICACIÓN
Numerador: <ul style="list-style-type: none"> - REM A05 <ul style="list-style-type: none"> o Sección O Denominador: <ul style="list-style-type: none"> - REM P06 <ul style="list-style-type: none"> o Sección A1 - REM A05 <ul style="list-style-type: none"> o Sección N - REM A05 - Sección O
CORTES EN QUE SE EVALÚA
<ul style="list-style-type: none"> - Primer corte: Sí se evalúa - Segundo corte: Sí se evalúa - Tercer corte: Sí se evalúa - Cuarto corte: Sí se evalúa

OBSERVACIONES

Para obtener el numerador de este indicador, se debe considerar:

Primer corte: Considera la sumatoria de altas clínicas de enero a mayo 2026.

Segundo corte: Considera la sumatoria de altas clínicas de enero a julio 2026.

Tercer corte: Considera la sumatoria de altas clínicas de enero a septiembre 2026. **Cuarto corte:** Considera la sumatoria de altas clínicas de enero a diciembre 2026.

El denominador de este indicador corresponde al valor del numerador del indicador 9.1.

REFERENTE TÉCNICO

Milena Pereira Romero (milena.pereira@minsal.cl)

Alvaro Gabriel Campos Muñoz (alvaro.campos@minsal.cl)

META NÚMERO DIEZ: 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 2026 asciende a 90 problemas de salud¹². En 28 de ellos, la Atención Primaria tiene participación total o parcial en el cumplimiento de garantías, no obstante, se evaluarán en este indicador, **las garantías de oportunidad de 17 problemas de salud**, donde el cumplimiento de ellas es responsabilidad exclusiva de atención primaria¹³

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Cumplimiento de garantías explícitas en salud cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos GES en atención primaria con garantía atendida}}{\text{N}^\circ \text{ Total casos GES en APS}} \right) \times 100$
META NACIONAL
100%
MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se considera la suma de las siguientes categorías <ul style="list-style-type: none"> ○ Garantías Cumplidas ○ Garantías Exceptuadas ○ Garantías Incumplidas atendidas <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se considera la suma de las siguientes categorías <ul style="list-style-type: none"> ○ Garantías Cumplidas ○ Garantías Exceptuadas ○ Garantías Incumplidas Atendidas - Garantías Incumplidas no Atendidas - Garantías Retrasadas acumuladas <p>Informes de garantías de oportunidad del Sistema de Información de Gestión de Garantías en Salud (SIGGES) o de otro sistema de registro implementado por el Ministerio de salud/FONASA. Tanto el numerador como el denominador se refieren a las garantías de oportunidad que debiesen tener cumplimiento dentro del periodo de evaluación correspondiente. Dicha información es</p>

¹² De acuerdo con decreto N°29 del 28 de noviembre de 2025. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1218907>

¹³ Véase el Anexo 1: GARANTÍAS OPORTUNIDAD GES INCLUIDAS EN INDICADOR 10

provista mensualmente, por FONASA al Departamento GES de la División de gestión asistencial (DIGERA) y éste la remite a cada Servicio de Salud.

CORTES EN QUE SE EVALÚA

- Primer corte: **Si se evalúa**
- Segundo corte: **Si se evalúa**
- Tercer corte: **Si se evalúa**
- Cuarto corte: **Si se evalúa**

REFERENTE TÉCNICO

Iris Karina Cerda Alvarado (iris.cerda@minsal.cl)
Marcela Carolina Rivera Medina (marcela.rivera@minsal.cl)
Norman Romo (norman.romo@minsal.cl)

Glosario de Términos de Garantías de Oportunidad GES

Garantías Cumplidas: En esta agrupación se consideran las garantías realizadas dentro del plazo máximo de cumplimiento que establece el decreto GES vigente para cada problema de salud.

Garantías Exceptuadas: podrán exceptuarse de dar cumplimiento a una garantía de oportunidad (Circular IF N°501 de 23 de junio de 2025, de la Superintendencia de Salud¹⁴), cuando sea imposible otorgar la prestación dentro del plazo establecido, ya sea por caso fortuito o fuerza mayor o cuando la causa del incumplimiento sea imputable a la persona beneficiaria, esto en razón de lo establecido en el Artículo N°4 de la Ley N°19.966. Esta excepción de garantía dará origen a la obligación de gestionar el caso en los términos indicados en la misma Circular. **Garantías Incumplidas Atendidas:** son aquellas garantías de oportunidad realizadas fuera del plazo garantizado para cada problema de salud incluido en GES.

Garantías Incumplidas No atendidas: El establecimiento no logró realizar la atención garantizada dentro de los tiempos establecidos, y es imposible entregarla en forma tardía por una condición o decisión del paciente. Incluye fallecimiento, cambio de previsión, rechazo al prestador asignado, rechazo del tratamiento, inasistencia a la atención, contacto no corresponde.

Garantías Retrasadas Acumuladas: Corresponden a aquellas garantías que no evidencian en SIGGES la prestación correspondiente dentro del período garantizado, ya sea por no registro de esta o por no realización, independiente de la fecha de creación de la GO.

¹⁴ Disponible en https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2017/07/articles-16079_recurso_1.pdf

META NÚMERO ONCE: Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo definida para el año en curso.

La campaña de vacunación contra la influenza se inicia habitualmente en el mes de marzo y se prolonga aproximadamente por tres meses. Es de carácter universal y gratuito, y tiene por objetivo proteger a los grupos de población que presentan mayor riesgo de desarrollar complicaciones asociadas a la enfermedad.

El virus influenza (en sus distintas cepas) es responsable de infecciones respiratorias agudas que pueden evolucionar hacia cuadros de gravedad, generar complicaciones clínicas severas e incluso provocar la muerte, especialmente en poblaciones vulnerables.

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

- Personal del área de la salud.
- Personas de 60 años y más.
- Personas con patologías crónicas, entre los 11 y 59 años, según lo establecido en el Lineamiento Técnico Operativo (LTO) de vacunación antiinfluenza vigente.
- Gestantes, en cualquier etapa del embarazo.
- Niños y niñas desde los 6 meses y hasta 5° año básico
- Trabajadores de avícolas y de criaderos de cerdos.

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.

La población objetivo se informa al inicio de la campaña de invierno.

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo-definida para el año en curso
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\left(\frac{\text{Número de personas pertenecientes a grupos objetivos de población definidos vacunados con anti-influenza}}{\text{Total de población de los grupos objetivos definidos}} \right) \times 100$
META NACIONAL
85%
MEDIO DE VERIFICACIÓN
Numerador: - Registro nacional de inmunizaciones (RNI)
Denominador:

- Población de grupos objetivos calculada por DEIS
CORTES EN QUE SE EVALÚA
<ul style="list-style-type: none">- Primer corte: No se evalúa- Segundo corte: Si se evalúa- Tercer corte: Si se evalúa- Cuarto corte: No se evalúa
REFERENTE TÉCNICO
Nathalie Andrea Silva Pizarro (nathalie.silva@minsal.cl) Marcela Rodriguez Romero (marcela.rodriguez@minsal.cl)

BORRADOR



META NÚMERO DOCE: Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo

En el marco del acompañamiento del proceso reproductivo en todas sus etapas, se desarrollan diversas acciones orientadas a la detección temprana de personas gestantes, especialmente aquellas que presentan factores de riesgo, en los centros de Atención Primaria de Salud (APS). Esta detección permite realizar intervenciones oportunas o derivación a especialistas para el manejo adecuado de condiciones que podrían generar complicaciones como morbilidad fetal o parto prematuro.

Se recomienda que la atención integral, sistemática y periódica de la gestante, se inicie en condiciones óptimas antes de las 14 semanas de gestación, contribuyendo así a la reducción de la mortalidad perinatal proyectada en la Estrategia Nacional de Salud.

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control}}{\text{Total de mujeres embarazadas ingresadas a control}} \right) \times 100$
META NACIONAL
90%
MEDIO DE VERIFICACIÓN
Numerador <ul style="list-style-type: none">- REM A05<ul style="list-style-type: none">o Sección A Denominador <ul style="list-style-type: none">- REM A05<ul style="list-style-type: none">o Sección A
CORTES EN QUE SE EVALÚA
<ul style="list-style-type: none">- Primer corte: Si se evalúa- Segundo corte: Si se evalúa- Tercer corte: Si se evalúa- Cuarto corte: Si se evalúa
OBSERVACIONES
Para el numerador, en cada corte se debe registrar el número acumulado de gestantes ingresadas antes de las 14 semanas, desde enero a la fecha de corte. Para el denominador, se debe registrar el número acumulado de gestantes ingresadas, desde enero a la fecha de corte.

Si el resultado observado del indicador de la comuna el año anterior fue inferior a la meta nacional fijada en el decreto per cápita para 2025, la meta propuesta se incrementará, a lo menos, en la mitad de la diferencia o brecha existente respecto a la meta nacional establecida para el año 2025.

Si la comuna alcanzó la meta nacional el año anterior deberán mantener o aumentar el porcentaje de cobertura para el año 2025.

Se debe contabilizar la gestante que acude por primera vez después de las 14 semanas a control de embarazo en el Centro de Salud y que cuenta con respaldo de carné de control prenatal de ingreso precoz realizado en el sector privado (REM A01 sección 1 columna “Ingresos con control precoz extrasistema”)

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

REFERENTE TÉCNICO

Juan Herrera Burott (juan.herrerab@minsal.cl)

Maria Luisa Mardones Leyton (marialuisa.mardones@minsal.cl)



META NÚMERO TRECE: Cobertura de adolescentes inscritos de 15 a 19 años bajo control por método de regulación de la fertilidad.

Existen importantes diferencias territoriales en el acceso al uso de métodos anticonceptivos en este grupo de edad, que profundiza la desigualdad, persistiendo inequidades entre regiones y nivel socioeconómico, lo que queda oculto al utilizar los promedios nacionales para dimensionar el fenómeno.

Para aumentar las coberturas, se debe considerar incrementar el número de adolescentes mujeres y también hombres bajo control en el Programa de regulación de fertilidad, estos últimos solo alcanzan una cobertura a nivel país del 5,4%. (DEIS - MINSAL 2024).

Para que exista un correcto uso y adherencia a MAC, debe estar garantizado el acceso a servicios y a la información basada en evidencia, respetando la privacidad y autonomía. Las adolescentes, en general, pueden utilizar cualquier MAC reversible de manera segura y deben tener acceso a la variedad de opciones disponibles, no obstante, lo más recomendable es el uso de métodos de larga duración (28,9% de uso en PBC 15 a 19 años, 2024). La edad por sí misma no constituye una razón médica para no otorgarlos (Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos, OMS 2017)

Cubrir la necesidad de anticoncepción en adolescentes de 15 a 19 años contribuye a reducir los embarazos a temprana edad, disminuir la reincidencia de este y las consecuencias adversas de la maternidad/paternidad precoz. A ello se suma la reducción del gasto en salud materna e infantil, mayores proyecciones en educación y continuidad de estudios y así, las perspectivas económicas y de igualdad de género para las mujeres jóvenes.

Es importante reconocer que la consulta por anticoncepción es una URGENCIA. Las personas adolescentes que solicitan un MAC siempre deben recibir una RESPUESTA A SU NECESIDAD ANTICONCEPTIVA. Se debe tener presente lo regulado en la Ley 20.418 e indicado en la circular NºA15/10¹⁵:

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Cobertura de adolescentes de 15 a 19 años inscritos bajo control por método de regulación de la fertilidad
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan método de regulación de la fertilidad}}{\text{Total adolescentes de 15 a 19 años inscritos}} \right) \times 100$

¹⁵ Disponible en https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2017/12/Circular-Materia-de-Anticoncepci%C3%B3n-2016.pdf

META NACIONAL
25%
MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p>Numerador</p> <ul style="list-style-type: none"> - REM P01 <ul style="list-style-type: none"> o Sección A <p>Denominador</p> <ul style="list-style-type: none"> - Población 15 a 19 años inscrita validada
CORTES EN QUE SE EVALÚA
<ul style="list-style-type: none"> - Primer corte: No se evalúa - Segundo corte: Si se evalúa - Tercer corte: No se evalúa - Cuarto corte: Si se evalúa
OBSERVACIONES
<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Segundo corte: Población de adolescentes de 15 a 19 bajo control a junio 2026. - Cuarto corte: Población de adolescentes de 15 a 19 bajo control a diciembre 2026. <p>Si el resultado observado del indicador de la comuna el año anterior fue inferior a la meta nacional fijada en el decreto per cápita 2026, la meta propuesta se incrementará, a lo menos, en la mitad de la diferencia o brecha existente respecto a la meta nacional establecida para el año 2026.</p>
REFERENTE TÉCNICO
<p>Pamela Meneses (pameneses@minsal.cl)</p> <p>Maria Luisa Mardones (marialuisa.mardones@minsal.cl)</p>

META NÚMERO CATORCE: Cobertura de diabetes mellitus 2, en personas de 15 años y más

En atención primaria del sistema público de salud, las personas con DM2 son atendidas bajo las orientaciones del Programa de Salud Cardiovascular y la Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas. Las diferentes estrategias, políticas y programas están orientadas a entregar una atención centrada en la persona, integral y de calidad, ya que un buen control metabólico se asocia a una disminución de complicaciones y, por lo tanto, a una reducción de discapacidad y muerte.

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Cobertura de diabetes mellitus 2, en personas de 15 y más años
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas de 15 años y más con diabetes mellitus 2 bajo control}}{\text{N}^\circ \text{ de personas con diabetes mellitus 2 de 15 y más años, esperados según prevalencia}} \right) \times 100$
META NACIONAL
63%
MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - REM P4 <ul style="list-style-type: none"> o Sección A <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Población estimada según prevalencia ENS 2016-2017, por grupo etario <p>Para efectos del cálculo del denominador (casos esperados) se efectúa sumando la prevalencia estimada según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, es decir:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1.8% entre 15 y 24 años, - 6.3% entre 25 a 44 años, - 18.3% entre 45 y 64 años y - 30.6% para personas de 65 años y más, <p>sobre la población inscrita validada</p>
CORTES EN QUE SE EVALÚA
<ul style="list-style-type: none"> - Primer corte: No se evalúa - Segundo corte: Si se evalúa - Tercer corte: No se evalúa - Cuarto corte: Si se evalúa

OBSERVACIONES

- Segundo corte: Población de personas de 15 años y más con DM2 bajo control a junio 2026
- Cuarto corte: Población de personas de 15 años y más con DM2 bajo control a diciembre 2026.

Si el resultado observado del indicador de la comuna el año anterior fue inferior a la meta nacional fijada en el decreto per cápita 2026, la meta propuesta se incrementará, a lo menos, en la mitad de la diferencia o brecha existente respecto a la meta nacional establecida para el año 2026.

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

REFERENTE TÉCNICO

Marcela Carolina Rivera Medina (marcela.rivera@minsal.cl)
Javiera Bianchi Azocar (javiera.bianchi@minsal.cl)



META NÚMERO QUINCE: Cobertura de hipertensión arterial en personas de 15 y más años

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

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

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Cobertura de hipertensión arterial en personas de 15 años y más
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas de 15 años y más con hipertensión arterial bajo control}}{\text{N}^\circ \text{ de personas con hipertensión arterial de 15 y más años, esperados según prevalencia}} \right) \times 100$
META NACIONAL
62%
MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none">- REM P4<ul style="list-style-type: none">o Sección A <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none">- Población estimada según prevalencia ENS 2016-2017, por grupo etario <p>Para efectos de la evaluación de este indicador, el cálculo del denominador (casos esperados) se efectúa sumando la PIV por la prevalencia estimada según la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, es decir:</p> <ul style="list-style-type: none">- PIV de 15 y 24 años * 0.7%,- PIV de 25 a 44 años * 10.6%,- PIV de 45 y 64 años * 45.1% y- PIV de personas de 65 años y más * 73.3%.

CORTES EN QUE SE EVALÚA

- Primer corte: No se evalúa
- Segundo corte: **Si se evalúa**
- Tercer corte: No se evalúa
- Cuarto corte: **Si se evalúa**

OBSERVACIONES

- Segundo corte: Población de personas de 15 años y más con HTA bajo control a junio 2026
- Cuarto corte: Población de personas de 15 años y más con HTA bajo control a diciembre 2026.

Si el resultado observado del indicador de la comuna el año anterior fue inferior a la meta nacional fijada en el decreto per cápita 2026, la meta propuesta se incrementará, a lo menos, en la mitad de la diferencia o brecha existente respecto a la meta nacional establecida para el año 2025.

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

REFERENTE TÉCNICO

Marcela Carolina Rivera Medina (marcela.rivera@minsal.cl)
Javiera Bianchi Azocar (javiera.bianchi@minsal.cl)

META NÚMERO DIECISEIS: Utilización de servicios de salud

Para potenciar la efectividad de la atención primaria, es necesario procurar que la población a cargo no solo se inscriba en los establecimientos de salud, sino que también accedan a los servicios de salud según sus necesidades individuales. Para ello, se pone a disposición de toda la población inscrita el plan de salud familiar que contempla el favorecer el acceso a exámenes preventivos en diferentes etapas del ciclo de vida por lo que es altamente conveniente que junto a la inscripción se promueva la realización de esos exámenes preventivos según la edad del beneficiario.

La utilización de los servicios de salud es la cuantificación o descripción del uso de servicios por parte de las personas con el fin de prevenir, tratar y/o curar problemas de salud, mantener la salud y el bienestar u obtener información acerca de su estado de salud y pronóstico¹⁶. En esa línea, resulta fundamental fomentar y expandir el uso de los servicios que ofrece la atención primaria para la mayor cantidad de personas posible. Se excluye de esta definición a las consultas de urgencia realizadas en SAPU, SAR u otros dispositivos, las actividades de inmunización y la entrega de alimentos.

Fases para la utilización de servicios:

- Fase 1: Planificación y programación de los servicios y prestaciones
- Fase 2: Dispensación de las prestaciones y servicios a la nueva población
- Fase 3: Monitoreo de la utilización de servicios

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Utilización de servicios de salud
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas individualizadas que al menos han recibido 1 prestación de salud en el año } t}{\text{N}^\circ \text{ total de personas inscritas validadas para el año } t} \right) \times 100$
META NACIONAL
Línea Base

¹⁶ (Carrasquillo, 2013)

<https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/09/Orientaciones-para-la-Planificacion-en-Red-2024.pdf>

Consultar "Listado de prestaciones y/o acciones por curso de vida (Fuente: decreto per cápita 2023)

Hirnas, M., Poffald, L., Jasmen, A., Aguilera, X., Delgado, I., & Vega, J. (s.f.). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Rev Panam Salud Publica*, 223–229

MEDIO DE VERIFICACIÓN
<p>Numerador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Base de datos registro COMGES <p>Denominador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Población inscrita validada
CORTES EN QUE SE EVALÚA
<ul style="list-style-type: none"> - Primer corte: No se evalúa - Segundo corte: No se evalúa - Tercer corte: Si se evalúa - Cuarto corte: Si se evalúa
OBSERVACIONES
<p>Para 2026 se espera establecer una línea base. Corresponde a un indicador progresivo y se espera ir aumentando el número de contactos durante el año en curso.</p>
REFERENTE TÉCNICO
<p>Ricardo Molina Arteaga (ricardo.molina@minsal.cl) Nicolas Ramirez Figueroa (nicolas.ramirez@minsal.cl)</p>



SECCIÓN DE IMPACTO.

META NÚMERO DIECISIETE: Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita.

Para incentivar el ingreso de usuarios a la población en control odontológico y favorecer los resultados sanitarios que los controles puedan tener, para el cumplimiento de la meta se considerará a los menores de 3 años libres de caries, los cuales deben priorizarse dentro del grupo en control, con el fin de establecer una base de población sana desde el inicio del ciclo vital. Los resultados de este indicador a nivel nacional en los últimos 3 años muestran un cumplimiento de un 55% el año 2022, un 64% el año 2023 y un 48,9% al tercer corte del año 2024. El indicador se detalla a continuación:

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas menores de 3 años con registro CEOD} = 0}{\text{N}^\circ \text{ de niñas y niños menores de 3 años inscritos validados}} \right) \times 100$
META NACIONAL
60%
MEDIO DE VERIFICACIÓN
Numerador: <ul style="list-style-type: none">- REM A09<ul style="list-style-type: none">o Sección C Denominador: <ul style="list-style-type: none">- Población Inscrita validada FONASA menor de 3 años
CORTES EN QUE SE EVALÚA
<ul style="list-style-type: none">- Primer corte: Si se evalúa- Segundo corte: Si se evalúa- Tercer corte: Si se evalúa- Cuarto corte: Si se evalúa
OBSERVACIONES
Para el numerador se usará número total de niños y niñas con registro CEOD = 0 en población menor de 3 años a la fecha de evaluación y para el denominador se usará la población inscrita validada por FONASA menor de 3 años para el año 2025.
REFERENTE TÉCNICO
Norman Romo Grogg (norman.romo@minsal.cl) Macarena Riquelme Rivera (macarena.riquelme@minsal.cl)

META NÚMERO DIECIOCHO: Prevalencia de normalidad del estado nutricional en menores de 2 años en población bajo control.

Este indicador va en línea con lo planteado por la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030 que tiene como uno de sus objetivos de impacto aumentar la prevalencia de niños y niñas que logran su desarrollo integral. La condición nutricional es parte importante en el logro de esta meta, no solo porque una alimentación suficiente es necesaria para un crecimiento óptimo, sino que, las problemáticas asociadas a una malnutrición pueden generar secuelas que se arrastran a lo largo de la vida, impidiendo lograr la máxima potencialidad del desarrollo. Por esto, se propone aumentar la proporción de menores de 2 años con Diagnóstico Nutricional Normal (o Estado Nutricional Normal), en tanto, en este grupo de edad existe, derivado de una mayor cobertura en las prestaciones de APS, una mayor probabilidad de impactar con acciones preventivo-promocionales en las familias cuyos niños y niñas son controlados regularmente.

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Prevalencia de normalidad en menores de 2 años en población bajo control.
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas menores de 2 años con estado nutricional normal}}{\text{N}^\circ \text{ de niñas y niños menores de 2 bajo control}} \right) \times 100$
META NACIONAL
65%
MEDIO DE VERIFICACIÓN
Numerador: <ul style="list-style-type: none"> - REM P2 <ul style="list-style-type: none"> o Sección A Denominador: <ul style="list-style-type: none"> - REM P2 <ul style="list-style-type: none"> o Sección A
CORTES EN QUE SE EVALÚA
<ul style="list-style-type: none"> - Primer corte: No se evalúa - Segundo corte: Si se evalúa - Tercer corte: No se evalúa - Cuarto corte: Si se evalúa
OBSERVACIONES
<p>Se espera un incremento gradual del porcentaje de niñas y niños menores de 2 años con estado nutricional normal.</p> <p>Es importante replicar estrategias y buenas prácticas que se han implementado en comunas permitiendo impactar favorablemente en este Indicador, además de considerar lo establecido en planes nacionales como el Plan de Acción de la Política Nacional de la niñez y adolescencia 2024-</p>

2032 y la Estrategia para detener la aceleración del sobrepeso y obesidad en la niñez y adolescencia 2023-2030.

REFERENTE TÉCNICO

Macarena Riquelme Rivera (macarena.riquelme@minsal.cl)

Javiera Bianchi Azocar (javiera.bianchi@minsal.cl)

BORRADOR



META NÚMERO DIECINUEVE: Tasa de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la Atención Primaria.

Las **condiciones sensibles a la APS** (CSAPS) corresponden a problemas de salud cuya **hospitalización puede evitarse o reducirse** si existe una atención primaria **oportuna y eficaz**, ya sea porque permite **prevenir** la aparición de la condición, **resolver** adecuadamente episodios agudos o **controlar** condiciones crónicas. En este sentido, su análisis se utiliza como un indicador indirecto del desempeño de la atención ambulatoria —en particular de la APS— en dimensiones como accesibilidad, capacidad resolutive, coordinación y calidad¹⁷.

Por su parte, la **tasa de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la APS** se define a partir de los **egresos hospitalarios** cuya causa corresponde a una CSAPS, es decir, hospitalizaciones **potencialmente evitables** mediante un funcionamiento adecuado de las funciones ejercidas por la APS dentro de la Red Asistencial. Operativamente, esta tasa se calcula como el **número de egresos hospitalarios clasificados como evitables (por CSAPS)** dividido por la población inscrita validada de la comuna, multiplicado por un **factor de 10.000**.

Caracterización del indicador:

INDICADOR
Tasa de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la Atención Primaria
FÓRMULA DE CÁLCULO
$\left(\frac{\text{N}^\circ \text{ comunal de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la Atención Primaria}}{\text{Total de población inscrita validada comunal}} \right) \times 10.000$
META NACIONAL
Línea Base
MEDIO DE VERIFICACIÓN
Numerador: Base de datos egresos hospitalarios DEIS Base de datos GRD, DIGERA Denominador: Población inscrita validada
CORTES EN QUE SE EVALÚA
<ul style="list-style-type: none">- Primer corte: No se evalúa- Segundo corte: No se evalúa- Tercer corte: Si se evalúa- Cuarto corte: Si se evalúa

¹⁷ Mora Figueroa, N. (2024). Hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio en el servicio de salud de Osorno 2015-2019. Disponible en <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/201475>

OBSERVACIONES

Durante el año **2026**, el **Ministerio de Salud** desarrollará un análisis para **definir y validar progresivamente** los diagnósticos que podrán ser utilizados como **condiciones sensibles a la APS**. Para ello, se integrará y analizará la **base de egresos hospitalarios** del **Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS)** y la **base GRD**, con el objetivo de construir para cada comuna una **línea de base** y entregar **retroalimentación sistemática** respecto de su desempeño en este tipo de hospitalizaciones. La información será **procesada en el nivel central** y luego **enviada a las comunas**, manteniendo una **apertura a la retroalimentación local** para ajustar la implementación y refinar durante el año la metodología de validación de diagnósticos, de modo de avanzar gradualmente hacia un **sistema de monitoreo** que, en etapas posteriores, pueda incorporarse de manera estable entre los indicadores que dan cuenta del resultado del **IAAPS**.

REFERENTE TÉCNICO

Marcela Rivera Medina (marcela.rivera@minsal.cl)

Maria de los Angeles Bravo Beristain (mariadelosangeles.bravo@minsal.cl)



PROCEDIMIENTO PARA FIJACIÓN DE METAS 2026

ETAPAS DEL PROCESO DE FIJACIÓN

El proceso de fijación de las metas 2026, se compone de las siguientes etapas:

- Formulación
- Visado
- Fijación Oficial

Los actores involucrados, responsables, productos y plazos de cada una de estas etapas se detallan a continuación:

ETAPA DE FORMULACIÓN

Responsable:

- Servicio de Salud

Actores involucrados

- Servicio de Salud y
- Entidades administradoras de salud municipal

Productos

- Solicitud de visado.
- Planilla oficial "Propuesta de metas IAAPS 2026" completada de acuerdo con instructivo respectivo¹⁸.

Plazos

La solicitud de visado deberá ser remitida a DIVAP por vía formal y regular a más tardar el **martes 31 de marzo de 2026**, y dentro de los mismos plazos, se debe enviar la planilla oficial "*Propuesta de metas IAAPS 2026*" por correo electrónico a los referentes IAAPS de la División de Atención Primaria, **Carmen Gloria Oteiza** (cgoateiza@minsal.cl) y **Nicolás Ramírez** (nicolas.ramirez@minsal.cl).

Consideraciones

El Servicio de Salud, en tanto responsable de dictar la correspondiente resolución para la fijación de las metas de las comunas de su competencia, puede determinar las acciones que estime pertinentes para asegurar la participación de todos los actores involucrados en el proceso, procurando levantar los antecedentes suficientes que justifiquen los guarismos propuestos en la etapa de formulación.

¹⁸ La planilla oficial "Propuesta de metas IAAPS 2025", y su instructivo de llenado estará disponible a más tardar el **viernes 6 de marzo de 2026**.

Con excepción de los campos en que explícitamente se indique lo contrario, en la planilla oficial todos, tanto las metas propuestas como los valores utilizados para determinar el cumplimiento de los criterios de fijación, deben considerar **redondeo con una precisión de un decimal**.

Los criterios generales de fijación son los que se encuentran señalados en el decreto per cápita para 2026, es decir, la meta fijada a cada comuna:

- I. No podrá ser inferior numérica ni porcentualmente a la lograda el año anterior para el indicador en dicha comuna.
- II. Si el resultado del indicador de la comuna el año anterior fue inferior a la meta nacional fijada para el año 2025, la meta se incrementará, de acuerdo con los criterios establecidos por el Ministerio de Salud.
- III. Si el resultado del indicador el año anterior es superior a la meta nacional fijada para el año 2025, se deberá justificar en caso de no mantener o incrementar dicha meta, de acuerdo con los lineamientos técnicos emanados desde el nivel central.

La meta número dos (Continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos) y la meta número diez (Cumplimiento de garantías explícitas en salud, cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria) obligatoriamente deben fijarse en un 100%.

Con relación al **criterio general II**, para todo indicador en donde no se señale otro criterio específico, si el **resultado observado** del indicador de la comuna el año anterior fue inferior a la meta comunal fijada para el año 2025, la meta propuesta se incrementará a lo menos en la mitad de la diferencia o brecha existente entre el resultado observado el 2025 y a la meta nacional establecida para el año 2026.

La **solicitud de visado** de metas se debe efectuar a través de un ordinario dirigido a la jefatura de **División de la División de Atención Primaria** y debe contener, como mínimo, para cada comuna de su competencia, el listado de todos los indicadores IAAPS 2026 que incluya: la meta fijada para el año 2025, el valor observado de dicho indicador a diciembre de 2025, y el valor de la meta propuesta para el año 2026. Todos los valores deben estar **redondeados y con un decimal de precisión**. En el caso de que alguna de las metas propuestas no cumpla con la totalidad de criterios establecidos en la presente orientación técnica, se debe incluir, además, los argumentos y respaldos necesarios que justifiquen dicha propuesta.

Ejemplo de cuadro resumen de metas:

Meta N°	INDICADOR	META 2025	OBSERVADO 2025	PROPUESTA 2026
N°1	Porcentaje de centros de salud autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente			
N°2.1	Porcentaje de establecimientos con funcionamiento desde las 8:00, hasta las 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas	100,00%	No aplica	100,00%

Meta N°	INDICADOR	META 2025	OBSERVADO 2025	PROPUESTA 2026
N°2.2	Porcentaje de fármacos trazadores disponibles	100,00%	No aplica	100,00%
N°3	Tasa de consultas médicas de morbilidad, por habitante año			
N°4	Porcentaje de derivación al nivel secundario			
N°5	Tasa de Visita Domiciliaria Integral			
N°6.1.A	Cobertura de EMP en mujeres 20 a 64 años			
N°6.1.B	Cobertura de EMP en hombres 20 a 64 años			
N°6.2	Cobertura de EMPAM en hombres y mujeres de 65 y más años			
N°7	Cobertura de Evaluación del desarrollo Psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control			
N°8	Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 19 años			
N°9.1	Cobertura de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales			
N°9.2	Tasa de controles de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales.			
N°9.3	Personas bajo control egresadas por alta clínica de 0 y más años			
N°10	Cumplimiento GES cuyas acciones son de ejecución en APS	100,00%	No aplica	100,00%



Meta N°	INDICADOR	META 2025	OBSERVADO 2025	PROPUESTA 2026
N°11	Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo definida			
N°12	Ingreso precoz de mujeres a control de embarazo			
N°13	Cobertura de adolescentes de 15 a 19 años inscritos bajo control por método de regulación de la fertilidad			
N°14	Cobertura de Diabetes Mellitus 2, en personas de 15 años y más			
N°15	Cobertura de Hipertensión Arterial en personas de 15 y más años			
N°16	Utilización de servicios de salud			
N°17	Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita			
N°18	Prevalencia de normalidad en menores de 2 años en población bajo control			
N°19	Tasa de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la Atención Primaria			

ETAPA DE VISADO

Responsable:

- División de Atención Primaria.

Actores involucrados

- División de Atención Primaria y
- Servicios de Salud

Productos

- Informe de visado



Plazos

A más tardar **el miércoles 15 de abril de 2025**, la División de Atención Primaria enviará a los Servicios de Salud el Informe de visado de las solicitudes correctamente presentadas.

Consideraciones

- Para la confección del Informe de Visado se utilizará solamente la información contenida en la planilla oficial **“Propuesta de metas IAAPS 2026”** recibida oportunamente de acuerdo con lo indicado en la etapa de Formulación.
- Los referentes DIVAP de cada indicador del IAAPS 2026, podrán ponerse en contacto con los referentes del Servicio de Salud de dichos indicadores de acuerdo con el listado de referentes que en la planilla oficial **“Propuesta de metas IAAPS 2026”** estén registrados.
- Los referentes DIVAP de cada indicador podrán solicitar aclaraciones o nuevos antecedentes en aquellas propuestas en que deban visar y que no cumplan con la totalidad de criterios de fijación establecidos en la presente orientación técnica.
- Con la información proporcionada en la solicitud de visado, más cualquier otro antecedente requerido en el proceso de visado, los referentes DIVAP deberán sancionar, para cada meta propuesta, si esta se encuentra **“aprobada sin observaciones”**, **“aprobada con observaciones”** y **“rechazada”**
- El informe de visado contendrá, para cada comuna, el listado de metas propuestas recibidas en la solicitud de visado, el estado de visado de la misma, y las observaciones que hayan realizado los referentes DIVAP de cada indicador.
- En el caso de que una meta sea aprobada con observaciones, en el informe de visado se indicarán cuáles son dichas observaciones.
- En el caso de que una meta sea **rechazada**, en el informe de visado se indicarán los argumentos que lo justifican más el guarismo mínimo que se debe considerar para que dicha meta se encuentre visada.

ETAPA DE FIJACIÓN OFICIAL

Responsable:

- Servicio de Salud

Actores involucrados

- Servicio de Salud

Productos

- Resolución de fijación de metas IAAPS 2026.

Plazos

El Servicio de Salud respectivo dictará la correspondiente resolución para la fijación de las metas de las comunas de su competencia, a más tardar **el jueves 30 de abril de 2026**.

Consideraciones

- La resolución de fijación debe contener dentro de sus antecedentes el informe de visado correspondiente.
- La resolución de fijación debe contener un listado de todas las metas fijadas del IAAPS 2006, para cada comuna, cuyos valores deben estar expresados con una precisión de un decimal.
- Toda meta que en el informe de visado este sancionada como “**Aprobada sin observaciones**” debe ser incluida en la resolución con los mismos valores señalados en la Propuesta de metas IAAPS 2026.
- Toda meta que en el informe de visado este sancionada como “**Aprobada con observaciones**” debe ser incluida en la resolución con los mismos valores señalados en la Propuesta de metas IAAPS 2026, además de la respuesta u correcciones pertinentes a lo observado por los referentes DIVAP.
- Toda meta que en el informe de visado este sancionada como “**Rechazada**” debe ser incluida en la resolución con el valor indicado en dicho informe u otro que este dentro de los rangos especificados en las observaciones formuladas por el referente DIVAP.
- Una copia digital de la resolución de fijación, completamente tramitada, debe ser enviada a los referentes IAAPS de DIVAP, **Carmen Gloria Oteiza** (cgoteiza@minsal.cl) y **Nicolás Ramírez** (nicolas.ramirez@minsal.cl) para que esta información sea incorporada en la planilla de evaluación oficial que se utilizará en el transcurso del 2026.

PROCEDIMIENTO PARA EVALUACIÓN DEL IAAPS

MEDIOS DE VERIFICACIÓN DE LA EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO

Los medios de verificación señalados en la descripción de indicadores y metas desarrollados en esta Orientación Técnica 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 oficial de Población Inscrita Validada FONASA.
- SIGGES, sistema de información gestión GES.
- Plataforma web o reporte del Servicio de Salud en el formato definido por el nivel central, según corresponda.
- Informes de Visitas a Terreno, para evaluar Indicador “Continuidad de la atención”, en la realización de horario de funcionamiento hasta las 20:00 horas de lunes a viernes y sábados 4 horas con atención médica, odontológica, y farmacia operativa.
- El Servicio de Salud deberá visitar, al menos una vez al año, a cada centro de salud de su área de jurisdicción. Todas las comunas deberán recibir al menos una visita de supervisión por período de corte evaluativo.

PROCEDIMIENTO PARA VALORAR CUMPLIMIENTO DE METAS POR CORTE.

CUMPLIMIENTO TOTAL

Corresponde a los indicadores que deben ser cumplidos en su total cuantía en cada corte que sea evaluado. Estos indicadores son el **N°2.1, N°2.2, N°4, N°10, N°12, N°13, N°14, N°15 y N°18**

CUMPLIMIENTO PROGRESIVO

Las metas de cumplimiento progresivo corresponden a los Indicadores **N°1, N°3, N°5, N°6.1.A, N°6.1.B, N°6.2, N°7, N°8, N°9.1, N°9.2, N°9.3, N°11, N°16, N°17 y N°19**; para éstas se espera que en cada corte se logren los siguientes porcentajes:

Corte a mayo	30 % de cumplimiento
Corte a julio	50 % de cumplimiento
Corte a septiembre	70 % de cumplimiento
Corte a diciembre	100 % de cumplimiento

EXCEPCIONES EN EVALUACIÓN DE METAS

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

- Indicador N°11 se evalúa en el segundo y tercer corte, atendiendo el periodo en que se desarrolla la campaña de vacunación anti-influenza.
- Indicadores N°13, N°14, N°15 y N°17, sus cumplimientos se evaluarán en el segundo y cuarto corte, teniendo en consideración que las fuentes de información con que se confeccionan estos indicadores corresponden a los censos semestrales registrados en el Rem serie P.

REPONDERACIÓN DE IMPORTANCIA RELATIVA

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

Esto se efectúa mediante la siguiente fórmula:

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

Donde,

NIR_n corresponde a la nueva importancia relativa del indicador n

IRB_n corresponde a la importancia relativa base del indicador n

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

Ejemplo:

En el siguiente ejemplo se muestran 10 metas¹⁹ con su respectiva importancia relativa. Bajo el supuesto que la Meta N°4 no se evaluará, ésta se fija en cero, para luego calcular las nuevas importancias relativas (ver cuadro). Aplicando la formula mencionada anteriormente para determinar la nueva ponderación de la Meta N°1, obtenemos lo siguiente:

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

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

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

¹⁹ Se utilizan 10 metas solo con fines ilustrativos, en el cálculo de reponderación, se debe considerar todas las metas del IAAPS 2026.

META	IMPORTANCIA RELATIVA	META NO EVALUADA	NUEVA IMPORTANCIA RELATIVA
1	5,13%	5,13%	5,73%
2	8,80%	8,80%	9,83%
3	6,10%	6,10%	6,82%
4	10,50%	0,00%	0,00%
5	12,00%	12,00%	13,41%
6	14,00%	14,00%	15,64%
7	6,00%	6,00%	6,70%
8	15,00%	15,00%	16,76%
9	12,00%	12,00%	13,41%
10	10,47%	10,47%	11,70%
Total	100,00%	89,50%	100,00%

INDICADORES CON NUMERADOR Y DENOMINADOR CERO EN UN CORTE DETERMINADO

Aquel indicador que presente numerador y denominador iguales a 0 (cero), aun cuando le corresponda ser evaluado en el corte en que se presente dicha situación, será considerado como cumplido, y por tanto, se le asignará la importancia relativa que le corresponda en el corte respectivo, pues no es atribuible a gestión del establecimiento, por ejemplo, indicador N°12 “Ingreso precoz a control de embarazo”, cuando no hay ingresos prenatales durante un corte determinado, el denominador es igual a cero, y por defecto, el numerador también es 0.

PROCEDIMIENTO DE CÁLCULO DE PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE IAAPS.

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

Para efectos de cumplimiento de las metas comprometidas, se considerarán las acciones efectuadas entre enero 2026 y el mes de corte:

- Primer Corte (enero a mayo): Acciones realizadas de enero a mayo, con excepciones para indicadores con fuente REM P.
- Segundo Corte (enero a julio): Acciones realizadas de enero a julio.
- Tercer Corte (enero a septiembre): Acciones realizadas de enero a septiembre con excepciones para indicadores con fuente REM P.
- Cuarto Corte (enero a diciembre): Acciones realizadas de enero a diciembre.

La evaluación a diciembre, en congruencia con el calendario de año presupuestario, no aplica efecto en la rebaja de recursos del Aporte Estatal del año 2026, pero sí cobra relevancia para el cierre evaluativo anual.

El resultado para cada indicador se determina calculando el porcentaje de cumplimiento respecto de su meta, este resultado se multiplica por la importancia relativa del indicador²⁰. (En caso de que el porcentaje de cumplimiento exceda la meta, el valor de la importancia relativa se multiplica por 1, lo que equivale a cumplimiento 100% para los efectos de este cálculo). El cálculo asegura que una meta que excede el 100% no compense una meta incumplida.

En Actividad con Garantías Explícitas en Salud, cuya meta (de un 100%) debe ser cumplida en cada corte, el resultado final de porcentaje de cumplimiento se obtiene directamente de acuerdo con el porcentaje de cumplimiento GES

Finalmente, se suman resultados de todos los indicadores, obteniendo un resultado final, porcentaje que corresponde al cumplimiento del conjunto de indicadores, lo que debe quedar consignado en la planilla de evaluación oficial del IAAPS 2026, la cual debe ser remitida a DIVAP en las siguientes fechas:

- **Primer Corte** : miércoles 8 de julio de 2026
- **Segundo Corte**: miércoles 9 de septiembre de 2026
- **Tercer Corte** : miércoles 11 de noviembre de 2026

²⁰ Ver sección "Indicadores del Índice de Actividad de la Atención Primaria"

- **Cuarto Corte** : miércoles 10 de febrero de 2027

La planilla de evaluación del IAAPS 2026, así como el detalle de fórmulas e instrucciones de como esta debe ser completada será enviado a los Servicios de Salud a más tardar el **jueves 30 de abril de 2026**.

BORRADOR



PROCEDIMIENTO PARA CÁLCULO DE REBAJA PRODUCTO DE EVALUACIÓN DEL IAAPS

La División de Atención Primaria calculará la rebaja, para cada comuna, de acuerdo con el porcentaje de cumplimiento del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud – IAAPS informado por los Servicios de Salud, conforme a las siguientes tablas:

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

Tramos	Porcentaje de cumplimiento	Rebaja
Tramo 1	≥ 90	0,0%
Tramo 2	$\geq 80 ; < 90$	4,0%
Tramo 3	$\geq 70 ; < 80$	8,0%
Tramo 4	< 70	12,0%

Rebaja según porcentaje de cumplimiento para Garantías Explícitas en Salud.

Tramos	Porcentaje de cumplimiento	Rebaja
Tramo 1	$= 100$	0,0%
Tramo 2	$\geq 95 ; < 100$	2,0%
Tramo 3	$\geq 90 ; < 95$	4,0%
Tramo 4	< 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 Gestor de Redes deberá notificar a cada alcalde su rebaja, los motivos de ésta, además de las correcciones que se espera implementar.

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.

La rebaja total al aporte estatal mensual de la respectiva entidad administradora de salud municipal se aplicará dentro del tercer mes siguiente al término del período respectivo,

ANEXO 1.

GARANTÍAS OPORTUNIDAD GES INCLUIDAS EN INDICADOR 10

N°	Problema de salud	Garantía oportunidad APS	Meta
07	Diabetes Mellitus tipo 2.	Confirmación diagnóstica dentro de 30 días, desde la primera consulta con glicemia elevada. Inicio de tratamiento dentro de 24 horas, desde la confirmación diagnóstica.	100%
19	Infección respiratoria aguda (IRA) de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años	Tratamiento farmacológico dentro de 24 horas, desde el diagnóstico. Tratamiento kinesiológico dentro de 24 horas, desde la indicación médica.	100%
20	Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más	Confirmación Diagnóstica dentro de 48 horas, desde la sospecha. Tratamiento farmacológico inmediato, desde la sospecha.	100%
21	Hipertensión arterial primaria o esencial.	Confirmación diagnóstica dentro de 45 días, desde la sospecha. Inicio de tratamiento dentro de 24 horas, desde la confirmación diagnóstica.	100%
22	Epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde 1 año y menores de 15 años	Inicio de tratamiento dentro de 7 días, desde la confirmación diagnóstica.	100%
23	Salud oral integral a niños y niñas de 6 años	Inicio de tratamiento dentro de 90 días desde solicitud de atención de la persona beneficiaria o su representante.	100%
29	Vicios de Refracción en personas de 65 años y más	Tratamiento para presbicia (entrega de lentes) dentro de 30 días desde la solicitud.	100%
34	Depresión en personas de 15 años y más	Inicio de tratamiento inmediato desde la confirmación diagnóstica.	100%
38	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio	Confirmación diagnóstica dentro de 30 días, desde la sospecha. Inicio de tratamiento desde la confirmación diagnóstica, según indicación médica.	100%
39	Asma bronquial moderada y grave en personas menores de 15 años	Confirmación diagnóstica dentro de 20 días, desde la sospecha. Inicio de tratamiento desde la confirmación diagnóstica, según indicación médica.	100%
41	Artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada en personas de 55 años y más	Inicio de tratamiento médico dentro de 24 horas, desde la confirmación diagnóstica.	100%

N°	Problema de salud	Garantía oportunidad APS	Meta
46	Urgencia Odontológica Ambulatoria	Confirmación diagnóstica dentro de 24 horas desde la sospecha. Inicio de tratamiento inmediato desde la confirmación diagnóstica.	100%
61	Asma bronquial en personas de 15 y más años	Confirmación diagnóstica dentro de 20 días, desde la sospecha. Inicio de tratamiento desde la confirmación diagnóstica, según indicación médica.	100%
66	Salud oral integral de la persona gestante	Inicio de tratamiento dentro de 21 días, desde la solicitud de atención. Alta integral hasta 15 meses desde la primera atención.	100%
76	Hipotiroidismo en personas de 15 años y más	Inicio de tratamiento dentro de 7 días, desde la confirmación diagnóstica.	100%
80	Erradicación del <i>Helicobacter Pílori</i> .	Inicio de tratamiento dentro de 7 días, desde la confirmación diagnóstica.	100%
85	Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	Confirmación diagnóstica dentro de 60 días, desde la sospecha. Inicio de tratamiento dentro de 60 días, desde la confirmación diagnóstica.	100%



ANEXO 2

FORMULARIO DE VISITA DE SUPERVISIÓN CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

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

BORRADOR



NOMBRE SERVICIO DE SALUD: _____
 NOMBRE COMUNA: _____
 NOMBRE ESTABLECIMIENTO: _____
 NOMBRE DIRECTOR / RA: _____
 FECHA VISITA _____ Hora VISITA _____ HORA APERTURA: _____

CONTINUIDAD DE ATENCION (extensión o apertura)

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

*Obligatorios.

RECURSOS HUMANOS EN CONTINUIDAD DE ATENCIÓN (extensión o apertura)

(MARQUE SI O NO)

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

*Obligatorios

EL CENTRO ESTÁ EN FUNCIONAMIENTO (extensión o apertura)²¹
(MARQUE SI/NO)

SI	NO

RESPONSABLE DE ENTREGAR INFORMACIÓN:

Nombre	Firma

PROFESIONAL DEL SERVICIO DE SALUD QUE REALIZA VISITA DE SUPERVISIÓN:

Nombre	Firma

²¹ Se entenderá por "funcionamiento" aquellos centros que al momento de la visita otorgan al menos el 90% de las prestaciones programadas

NOMBRE SERVICIO DE SALUD:

NOMBRE COMUNA:

NOMBRE ESTABLECIMIENTO:

NOMBRE DIRECTOR / RA:

FECHA VISITA

HORA VISITA

EVALUACION DE FARMACOS TRAZADORES²²

Problema de Salud	Fármacos	Unidad	Consumo Promedio Mensual	Disponibilidad esperada (20% del CPM)**	Disponible***	
					SI	NO
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	LOSARTAN*	COMPRIMIDO 50 MG				
	AMLODIPINO*	COMPRIMIDOS 5 MG				
	AMLODIPINO*	COMPRIMIDOS 10 MG				
DIABETES MELLITUS TIPO 2	METFORMINA*	COMPRIMIDO 1.000 MG XR				
	VILDAGLIPTINA	COMPRIMIDO 50 MG				
DEPRESIÓN	CLONAZEPAM*	COMPRIMIDO 2 MG				
	VENLAFAXINA*	COMPRIMIDOS 75 MG O 75 MG XR				
DISLIPIDEMIA	ATORVASTATINA*	COMPRIMIDO 20 MG				
EPILEPSIA	DIVALPROATO ACIDO DE SODIO	COMPRIMIDO 500 MG XR				
	CARBAMAZEPINA	COMPRIMIDO 400 MG XR				
	FENOBARBITAL*	COMPRIMIDO 100 MG				
	FLUTICASONA	INHALADOR 125 MCG/DOSIS				

²² Se deberá dejar copia en el establecimiento firmada por ambas partes involucradas en la visita

X

ENFERMEDAD RESPIRATORIA EPOC, ASMA, SBR	PREDNISONA	JARABE 20 MG/5ML				
	PREDNISONA*	COMPRIMIDO 20 MG				
	AZITROMICINA*	COMPRIMIDO 500 MG				
	DES Loratadina	COMPRIMIDO 5 MG				
PARKINSON	LEVODOPA/ CARBIDOPA	COMPRIMIDOS 250 MG/25MG				
	QUETIAPINA	COMPRIMIDO 25 MG				
HIPOTIROIDISMO	LEVOTIROXINA	COMPRIMIDO 50 MCG				
ARTROSIS Y HELICOBACTER PYLORI	OMEPRAZOL*	COMPRIMIDO 20 MG				
OTROS	METILFENIDATO*	COMPRIMIDO 10 MG				
	LEVONORGESTREL	COMPRIMIDO 0,75 O 1,5 MG				

* Fármacos Trazadores

** CPM: Consumo Promedio Mensual, entendiéndose para tal efecto como el consumo promedio de los 3 meses anteriores al mes en que se realiza la visita.

*** Se debe verificar la disponibilidad de todos los fármacos de listado.

EL CENTRO CUENTA CON 100% DE DISPONIBILIDAD DE FÁRMACOS TRAZADORES²³
(MARQUE SI/NO)

SI	NO

ATENCIÓN PERMANENTE DE BOTIQUÍN/FARMACIA DURANTE EL HORARIO DE FUNCIONAMIENTO DEL ESTABLECIMIENTO

HORARIO DE ATENCIÓN DE BOTIQUÍN/FARMACIA

DESDE		HASTA	
--------------	--	--------------	--

²³ Se entenderá por "fármaco trazador disponible", cuando se mantenga en bodega o unidad de farmacia del centro de salud el 20% 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.

BOTIQUÍN/FARMACIA ESTABA FUNCIONANDO

SI	NO

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

SI	NO

RESPONSABLE DE ENTREGAR INFORMACIÓN:

RESPONSABLE DE ENTREGAR INFORMACIÓN:	
Nombre	Firma

PROFESIONAL DEL SERVICIO DE SALUD QUE REALIZA VISITA DE SUPERVISIÓN:

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

FÁRMACOS TRAZADORES CONSIDERADOS PARA EVALUAR CUMPLIMIENTO DEL COMPONENTE.

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

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

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

ANEXO 3.

RESUMEN INDICADORES

Número indicador	Indicador	Referente(s) DIVAP	Tipo Evaluación	Evalúa en corte N°1	Evalúa en corte N°2	Evalúa en corte N°3	Evalúa en corte N°4
1	Porcentaje de centros de salud autoevaluados mediante instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) vigente	Irma Vargas y Ana María Hevia	Progresiva	NO	NO	SI	SI
2	Continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos	Ricardo Molina y César Morales	Total	SI	SI	SI	SI
			Total	SI	SI	SI	SI
3	Tasa de consultas médicas de por habitante año	Carolina Lara y Patricia Vega	Progresiva	SI	SI	SI	SI
4	Porcentaje de derivación al nivel secundario	Carolina Lara y Patricia Vega	Total	SI	SI	SI	SI
5	Tasa de visita domiciliaria integral	Ricardo Molina y Macarena Riquelme	Progresiva	SI	SI	SI	SI
6	Cobertura de Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más Examen de Medicina Preventiva (EMP)	Ricardo Molina y Marcela Rivera	Progresiva	SI	SI	SI	SI
7	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control	Macarena Riquelme y Veronica Veliz	Progresiva	SI	SI	SI	SI
8	Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 19 años	Pamela Meneses y Juan Herrera	Progresiva	SI	SI	SI	SI
9	Cobertura y tasa de controles de atención integral a personas con trastornos mentales, factores de riesgo y condicionantes de la salud mental	Milena Pereira y Alvaro Campos	Progresiva	SI	SI	SI	SI



10	Cumplimiento de garantías explícitas en salud, cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria	Iris Cerda, Marcela Rivera y Norman Romo	Total	SI	SI	SI	SI
11	Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo-validada definida para el año en curso	Nathalie Silva y Marcela Rodriguez	Progresiva	NO	SI	SI	NO
12	Ingreso precoz a control de embarazo	Juan Herrera y María Luisa Mardones	Total	SI	SI	SI	SI
13	Cobertura de adolescentes de 15 a 19 años inscritos bajo control por método de regulación de la fertilidad	Pamela Meneses y María Luisa Mardones	Total	NO	SI	NO	SI
14	Cobertura de Diabetes Mellitus 2, en personas de 15 años y más	Marcela Rivera y Javiera Bianchi	Total	NO	SI	NO	SI
15	Cobertura de Hipertensión Arterial en personas de 15 años y más	Marcela Rivera y Javiera Bianchi	Total	NO	SI	NO	SI
16	Utilización de servicios de salud	Ricardo Molina y Nicolás Ramírez	Progresiva	NO	NO	SI	SI
17	Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita	Norman Romo y Macarena Riquelme	Progresiva	SI	SI	SI	SI
18	Prevalencia normalidad del estado nutricional en menores de 2 años en población bajo control	Macarena Riquelme y Javiera Bianchi	Total	NO	SI	NO	SI
19	Tasa de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la Atención Primaria	Marcela Rivera y Maria de los Angeles Bravo	Progresiva	NO	NO	SI	SI



ANEXO 4

MEDIOS DE VERIFICACIÓN

Los siguientes medios de verificación fueron confeccionados en base a las versiones del REM^{24 25}

- SA_26_V1.0.xlsm
- SP_26_V1.0.xlsm
- DICCIONARIO CODIGOS SA_26_V1.0.xlsm
- DICCIONARIO CODIGOS SP_26_V1.0.xlsm

Para cada uno de los cuadros donde se detallan las rutas REM de cada indicador se debe tener presente que la fila que indica “Celdas” se refiere a la versión del REM que es utilizada por los establecimientos de salud para ingresar su información (archivos *SA_26_V1.0.xlsm* y *SP_26_V1.0.xlsm*).

Por su parte, las filas “Código de Prestación” y “Columnas” hacen referencia a la versión diccionario del REM, utilizada principalmente por los equipos estadísticos de los servicios de salud y DEIS para extraer la información desde las bases de datos (archivos *DICCIONARIO CODIGOS SA_26_V1.0.xlsm* y *DICCIONARIO CODIGOS SP_26_V1.0.xlsm*)

²⁴ Disponible en enlace siguiente: <https://www.dropbox.com/t/zf5rojYIW0qBe74>

²⁵ De existir una actualización en alguna de las series Rem, que afecte alguno de los indicadores del IAAPS, se informará de los cambios pertinentes en una nueva versión de estas Orientaciones Técnicas



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

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



META NÚMERO DOS: Continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos

Indicador 2.1: Brindar acceso a la atención de salud desde las 8:00, hasta las 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 13:00 horas

NUMERADOR
Formulario de visita de supervisión continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos
DENOMINADOR
Formulario de visita de supervisión continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos

Indicador 2.2: Disponibilidad de fármacos trazadores

NUMERADOR
Formulario de visita de supervisión continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos
DENOMINADOR
Formulario de visita de supervisión continuidad de la atención y disponibilidad de fármacos



META NÚMERO TRES: Tasa de consultas médicas de morbilidad por habitante año

NUMERADOR	
REM A04. CONSULTAS Y OTRAS ATENCIONES EN LA RED	
Sección	A: CONSULTAS MÉDICAS
Celdas	B12
Código Prestación	03020101, 03020201, 03020301, 03020402, 03020403, 03020401, 03040210, 03040220, 04040100, 04025010, 04025020, 04025025, 04040427, 03020501
Columnas	COL01
(más)	
REM A07. SECCIÓN A: ATENCIONES MÉDICAS DE ESPECIALIDAD	
Sección	A.1: ATRIBUTOS DE LAS ATENCIONES DE ESPECIALIDAD
Celdas	Z121+ AA121
Código Prestación	09600396
Columnas	COL25, COL26
(más)	
REM A08. ATENCIÓN DE URGENCIA	
Sección	A.4: ATENCIONES DE URGENCIA REALIZADAS EN ESTABLECIMIENTOS ATENCIÓN PRIMARIA NO SAPU
Celdas	B41
Código Prestación	08220001
Columnas	COL01
(más)	
REM A23. SALAS: IRA, ERA Y MIXTAS EN APS	
Sección	D: CONSULTAS DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN SALAS IRA, ERA Y MIXTA
Celdas	B58
Código Prestación	23080200
Columnas	COL01



(más)	
REM A32. ACTIVIDADES DE SALUD PRIORIZADAS, CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA	
Sección	C: CONSULTA MÉDICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD POR LLAMADA TELEFÓNICA O VIDEOLLAMADAS
Celdas	B28+ B29
Código Prestación	32100160, 32111003
Columnas	COL01

DENOMINADOR
Población Inscrita Validada FONASA

BORRADOR



META NÚMERO CUATRO: Porcentaje de derivación al nivel secundario

NUMERADOR	
REM A07. ATENCIÓN DE ESPECIALIDADES	
Sección	A.1: ATRIBUTOS DE LAS ATENCIONES DE ESPECIALIDAD
Celdas	AE126+AF126
Código Prestación	09600342, 09600343, 09600344, 09600345, 09600346, 07032119, 07032120, 09600349, 09600350, 09600351, 09600352, 09600353, 07032121, 07032122, 09600356, 09600357, 07032123, 07032124, 07032125, 07032126, 09600362, 07032127, 09600365, 09600366, 07032128, 07032129, 09600369, 09600370, 09600371, 09600372, 09600373, 09600374, 07032130, 09600376, 09600377, 07032131, 07032132, 09600380, 09600381, 09600382, 09600383, 09600384, 09600385, 07032133, 07032134, 07032135, 09600389, 09600390, 07032136, 07032137, 09600396, 09600398, 09600399, 09600400, 09600401
Columnas	COL30, COL31
DENOMINADOR	
REM A01. CONTROLES DE SALUD	
Sección	A: CONTROLES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
Celdas	C11+ C13+ C15+ C17+ C19+ C21+ C23+ C25+C27+ C29+ C31
Código Prestación	01010101, 01010201, 01501050, 01501070, 01110106, 01080030, 01501090, 01502010, 01010601, 01010901, 01010401
Columnas	COL01
Sección	B: CONTROLES DE SALUD SEGÚN CICLO VITAL
Celdas	C36
Código Prestación	02010101
Columnas	COL01
Sección	C: CONTROLES SEGÚN PROBLEMA DE SALUD
Celdas	C44+ C48+ C51+ C54+ C57+ C63
Código Prestación	03010501, 01030100A, 01030300C, 01200010, 03030140, 01200031
Columnas	COL01

(más)	
REM A04. CONSULTAS Y OTRAS ATENCIONES EN LA RED	
Sección	A: CONSULTAS MÉDICAS
Celdas	B12
Código Prestación	03020101, 03020201, 03020301, 03020402, 03020403, 03020401, 03040210, 03040220, 04040100, 04025010, 04025020, 04025025, 04040427, 03020501,
Columnas	COL01
(más)	
REM A06. PROGRAMA DE SALUD MENTAL ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDADES	
Sección	A.1: CONTROLES DE ATENCIÓN PRIMARIA / ESPECIALIDADES
Celdas	C12
Código Prestación	06020201
Columnas	COL01
(más)	
REM A07. SECCIÓN A: ATENCIONES MÉDICAS DE ESPECIALIDAD	
Sección	A.1: ATRIBUTOS DE LAS ATENCIONES DE ESPECIALIDAD
Celdas	Z121+ AA121
Código Prestación	09600396
Columnas	COL25, COL26
(más)	
REM A08. ATENCIÓN DE URGENCIA	
Sección	A.4: ATENCIONES DE URGENCIA REALIZADAS EN ESTABLECIMIENTOS ATENCIÓN PRIMARIA NO SAPU
Celdas	B41
Código Prestación	08220001
Columnas	COL01



(más)	
REM A23. SALAS: IRA, ERA Y MIXTAS EN APS	
Sección	D: CONSULTAS DE MORBILIDAD POR ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EN SALAS IRA, ERA Y MIXTA
Celdas	B58
Código Prestación	23080200
Columnas	COL01
Sección	E: CONTROLES REALIZADOS (CRONICOS)
Celdas	B63
Código Prestación	23080300
Columnas	COL01
(más)	
REM A32. ACTIVIDADES DE SALUD PRIORIZADAS, CONTEXTO DE EMERGENCIA SANITARIA	
Sección	C: CONSULTA MÉDICA EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD POR LLAMADA TELEFÓNICA O VIDEOLLAMADAS
Celdas	B28+ B29
Código Prestación	32100160, 32111003
Columnas	COL01
Sección	F2: CONTROLES DE SALUD MENTAL REMOTOS (APS Y ESPECIALIDAD)
Celdas	C130+ C141
Código Prestación	32100700, 32100810
Columnas	COL01



META NÚMERO CINCO: Tasa de visita domiciliaria integral

NUMERADOR	
REM A26. ACTIVIDADES EN DOMICILIO Y OTROS ESPACIOS	
Sección	A: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES A FAMILIAS (ESTABLECIMIENTOS APS)
Celdas	C10+ C11+ C12+ C13+ C14+ C15+ C16+ C17+ C18+ C19+ C20+ C21+ C22+ C23+ C24+ C25+ C26+ C27+ C28+ C29+ C30+ C31+ C32+ C33+ C34+ C35
Código Prestación	26261000, 26260100, 26273101, 26274000, 26401010, 26401011, 26291100, 26273102, 26274600, 26262300, 26273103, 26273105, 26280010, 26291150, 26262400, 26291200, 26291250, 26291300, 26280020, 26273107, 26274601, 26300110, 29101527, 29101528, 29101529, 29101530
Columnas	COL01
Sección	A.1: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y SUS CUIDADORES
Celdas	C41+D41+ E41+F41
Código Prestación	26411010, 26411011, 26411012
Columnas	COL01, COL02, COL03, COL04
	(más)
REM A33. CUIDADOS PALIATIVOS NIVEL APS Y HOSPITALARIO	
Sección	B: TIPO DE ATENCIÓN Y ACTIVIDADES
Celdas	C39+C40
Código Prestación	33000023, 33000024
Columnas	COL01
DENOMINADOR	
Población Inscrita Validada FONASA	



META NÚMERO SEIS: Cobertura de Examen de Medicina Preventiva realizado a hombres y mujeres de 20 años y más
Examen de Medicina Preventiva (EMP)

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

NUMERADOR	
REM A02. EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN MAYORES DE 15 AÑOS	
Sección	B: EMP SEGÚN RESULTADO DEL ESTADO NUTRICIONAL
Celdas	H21+ J21 + L21 + N21 + P21 + R21+ T21+ V21+ X21
Código Prestación	03030330, 03030340, 03030120, 03030130
Columnas	COL07, COL09, COL11, COL13, COL15, COL17, COL19, COL21, COL23
DENOMINADOR	
Población de mujeres, de 20 a 64 años, Inscrita Validada FONASA	
(menos)	
REM P1. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER	
Sección	B: GESTANTES EN CONTROL CON RIESGO PSICOSOCIAL
Celdas	B46+ B47+ B48+ B49+ B50+ B51+ B52
Código Prestación	P1040501, P1060100, P1060101, P1060102, P1060103, P1060104, P1060105
Columnas	COL01



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

NUMERADOR	
REM A02. EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN MAYORES DE 15 AÑOS	
Sección	B: EMP SEGÚN RESULTADO DEL ESTADO NUTRICIONAL
Celdas	G21+ I21 + K21 + M21 + O21 + Q21+ S21+ U21+ W21
Código Prestación	03030330, 03030340, 03030120, 03030130
Columnas	COL06, COL08, COL10, COL12, COL14, COL16, COL18, COL20, COL22

DENOMINADOR	
Población de hombres, de 20 a 64 años, Inscrita Validada FONASA	

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

NUMERADOR	
REM A02. EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA EN MAYORES DE 15 AÑOS	
Sección	B: EMP SEGÚN RESULTADO DEL ESTADO NUTRICIONAL
Celdas	Y21+ Z21+ AA21+ AB21+ AC21+ AD21+ AE21+ AF21
Código Prestación	03030330, 03030340, 03030120, 03030130
Columnas	COL24, COL25, COL26, COL27, COL28, COL29, COL30, COL31

DENOMINADOR	
Población de 65 años o más, Inscrita Validada FONASA	



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

NUMERADOR	
REM A03. APLICACIÓN Y RESULTADOS DE ESCALAS DE EVALUACIÓN	
Sección	A.2: RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR
Celdas	J21+ K21+ L21+ M21+ J22+ K22+ L22+ M22+ J23+ K23+ L23+ M23+ J24+ K24+ L24+ M24
Código Prestación	02010320, 05225303, 02010321, 02010322
Columnas	COL08, COL09, COL10, COL11
DENOMINADOR	
REM P2. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO	
Sección	A: POBLACIÓN EN CONTROL, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL PARA NIÑOS MENOR DE UN MES-59 MESES
Celdas	V12+ W12+ X12+ Y12
Código Prestación	P2060000
Columnas	COL20, COL21, COL22, COL23



META NÚMERO OCHO: Cobertura de control de Salud Integral a adolescentes de 10 años a 19 años

NUMERADOR	
REM A01. CONTROLES DE SALUD	
Sección	D: CONTROL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES (incluidos en sección B)
Celdas	C74+ F74
Código Prestación	01030500, 01030600, 01030700, 01030800
Columnas	COL01, COL04
DENOMINADOR	
Población de 10 a 19 años, Inscrita Validada FONASA	



META NÚMERO NUEVE: Cobertura y tasa de controles de atención integral a personas con trastornos mentales, factores de riesgo y condicionantes de la salud mental.

Indicador 9.1: Cobertura de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales

NUMERADOR	
REM P6. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDAD	
Sección	A.1: POBLACIÓN EN CONTROL EN APS AL CORTE
Celdas	C13
Código Prestación	P6221000
Columnas	COL01
Para los cortes 1°, 2° y 3°, el cálculo del numerador considera adicionar los ingresos y descontar los egresos del período, conforme a la siguiente operación:	
(más)	
REM A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD	
Sección	N: INGRESOS AL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN APS /ESPECIALIDAD
Celdas	C193
Código Prestación	05227400
Columnas	COL01
(menos)	
REM A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD	
Sección	O: EGRESOS DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL POR ALTAS CLÍNICAS EN APS /ESPECIALIDAD
Celdas	C245+ AN245+ AO245+ AP245
Código Prestación	05810140
Columnas	COL01, COL38, COL39, COL40



DENOMINADOR
Población Inscrita Validada FONASA

Indicador: 9.2: Tasa de controles de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales

NUMERADOR	
REM A06. PROGRAMA DE SALUD MENTAL ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDADES	
Sección	A.1: CONTROLES DE ATENCIÓN PRIMARIA / ESPECIALIDADES
Celdas	C22+ C23
Código Prestación	06020201, 06020208, 06020202, 06020602, 06020206, 06200400, 06904900, 06200500, 06200501, 06905912, 06902700
Columnas	COL01
Sección	A.2: CONSULTORÍAS DE SALUD MENTAL EN APS
Celdas	E32
Código Prestación	06300100, 06907017
Columnas	COL04
(más)	
REM A19a. ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SALUD	
Sección	A.3: CONSEJERÍAS FAMILIARES
Celdas	C110+ C112
Código Prestación	19140900, 19201021
Columnas	COL01
(más)	



REM A26. ACTIVIDADES EN DOMICILIO Y OTROS ESPACIOS	
Sección	A: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES A FAMILIAS (ESTABLECIMIENTOS APS)
Celdas	C30+ C31
Código Prestación	26274601, 26300110
Columnas	COL01
Sección	A.1: VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES A PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA Y SUS CUIDADORES
Celdas	C38+ D38+ E38+ F38
Código Prestación	26411010
Columnas	COL01, COL02, COL03, COL04
(más)	
REM A32. ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE SALUD REMOTA	
Sección	F1: ACCIONES TELEFÓNICAS DE SALUD MENTAL (APS Y ESPECIALIDAD)
Celdas	B123+ B124+ B125
Código Prestación	32100670, 32100680, 32100690
Columnas	COL01
Sección	F2: CONTROLES DE SALUD MENTAL REMOTOS (APS Y ESPECIALIDAD)
Celdas	C140+ C151
Código Prestación	32100700, 32100710, 32100720, 32100730, 32100740, 32100750, 32100760, 32100770, 32100780, 32100790, 32100810, 32100820, 32100830, 32100840, 32100850, 32100860, 32100870, 32100880, 32100890, 32100900
Columnas	COL01
(más)	
REM A04. CONSULTAS Y OTRAS ATENCIONES EN LA RED	
Sección	A: CONSULTAS MÉDICAS
Celdas	B24
Código Prestación	04025025
Columnas	COL01



DENOMINADOR	
REM P6. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDAD	
Sección	A.1: POBLACIÓN EN CONTROL EN APS AL CORTE
Celdas	C13
Código Prestación	P6221000
Columnas	COL01
<p>Para los cortes 1°, 2° y 3°, el cálculo del numerador considera adicionar los ingresos y descontar los egresos del período, conforme a la siguiente operación:</p>	
(más)	
REM A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD	
Sección	N: INGRESOS AL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN APS /ESPECIALIDAD
Celdas	C193
Código Prestación	05227400
Columnas	COL01
(menos)	
REM A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD	
Sección	O: EGRESOS DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL POR ALTAS CLÍNICAS EN APS /ESPECIALIDAD
Celdas	C245+ AN245+ AO245+ AP245
Código Prestación	05810140
Columnas	COL01, COL38, COL39, COL40



Indicador: 9.3: Personas egresadas por alta clínica de 0 y más años

NUMERADOR	
REM A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD	
Sección	O: EGRESOS DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL POR ALTAS CLÍNICAS EN APS /ESPECIALIDAD
Celdas	C245
Código Prestación	05810140
Columnas	COL01

DENOMINADOR	
REM P6. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDAD	
Sección	A.1: POBLACIÓN EN CONTROL EN APS AL CORTE
Celdas	C13
Código Prestación	P6221000
Columnas	COL01

Para los cortes 1°, 2° y 3°, el cálculo del numerador considera adicionar los ingresos y descontar los egresos del período, conforme a la siguiente operación:

(más)

REM A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD	
Sección	N: INGRESOS AL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN APS /ESPECIALIDAD
Celdas	C193
Código Prestación	05227400
Columnas	COL01



(menos)

REM A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD

Sección O: EGRESOS DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL POR ALTAS CLÍNICAS EN APS /ESPECIALIDAD

Celdas C245+ AN245+ AO245+ AP245

Código Prestación 05810140

Columnas COL01, COL38, COL39, COL40

BORRADOR



META NÚMERO DIEZ: Cumplimiento de garantías explícitas en salud, cuyas acciones son de ejecución en Atención Primaria

NUMERADOR
Listado de Garantías registradas en Sistema de Gestión de Garantías Explícitas de Salud SIGGES

DENOMINADOR
Listado de Garantías registradas en Sistema de Gestión de Garantías Explícitas de Salud SIGGES



META NÚMERO ONCE: Cobertura de vacunación anti-influenza en población objetivo validada definida para el año en curso.

NUMERADOR
Registro Nacional de Inmunización (RNI)
DENOMINADOR
Población Objetivo



META NÚMERO DOCE: Ingreso precoz a control de embarazo

NUMERADOR	
REM A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD	
Sección	A: INGRESOS DE GESTANTES A PROGRAMA PRENATAL
Celdas	C11
Código Prestación	01080009
Columnas	COL01+ COL15

DENOMINADOR	
REM A05. INGRESOS Y EGRESOS POR CONDICIÓN Y PROBLEMAS DE SALUD	
Sección	A: INGRESOS DE GESTANTES A PROGRAMA PRENATAL
Celdas	C11
Código Prestación	01080008
Columnas	COL01



META NÚMERO TRECE: Cobertura de adolescentes de 15 a 19 años inscritos bajo control por método de regulación de la fertilidad

NUMERADOR	
REM P1. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER	
Sección	A: POBLACIÓN EN CONTROL SEGÚN MÉTODO DE REGULACIÓN DE FERTILIDAD
Celdas	E25
Código Prestación	P1010100, P1060124, P1010201, P1010202, P1010203, P1040508, P1040500, P1200190, P1600105, P1010301, P1010302, P1200240, P1200250, P1700100
Columnas	COL03
DENOMINADOR	
Población de 15 a 19 años, Inscrita Validada FONASA	



META NÚMERO CATORCE: Cobertura de Diabetes Mellitus 2, en personas de 15 años y más

NUMERADOR	
REM P4. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)	
Sección	A: PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)
Celdas	C17
Código Prestación	P4150602
Columnas	COL01

DENOMINADOR
Prevalencia de DM2 según edad en ENS 2016-2017 en Población Inscrita Validada FONASA



META NÚMERO QUINCE: Cobertura de Hipertensión arterial en personas de 15 y más años

NUMERADOR	
REM P4. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)	
Sección	A: PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)
Celdas	C16
Código Prestación	P4150601
Columnas	COL01

DENOMINADOR
Prevalencia de HTA según edad en ENS 2016-2017 en Población Inscrita Validada FONASA



META NÚMERO DIECISEIS: Utilización de servicios de salud.

NUMERADOR
Base de datos registro COMGES
DENOMINADOR
Población Inscrita Validada

BORRADOR



META NÚMERO DIECISIETE: Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita

NUMERADOR	
REM A09. ATENCIÓN DE SALUD BUCAL EN LA RED ASISTENCIAL	
Sección	C: INGRESOS Y EGRESOS EN APS
Celdas	G51+H51+I51+J51+K51+L51
Código Prestación	09220100
Columnas	COL04, COL05, COL06, COL07, COL08, COL09
DENOMINADOR	
Población de menores de 3 años, Inscrita Validada FONASA	



META NÚMERO DIECIOCHO: Prevalencia de normalidad en menores de 2 años en población bajo control

NUMERADOR	
REM P2. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO	
Sección	A: POBLACIÓN EN CONTROL, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL PARA NIÑOS MENOR DE UN MES-59 MESES
Celdas	H36+ I36+ J36+ K36+ L36+ M36+ N36+ O36+ P36+ Q36+ R36+ S36+ T36+ U36+ V36+ W36+ X36+ Y36
Código Prestación	P2070505
Columnas	COL06+ COL07+ COL08+ COL09+ COL10+ COL11+ COL12+ COL13+ COL14+ COL15+ COL16+ COL17+ COL18+ COL19+ COL20+ COL21+ COL22+ COL23
DENOMINADOR	
REM P2. POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO	
Sección	A: POBLACIÓN EN CONTROL, SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL PARA NIÑOS MENOR DE UN MES-59 MESES
Celdas	H12+ I12+ J12+ K12+ L12+ M12+ N12+ O12+ P12+ Q12+ R12+ S12+ T12+ U12+ V12+ W12+ X12+ Y12
Código Prestación	P2060000
Columnas	COL06+ COL07+ COL08+ COL09+ COL10+ COL11+ COL12+ COL13+ COL14+ COL15+ COL16+ COL17+ COL18+ COL19+ COL20+ COL21+ COL22+ COL23



META NÚMERO DIECINUEVE: Tasa de hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la Atención Primaria

NUMERADOR
Base de datos egresos hospitalarios DEIS Base de datos GRD, DIGERA
DENOMINADOR
Población Inscrita Validada

BORRADOR



ANEXO 5.

POBLACIÓN INSCRITA VALIDADA 2026

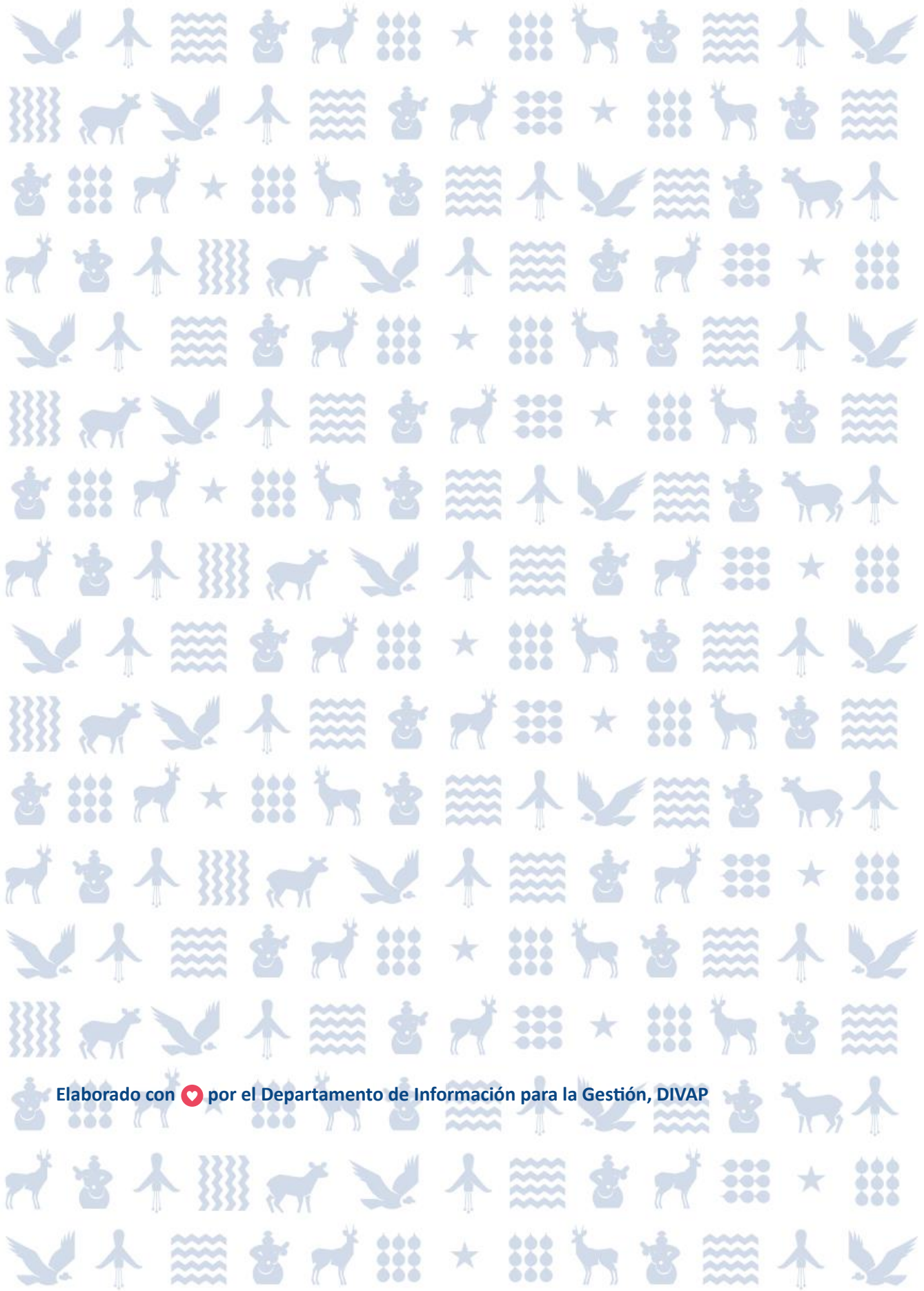
Mediante oficio ordinario N°30236/2025 del 27 de noviembre de 2025, el Fondo Nacional de Salud (FONASA) informó los resultados del proceso de certificación de la población inscrita de atención primaria de salud para el año 2026, con la cual se deben calcular las metas correspondientes en la presente Orientación Técnica.

En el siguiente enlace es posible descargar el detalle de la población inscrita validada 2026:

<https://www.dropbox.com/t/7PgzfwQhdPgtQul6>

BORRADOR





Elaborado con  por el Departamento de Información para la Gestión, DIVAP