SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCION PRIMARIA

MATRIZ DE CUIDADOS A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA

Contenido Cuadernillo 2

MATRIZ DE CUIDADOS DE SALUD A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA **2**

SALUD EN LA INFANCIA 15

SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD 28

SALUD EN EDAD ADULTA 44

SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES 57

ESTRATEGIAS TRANSVERSALES 69

MATRIZ DE CUIDADOS DE SALUD A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA

Al programar acciones de salud integrales e integradas para la población de los territorios y comunidades sectorializadas se abren oportunidades, como ofrecer prestaciones de salud coherentes a cada realidad territorial y cultural con mirada de curso de vida pasa a ser clave. Esperamos que estas prestaciones se desarrollen y ofrezcan de forma coherente en el curso de vida de las personas y comunidades, centrado en un adecuado acompañamiento de manera continua de las poblaciones, de manera respetuosa y participativa. Nuestro centro debe ser que el acceso a los servicios no se alce como un determinante social de la salud limitante del ejercicio de su derecho a atención.

La oferta de los establecimientos de Atención Primaria permite a las personas recibir recomendaciones para tomar las mejores decisiones en los cuidados de su salud para ella/os y su grupo familiar; ser examinadas para detectar condiciones de riesgo de enfermar y enfermedades en una etapa temprana; para recibir tratamiento en Atención Primaria y ser derivadas a atención especializada y/o a rehabilitación cuando esto es necesario.

La vida es un continuo y la salud requiere un continuo de cuidados. Pero cada etapa, tiene características propias y también vulnerabilidades y/o oportunidades distintas, junto a diferentes expectativas y comportamientos. Por lo tanto, los desafíos para el cuidado de la salud son propios de cada etapa. Este cuidado continuo, debe considerar que la transición de una etapa a la siguiente, suele tener características particulares y requerir también un abordaje específico.

El fortalecimiento de los hábitos saludables y la realización de controles periódicos preventivos son acciones efectivas en todas las etapas, con énfasis diferentes. Las enfermedades a detectar precozmente para facilitar el acceso a tratamiento son también distintas en las diferentes edades. Es importante, recordar que el bienestar de las personas es un objetivo que se comparte con otros sectores del Estado y que son distintas las instituciones y servicios con los que, en cada etapa, deben coordinarse acciones de salud.

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

1. SALUD MATERNA Y PERINATAL - NEONATAL

La vida intrauterina y los primeros 2 años de vida son etapas en las que se puede "programar" la salud y desarrollo del ser humano. Vigilar el desarrollo del proceso de la gestación a través del control prenatal, con enfoque perinatológico de alto riesgo biopsicosocial, a través de la acción integrada del equipo de salud, permitirá prevenir, detectar y tratar las afecciones, que puedan complicar el proceso reproductivo.

Promoción

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la mortalidad perinatal	Implementar control pre concepcional en mujeres en edad fértil	Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	80% gestantes en control participan en taller de educación grupal: *Preparación para el parto y crianza.*	Talleres de 4 sesiones para gestantes. Según Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. Nota metodológica PARN "¡Las experiencias tempranas importan mucho!".	(Nº de gestantes que ingresan a educación grupal *Preparación para el parto y crianza* / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal)* 100	REM A27 REM P05
		Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo.	Aumento del % de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus pareja, familiar u otro, respecto al año anterior	Control prenatal acompañado pareja, familiar u otro.	(N° de controles prenatales con acompañante/ Nº Total de controles prenatales realizados)*100	REM A01

Prevención

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la mortalidad perinatal	Categorización de riesgo en gestantes que se controlan en centros de APS	Ofrecer atención oportuna a embarazadas con riesgo biomédico	100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal.	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico.	(Nº de gestantes con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes con riesgo biomédico)*100	REM A05 REM P2 Población de gestantes bajo control (prevalencia de ARO)
		Detectar gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES Prevención de Parto Prematuro.	100% de gestantes que presentan factores de riesgo de parto prematuro se derivan al nivel secundario a confirmación diagnóstica.	Derivar precozmente a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES.(Nota: notificación GES)	(Nº de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes con riesgo de parto prematuro)* 100	REM A05 Población de gestantes bajo control (prevalencia de ARO)
	Categorización de riesgo en gestantes que se controlan en centros de APS	Detectar precozmente la depresión en mujeres gestantes	Aumentar la aplicación de tamizaje depresión Edimburgo para gestantes en el segundo control prenatal respecto al año anterior.	Aplicación de tamizaje depresión Edimburgo para gestantes en el segundo control prenatal	(N° de gestantes con tamizaje aplicado de depresión en el 2º control prenatal (año vigente) (MENOS) N° de gestantes con tamizaje aplicado de depresión en el 2º control prenatal (año anterior) / N° de gestantes con tamizaje aplicado de depresión en el 2º control prenatal (año anterior))*100	REM A03
		Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por exceso.	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	(Nº de gestantes con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional / Nº total de gestantes con malnutrición por exceso)* 100	REM P01

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la mortalidad perinatal	Categorización de riesgo en gestantes que se controlan en centros de APS	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por déficit.	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.	(Nº de gestantes con malnutrición por déficit, bajo control, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes con malnutrición por déficit)* 100	REM P01
			Disminuir en un 20% el porcentaje de gestantes adolescentes menores de 19 años con bajo peso	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes menores de 15 años con bajo peso	(Nº gestantes adolescentes menores de 15 años con bajo peso) / (Nº gestantes adolescentes menores de 15 años)* 100	REM P01 Sección D
				Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 15 - 19 años con bajo peso	(Nº gestantes adolescentes de 15 - 19 años con bajo peso) / (Nº gestantes adolescentes de 15 - 19 años)* 100	REM P01 Sección D
		Aumentar el número visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestante de 10 a 19 en riesgo psicosocial.	Aumentar en un 10% las Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes con riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 14 años con riesgo psicosocial.	(Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-14 años en riesgo psicosocial (año vigente) [MENOS] Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-14 años en riesgo psicosocial (año anterior)/ Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-14 años en riesgo psicosocial (año anterior)) *100	REM A26 Sección A
				Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 15 a 19 años con riesgo psicosocial.	(Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 15-19 años en riesgo psicosocial (año vigente) [MENOS] Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 15-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)/ Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 15-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)) * 100	REM A26 Sección A

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la mortalidad perinatal	Fortalecer la cobertura y calidad de la Atención de la gestante en atención de especialidad abierta y atención cerrada	Aumentar el número de mujeres migrantes que asisten a controles prenatales	Establecer línea base	Control prenatal	Número de Mujeres gestantes migrantes con riesgo psicosocial en Control	REM P1
		Pesquisa oportuna de las gestantes con infección por *T. cruzi* para efectuar el consiguiente diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los recién nacidos que resulten confirmados para esta infección y el tratamiento post lactancia de la madre confirmada.	100% de gestantes que ingresa a control prenatal y que resida en zona endémica (Región de Arica y Parinacota hasta Región de O'Higgins, incluida la Región Metropolitana); con tamizaje para enfermedad de Chagas realizado.	Realizar Tamizaje y confirmación diagnóstica de enfermedad de Chagas (seg. Norma General Técnica nº 162, MINSAL), a toda gestante que ingresa a control prenatal y que resida en zona endémica (Región de Arica y Parinacota hasta Región de O'Higgins, incluida la Región Metropolitana).	(Nº de exámenes de tamizaje para infección por *T. cruzi* realizado en gestantes que ingresan a control prenatal (Zona Endémica)/ Nº Total de gestantes que ingresan a control prenatal (Zona Endémica)*100.	REM A11 REM A05
Disminuir la mortalidad perinatal	Categorización de riesgo en gestantes que se controlan en centros de APS	Pesquisa precoz de gestantes con infección por *T. cruzi* para diagnóstico y tratamiento oportuno de recién nacidos que resulten confirmados para esta infección; y para tratamiento post lactancia de la madre confirmada.	100% de gestantes que ingresa a control prenatal, que NO resida en zona endémica (Región del Maule hasta Región de Magallanes) y que presenten criterios de sospecha de infección por *T. cruzi* definidos en anamnesis dirigida (AD) señalada en la Norma General Técnica nº 0162, MINSAL; con tamizaje para enfermedad de Chagas realizado.	En el resto del país (Región del Maule a Región de Magallanes), Tamizaje y confirmación diagnóstica de gestantes que presenten criterios de sospecha de infección por *T. cruzi* definidos en anamnesis dirigida (AD) señalada en la Norma General Técnica nº 0162, MINSAL.	(Nº Total de exámenes de tamizaje infección por *T. cruzi* realizado en gestantes que ingresan a control prenatal y que presentan criterios de sospecha de infección por *T. cruzi* definidos en AD)/ (Nº Total de gestantes que ingresan a control prenatal y que presentan criterios de sospecha de infección por *T. cruzi* definidos en AD)*100.	REM A11 REM A05

Objetivo de Impacto de Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la mortalidad perinatal	Categorización de riesgo en gestantes que se controlan en centros de APS	Pesquisa oportuna de las gestantes con infección por *T. cruzi* para efectuar el consiguiente diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los recién nacidos que resulten confirmados para esta infección y el tratamiento post lactancia de la madre confirmada.	100% de Exámenes de confirmación por infección por *T. cruzi* realizados, en gestantes que ingresan a control cuyo examen de tamizaje ha resultado reactivo.	Confirmación diagnóstica de infección por *T. cruzi* de la totalidad de casos cuyo examen de tamizaje ha resultado reactivo.	(Nº de caso confirmados para infección por *T. cruzi* en gestantes que ingresan a control prenatal)/ (Nº de casos con tamizaje reactivo para infección por *T. cruzi* en gestantes que ingresan a control prenatal)* 100	REM A11
			100% de exámenes para detección de infección por *T. cruzi* realizados en recién nacidos hijos de madre con enfermedad de Chagas.	Tamizaje y confirmación diagnóstica para infección congénita por *T. cruzi* en recién nacidos hijos de madres con enfermedad de Chagas.	(Nº de recién nacidos hijos de madre con enfermedad de Chagas con examen para detección de infección por T. cruzi aplicado)/(Nº de recién nacidos, hijos de madre con enfermedad de Chagas)* 100	REM A 11
Disminuir la mortalidad perinatal	Categorización de riesgo en gestantes que se controlan en centros de APS	Disminuir la transmisión vertical del VIH.	100% de embarazadas que ingresan a control prenatal acceden a examen de detección de VIH	Tamizaje para VIH en gestantes al ingreso a control gestación prenatal	(Nº total de exámenes Procesados a gestantes 1er examen para detección del VIH)/ Nº total de gestantes que ingresan a control prenatal)* 100	REM A11 Sección C1 y C2 REM A05: Sección A
			100% de gestantes VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al Programa VIH.	Derivación al Programa de Atención de VIH y a Unidad de Alto Riesgo Obstétrico a gestantes VIH (+) detectadas en el control prenatal	(Nº de gestantes VIH (+) que ingresan al Programa VIH/ Nº Total de gestantes VIH (+)) * 100	REM A05, Sección B SIGGES
			100% de gestantes VIH (+) son derivadas a Unidad ARO		(Nº de gestantes VIH (+) ingresadas a ARO/ Nº total de gestantes VIH (+))* 100	REM A05, Sección B SIGGES

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la mortalidad perinatal	Categorización de riesgo en gestantes que se controlan en centros de APS	Mejorar la cobertura del control a gestantes para confirmación diagnóstica de VIH	100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas –citadas.	Visita domiciliaria a gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH que están inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	(Nº gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes, visitadas-citadas a control/ Nº de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes a control)* 100	Registros de actividad: -Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud. Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA
			100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas –citadas.	Citación – Visita domiciliaria a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	(Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo citadas-visitadas / Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo)* 100	Registros de actividad: -Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud.
			100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al programa VIH.	Derivación de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal al Centro de Atención de VIH.	(Nº de gestantes VIH (+) derivadas al programa VIH/ Nº Total de gestantes ingresadas VIH (+))* 100	Registros locales de derivación. /REM A05
Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes y sus hijos	Fortalecer la cobertura y calidad de la atención de la gestante en atención primaria	Mejorar y mantener la salud bucal de las gestantes.	100% de las embarazadas que ingresan a tratamiento odontológico han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en los ingresos odontológicos de embarazadas.	(Nº de embarazadas con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado/ Nº total de embarazadas que ingresa a tratamiento odontológico)*100	REM A09

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes y sus hijos	Fortalecer la cobertura y calidad de la atención de la gestante en atención primaria	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	≥68% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento.	Atención odontológica integral a la embarazada.	(N° de altas odontológica totales en embarazadas/ total de gestantes ingresadas a programa prenatal)*100	REM A09 REM A05
		Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a.	≥ 40% de gestantes ingresadas a Salud Oral Embarazada reciben CBT.	Consejería Breve en Tabaco (CBT).	(Nº de gestantes que reciben CBT/ Nº ingresos gestantes a Salud Oral Embarazada)*100	REM 09, Sección B / REM 09, Sección C.
Disminuir la mortalidad perinatal	Categorización de riesgo en gestantes que se controlan en centros de APS	Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el período de gestación	80% de embarazadas con educación sobre prevención de IRA-ERA	Educación grupal a embarazadas sobre prevención de IRA-ERA	(Nº de embarazadas que ingresan a educación grupal en prevención de IRA –ERA / total de embarazadas bajo control)*100	REM A27 Sección A REM P1 Sección D

Tratamiento

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la mortalidad perinatal	Categorización de riesgo en gestantes que se controlan en centros de APS	Disminuir la transmisión vertical de la sífilis. Aumento de cobertura preventiva	100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis.	Tamizaje para sífilis durante el embarazo.	(Nº total de VDRL o RPR de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / Nº de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación)*100	REM A11 REM A05
	Fortalecer la cobertura y calidad de la Atención de la gestante en atención de especialidad abierta y atención cerrada	Brindar atención integral a gestantes y madres de hijos menores de 1 año con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	Aumentar el ingreso a tratamiento de gestantes y madres de hijos menores de 1 año con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	Aumentar en un punto porcentual la cobertura de atención a gestantes y madres de hijos menores de 1 año con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	(Nº de gestantes y madres de hijos menores de 1 año con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales ingresados (año vigente) (MENOS) Nº de gestantes y madres de hijos menores de 1 año con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales ingresados (año anterior)/Nº de gestantes y madres de hijos menores de 1 año con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales ingresados (año anterior))*100	REM A05
			Aumentar el número de gestantes con depresión que ingresan a tratamiento respecto al año anterior	Ingreso de gestantes a tratamiento por depresión	(Nº de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión (año vigente) (MENOS) Nº de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión(año anterior)/ Nº de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión (año anterior))*100	REM A05
Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género	Mejorar la derivación de gestantes víctimas de violencia de genero	Aumentar los ingresos de gestantes víctimas de violencia de género en relación a las gestantes detectadas en escala EPSA	Ingreso de gestantes víctimas de violencia de género	(Nº de gestantes víctimas de violencia de género ingresadas a atención por violencia de género/gestantes detectadas con factor de riesgo de violencia de género en Escala EPSA) **Resultado Proporción** (año vigente) [MENOS] Resultado Proporción (año anterior)	Sistema de Registro y Monitoreo Chile Crece Contigo REM A 05

SALUD REPRODUCTIVA

La salud reproductiva es la condición en la cual se logra un proceso reproductivo en un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedades. Incluye el derecho a acceder a información, métodos de regulación de fertilidad y servicios de salud integrales (OMS).

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la mortalidad perinatal	Implementar control pre concepcional en mujeres en edad fértil	Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a las personas tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad	Aumentar en 5% las personas de 25 y más años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva respecto al año anterior	Consejería en salud sexual y reproductiva	(Nº de personas en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) Nº de personas en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior/ Nº de personas en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior))*100	REM 19 a
		Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con actividad sexual activa.	Aumentar respecto al año anterior el ingreso de personas de 25 años y más al programa de regulación de fertilidad.	Control integral de regulación de fertilidad	(Nº total de población 25 años y más bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población de 25 años y más bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	REM P1
					Número de personas migrantes en control según método de regulación de fertilidad.	REM P1
		Evaluación integral de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas.	Porcentaje de controles a mujeres que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, antes de los 15 días del alta, según norma de referencia.	Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, antes de los 15 días del alta y entregar consejería en RF e ingreso a Regulación de Fertilidad Prevención aborto.	(Nº de controles de mujeres post aborto y otras pérdidas reproductivas/Nº total de mujeres post aborto y otras pérdidas reproductivas referidas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología) *100	REM A01 Denominador egresos hospitalarios

SALUD GINECOLÓGICA

El objetivo es entregar una atención integral en salud ginecológica a las personas, a lo largo del curso de vida, realizando acciones de fomento y protección de la salud, detectando precozmente afecciones ginecológicas, infecciones de transmisión sexual, factores de riesgo psicosocial, enfermedades crónicas, trastornos de la nutrición, cáncer cervicouterino, mama y vesicular.

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la detección precoz del cáncer en grupos de riesgo	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Aumentar el 4% de acceso a control de salud integral ginecológica en el curso de vida.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(Nº de mujeres en control preventivo ginecológico de 25 años y más /Nº total de mujeres de 25 años y más inscrita y validada)*100	REM A01/ Población inscrita validada
		Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Alcanzar meta país un 50% cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente.	Mamografía a mujeres de 50 a 59 años AUGE.	(Nº de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente / Nº de mujeres de 50 a 59 años inscritas validadas)* 100	REM P12, Sección C Población inscrita de mujeres de 50 a 59 años
		Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino.	Alcanzar meta país a un 60% de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años	PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años AUGE y EMPA.	(Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente / Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas)* 100	Citoexpert/ Revican en algunos centros pilotos. REM P12, Sección A Población de mujeres de 25 a 64 años

SALUD SEXUAL

La salud sexual en la integración de los aspectos somáticos, emocionales, sociales y culturales y la capacidad que tienen las personas de disfrutar y expresar su sexualidad, sin coerción, sin violencia, sin discriminación y sin riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual y/o de tener embarazos no planificados o no deseados (OMS).

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Fortalecer la promoción de sexo seguro y prevención del VIH e ITS	Aumentar el número de personas que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva en el curso de vida.	Aumentar el número de consejerías en SSR otorgadas a personas de 25 y más años	Consejería en SSR.	(N° Consejerías en SSR realizadas en personas de 25 años y más / Población de 25 años y más)* 100	REM A19a
		Promover Sexo Seguro en personas que ejercen comercio sexual.	Aumentar en un 10% el ingreso a control de salud sexual de personas que ejercen comercio sexual, respecto al año anterior.	Control de Salud sexual en personas, que ejercen comercio sexual.	(Nº de personas que ejercen comercio sexual que ingresan a control de salud sexual (año vigente)(MENOS) Nº de personas que ejercen comercio sexual que ingresan a control de salud sexual (año anterior)/Nº de personas de 20 24 años que ejercen comercio sexual en control de salud sexual (año anterior))* 100	REM A05, Sección U
		Aumentar el número de personas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Aumentar en un 10% la cobertura de consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas de 25 años y más.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS realizadas en población 25 años y más (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS realizadas en población 25 años y más (año anterior) / (Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS realizadas en población 25 años y más (año anterior))*100	REM A19a Sección A1

SALUD POST REPRODUCTIVA

La atención integral de la mujer en el período post-reproductivo, requiere un enfoque interdisciplinario y participativo, a nivel de la atención primaria; entre sus objetivos más importantes se puede señalar: mejorar la calidad de vida de la mujer en esta etapa de su vida; prevenir el desarrollo o agravamiento de patologías crónicas y degenerativas; reducir la morbimortalidad asociada a cánceres ginecológicos. Es un momento en que la mujer también necesita ser escuchada y donde es importante entregarle información detallada y comprensible que le permitirá conocer las opciones respecto a las diferentes posibilidades para enfrentar de la mejor manera este período.

Objetivo de Impacto Estrategia	**Resultado Esperado Estrategia**	**Objetivo**	**Meta**	**Actividad**	**Indicador**	**Fuente del indicador**
Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Aumentar la cobertura de controles de salud, de la mujer en edad de climaterio.	Aumentar la cobertura del control de salud de la mujer en etapa de climaterio (45 a 64 años).	Aumentar en 2 % respecto al año anterior, la cobertura en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio.	Control de salud integral de la mujer en etapa de climaterio.	(N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio (año vigente) (MENOS) N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio (año anterior)/ N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio (año anterior))*100	REM P1
	Detectar oportunamente el deterioro de la calidad de vida de las mujeres de 45 a 64 años de edad	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio, según Orientación Técnica (ENS 2011-2020)	Disminuir el puntaje relacionado con calidad de vida en mujeres de 45 a 64 años, bajo control, según MRS (ENS 2011 – 2020)	Aplicación de la Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio	(Nº de mujeres con puntaje elevado MRS / Nº total de mujeres bajo control, con pauta aplicada MRS)*100	REM P1
	Mejorar la calidad de atención de las mujeres en edad de climaterio	Aumentar la proporción de mujeres de 45 a 64 años bajo control que requieren terapia hormonal, según puntaje MRS	Aumentar en 2 % las mujeres bajo control con TRH según puntaje MRS, respecto al año anterior	Aplicación de Terapia según puntaje MRS	(Nº de mujeres con TRH, bajo control, según puntaje MRS / Nº de mujeres con necesidad de TRH según escala MRS)* 100	REM P1

SALUD EN LA INFANCIA

El Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo (ChCC) constituye uno de los pilares del Sistema Intersectorial de Protección Social, tiene por objeto ofrecer un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales dirigidos a igualar las oportunidades de desarrollo de niños, niñas en sus familias y comunidades. Ha sido definido como una "red integrada de servicios que opera en el territorio municipal" en la que cada sector de políticas sociales pone a disposición del sistema su oferta programática en materia de primera infancia. Chile Crece Contigo es una Red intersectorial que busca la articulación e integración de los servicios a favor del desarrollo infantil con el objeto de responder oportuna y pertinentemente a las necesidades de cada niño, niña y su familia.

El componente de salud del sistema de Protección Integral a la Infancia corresponde al Programa de Apoyo al Desarrollo Bio-psicosocial (PADBP)[1] el cual fortalece las prestaciones ya contempladas en el Programa Nacional de Salud de la Infancia, por tanto las acciones destinadas al óptimo desarrollo de los niños y niñas deben ser integradas y conceptualizadas como un todo y no por separado. El seguimiento a la trayectoria del crecimiento y desarrollo infantil de salud se inicia en la gestación y continúa a lo largo de la vida del niño o la niña (0 a 9 años); desde el control de la díada seguido por las sucesivas atenciones periódicas para evaluar el estado de salud y desarrollo infantil, sean enfocados a la promoción, prevención o el tratamiento, dependiendo de las necesidades de cada niño o niña.

La epigenética nos muestra que la salud y el desarrollo infantil dependen de una interacción dinámica entre la carga genética y el ambiente; siendo particularmente relevante en el ambiente: la nutrición, la calidad de las relaciones vinculares (factores psicosociales) y las características del medioambiente (libre de estrés tóxico). Por lo tanto, la atención de salud proporcionada a niñas y niños debe promover la lactancia materna y alimentación saludable, vigilar la trayectoria del desarrollo con screening periódicos, detectar precozmente las enfermedades más frecuentes, velar por el temprano tratamiento, prevenir enfermedades infecciosas, adicciones y maltrato, y fomentar las competencias parentales para la crianza respetuosa. Transversalmente las actividades deben incorporar componentes de pertinencia cultural, determinantes sociales y enfoque de derechos de la infancia.

En este contexto la supervisión de salud del niño o niña es parte esencial de la evaluación integral de su desarrollo, su enfoque ha cambiado con

[1] Más información, puede encontrar en el Catalogo del PADBP, que forma parte del Convenio de Transferencia de Recursos entre el Ministerio de Planificación, Ministerio de Salud y el Fondo Nacional de Salud, Sistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo, Programa de Apoyo al Desarrollo Bio-Psicosocial, aprobado por el Decreto Supremo Nº 103 del 3/07/2007.

el tiempo, centrando la evaluación de salud en su familia y el entorno que le rodea. Esta supervisión se ha desarrollado históricamente en Chile a través del control de salud infantil o control de niño sano, por ello el Programa Nacional de Salud de la Infancia rediseñado recientemente, estableció como eje estratégico del rediseño un control de salud infantil con una estructura de mejor calidad, con estándares respecto al tiempo, el tipo de profesional y condiciones necesarias para su evaluación integral, acompañado de los documentos normativos que orientan al equipo de salud respecto al mapa de prestaciones disponibles tanto desde salud como desde otros sectores involucrados en la salud de niños y niñas.

Promoción

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del Indicador
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer la prevención primaria del rezago en primera infancia	Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental en niños y niñas dirigido a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año anterior.	Aumentar el número de talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año anterior	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental (Habilidades personales, factores protectores psicosociales, etc.) en el ámbito educacional (Jardines, Escuelas, Liceos, etc.) (Cada taller tiene como referencia 6 asistentes).	(Nº de talleres realizados año vigente (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100	REM A 27
Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la prevalencia de factores protectores contra la obesidad infantil en menores de 6 años	Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6º mes de vida.	Incremento de 2 puntos porcentuales de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6º mes de vida respecto al año anterior.	- Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva. - Fomentar uso de cojín de lactancia, - Evaluar y reforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud de niña y niño. Favorecer las clínicas de lactancia.	1. (Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes de vida / Nº de lactantes controlados al 6to mes)*100 2. Resultado de proporción (año vigente) [menos] Resultado de proporción (año anterior)	REM A03, Sección A.7

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del Indicador
Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la prevalencia de factores protectores contra la obesidad infantil en menores de 6 años	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	10% de niñas y niños bajo control reciben consejería individual de actividad física.	Consejería individuales de actividad física entregada a niñas y niños menores de 10 años	(Nº de consejería individuales en actividad física entregadas a niños y niñas menores de 10 años/ Total de población bajo control menor de 10 años)* 100	REM A19a, Sección A1 REM P2, Sección A
			80% de niñas y niños reciben consulta nutricional al 5º mes de vida.	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	(Población con consulta nutricional al 5º mes / Total de población bajo control de 6 a 11 meses)* 100	REM P2, Sección E REM P2, Sección A
			50% de niñas y niños reciben consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	(Población con consulta a los 3 años y 6 meses/ Población bajo control entre 42 y 47 meses)* 100	REM P2, Sección E REM P2, Sección A
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer la prevención primaria del rezago en primera infancia	Favorecer la participación de los padres, madres y/o cuidadores en talleres de promoción del desarrollo del lenguaje y del desarrollo motor	20% de los padres , madres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año participan en talleres de promoción del desarrollo del lenguaje y del desarrollo motor	Educación grupal en promoción del desarrollo del lenguaje Educación grupal en promoción del desarrollo motor.	(N° de padres , madres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año participan en talleres de promoción del desarrollo del lenguaje y del desarrollo motor / N° de niños bajo control menores de 1 año)*100	REM A27 REM P2
		Aumentar el número de padres (hombres) que participan en los controles de salud de sus hijos e hijas.	25% de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 año en los que participa el padre	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre	(Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre / Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año)*100	REM A01, Sección B

Prevención

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer la prevención primaria del rezago en primera infancia	Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	5% de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control ingresen a los talleres con metodología Nadie es Perfecto.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 72 meses bajo control.	(Nº de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control que ingresan a los talleres con metodología Nadie es Perfecto/ Nº total de niñas y niños menores de 72 meses bajo control)*100	Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la Calidad y Oportunidad de la Atención de pacientes con enfermedades respiratorias agudas	Fortalecer intervenciones educativas relacionadas con los problemas de salud más prevalentes en la infancia	60% de madres, padres y/o cuidadores de menores de 1 año bajo control que ingresan a educación de prevención IRA	Educación grupal a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA en época de baja circulación viral	(Nº de madres, padres y /o cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ Nº total de niños menores de 1 año bajo control)*100	REM A27, Sección A REM P2, Sección A
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Fomentar la Prevención de Salud en Atención Primaria	Entregar herramientas para la prevención de la violencia en niños y niñas, dirigido a padres y/o cuidadores y/o profesores	Aumentar el Nº talleres preventivos de problemas de violencia (maltrato) en niños, niñas respecto al año anterior	Talleres preventivos en el ámbito educacional (Jardines, Escuelas, Liceos, etc.). (Cada taller tiene como referencia 6 asistentes).	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100	REM A 27
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer la prevención primaria del rezago en primera infancia	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil.	Disminuir en 10% la inasistencia a control de salud en los distintos grupos etarios	Rescate de población inasistentes a los controles de salud	(N° de niños/as inasistentes a control de salud en el grupo etario/ total de niños/as bajo control en el grupo etario)*100	REM P2
			Establecer línea base	Control de Salud a niños y niñas inmigrantes	Número de Niños y Niñas Inmigrantes bajo control según estado nutricional	REM P2

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer la prevención primaria del rezago en primera infancia	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Alcanzar el Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo).	Control de salud a niñas y niños de 2 y 3 años inscritos en establecimiento de salud.	(Nº de controles de salud de niñas/os de 24 a 47 meses / Nº total de niñas/os de 24 a 47 meses bajo control)*100	REM A01, Sección B REM P2, Sección A
			Alcanzar el Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 48 a71 meses según estándar (2 controles en el periodo).	Control de salud a niñas y niños de 48 a 71 meses inscritos en establecimiento de salud.	(Nº de controles de salud de niños de 48 a 71 meses/ Nº de niños de 48 a 71 meses bajo control)*100	REM A01, Sección B REM P2, Sección A
			Mantener o aumentar el número de controles de salud realizados en establecimiento educacional a niños y niñas de kínder a cuarto básico en relación a lo logrado en el año precedente.	Controles de salud individuales realizados en establecimiento educacional a niños y niñas de kínder a cuarto básico	(Nº de niños y niñas con controles de salud individual realizados en establecimiento educacional de kínder a cuarto básico (año vigente) (MENOS) Nº de niños y niñas con controles de salud individual realizados en establecimiento educacional de kínder a cuarto básico (año anterior))*100	REM A01, Sección F

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir las Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer la prevención primaria del rezago en primera infancia	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	100% niñas/os de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor en el control de salud.	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)/ total control de salud de niñas/os de 7 a 11 meses bajo control)*100	REM A03, Sección B REM A01, Sección B
			90% niñas y niños se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses.	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses / Total de controles sano realizados a niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	REM A03, Sección A REM A01, Sección B
			90% niñas/os de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación).	(Nº Aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses / N° total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control)* 100	REM A03, Sección A REM P2, Sección A
			50% niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud.	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) / Nº total control sano de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	REM A03, Sección A REM A01, Sección B
			90% niñas/os de 36 meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. (Primera evaluación).	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses(Primera evaluación)en el control de salud de los 36 meses / Nº total control sano de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)*100	REM A03, Sección A REM A01, Sección B

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir las Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer la prevención primaria del rezago en primera infancia	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, través de su detección precoz	100% niñas/os de 1 mes de edad con protocolo neurosensorial aplicado.	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	(Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes / Nº Total control de ciclo vital de niñas y niños de 1 mes)*100	REM A03, Sección A1 REM A01, Sección B
			100% de las niñas y niños 3 meses con radiografía de pelvis tomada (GES)	Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses	(Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100	SIGGES FONASA
			90% de los controles realizados a niñas y niños de 48 a 59 meses con medición de la agudeza visual.	Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual.	(Nº de controles de salud de niños/as de 48 a 59 meses con evaluación visual / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 59 meses)* 100	SIGGES REM A03, Sección B
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Mejorar Cobertura de Inmunización para las enfermedades transmisibles seleccionadas	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	95 % de los niños s menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada	Administración de esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños/as de 1 año.	(Nº de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada/Nº de niños/as de 1 año)*100	Sistema Informático RNI Población Inscrita Validada
			90% de los niños/as pertenecientes a los grupos prioritarios con vacunación anti-influenza	Administración de vacuna Influenza a niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años.	(Nº de niños/as entre 6 y 5 años vacunados con anti-influenza / Total de niños/ entre 6 y 5 años) *100.	Sistema Informático RNI Población Inscrita Validada
				Administración de vacuna Influenza a niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años.	(Nº de niños/as entre los 5 años y 10 años vacunados con anti-influenza / Total de niños/as entre 5 y 10 años) *100.	
			95 % de los niños/as menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna Pentavalente	Administración de esquema primario completo de vacuna Pentavalente en niños/as menores de 1 año	(Nº de niños/as menores de 1 año vacunados con Pentavalente con esquema primario completo/Nº Total de niños/as menores de 1 año de vida)*100	Sistema Informático RNI Población Inscrita Validada

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Mejorar Cobertura de Inmunización para las enfermedades transmisibles seleccionadas	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	95 % de los niños/as de 1 año de edad con vacuna Trivírica	Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica al año de vida.	(Nº de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivírica administrada / Nº de niños/as de 1 año)*100	Sistema Informático RNI Proyección INE
			95 % de las niñas que cursan 4° básico con primera dosis de vacuna Virus Papiloma Humano	Administrar primera dosis de vacuna contra el Virus Papiloma Humano a niñas que cursan cuarto año básico.	(Nº de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4º básico/Nº de niñas matriculadas en 4º básico)*100	Sistema Informático RNI Nº de matrículas en 4º básico 2015 Ministerio de Educación.
Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Disminuir la prevalencia de factores de riesgo de Obesidad infantil en población menor de 6 años	Controlar mal nutrición por exceso, perfil metabólico y la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.	Al menos el 50% de los niños y niñas entre 2 a 5 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de peso/talla	Mejorar la mal nutrición por exceso en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes - enfermedad cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de niños y niñas entre 2 a 5 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de peso/talla / Nº total de niños y niñas entre 2 a 5 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10
			Al menos el 50% de los niños y niñas entre 6 a 9 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC	Mejorar la mal nutrición por exceso en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus – Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de niños y niñas entre 6 a 9 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC / Nº total de niños y niñas entre 6 a 9 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10
			Al menos el 50% de los niños y niñas entre 2 a 9 años intervenidos mejoran perímetro de cintura	Mejorar el perímetro de cintura en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus – Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de niños y niñas entre 2 a 9 años intervenidos mejoran perímetro de cintura / Nº total de niños y niñas entre 2 a 9 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10
			Al menos el 90% de los niños y niñas entre 2 a 5 años intervenidos mejoran su capacidad motora.	Mejorar la capacidad motora en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus – Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de niños y niñas entre 2 a 5 años intervenidos mejoran su capacidad motora/ Nº total de niños y niñas entre 2 a 5 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Disminuir la prevalencia de factores de riesgo de Obesidad infantil en población menor de 6 años	Controlar mal nutrición por exceso, perfil metabólico y la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.	Al menos el 90% de los niños y niñas entre 6 a 9 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad.	Mejorar la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus – Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de niños y niñas entre 6 a 9 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad. / Nº total de niños y niñas entre 6 a 9 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10
		Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.	60% de niños/as bajo control eutróficos, con la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso aplicada	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia.	(Nº de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente/Nº de niños/as eutróficos bajo control, en cada control correspondiente)*100	REM P2, sección H REM P2, sección A
Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Reforzar y expandir el modelo de Intervención de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades Bucales en Párvulos y Escolares	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 6 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	≥ 35% de cobertura de altas odontológicas totales en las niñas/os de 2 a 5 años, inscritos y validados.	Atención odontológica integral a niñas y niños menores de 9 años.	Nº de niñas/os de 2 a 5 años con alta odontológica total / Nº total de niñas/os de 2 a 5 años inscritos y validados)* 100	REM A09 , Sección C./ FONASA
			100% de los ingresos a tratamiento odontológico de 2 a 6 años de edad con registro de CEOD	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 a 6 años.	(Nº de niñas/os de 2 a 6 años con registro de CEOD / Nº total de niñas y niños de 2 a 6 años con ingreso odontológico)* 100	REM A09, Sección C
		Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	Alcanzar el Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo).	Control de salud a niñas y niños de 2 y 3 años inscritos en el establecimiento de salud.	(Nº de controles de salud de niñas/os de 24 a 47 meses / Nº total de niñas/os de 24 a 47 meses bajo control)*100	REM A01, Sección B REM P2, Sección A

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la Calidad y Oportunidad de la Atención de pacientes con enfermedades respiratorias agudas	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	100 % de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave reciben visita domiciliaria.	Visitas domiciliaria a niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía grave.	(Nº de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral / Nº de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave)*100	REM P2, Sección D
			100% de auditorías clínicas realizadas a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en domicilio.	Realizar auditoría clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en el hogar.	(Nº de auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas menores de 9 años fallecidos por neumonía / Nº de niños y niñas de 0 a 9 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100	Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS.

Tratamiento

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados	Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con problemas y trastornos mentales.	Aumentar los ingresos a tratamiento de niños y niñas (5 a 9 años) por problemas y/o trastornos mentales, en relación al año anterior.	Ingreso a tratamiento integral a niñas/os (5 a 9 años) con problemas y/o trastornos mentales.	(Nº de niños/as (5 a 9 años) ingresados a problemas y/o trastornos mentales (año vigente) (MENOS) Nº de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por problemas y/o trastornos mentales (año anterior)/Nº de niños/as (5 a 9 años)en tratamiento por problemas y/o trastornos mentales (año anterior))*100	REM A05
			Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en infancia (5 a 9 años) del 22% de prevalencia	Atención integral a niños y niñas (5 a 9 años) con trastorno mental bajo control	(Población bajo control por trastorno mental de 5 a 9 años/ Población inscrita validada de 5 a 9 años x 22% de prevalencia)*100	REM P06
			Aumentar el número de altas clínicas de niños y niñas con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Egresos por altas clínicas de niños y niñas con problemas y/o trastornos mentales	(Nº de niños/as (5 a 9 años) de egresos por alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año vigente)) (MENOS) Nº de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por problemas y/o trastornos mentales (año anterior))/Nº de niños/as (5 a 9 años)en tratamiento por problemas y/o trastornos mentales (año anterior))*100	REM A05
			Aumentar el número de casos de niños y niñas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	Casos presentados en consultoría de Salud Mental	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de niñas/os (año vigente) / N° de niñas/os de ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de niñas/os (año anterior) / N° de niñas/os de ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))*100	REM A06 / REM A05
			Aumentar las VDI en Niños y niñas en riesgo psicosocial en relación año anterior	VDI en Niños y niñas en riesgo psicosocial en relación año anterior	(N° de Niños y niñas en riesgo psicosocial que reciben VDI (año vigente) (MENOS) N° de Niños y niñas en riesgo psicosocial que reciben VDI (año anterior)/ N° de Niños y niñas en riesgo psicosocial que reciben VDI (año anterior))*100	REM A26

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la prevención en distintas etapas del ciclo vital	Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con maltrato	Aumentar la atención de niños y niñas de 0 a 9 años víctimas de maltrato en relación al año anterior.	Entregar atención a niños y niñas de 0 a 9 años víctimas de maltrato en relación al año anterior.	(Nº niños y niñas de 0 a 9 años atendidos por maltrato (año vigente) (MENOS) Nº niños y niñas de 0 a 9 años atendidos por maltrato (año anterior) / Nº niños y niñas de 0 a 9 años atendidos por maltrato (año anterior))*100	REM A 05
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer la prevención primaria del rezago en primera infancia	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	100% de niñas y niños menores de 4 años que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación del DSM.	Derivación e ingreso a modalidades de estimulación como: sala de estimulación dependiente de salud o comunitaria, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria. (Ludoteca no es intervención).	(Nº de niñas/os menores de 4 años con rezago en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ Nº total de niñas/os menores de 4 años detectados con rezago en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100	REM A03, Sección A.3 REM A03, Sección A.2
			100% de niñas/os menores de 4 años con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a sala de estimulación del DSM.	Ingreso a Sala de estimulación dependiente de salud.	(Nº de niñas y niños menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor ingresados a sala de estimulación/ Nº total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100	REM A03, Sección A.3 REM A03, Sección A.2
			100% de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor recibe al menos 2 visitas domiciliarias integrales.	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo	(Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM / Nº total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor)*100	REM A26, Sección A REM P2, Sección C
			90% de los niñas y niños detectados con déficit en su desarrollo psicomotor en primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os en reevaluación.	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	(Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ Nº de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses) *100	REM A03, Sección A.2

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la Calidad y Oportunidad de la Atención de pacientes con enfermedades respiratorias agudas	Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años en la atención primaria de salud.	Aumentar en un 5% la población diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años, a control en la atención primaria de salud.	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud.	(Nº de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año vigente) (MENOS) Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año anterior)/ Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año anterior))*100	REM P3, Sección A
			Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlados de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA según niveles de control	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior)) **Calculo de proporción:** (Nº de personas asmáticas controladas de 0-9 años bajo control /Nº de personas asmáticas de 0-9 años bajo control)*100	REM P3, Sección D
		Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja	100% en niños/as menores de 5 años atendidos antes de 24 horas luego de derivación médica por IRA Baja	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA Baja en menores de 5 años	(Nº de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación / Nº de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100	SIGGES

SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

La adolescencia y juventud, es una etapa con enormes oportunidades para la construcción y consolidación de formas de vida saludable, cuyo beneficio puede proyectarse a lo largo de la vida. Particularmente en la adolescencia (10 a 19 años) se producen importantes cambios y desarrollo, a nivel biológico, psicológico y social de un individuo. Estos cambios pueden determinar un conjunto de fortalezas para el desarrollo y en otros ambientes más vulnerables, pueden aumentar los riesgos para la salud.

Por otro lado, se reconoce que los jóvenes (20 y 24 años) que aún estudian y están bajo la dependencia de sus padres, no sólo son considerados adolescentes según definición de adolescencia basada en que no alcanzan la autonomía social total o parcial, sino que sus demandas y necesidades de salud no son diferentes a las del grupo de 10 a 19 años. Por esta razón, conforme a criterios OMS-OPS, el Programa Nacional de Adolescentes y Jóvenes, considera la población de 20-24 años como población joven y realiza recomendaciones de manera que toda la gente joven (10 a 24 años) pueda tener un desarrollo en un contexto favorable de apoyo y protección.

Es por esto que la atención de salud de adolescentes y jóvenes, debe abordarse en forma integral, con enfoque de curso de vida, familiar y comunitario, que considere la participación activa de ellos y ellas, sus familias, escuelas y comunidad, en un marco de derechos y con equidad de género e interculturalidad.

En la adolescencia y juventud la salud sexual y reproductiva, es una temática muy importante. En las actuales políticas del Ministerio de Salud, la atención en salud sexual y reproductiva, implica ofrecer a las personas el acceso a un continuo de servicios que respondan a las necesidades de cada etapa de su ciclo vital. Al mismo tiempo, se favorezca el derecho de hombres y mujeres de estar informados, que tengan la capacidad de tener hijos, la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia, accediendo a métodos de regulación de la fertilidad que sean seguros, eficaces, asequibles, confidenciales y aceptables y que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura. Por otra parte, la atención que se brinda a mujeres con pérdida de una gestación en curso, debe asegurar servicios técnicos de calidad y con las consideraciones éticas, interculturales y de género que aseguren el respeto a los derechos de las personas.
La atención integral de la salud sexual considera el estado de bienestar relacionado con la sexualidad y requiere de un acercamiento positivo, a través de experiencias sexuales seguras y placenteras, libres de coerción, discriminación y violencia.

Bajo este marco, se debe mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud, especialmente en los y las adolescentes, potenciar el trabajo intersectorial, promover factores y conductas protectoras de la salud, apoyar la transición de los y las jóvenes a la vida adulta y promover mayor participación juvenil son algunos de los grandes desafíos en salud.

Promoción

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Fomentar la Prevención de Salud en Atención Primaria	Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental en adolescentes (10 a 19 años) dirigido a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año anterior.	Aumentar el número de talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año anterior.	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental.	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / (Nº de talleres realizados (año anterior))*100	REM A 27
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Población informada sobre salud sexual y reproductiva	Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 14 años	Aumentar en un 20% el ingreso de adolescentes de 10 a 14 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva[2]	(Nº de ingresos de adolescentes de 10 a 14 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) Nº de ingresos de adolescentes de 10 a 14 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior)/ Nº de ingresos de adolescentes de 10 a 14 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior))*100	REM A27, Sección A

[2] Se recomienda realizar este tipo de talleres en concentración I, dado que el objetivo es promocional y busca aumentar cobertura con mensajes que fortalezcan conductas protectoras.

Prevención

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Fomentar la Prevención de Salud en Atención Primaria	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	100% de controles planificados, realizados.	Control de Salud integral adolescentes de 10 a 19 años.	(Nº de controles realizados, según sexo[total de aplicaciones]/ Nº total de controles planificados, según sexo)*100	REM A01, Sección B Informe SS. Meta asignada por comuna
			50% de los controles planificados se realizan en establecimientos educacionales.		(N° de controles realizados en establecimientos educacionales, según sexo/N° total de controles planificados, según sexo)*100	REM A1, Sección D Informe SS. Meta asignada por comuna
		Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres Jóvenes de 20 a 24 años	Aumentar en un 15% el control preconcepcional entregados a mujeres jóvenes de 20 a 24 años en relación al año anterior.	Control Preconcepcional.	(Nº controles preconcepcional entregados a mujeres jóvenes de 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº controles preconcepcional entregados a mujeres jóvenes de 20 a 24 años (año anterior))/ Nº controles preconcepcional entregados a mujeres jóvenes de 20 a 24 años (año anterior))*100	REM A01, Sección A
		Atención integral de salud ginecológica a mujeres adolescentes.	Aumentar en un 30% los controles ginecológicos a adolescentes.	Control ginecológico a adolescentes.	(Nº de controles ginecológicos a adolescentes de 10 a 19 años (año vigente) (MENOS) Nº de controles ginecológicos a adolescentes de 10 a 19 años (año anterior)/ Nº de controles ginecológicos a adolescentes de 10 a 19 años (año anterior))*100	REM A01, Sección A

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Fortalecer la promoción de sexo seguro y prevención del VIH e ITS	Aumentar el número de adolescentes mujeres y hombres de 10 a 19 años que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Aumentar en un 10% el número de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a adolescentes mujeres y hombres de 10 a 14 años.	Consejería en salud sexual y reproductiva.	(Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 a 14 años (año vigente) (MENOS)Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 a 14 años (año anterior)/ Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 a 14 años (año anterior))*100	REM 19a, Sección A
			Aumentar en un 10% el número de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a adolescentes mujeres y hombres de 15 a 19 años.	Consejería en salud sexual y reproductiva.	(Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años (año anterior)/ Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años (año anterior))*100	REM 19a, Sección A
		Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención el VIH-SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes.	Aumentar en un 10% consejería en prevención de VIH e ITS en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Consejería en prevención de VIH e ITS a adolescentes y jóvenes	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años realizadas (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, realizadas (año anterior)/ Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS, en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años realizadas (año anterior))*100	REM 19a, Sección A

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Fortalecer la promoción de sexo seguro y prevención del VIH e ITS	Promover el uso del condón en adolescentes	Aumentar en un 15% la tasa de consejería con entrega de condones en Espacios Amigables y Diferenciados.	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, Consejería en prevención de VIH e ITS y Consejería en regulación de la fertilidad, con entrega de condones en Espacios Amigables y Diferenciados	(Nº de consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones a adolescentes en espacios amigables y diferenciados realizadas (año vigente) (MENOS) Nº de consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones a adolescentes en espacios amigables y diferenciados realizadas (año anterior) / Nº de consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones a adolescentes en espacios amigables y diferenciados realizadas (año anterior))*100	REM A19a, Sección A1 en Espacios Amigables/Diferenciado
Disminuir el embarazo adolescente	Fortalecer la Cobertura y Calidad de los servicios de salud amigables para adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	25% de adolescentes (10-14 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad. (META ENS)	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.	(Nº de adolescentes 10-14 años inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes 10-14 años inscritos en centros de salud) *100	REM P1, Sección A Población inscrita validada 10-14 años
			25% de adolescentes (15-19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad. (META ENS)	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.	(Nº de adolescentes (15-19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes (15-19 años) inscritos en centros de salud) *100	REM P1, Sección A Población inscrita validada 15-19 años

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir el embarazo adolescente	Fortalecer la Cobertura y Calidad de los servicios de salud amigables para adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva	Aumentar el uso de doble anticonceptivo (método de regulación de fertilidad efectivo[3] más preservativo) en adolescentes)	100% de adolescentes de 10 a 19 años con uso de doble anticonceptivo (método de regulación de fertilidad más preservativo)	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad con "método de regulación de fertilidad más preservativo") / Nº de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad) *100	REM P1, Sección A
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Fortalecer la promoción de sexo seguro y prevención del VIH e ITS	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.	Aumentar en 10% el examen de VIH en jóvenes de 20-24 años en consultas de morbilidad respecto al año anterior.	Realizar examen de VIH en jóvenes de 20-24 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad.	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 20-24 años (año vigente) (MENOS) Nº de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad 20-24 años (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 20-24 años, (año anterior))*100	REM A11 Sección C1 y/o C2 La sección C.1: Establecimientos que poseen Laboratorio. Sección C.2: establecimientos que compran servicios
					(Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en jóvenes de 20-24 años (año vigente) (MENOS) (Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en jóvenes de 20-24 años (año anterior) /Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en jóvenes de 20-24 años, (año anterior))*100	REM A11 Sección C1 y/o C2 La sección C.1: Establecimientos que poseen Laboratorio. Sección C.2: establecimientos que compran servicios
		Promover Sexo Seguro en jóvenes que ejercen comercio sexual.	Aumentar en un 10% el ingreso a control de salud sexual de jóvenes que ejercen comercio sexual respecto al año anterior.	Control de Salud sexual en jóvenes, que ejercen comercio sexual.	(Nº de jóvenes de 20-24 años que ejercen comercio sexual que ingresan a control de salud sexual (año vigente) (MENOS) Nº de jóvenes de 20-24 años que ejercen comercio sexual que ingresan a control de salud sexual (año anterior)/Nº de jóvenes de 20 24 años que ejercen comercio sexual en control de salud sexual (año anterior))*100	REM A05 Sección U

[3] Método regulación de fertilidad, métodos de larga duración (LARCS)

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Fomentar la Prevención de Salud en Atención Primaria	Entregar herramientas para la prevención de la violencia en adolescentes, dirigidos a padres y/o cuidadores y/o profesores y/o adolescentes	Aumentar el Nº talleres preventivos en la temática de maltrato y de violencia respecto al año anterior	Talleres preventivos en temática de violencia	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior)/ Nº de talleres realizados (año anterior))*100	REM A 27
		Detección temprana de Adolescentes y jóvenes con problemas de salud mental, consumo problemático de alcohol y/o drogas	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección alcohol y drogas CRAFFT en adolescentes (15 a 19 años) e intervención motivacional.	Intervención preventiva en adolescentes: Realizar tamizaje de consumo de drogas y alcohol en adolescentes junto con una intervención motivacional.	(N° intervenciones preventivas / N° población inscrita validada de FONASA entre 15 y 19 años)*100	REM A05 Población FONASA inscrita validada
			Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección alcohol y drogas ASSIST en jóvenes (20 a 24 años) e intervención breve.	Intervención preventiva en jóvenes: Realizar tamizaje de consumo de alcohol y drogas en jóvenes junto con una intervención breve y/o consejería.	(N° intervenciones preventivas / N° población inscrita validada de FONASA entre 20 y 24 años)*100	REM A05 Población FONASA inscrita validada

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Fomentar la Prevención de Salud en Atención Primaria	Aumentar la cobertura de vacunación	90% de cobertura en 2ª dosis de VPH vacunación	Administrar segunda dosis de vacuna contra el Virus Papiloma Humano a adolescentes que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico	(Nº de adolescentes con segunda dosis de vacuna VPH que cursan 5º básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico/Nº de adolescentes matriculadas en 5º básico que recibieron 1ª dosis el año anterior) *100	Sistema Informático RNI Nº de matrículas en 5º básico 2015 Ministerio de Educación
		Proteger la salud de adolescentes	≥ 30% de los adolescentes de 12 años ingresados a Salud Oral reciben CBT.	Consejería Breve en Tabaco (CBT).	(Nº de adolescentes de 12 años de edad que reciben CBT/ Nº Total de ingresos odontológicos de adolescentes de 12 años de edad) * 100	REM A09, sección B / REM 09, sección C.
		Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.	100% de auditorías realizadas a familiares de adolescentes de 10 a 19 años fallecidos por neumonía en domicilio	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	(Nº de auditorías realizadas a casos de adolescentes de 10 a 19 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de adolescentes de10 a 19 años que fallecen en domicilio por neumonía)* 100	Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS.
			50% de auditorías realizadas a familiares de jóvenes de 20 a 24 años fallecidos por neumonía en domicilio de 20 a 24 años.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	(Nº de auditorías realizadas a casos de jóvenes de 20 a 24 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de jóvenes de 20 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100.	Plataforma PVS
		Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo en jóvenes de 20 a 24 años.	Incrementar al menos en un 20% respecto al año anterior los EMPA en la población de jóvenes de 20 a 24 años inscrita validada.	Realizar Examen de Medicina Preventiva en jóvenes de 20 a 24 años, aplicando pauta de protocolo.	(Nº de EMPA realizados a población 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de EMPA realizados a población 20 a 24 años (año anterior)/ Nº de EMPA realizados a población 20 a 24 años (año anterior))*100.	REM A02

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Fomentar la Prevención de Salud en Atención Primaria	Controlar mal nutrición por exceso, perfil metabólico y la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.	Al menos el 50% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC	Mejorar la mal nutrición por exceso en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC / Nº total de adolescentes entre 10 a 19 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10
			Al menos el 50% de los adolescentes de 10 a 19 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial.	Mejorar la mal nutrición por exceso en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial. / Nº total de adolescentes de 10 a 19 años con control correspondiente realizado)* 100	REM P10
			Al menos el 50% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran perímetro de cintura	Mejorar el perímetro de cintura en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran perímetro de cintura / Nº total de adolescentes entre 10 a 19 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10
			Al menos el 90% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad.	Mejorar la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/ Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejora su condición física, en términos de capacidad. / Nº total de adolescentes entre 10 a 19 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Fomentar la Prevención de Salud en Atención Primaria	Controlar mal nutrición por exceso, perfil metabólico y la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.	Al menos el 50% de los jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial.	Mejorar la mal nutrición por exceso en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial. / Nº total de jóvenes entre 20 y 24 años con control correspondiente realizado)* 100	REM P10
			Al menos el 50% de los jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos mejoran perímetro de cintura	Mejorar el perímetro de cintura en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos mejoran perímetro de cintura / Nº total de jóvenes entre 20 y 24 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10
			Al menos el 90% de los jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad.	Mejorar la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos mejora su condición física, en términos de capacidad. / Nº total de jóvenes entre 20 y 24 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10

Tratamiento

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género	Mejorar la atención de adolescentes víctimas de maltrato	Aumentar la atención de adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato en relación al año anterior.	Entregar atención a adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato en relación al año anterior.	(Nº adolescentes de 10 a 19 años atendidos por maltrato (año vigente) (MENOS) Nº adolescentes de 10 a 19 años atendidos por maltrato (año anterior) / Nº adolescentes de 10 a 19 años atendidos por maltrato (año anterior))*100	REM A 05
			Aumentar los ingresos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años a atención integral por violencia de género.	Ingreso de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años a atención integral por violencia de género.	(Nº adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresados a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) Nº adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresados a atención integral por violencia de género (año anterior) / Nº adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresados a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	REM 05
			Disminuir los egresos por abandono de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	Egreso por abandono de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en atención integral por violencia de género.	(Nº adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados por abandono de atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) Nº adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados por abandono de atención integral por violencia de género (año anterior) / Nº adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados por abandono de atención integral por violencia de género (año anterior))*100	REM 05

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales.	Aumentar los ingresos a tratamiento de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 por trastornos mentales	Ingreso a tratamiento de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 por trastornos mentales	(N° adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que ingresan a tratamiento por trastornos mentales (año vigente) (MENOS) N° adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que ingresan a tratamiento por trastornos mentales (año anterior) / N° adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que ingresan a tratamiento por trastornos mentales (año anterior))*100	REM A05
			Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en adolescentes y jóvenes(10 a 24 años) del 22% de prevalencia	Atención integral de adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) con trastorno mental bajo control	Población bajo control por trastorno mental de 10 a 24 años (año vigente) / Población inscrita validada de 10 a 24 años x 22% de prevalencia	REM P06
			Aumentar 10% el número de altas clínicas de adolescentes y jóvenes con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Egreso por altas clínicas de adolescentes y jóvenes con problemas y/o trastornos mentales	(Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año vigente) (MENOS) Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año anterior)/ Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año anterior))*100	REM A05
			Aumentar 10% el Nº de casos de adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	Casos presentados en consultoría de Salud Mental de adolescentes y jóvenes (10 a 24 años)	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de adolescentes y jóvenes (año vigente) / N° de adolescentes y jóvenes ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente) (MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de adolescentes y jóvenes (año anterior) / N° de adolescentes y jóvenes ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))*100	REM A06 / REM A05

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Prevención de enfermedades bucales en niños y escolares	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	≥ 74% de cobertura de altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años, inscritos y validados	Atención odontológica integral a población adolescente de 12 años.	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/ Nº Total de adolescentes de 12 años inscritos y validados)*100	REM A09, Sección C
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Atención y detección a tiempo de personas con asma y EPOC	Incrementar la cobertura de pacientes adolescentes crónicos respiratorios.	Aumentar en 5% la población adolescente de 10 a 19 años bajo control en el Programa IRA.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica.	(Población adolescente de 10 a 19 años bajo control en el Programa IRA (año vigente) (MENOS) Población adolescente de 10 a 19 años bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA (año anterior) / Población adolescente bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA (año anterior))* 100	REM P3, Sección A
			Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlados de 10 a 19 años bajo control en Programa IRA según niveles de control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 10 a 19 años bajo control en Programa IRA	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / (Proporción de población bajo control asmática controlada(año anterior)) **Calculo de proporción:** (Nº de personas asmáticas controladas de 10-19 años bajo control /Nº de personas asmáticas de 10-19 años bajo control)*100	REM P3, Sección D

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Atención y detección a tiempo de personas con asma y EPOC	Incrementar la cobertura de pacientes jóvenes crónicos respiratorios.	Aumentar en 5% la población bajo control de 20 a 24 años en Programa ERA.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica.	(Población de 20-24 años bajo control Programa ERA (año vigente)(MENOS) Población de 20 a 24 años bajo control Programa ERA (año anterior) / Población de 20 a 24 años bajo control Programa ERA (año anterior))*100	REM P3, Sección A
			Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlado de 20 a 24 años bajo control en Programa ERA según niveles de control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 20 a 24 años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población bajo control asmática de 20 a 24 años controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática de 20 a 24 años controlada (año anterior) / (Proporción de bajo control asmática de 20 a 24 años controlada (año anterior)) **Cálculo de proporción:** (Nº de personas asmáticas controladas de 20-24 años bajo control /Nº de personas asmáticas de 20-24 años bajo control)*100	REM P3, Sección D
Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Incrementar cobertura efectiva de HTA	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Incrementar en al menos 20% respecto a 2015 la cobertura de personas hipertensas de 20-24 años bajo control.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura hipertensos (año vigente) (Menos) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior) **Cálculo de Cobertura:** (Nº de personas hipertensas de 20 -24 años bajo control/Nº de personas hipertensas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada)*100	REM P4, Sección B Población estimada según Estudio Fasce 2007 (15,7%)
			Incrementar en un 30% respecto al año anterior la proporción de hipertensos de 20-24 años bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mm/Hg, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	(Proporción de Metas de compensación (año vigente)([MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior))/(Proporción de Metas de compensación (año anterior)) **Cálculo Proporción de Metas de compensación:** (Nº de personas hipertensas de 20-24 años bajo control con presión arterial <140/90 mm Hg/Nº de personas hipertensas de 20-24 años bajo control en PSCV)*100	REM P4, Sección B

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Incrementar cobertura efectiva de HTA	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Incrementar en un 10% respecto al año anterior la proporción de hipertensos de 20-24 años con presión arterial <140/90 mm/Hg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) / Proporción de metas de compensación (año anterior)) **Cálculo de Proporción de Metas compensación en población inscrita:** (Nº de personas hipertensas de 20-24 años con presión arterial <140/90 mm Hg / Nº de personas hipertensas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada)*100	REM P4, Sección B Población estimada según prevalencia Estudio Fasce 2007 (15,7%)
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Incrementar en al menos 20% respecto a 2015 la cobertura de personas diabéticas de 20-24 años bajo control.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años.	(Cobertura Diabéticos (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabéticos (año anterior/ Cobertura Diabéticos (año anterior)) **Cálculo de Cobertura:** (Nº de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada)*100	REM P4, Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%)
			Incrementar en al menos un 30% la proporción de diabéticos de 20-24 años bajo control en PSCV con (HbA1c<7%) hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de metas de compensación (año anterior)) **Cálculo de proporción** (Nº de personas diabéticas de 20-24 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 20-24 años bajo control en PSCV)*100	REM P4, Sección B
			Incrementar en un 10% la proporción de diabéticos de 20-24 años con (HbA1c<7%) en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) / Proporción de metas de compensación (año anterior)) **Cálculo de proporción** (Nº de personas diabéticas de 20-24 años con HbA1c<7%) / Nº de personas diabéticas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada) * 100	REM P4, Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%)

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus	Evaluar la calidad de atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en Guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV.	Incrementar en 50% la proporción de pacientes diabéticos que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados.	Evaluación de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos en control en PSCV.	(N° de personas con diabetes de 20 a 24 años bajo control en PSCV en los centros centinela con evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / N° total de personas con diabetes bajo control en los centros centinela al corte)*100.	QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención. REM P4, Sección A Definir los centros centinelas

Rehabilitación

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la discapacidad	Mejorar la cobertura de atención en personas con discapacidad	Avanzar en la detección de necesidades de la población adolescente con capacidades especiales (discapacitados)	Conocer la población adolescente en situación de discapacidad tanto en el ámbito de las alteraciones musculo esqueléticas como de salud mental inscrita en el CESFAM	Elaborar catastro de población adolescente (10 a 19 años) en situación de discapacidad	Nº de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad inscritos en el centro de salud familiar	REM 03, Sección C.2.
				Identificar el número de adolescentes (10 a 19 años) insertos en programas de rehabilitación	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación / Nº de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad inscritos en el centro de salud familiar)*100	REM 05, Sección R

SALUD EN EDAD ADULTA

El fenómeno demográfico en Chile, caracterizado por una disminución de la fecundidad, el descenso de la mortalidad infantil y un menor riesgo de muerte a toda edad, ha contribuido al cambio en la estructura poblacional con un consiguiente aumento de la población adulta y adulta mayor. Este nuevo panorama demográfico y epidemiológico obliga a buscar estrategias diferentes para satisfacer las necesidades de salud de las personas adultas, justificando el desarrollo de acciones que permitan disminuir en el tiempo las inequidades, brechas y barreras asociadas a la mayor morbilidad y mortalidad de este grupo.

La mortalidad prematura trae consecuencias significativas no sólo por la muerte y pérdida de un individuo, sino porque la población adulta, es la población laboralmente activa del país, la que potencia la economía, da soporte a los menores y contribuye al bienestar de los adultos mayores.
El modelo de atención de salud para este grupo etario debe estar enfocado en la entrega de una atención integral para mujeres y hombres de 25 a 64 años que responda a sus necesidades específicas mediante estrategias de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que cuenten con la mejor evidencia disponible y de forma oportuna, expedita y de calidad, considerando el principio de equidad a lo largo del curso de vida.

En las personas adultas, la sexualidad y la reproducción tienen una gran relevancia. Es por ello que en las actuales políticas del Ministerio de Salud, la atención en salud sexual y reproductiva, implica ofrecer a las personas el acceso a un continuo de servicios que respondan a las necesidades de cada etapa de su ciclo vital. Al mismo tiempo, se favorezca el derecho de hombres y mujeres de estar informados, que tengan la capacidad de tener hijos, la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia, accediendo a métodos de regulación de la fertilidad que sean seguros, eficaces, asequibles, confidenciales y aceptables y que las personas puedan tener una vida sexual satisfactoria y segura. Por otra parte, la atención que se brinda a mujeres con pérdida de una gestación en curso, debe asegurar servicios técnicos de calidad y con las consideraciones éticas, interculturales y de género que aseguren el respeto a los derechos de las personas.

La atención integral de la salud sexual considera el estado de bienestar relacionado con la sexualidad y requiere de un acercamiento positivo, a través de experiencias sexuales seguras y placenteras, libres de coerción, discriminación y violencia. También incluye el acceso equitativo a la salud de la pareja infértil.

Otro desafío para las actuales políticas públicas es el aumento de la esperanza de vida, con un aumento cada vez mayor de mujeres en edad mediana y vejez. Entre las circunstancias y problemas que afectan la salud, están: la menopausia, o cambios en la función ovárica que marcan el fin de la etapa reproductiva y conllevan un importante impacto en la salud, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, incontinencia urinaria, tumores malignos, problemas de salud mental. En Chile el Cáncer Cervicouterino (CaCU) continúa siendo un importante problema de

salud pública como en la mayoría de los países en desarrollo, con una incidencia estimada para el quinquenio 2003-2007 de 14.6 por 100 mil háb, es decir cerca de 1300 casos nuevos por año. Con respecto a las muertes por esta enfermedad, el año 2013, murieron en Chile 560 mujeres por CaCU, un 35% eran menores de 55 años de edad, con una tasa de mortalidad observada de 6.3 por 100 mil mujeres, aun cuando se ha observado una progresiva disminución de la mortalidad por CaCU en nuestro país, esta tendencia ha sido lenta en la última década y aún tenemos una tasa de mortalidad ajustada 2012 (5,58/100.000) que es dos a tres veces mayor que en Norteamérica y Europa Occidental.

La Organización Mundial de la Salud OMS considera el Cáncer de mama uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, el más frecuente en la mujer en países desarrollados y en vías de desarrollo, en los últimos 25 años duplicó el número de casos nuevos anuales. En Chile, el cáncer de mama en el año 2013 alcanzó una tasa de mortalidad observada de 15,8 por 100.000 mujeres, con 1403 defunciones de mujeres. En el año 2011 fallecen 11 varones por esta causa con una tasa de 0.1 (Fuente DEIS- Minsal)

Es importante destacar que la prevención y detección precoz de estas dos patologías debe continuar siendo un desafío prioritario en la Atención Primaria.

Cada encuentro de la mujer con el equipo de salud representa una oportunidad clave para su educación y para realizar intervenciones preventivas. Desde la perimenopausia, los profesionales de la salud deben ir más allá de los síntomas manifestados por la mujer, explorando otros factores que pudieran afectar su bienestar en esta etapa de su vida (alimentación, actividad física, salud mental, sexualidad, relaciones familiares y sociales), adoptando el enfoque biopsicosocial integral, centrado en mejorar la calidad de vida y en las necesidades de cada mujer, vistas como sujetos activos en el logro y mantención de un adecuado estado de salud a lo largo de su curso de vida.

Promoción

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar la Promoción de Salud en Comunas	Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental en adultos	Aumentar el número de talleres de educación grupal en adultos respecto al año anterior.	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental.	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100	REM A 27

Prevención

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Fomentar la Prevención de Salud en Atención Primaria	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Incrementar en un 20% la cobertura de EMPA en la población inscrita validada	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo.	(Cobertura EMPA (año vigente)(MENOS) Cobertura EMPA (año anterior) / Cobertura EMPA (año anterior)) Calculo de cobertura: (Nº de EMPA realizados a población adulta inscrita validada /Población Total adulta inscrita validada)*100	REM A02
			Incrementar en un 15% los EMPA en hombres de 25-64 años respecto a lo realizado el año anterior.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 25 a 64 años aplicando pauta de protocolo.	(Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año vigente) (MENOS) Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año anterior)/ Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año anterior))*100 **Calculo de proporción:** (Nº de EMPA realizados en hombres 25-64 años/ Nº Total de EMPA realizados en hombres de 25 a 64 años)*100	REM A02
Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Mejorar la continuidad de la atención de las personas con Enfermedades Cardiovasculares	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	El 100% de los adultos de 25 a 64 años, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	(Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de personas adultas con ACV o IAM)* 100	SIDRA DEIS Base de egresos hospitalarios Hay línea base
Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Mejorar la cobertura de tratamiento de nefroprevención en pacientes diagnosticados con ERC.	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año.	(Nº de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al corte)* 100	REM P4, Sección A

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Mejorar la oportunidad de la atención de las personas con Enfermedades Cardiovasculares	Aumentar la cobertura diagnóstica en personas de 25-64 años de hipertensión arterial.	Aumentar en un 15% la cobertura de personas de 25-64 años con hipertensión respecto al año anterior.	Screening intencionado de personas hipertensas a través de la toma de presión arterial en todo control de salud o consulta de morbilidad, EMPA, entre otras alternativas	(Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA (año vigente) (MENOS) Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA (año anterior)) / Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA (año anterior))	REM P4, Sección A Población estimada según ENS 2009-2010
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus		Aumentar la cobertura diagnóstica en personas de 25-64 años de diabetes	Aumentar en un 15% la cobertura de personas de 25-64 años con diabetes respecto al año anterior.	Búsqueda intencionada de diabetes en personas de riesgo: obesos, mayores de 40 años, antecedentes familiares de diabetes, antecedentes personales de diabetes gestacional, a través del EMPA, controles de salud, consulta de morbilidad, entre otras alternativas.	(Nº de personas de 25 a 64 años bajo control con DM (año vigente) (MENOS) Nº de personas de 25 a 64 años bajo control con DM (año anterior))/de 25 a 64 años bajo control con DM (año anterior))*100	REM P4, Sección A Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%)
	Reducir las complicaciones en personas con diabetes	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	100% de las personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 en PSCV se les ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control)*100	REM P4
			100% de las personas diabéticas de 25-64 años bajo control con úlceras activas reciben manejo convencional o avanzado de heridas.		(Nº de personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado / Nº total de personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie)*100	QUALIDIAB-Chile REM P4

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en niños, adolescentes y jóvenes	Fomentar la realización de actividad física en la población	Controlar mal nutrición por exceso, perfil metabólico y la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.	Al menos el 50% de los adultos de 25 a 64 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial.	Mejorar la mal nutrición por exceso en población con factores de riesgo de desarrollar a través del programa VIDA SANA	(Nº de los adultos de entre 25 a 64 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial. / Nº total de adultos entre 25 a 64 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10
			Al menos el 50% de los adultos de 25 a 64 años intervenidos mejoran perímetro de cintura	Mejorar el perímetro de cintura en población con factores de riesgo de desarrollar a través del programa VIDA SANA	Nº de los adultos de 25 a 64 años intervenidos mejoran perímetro de cintura / Nº total de adultos entre 25 a 64 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10
			Al menos el 90% de los adultos de 25 a 64 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad.	Mejorar la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar a través del programa VIDA SANA	(Nº de los adultos de 25 a 64 años intervenidos mejora su condición física, en términos de capacidad. / Nº total de los adultos de 25 a 64 años con control correspondiente realizado)* 100	REM P10
Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Aumento de la Detección e Ingreso Precoz a Tratamiento con priorización en grupos vulnerables	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea y por morbilidad.	Aumentar en 10% el examen de VIH en personas de 25-64 años en consultas de morbilidad	Realizar examen de VIH en personas de 25-64 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 25-64 años (año vigente) (MENOS) Nº de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años, (año anterior))*100	REM A11
			Aumentar en 10% el examen de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea		(Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea de 25-64 años (año vigente) (MENOS) Nº de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea de 25-64 años (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea de 25-64 años, (año anterior))*100	REM A11

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Fortalecer la promoción de sexo seguro y prevención del VIH e ITS	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Aumentar en un 10% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas por sexo (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo (año anterior) / Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas por sexo realizadas (año anterior))*100	REM A19a, Sección A1
		Promover Sexo Seguro en personas que ejercen comercio sexual	Aumentar en un 10% el ingreso a control de salud sexual de personas que ejercen comercio sexual, respecto al año anterior.	Control de Salud Sexual en personas que ejercen comercio sexual.	(Nº de personas que ejercen comercio sexual que ingresan a control de salud sexual (año vigente)(MENOS) Nº de personas que ejercen comercio sexual que ingresan a control de salud sexual (año anterior)/Nº de personas que ejercen comercio sexual en control de salud sexual (año anterior))*100	REM A05, Sección U
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la Calidad y Oportunidad de la Atención de pacientes con enfermedades respiratorias agudas	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	50% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	(Nº de auditorías realizadas a casos de 25 a 64 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de 25 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100	Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS. Informe semestral DET.
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar la Promoción de Salud en Comunas	Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental en personas adultas.	Aumentar el Nº de talleres preventivos de salud mental respecto al año anterior	Talleres preventivos de salud mental.	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100	REM A 27
		Detección temprana de personas adultas con problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y/o drogas	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección de alcohol y drogas con base a instrumento tamizaje (AUDIT y/o ASSIST) en adultos e intervención breve y/o consejería.	Intervención preventiva en adultos: Realizar tamizaje de consumo de alcohol y drogas junto con una intervención breve y/o consejería.	(N° intervenciones preventivas / N° población inscrita validada de FONASA entre 25 y 64 años) * 100	REM A05 Población inscrita validada Fonasa
		Entregar herramientas para la prevención de violencia en personas adultas.	Aumentar el Nº de talleres preventivos en temática de violencia respecto al año anterior	Talleres preventivos en temática de violencia.	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior)/ Nº de talleres realizados (año anterior))*100	REM A 27

Tratamiento

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Incrementar cobertura efectiva de HTA	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Incrementar en al menos 20% la cobertura de personas hipertensas de 25-64 años bajo control	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	(Cobertura hipertensos (año vigente)(MENOS) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior))	REM P4, Sección B Población estimada según prevalencia estudio Fasce 2007 (15,7%) **Cálculos de Cobertura:** (Nº de personas hipertensas de 25 -64 años bajo control/Nº de personas hipertensas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada)* 100
			Incrementar en un 30% la proporción de hipertensos de 25-64 años bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mm/Hg, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.		(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ Proporción de Metas de compensación (año anterior))	REM P4, Sección B **Cálculo de Proporción de Metas compensación:** (Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control con presión arterial <140/90 mm Hg/Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control en PSCV)*100
			Incrementar en un 10% la proporción de hipertensos de 25-64 años con presión arterial <140/90 mm/Hg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.		(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ Proporción de Metas de compensación (año anterior))	REM P4, Sección B Según prevalencia estimada en estudio Fasce 2007 (15,7%) **Cálculo de Proporción de Metas compensación en población inscrita validada :** (Nº de personas hipertensas de 25-64 años con presión arterial <140/90 mm Hg / Nº de personas hipertensas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada)*100

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Incrementar en al menos 20% la cobertura de personas diabéticas de 25-64 años bajo control	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	(Cobertura Diabéticos (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabéticos (año anterior)/ Cobertura Diabéticos (año anterior))	REM P4, Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%) **Cálculos de Cobertura:** (Nº de personas diabéticas de 25 -64 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada)* 100
			Incrementar en al menos un 30% la proporción de diabéticos de 25-64 años bajo control en PSCV con (HbA1c<7%) hasta alcanzar una compensación de al menos 80%		(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ Proporción de Metas de compensación (año anterior))	REM P4, Sección B **Cálculo de Proporción de Metas compensación:** (Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control en PSCV)* 100
		Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Incrementar en un 10% la proporción de diabéticos de 25-64 años con (HbA1c<7%) en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.		(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior) / Proporción de Metas de compensación (año anterior))	REM P4 **Cálculo de Proporción de Metas compensación en población inscrita validada :** (Nº de personas diabéticas de 25-64 años con (HbA1c<7%) / Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada)*100
			Aumentar en 10% con respecto al año anterior las personas de 25 a 64 años diabéticas tipo 2 en PSCV con HbA1 <7%, PA <140/90mmHg mmHg y Col LDL < 70mg/dl.		(Proporción (año vigente) (MENOS) Proporción (año anterior)/ Proporción (año anterior))	REM P4 **Cálculo proporción**: (Nº de personas con diabetes de 25 a 64 años con HbA1c < 7%, PA < 140/90 mmHg y Col LDL < 70 mg/dl, en el último control)/Nº total de personas diabéticas bajo control de 25 a 64 años)*100

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus	Evaluar la calidad de atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en Guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV.	Incrementar en 50% la proporción de pacientes diabéticos que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados.	Evaluación de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos en control en PSCV.	(Proporción (año vigente) (MENOS) (Proporción (año anterior)/ (Proporción (año anterior))	QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención REM P4 Proporción pacientes diabéticos evaluados (N° de personas con diabetes de 25 a 64 años bajo control en PSCV en los centros centinela con evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / N° total de personas con diabetes bajo control en los centros centinela al corte)* 100.
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en personas adultas	Fortalecer la promoción de sexo seguro y prevención del VIH e ITS	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Aumentar en un 10% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo (año anterior)/ Nº de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo (año anterior))*100	REM A19a, Sección A1
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la detección precoz del cáncer en grupos de riesgo	Aumentar la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años	Incrementar en un 25% respecto al año anterior la detección de colelitiasis en población general	Ecografía abdominal a la población de 35 a 49 años con sospecha fundada de colelitiasis (síntomas)	Proporción de detección de colelitiasis (año vigente) (MENOS) Proporción de detección de colelitiasis (año anterior) / Proporción de detección de colelitiasis (año anterior)	SIGGES. REM BS17 (Establecimientos dependientes de Servicio) REM BM18 (Establecimientos dependientes de Municipalidad) **Cálculo de proporción:** (Nº de adultos 35-49 años con ecografía abdominal positiva para colelitiasis/ Total de adultos 35-49 años con sospecha fundada de colelitiasis (síntomas) con ecografía abdominal efectuada)* 100

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la aplicación adecuada y oportunidad de tratamientos de cáncer en estadios I y II en grupos de riesgo.	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas de 25-64 años con cáncer, dolor, dependencia moderada y severa	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a personas con dependencia moderada y severa	Atender en forma integral a la persona oncológica con dependencia moderada y severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	(Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a personas con problemas oncológicos, dolor y dependencia moderada y severa/ Nº de población bajo control por dependencia moderada y severa))*100	REM P3, SIGGES
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas	Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 25 a 64 años.	Aumentar en 5% la población bajo control de 25 a 64 años en el Programa ERA	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	(Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año anterior) / Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año anterior))*100	REM P3, Sección A
			Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlado de 25 a 64 años bajo control en Programa ERA según niveles de control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 25 a 64 años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior))	REM P3, Sección D **Cálculo de proporción:** (Nº de personas asmáticas controladas de 25-64 años bajo control /Nº de personas asmáticas de 25-64 años bajo control)*100
			Incrementar en 20% la proporción de pacientes con EPOC que logran control adecuado de 40 a 64 años bajo control en Programa ERA	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 40 a 64 años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior) / Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior))	REM P3, Sección D **Cálculo de proporción:** (Nº de personas con EPOC que logran control adecuado de 40-64 años bajo control /Nº de personas con EPOC de 40-64 años bajo control)*100

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Recuperación de la salud oral del adulto de 60 años	Mejorar la salud oral y la calidad de vida en salud oral del adulto de 60 años	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años (GES Salud Oral Integral del adulto de 60 años)	≥ 50 % de cobertura en altas totales odontológicas en adultos de 60 años inscritos validados.	Atención odontológica integral del adulto de 60 años.	*(Nº de adultos 60 años con Altas odontológicas totales / Total estimado de adultos de 60 años inscritos y validados) * 100* *Estimación Población de 60 años = Población inscrita y validada por FONASA 60-64 años / 5.*	REM A09/ FONASA. Población inscrita validada.
Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de mujeres que vivan o hayan vivido violencia de género	Mejorar la pesquisa y atención de mujeres víctimas de violencia de género.	Aumentar la atención a mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	Entregar atención a mujeres víctimas de violencia de género.	(Nº de mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género atendidas (año vigente) (MENOS) Nº de mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género atendidas (año anterior) / Nº de mujeres de 25 a 64 de violencia de género atendidas (año anterior))*100	REM A05
			Disminuir los egresos por abandono de mujeres en atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	Egreso por abandono de mujeres en atención integral por violencia de género.	(Nº mujeres egresadas por abandono de atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) Nº mujeres egresadas por abandono de atención integral por violencia de género (año anterior)/ Nº mujeres egresadas por abandono de atención integral por violencia de género (año anterior))*100	REM A 05

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados	Brindar atención integral y oportuna a personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales.	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en adultos (25 a 64 años) del 22% de prevalencia	Atención integral de adultos (25 a 64 años) con trastorno mental bajo control	Población bajo control por trastorno mental de 25 a 64 (año vigente) / Población inscrita validada de 25 a 64 años x 22% de prevalencia	REM P06
			Aumentar el número de altas clínicas de adultos con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Egreso por altas clínicas de adultos con problemas y/o trastornos mentales	(Nº de adultos egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año vigente) (MENOS) (Nº de adultos egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año anterior) / Nº de adultos egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año anterior))*100	REM A05
			Aumentar el número de casos de adultos (25 a 64 años) presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	Casos presentados en consultoría de Salud Mental adultos (25 a 64 años)	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de adultos (25 a 64 años) (año vigente) / N° de adultos (25 a 64 años) ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de adultos (25 a 64 años) (año anterior)/ N° de adultos (25 a 64 años) ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100	REM A06 / REM A05

Rehabilitación

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Aumentar 25% pacientes EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	(Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado año (año vigente) (MENOS) Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior)) *100	REM P3, Sección C REM P3, Sección A

SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES

El abordaje de la salud de las personas adultas mayores, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, está centrado en la promoción del envejecimiento saludable o activo, la prevención de la morbimortalidad, el control de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles y mantención de la funcionalidad, con miras a prevenir discapacidad y dependencia, esto último es base fundamental para construir una vida satisfactoria en la vejez. Todos estos esfuerzos deberían traducirse en una mejor calidad de vida para la población adulta mayor. Lo anterior implica incorporar a la atención de la persona adulta mayor una mirada que integre tanto los elementos y principios del Modelo de Atención, como aquellos elementos propios que nos pueden aportar la atención especializada del adulto mayor aplicadas al nivel en que se encuentre la persona mayor.

En este entendido y para el caso de las personas mayores, la implementación de un Modelo de Atención está basada en algunos conceptos que se han ido desarrollando a lo largo de los últimos años, desde el primer concepto de haber definido la Funcionalidad como quizás el mejor indicador de salud del adulto mayor, luego considerar que esta mejor funcionalidad posible debe traducirse en una población adulta mayor más autónoma y autovalente , además participativa (una sociedad para todas las edades) logrando un envejecimiento activo y saludable, para finalmente lograr un envejecimiento con personas mayores activas pero más responsables de su autocuidado y planificando su etapa de envejecimiento (envejecimiento exitoso). Todo lo anterior sustentado en un enfoque epidemiológico, de determinantes sociales, estrategia de atención primaria y el reconocimiento de los derechos de las personas de la tercera edad.

El abordaje del proceso de envejecimiento, nos obliga hoy día a consolidar la atención de la persona adulto mayor con una mirada de Integralidad, de mayor resolutividad y de satisfacción usuaria, en donde el eje que ordena la atención son las personas, al respecto se recomienda que:

Cada equipo de sector identifique su población a cargo con EMPAM vigente (últimos 12 meses), a fin de generar acciones de mejora de dichas coberturas. Se sugiere considerar en la programación del centro de salud el incremento de EMPAM producto de la incorporación del programa Más adultos mayores autovalentes.

El profesional encargado de realizar el control de salud del adulto mayor (EMPAM) debe realizar una valoración general del estado de salud de la persona, revisar si está al día con los controles de patología crónica, evaluar el riesgo de perder funcionalidad a un año plazo (EFAM) y/o Barthel

según corresponda (si hay sospecha de alguna discapacidad); debe derivar a controles o consultas con los profesionales conforme a los problemas de salud pesquisados y realizar control antes de los 6 meses en pacientes frágiles (autovalente con riesgo y riego de dependencia) y control de seguimiento de acuerdo a necesidades. Así mismo derivará a programa "Más adultos Mayores Autovalentes", a todas aquellas personas cuyo EMPAM clasifique como autovalencia con riesgo o sin riesgo o en riesgo de dependencia.

Los equipos deberán velar por el acceso expedito a la cartera de servicios disponibles para las personas adultas mayores, adecuación de la oferta horaria, evitando tramitaciones que obstaculicen el acceso de este grupo etario. El profesional encargado del control de salud del Adulto Mayor apoyara en la gestión de solicitud de hora a control de crónico cuando se pesquise inasistencia a este.

En los casos que se ha producido una pérdida de funcionalidad, los equipos de salud, deben velar por la recuperación de ésta, mediante los programas de rehabilitación. Se debe reforzar el apoyo y orientación en los cuidados de la salud, a las familias y cuidadores de personas mayores en situación de dependencia.

Se recomienda construir un catastro básico de las acciones destinadas al adulto mayor a nivel comunal tanto de salud como del intersector, que permitan derivar o dirigir a los AM a instancias diversas de salud, con fines de apuntar a un trabajo intersectorial en vías de una participación inclusiva de AM.

Promoción* En estrategias Transversales

Prevención

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo Específico	Meta	Actividad	Indicadores	Fuente del Indicador
Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Incrementar la evaluación funcional de las personas adultas mayores y aumentar la cobertura de atención	Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Incrementar al menos en un 30% respecto al año anterior el Control de Salud (EMPAM) en las personas de 65 años y más	Realizar Controles de Salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención	(Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año vigente) (MENOS) (Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior))/Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior))* 100	REM P5

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo Específico	Meta	Actividad	Indicadores	Fuente del Indicador
Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Efectuar Atención Integral del Adulto Mayor	Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM).	80% de las personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia, cuentan con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM).	Realizar control de seguimiento con EFAM a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y con riesgo de dependencia dentro de los primeros 6 meses realizado control de Salud (EMPAM).	(Nº de personas de 65 años y más con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM)/ Nº de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con Control de Salud (EMPAM) vigente))* 100	REM A01, Sección C
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la Calidad y Oportunidad de la Atención de pacientes con enfermedades respiratorias agudas	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.	50% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos de 65 años y más por neumonía en domicilio.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos de 65 años y más por neumonía en el hogar	(Nº de auditorías realizadas a familiares de personas de 65 y más años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de personas de 65 y más años que fallecen en domicilio por neumonía)* 100	Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS. Informe semestral DET
	Mejorar la Cobertura de inmunización anti-influenza y anti-neumococo en grupos prioritarios	Aumentar cobertura de vacuna Neumocócica Polisacárida 23 valente, en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años según población inscrita y validada	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida 23 valente, a los usuarios de 65 años de edad según población inscrita y validada	(Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida 23 valente/Nº Total de personas de 65 años inscritos y validados)*100	Sistema Informático-RNI Población inscrita y validada, 2016
		Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años y más según población inscrita y validada	Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad inscrita y validada.	(Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/Nº Total de personas de 65 años y más inscritos y validados)*100	Sistema Informático – RNI Población inscrita y validada, 2016.

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo Específico	Meta	Actividad	Indicadores	Fuente del Indicador
Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Efectuar Atención Integral del Adulto Mayor	Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM Difusión a través de trípticos, pagina web, Salud responde, poster en centros comunitarios sobre entrega de PACAM. Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM. "consejo breve sobre beneficios para la salud de los productos entregados en el PACAM"	(Proporción de personas bajo control $\geq$ 70 años que reciben PACAM (año vigente)(MENOS) proporción de personas bajo control $\geq$ de 70 años que reciben PACAM (año anterior))	REM D16 REM P5 **Cálculo de proporción:** (Nº de personas de 70 años y más que reciben PACAM/ Nº total de personas de 70 años y más bajo control) x 100
Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Mejorar la detección precoz de ERC en pacientes de alto riesgo	Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV.	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.	Aplicar la "Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular.	(Nº de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de personas de 65 años y más bajo control en PSCV al corte)* 100	REM P4, Sección A
		Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 (VFG estimada < 45 mL/min/1.73m^2)	100% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 en tratamiento con IECA o ARA II.	Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 en el PSCV.	(N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses / N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con Albuminuria moderada o severa (RAC ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 al corte)* 100	REM P4, Sección B
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura diagnóstica de diabetes en personas de 65 años y más	Incrementar a lo menos en un 15% la cobertura de la población de 65 años y más con diabetes tipo 2 bajo control con respecto al año anterior.	Búsqueda intencionada de diabetes tipo 2 en personas de 65 o más años en riesgo, obesos, antecedentes familiares de diabetes, a través del EMPAM, controles de salud, consulta de morbilidad, entre otras alternativas.	Cobertura (año vigente) (MENOS) Cobertura(año anterior)/ Cobertura (año anterior) **Cálculo de la cobertura:** Nº de personas de 65 años y más con resultados de EMP de Glicemia Elevada entre 100 y 199 mg/dl 65 años y más/Nº de personas de 65 años y más con diabetes bajo control	REM P4, Sección A Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo Específico	Meta	Actividad	Indicadores	Fuente del Indicador
Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Mejorar la continuidad de la atención de las personas con Enfermedades Cardiovasculares	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	El 100% de los pacientes de 65 años y más, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7días hábiles post-alta.	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	(Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM)*100	SIDRA DEIS Base de egresos hospitalarios
	Mejorar la oportunidad de la atención de las personas con Enfermedades Cardiovasculares	Aumentar la cobertura diagnóstica de hipertensión arterial en personas de 65 años y más.	Incrementar a lo menos en un 15% la cobertura diagnóstica de personas de 65 años y más con hipertensión arterial respecto al año anterior	Screening intencionado de personas de 65 o más años hipertensas a través de la toma de presión arterial en todo control de salud o consulta de morbilidad, EMPAM, entre otras alternativas	Cobertura (año vigente) (MENOS) Cobertura (año anterior)/ Cobertura (año anterior) **Cálculo de la cobertura**: Nº de personas de 65 años y más con resultados de EMP de Presión arterial Elevada =PA140/90mmHg	REM P4, Sección A Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%)
Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Aumento de la detección e ingreso precoz a tratamiento con priorización en grupos vulnerables	Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más, que consultan por morbilidad o que lo soliciten espontáneamente	Incrementar en un 5% el examen de VIH, en personas de 65 y más años que lo requieran o que consultan por morbilidad, con respecto al año anterior	Realizar examen VIH a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año vigente) (MENOS) Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más, (año anterior))*100	REM A11, Sección C1 REM A11, Sección C2
	Aumento de la detección e ingreso precoz a tratamiento con priorización en grupos vulnerables	Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS.	40% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS.	Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos.	(Nº total de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS / Nº total de personas de 65 años y más bajo control)*100	REM A19, Sección A1 REM P5, Sección A

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo Específico	Meta	Actividad	Indicadores	Fuente del Indicador
Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Incrementar la evaluación funcional de las personas adultas mayores y aumentar la cobertura de atención	Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental en personas adultas mayores.	Aumentar el Nº talleres preventivos de salud mental respecto al año anterior.	Talleres preventivos de salud mental.	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100	REM A 27
		Entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas adultas mayores.	Aumentar el Nº talleres preventivos en la temática de violencia respecto al año anterior	Talleres preventivos en la temática de violencia. Fomentar el desarrollo de los talleres a cuidadores de personas adultas mayores, entre otros.	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100	REM A 27
		Detección temprana de personas adultas mayores con problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección alcohol y drogas con base a instrumento tamizaje (AUDIT) en personas adultos mayores e intervención breve y/o consejería.	Intervención preventiva en personas adultos mayores: Realizar tamizaje de consumo de alcohol junto con una intervención breve y/o consejería.	(N° intervenciones preventivas / N° población inscrita validada de FONASA entre 65 años y más)*100	REM A05

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo Específico	Meta	Actividad	Indicadores	Fuente del Indicador
Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Incrementar la evaluación funcional de las personas adultas mayores y aumentar la cobertura de atención	Entregar herramientas para la prevención del consumo de alcohol y drogas en personas adultas mayores.	Implementar la aplicación de tamizaje para la detección de problemas de salud mental en personas adultas mayores (GHQ-12).	Aplicar instrumento de tamizaje de trastornos mentales (GHQ-12) en personas adultas mayores	(Nº de personas adultas mayores con tamizaje para trastornos mentales (año vigente) (MENOS) Nº de personas adultas mayores con tamizaje para trastornos mentales (año anterior) /Nº total de personas adultas mayores con control GHQ-12 (año anterior))*100	REM A03
	Efectuar Atención Integral del Adulto Mayor	Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con riesgo y en riesgo de Dependencia.	Que el 60 % de los AM egresados del programa mantengan o mejoren su condición funcional.	Aplicación de Instrumento HAQ-8 al ingreso y egreso del programa.	(Nº de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejorar su condición funcional / Nº total de adultos mayores ingresados al programa)*100	REM A05 Sesión M
		Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Que al menos el 60 % de los adultos mayores en control en el centro de salud, ingresen al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	Derivación a Programas Más posterior a aplicación de EMPAM que arroje clasificación autovalentes, autovalente en riesgo y en riesgo de dependencia.	(Nº de personas ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia/ población AM en control con condición autovalente + autovalente con riesgo + riesgo de dependencia)*100	REM A05 Sesión K
			Elaboración y ejecución de un diagnóstico participativo en autocuidado y estilos de vida saludables, para la planificación de una capacitación de líderes comunitarios.	Planificar y ejecutar diagnóstico participativo con líderes de las agrupaciones participantes de los talleres del Más Adultos Mayores Autovalentes.	Dicotómico SI/NO	Informe diagnóstico participativo y planificación de capacitación

Tratamiento

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo Específico	Meta	Actividad	Indicadores	Fuente del Indicador
Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Efectuar Atención Integral del Adulto Mayor	Brindar atención a personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.	Aumentar el ingreso de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.	Ingreso de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.	(Nº de personas de 65 años ingresadas por Alzheimer y otras demencias (año vigente) (MENOS) Nº de personas de 65 años ingresadas por Alzheimer y otras demencias (año anterior)/ Nº de personas de 65 años ingresadas por Alzheimer y otras demencias (año anterior))*100	REM A05
		Mejorar la atención de personas adultas mayores víctimas de violencia de género	Aumentar los ingresos de personas adultas mayores de 65 años y más a atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	Ingreso de personas adultas mayores de 65 años y más a atención integral por violencia de género.	(Nº de personas adultas mayores de 65 años y más ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) Nº de personas adultas mayores de 65 años y más ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ Nº de personas adultas mayores de 65 años y más ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	REM A05
			Disminuir los egresos por abandono de personas adultas mayores de 65 años y más en atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	Egreso por abandono de personas adultas mayores de 65 años y más en atención integral por violencia de género.	(Nº de personas adultas mayores de 65 años y más egresadas por abandono en atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) Nº de personas adultas mayores de 65 años y más egresadas por abandono en atención integral por violencia de género (año anterior)/ Nº de personas adultas mayores de 65 años y más egresadas por abandono en atención integral por violencia de género (año anterior))*100	REM A05

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo Específico	Meta	Actividad	Indicadores	Fuente del Indicador
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la prevención en distintas etapas del ciclo vital	Brindar atención integral y oportuna a personas adultas mayores de 65 años y más con problemas o trastornos mentales.	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas adultas mayores con problemas o trastornos mentales en relación año anterior.	Atención a personas adultas mayores con problemas o trastornos mentales y sus familias.	(Nº de personas adultas mayores que ingresan a tratamiento por problemas mentales (año vigente) (MENOS) Nº de personas adultas mayores que ingresan a tratamiento por problemas mentales (año anterior) / Nº de personas adultas mayores que ingresan a tratamiento por problemas mentales (año anterior))*100	REM A05
			Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en personas adultas mayores del 22% de prevalencia.	Atención integral de personas adultas mayores con trastorno mental bajo control.	Población bajo control por trastorno mental de personas adultas mayores (año vigente) / Población inscrita validada mayor de 65 años y más x 22% de prevalencia	REM P06
			Aumentar el número de altas clínicas de personas adultas mayores con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior.	Egreso por altas clínicas de personas adultas mayores con problemas y/o trastornos mentales.	(Nº de personas adultas mayores egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año vigente) (MENOS) Nº de adultos mayores egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año anterior)/ Nº de personas adultas mayores egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año anterior))*100	REM A05
			Aumentar el número de casos de personas adultas mayores de 65 años y más presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	Casos presentados en consultoría de Salud Mental de personas adultas mayores.	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas adultas mayores (año vigente) / N° de personas adultas mayores ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas adultas mayores (año anterior) / N° de personas adultas mayores ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100	REM A06 / REM A05

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo Específico	Meta	Actividad	Indicadores	Fuente del Indicador
Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Incrementar cobertura efectiva de HTA	Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.	Incrementar en un 15% la proporción de hipertensos de 65 años y más bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mmhg, hasta alcanzar una compensación de al menos 70% en los años siguientes.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años en el PSCV.	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior)) **Cálculo proporción de compensación de metas** Nº de hipertensos de 65 años y más bajo control con presión arterial <140/90 mmhg/Nº de hipertenso de 65 años y más bajo control en PSCV	REM P04, Sección B Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%)
		Aumentar la cobertura efectiva de HTA en personas de 65 años y más.	Incrementar en un 10% la proporción de hipertensos de 65 años y más con presión arterial <140/90 mmhg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80% en los años siguientes.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años.	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de Metas de compensación (año anterior)) **Cálculo de proporción de compensación de metas Población inscrita validada** Nº de hipertensos de 65 años y más con presión arterial <140/90 mmhg / Nº hipertensos de 65 años y más estimados en la población inscrita validada	REM P04, Sección B Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%)
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus	Aumentar la compensación de la diabetes en personas de 65 años y más en el último control.	Incrementar en un 15%, la proporción de diabéticos de 65 años y más bajo control en PSCV con HbA1c<7%, mmHg hasta alcanzar una compensación de al menos 80% en los años siguientes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en los adultos de 65 o más años en el PSCV.	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ Proporción de Metas de compensación (año anterior)) **Cálculo de proporción de compensación de metas Población inscrita validada** Nº de diabéticos de 65 años y más bajo control con HbA1c<7%,/Nº de diabéticos de 65 años y más	REM P04, Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%) más bajo control en PSCV
		Aumentar la cobertura efectiva de Diabetes Mellitus en personas de 65 años y más.	Incrementar la proporción de diabéticos de 65 años y más con HbA1c<7%, mmHg en la población inscrita validada en 10%, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Optimizar el tratamiento de la Diabetes Mellitus en los adultos de 65 o más años.	Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior) / Proporción de Metas de compensación (año anterior) **Cálculo de proporción de compensación de metas Población inscrita validada:** Nº de diabéticos de 65 años y más con HbA1c<7%, / Nº diabéticos de 65 años y más estimados en la población inscrita validada	REM P04, Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo Específico	Meta	Actividad	Indicadores	Fuente del Indicador
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Reducir las complicaciones en personas con diabetes	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	100% de las personas con diabetes tipo 2 de 65 años o más en el PSCV se le ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona con diabetes de 65 y más años y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos que han sido evaluados según nivel de riesgo de ulceración o amputación de pie) en los últimos 12 meses/ Nº Total de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso al programa al corte)*100	REM P4, Sección C y A
			80% de las personas de 65 años y más diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses)*100.	QUALIDIAB-Chile REM P4 Sección C y A
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	Al 80 % de las personas de 65 años y más diabéticos en control en PSCV cuentan con un fondo de ojo vigente.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente / Nº total de personas de 65 años y más ingresados a PSCV por diabetes*100	REM P4, Sección C y A REM A05 Sección G QUALIDIAB-Chile

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo Específico	Meta	Actividad	Indicadores	Fuente del Indicador
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas	Aumentar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios en personas de 65 años y más.	Aumentar en 5% la población de 65 años y más bajo control en el Programa ERA.	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica a usuarios de 65 años y más que consultan por morbilidad o Urgencia y son derivados a Programa ERA	(Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año anterior) / Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año anterior>))*100	REM P3, Sección A
			Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlado de 65 y más años bajo control en Programa ERA según niveles de control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 65 y más años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada año (anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior)) **Cálculo de proporción:** (Nº de personas asmáticas controladas de 65 y más años bajo control /Nº de personas asmáticas de 65 y más años bajo control)*100	REM P3, Sección D
			Incrementar en 20% la proporción de pacientes con EPOC que logran control adecuado de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 65 y más años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior) / Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior)) **Cálculo de proporción:** (Nº de personas con EPOC que logran control adecuado de 65 y más años bajo control /Nº de personas con EPOC de 65 y más años bajo control)*100	REM P3, Sección D
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la Calidad y Oportunidad de la Atención de pacientes con enfermedades respiratorias agudas	Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio.	100% de los adultos mayores de 65 años y más, atendidos antes de las 24 horas luego de derivación médica por NAC de manejo ambulatorio.	Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años.	(Nº de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/N° de casos en personas de 65 años y más con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100	SIGGES

Rehabilitación

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo Específico	Meta	Actividad	Indicadores	Fuente del Indicador
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Aumentar en 25% pacientes EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar finalizado.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	(Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año vigente) (MENOS) Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior))*100	REM P3, Sección C REM P3, Sección A

ESTRATEGIAS TRANSVERSALES

Estrategias de promoción

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente de Indicador
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar la Promoción de Salud en Comunas	Promover acciones de promoción de estilos de vida saludable	Al menos un evento masivo en alimentación saludable	Evento masivo en alimentación saludable	Nº de eventos masivos en relación a la temática de alimentación saludable	REM A19a, Sección B1
			Al menos un evento masivo en actividad física	Evento masivo en actividad física	Nº de eventos masivos en relación a la temática de actividad física	REM A19a, Sección B1
			Realizar al menos 1 actividad de educación grupal al año de promoción, priorizando el entorno comunal y laboral en las temáticas de actividad física, alimentación saludable	Educación grupal en alimentación saludable y actividad, priorizando el entorno comunal y laboral	Una actividad educativa grupal realizada vez al año.	REM A19a, Sección B1 Columnas D y E
		Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental	Aumentar el número de talleres de educación grupal respecto al año anterior.	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental.	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100	REM A 27

ESTRATEGIAS DE REHABILITACIÓN

El Programa de Rehabilitación Integral en las Redes de Salud, es una estrategia transversal a lo largo del ciclo vital y a los grupos etarios, cuyo foco es la población de 20 y más años.

Propósito:

Entregar prestaciones de rehabilitación de calidad, en forma oportuna y accesible, a las personas en situación de discapacidad, permanente o transitoria, mejorando la resolutividad a nivel de la atención primaria de salud.

Objetivo General:

Aumentar la cobertura de rehabilitación física en la red de atención primaria.

Objetivos Específicos

1. Desarrollar estrategias de rehabilitación integradas funcionalmente a la atención primaria de salud, bajo un enfoque biopsicosocial y familiar.
2. Asumir progresivamente la atención integral de la totalidad de las personas en situación de discapacidad leve, transitoria o definitiva, apoyar el manejo terapéutico de las personas en situación de discapacidad moderada, y sus familias, en el contexto comunitario.
3. Desarrollar programas de prevención de discapacidades, promoción de la actividad física y mantención de la funcionalidad a lo largo del ciclo vital.
4. Desarrollar las competencias de los equipos de salud, en particular de profesionales de rehabilitación y médicos generales y de salud familiar, para resolver las necesidades de los usuarios portadores de síndromes dolorosos de origen osteomuscular y mejorar la oportunidad de las derivaciones a especialistas.

Productos Esperados

1. Diagnóstico comunitario participativo: construir el diagnóstico a partir de la evaluación participativa, que permita identificar a las personas que en esa comunidad están en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla y los perfiles que estas tienen. Así mismo identifica, cuantifica y valora, los recursos comunitarios que pueden incidir positiva o negativamente en los procesos de rehabilitación.
2. Evaluación y manejo integral de las personas en situación de discapacidad o en riesgo de adquirirla.

3. Evaluación y manejo integral del entorno familiar y físico de la persona en situación de discapacidad.
4. Planes de tratamiento con objetivos y plazos acordados con la persona en situación de discapacidad, su familia y/o su cuidador (PTI)
5. Valoración de impacto del tratamiento.
6. Actividades de prevención de discapacidad individual y grupal.
7. Actividades terapéuticas individuales y grupales.
8. Consejería individual y familiar.
9. Visitas domiciliarias integrales.

La Programación se desarrolla con los mismos objetivos, actividades, metas e indicadores, independiente del grupo etario o estrategia involucrada a excepción de las visitas domiciliarias integrales que son diferenciadas para los Equipos Rurales

Promoción

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar la Promoción de Salud en Comunas	Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (inclusión social) de las PSD.	20% de las actividades y participación corresponden a actividades de Diagnóstico o Planificación Participativa 10% de las personas atendidas en el Centro logran la participación en comunidad 40% de actividades y participación son actividades de promoción de la salud	1.- Conocer las redes locales y articularse con el intersector para el apoyo a la inclusión social.	(Nº personas que logran participación en comunidad (inclusión social) /Nº total de ingresos)*100 (Total de actividades de Promoción de la Salud / Total de Actividades y Participación)*100 (Total de actividades de Diagnóstico o Planificación Participativa/ Total de Actividades y Participación)*100	REM 28

Prevención

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la discapacidad	Fortalecer la prevención de discapacidad en la población	Prevenir y/o retardar la discapacidad en grupos de personas con enfermedades crónicas, cuidadores	35 % de las personas que ingresan al programa, reciben educación grupal	Realizar talleres destinados a entregar herramientas para prevenir y/o retardar la discapacidad.	(Nº total de personas que ingresa a educación grupal/ total de ingresos) * 100.	REM 28
			50% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores	Entregar herramientas de manejo y cuidados domiciliarios para personas de alta dependencia, entregar herramientas de autocuidado a los cuidadores.	(Nº de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales a los cuidadores/ total de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales) * 100	REM 28

Tratamiento-Rehabilitación

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la discapacidad	Mejorar cobertura de atención de personas con discapacidad	Mantener la atención a personas en situación de Discapacidad leve, moderada o severa.	Mantener al menos un 20% de PSD con Parkinson , secuela de ACV, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Realizar el proceso de rehabilitación, logrando funcionalidad e independencia en las actividades de la vida diaria.	(PSD con Parkinson , secuela de ACV, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular/Total Ingresos) *100	REM 28
Disminuir la discapacidad	Fortalecer la prevención de discapacidad en la población	Abordar a las personas y/o sus familias con Consejería individual o Familiar, con el objetivo de resolver los problemas planteados por ellos en torno a dificultades surgidas por la situación de discapacidad.	5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejerías individuales y/o familiar	Consejería individual y consejería familiar	(Nº total de consejerías individuales y familiares/ total de ingresos)*100	REM 28

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la discapacidad	Fortalecer la prevención de discapacidad en la población	Realizar visitas domiciliarias integrales para conocer el entorno familiar, físico de las personas en situación de discapacidad y realizar adecuaciones e intervenciones individuales y/o familiares.	10%RBC, 10% RI y 50% RR PSD con Visita Domiciliaria Integral	Visita Domiciliaria Integral	(Nº Total de Visitas Domiciliarias Integrales/Total de Ingresos) *100	REM 28
Disminuir la discapacidad	Fortalecer la prevención de discapacidad en la población	Favorecer que las personas en situación de discapacidad atendidas en APS, logren el máximo de autonomía e independencia	50% de PSD que ingresan al programa cuentan con Plan de Tratamiento Integral (PTI).	Trabajar con PTI consensuado con la persona y/o su familia, con objetivos terapéuticos definidos y alta posterior a su cumplimiento	(Nº Total de ingresos con PTI/ Total Ingresos) *100	REM 28
Disminuir la discapacidad	Mejorar la cobertura de la atención de personas con discapacidad	Promover el trabajo en rehabilitación de acuerdo a Medicina Basada en Evidencia	30 % o menos de los procedimientos corresponden a fisioterapia	Procedimientos con énfasis en movilización.	(Nº de procedimientos de fisioterapia / Total de procedimientos) *100	REM 28

SUGERENCIA DE TIEMPOS TERAPÉUTICOS Y FRECUENCIA

Los tiempos terapéuticos en rehabilitación son diferentes a las otras prestaciones de salud, en actividades individuales dependiendo de la condición de la persona, se puede requerir tres horas de ambos profesionales (kinesiólogo y terapeuta ocupacional) para un solo paciente (TEC, AVE, LM saliendo de la etapa sub aguda), trabajo de menor tiempo alarga el proceso y se obtienen menores resultados.

A su vez en artritis y artrosis leves en una primera etapa donde el dolor es de menor intensidad se sugiere trabajar en grupos de 8 a 12 personas dependiendo de los espacios, en actividades educativas y preventivas.

Prestación	**Condición**	**Tiempo terapéutico**	**Frecuencia**
Consultas de Rehabilitación Física. (Evaluación Inicial)	Portadores de TEC, Lesión medular traumática, AVE y otros cuadros complejos recientes	60 min.	1 vez x ingreso
	Portadores de síndromes dolorosos de cualquier origen leve y moderado y otras patologías discapacitantes de curso crónico	30 min.	1vez x ingreso
	Evaluación IVADEC-CIF para certificación	30 min	1 vez x evaluación
Control rehabilitación física (evaluación intermedia) Incluye los tiempos para procedimientos rehabilitación física (estas actividades deben ser anotadas en registro paralelo en forma desagregada)	Portadores de TEC, Lesión medular traumática, AVE y otros cuadros complejos recientes	30 min.	2-3 veces por semana
	Portadores de síndromes dolorosos de cualquier origen leve y moderado y otras patologías discapacitantes de curso crónico	20 min.	1-2 veces por semana
Sesiones de Intervención Terapéuticas	Portadores de TEC, Lesión medular traumática, AVE y otros cuadros complejos recientes	45 min	2-3 veces por semana
	Portadores de síndromes dolorosos de cualquier origen leve y moderado y otras patologías discapacitantes de curso crónico	15 min	2-3 veces por semana
Terapias Grupales (de 6 a 12 personas por vez, dependiendo del espacio)	Artrosis leve y moderada, Parkinson, Adulto Mayor, grupos ergoterapia, prevención cardiovascular, etc.	60 min.	1-2 veces x semana
Trabajo Comunitario / Talleres	Requiere sumar a los tiempos asignados los tiempos de traslado.	60 a 120 min.	1-2 veces x mes
Reunión clínica	Revisión y estudio de casos por los profesionales del equipo incorporando, según necesidad, a otros profesionales	60-120 min.	1-4 veces por mes

Nota: tanto los tiempos terapéuticos como la frecuencia son orientadores.

Estrategia de atención domiciliaria en personas con dependencia severa.

El Programa de Atención Domiciliaria a personas con Dependencia Severa, propende a la expansión de cobertura de la red hacia las personas y familias que reciben atención en los establecimientos de APS. Su población objetivo son aquellas personas inscritas en los establecimientos de Atención Primaria, que sean clasificados con dependencia severa según el Índice de Barthel (puntaje igual o menor a 35 puntos) y sus cuidadores.

Objetivo General:

- Otorgar a las persona con Dependencia Severa, Cuidador y Familia una atención integral en su domicilio, en el ámbito físico, emocional y social, mejorando su calidad de vida, potenciando así su recuperación y/o autonomía.

Objetivos Específicos:

- Atender de manera integral a personas que presentan Dependencia severa, considerando necesidades biopsicosociales del paciente y su familia
- Entregar a Cuidadores y Familia, las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral de la Persona con Dependencia Severa.
- Reconocer el trabajo de Cuidadores de las Personas con Dependencia Severa, entregándoles capacitación y apoyo monetario- si cumplen con los criterios de inclusión.
- Resguardar la continuidad y oportunidad de atención en la Red Asistencial, realizando las coordinaciones oportunas en caso que el usuario requiera ser derivado
- Mantener registro actualizado de las personas con Dependencia Severa en página Web

Visita Domiciliaria Integral: Corresponde a la Atención Integral de Salud proporcionada en el hogar a grupos específicos de alto riesgo, considerándolos en su entorno familiar a través de acciones de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud y que realiza uno o más integrantes del Equipo de Salud en el domicilio de una familia o del usuario. Las personas que se encuentren institucionalizadas podrán recibir la atención domiciliaria del Equipo de Salud, siempre y cuando se encuentren inscritas en un Centro de Salud y sean beneficiaras del Sistema Público de Salud o de algún Programa Gubernamental.

El Equipo de Salud deberá contemplar 2 visitas domiciliarias integrales en el domicilio del usuario las cuales son efectuadas por Enfermera y otro Profesional, para actualizar el estado clínico del Paciente, por otra parte, el equipo, de acuerdo al plan de tratamiento y/o cuidados, determinará acciones mensuales de seguimiento y/o tratamiento.

Pago a Cuidadores de Personas con Dependencia Severa: Corresponde a la asignación monetaria dirigida a quien realiza la función de Cuidador de un paciente que presenta Dependencia Severa y que cumpla con los criterios de inclusión. Los criterios de Inclusión para la entrega de Apoyo Monetario a Cuidadores son que el usuario del Programa:

1. Presente Dependencia Severa para realizar las actividades de la vida cotidiana, según Índice de Barthel (Puntaje igual o inferior a 35 puntos)
2. Se encuentre inscrito en su Centro de Salud
3. Ser beneficiario de FONASA A o B, o clasificados en una de las alternativas:
   a) Ficha de Protección social con un puntaje menor o igual de 8.500 puntos
   b) Chile Solidario
   c) Beneficiario de Pensiones Asistenciales (PASIS)

Este beneficio se define anualmente, según marco presupuestario vigente, y está asociado a registros actualizados que cada Servicio de Salud debe realizar mensualmente en la página web. A partir del año 2016 dicha asignación monetaria, será administrada por el Ministerio de Desarrollo Social, conforme validación técnica de los equipos de salud.

ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA:

El programa considera las siguientes estrategias

1. Visitas Domiciliaras Integrales en domicilio del paciente
2. Reducción del N° de pacientes con escaras
3. Capacitar a Cuidadores de Pacientes con Dependencia Severa
4. Mantener registro actualizado mensual en página web

PRODUCTOS ESPERADOS

1. Atención en forma integral, considerando el estado de salud de la Persona con Dependencia Severa que afecta la realización de las actividades básicas de la vida diaria, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.
2. Cuidadores y grupo familiar capacitados con las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral los pacientes
3. Reconocimiento del aporte del trabajo de quienes cumplen la función de Cuidadores en los cuidados de las Personas con Dependencia Severa y que cumplan los criterios de inclusión. Este reconocimientos se asocia a pago de cuidadores y su monto se define anualmente
4. Coordinación, continuidad y oportunidad de atención de la persona en la Red Asistencial
5. Mantención del registro actualizado en la página web.

Indicadores

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la discapacidad	Fortalecer la calidad de la atención de personas con discapacidad.	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas con dependencia severa.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	(Nº De visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con dependencia severa / Nº de población bajo control dependencia severa)*100	REM A26 Población bajo control
			Disminuir las personas escaradas con dependencia severa respecto del año anterior	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de Escaras (Úlcera por presión).	(Nº de personas escaradas con dependencia severa /Nº de población bajo control con dependencia severa)*100	REM P3
	Fortalecer la prevención de discapacidad en la población		100% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente	(Nº de Cuidadores de personas con dependencia severa Capacitados / Nº Total de cuidadores de personas con dependencia severa)*100	REM P3
			100% de las personas con apoyo monetario a cuidadores registradas en plataforma web.	Mantener registro actualizado en página web para el apoyo monetario a cuidadores	(Nº de personas registradas en plataforma web/ Nº de cupos totales asignados a personas con apoyo monetario a cuidadores)* 100	Plataforma web Registro del programa

Estrategias Transversales: Programas Respiratorios

Promoción

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar el cese del consumo de tabaco en población general	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería breve antitabaco	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas / (Nº total de ingresos agudos (MÁS) Nº consultas de morbilidad (MÁS) Consultas de atenciones agudas))* 100	REM A23, Sección M REM A23, Sección A+D+F

Prevención

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas	Contribuir a la disminución de morbimortalidad	Aumentar en 30% la cobertura visitas domiciliarias integrales a pacientes portadores de enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI-AVI, AVNIA-AVIA).	Visitas Domiciliarias integrales por profesionales de salud, a familias con pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI-AVI, AVNIA-AVIA).	(Nº de Visitas Domiciliarias Integrales de familias con pacientes con enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI-AVI, AVNIA-AVIA) / Nº total pacientes bajo control con enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI-AVI, AVNIA-AVIA)) *100	REM A23, sección N REM P3, Sección A

Tratamiento

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas	Evaluar calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Aumentar en 10% cobertura de evaluación de calidad de vida al ingreso al programa en pacientes con Asma y EPOC.	Aplicar encuesta de calidad de vida al ingreso al Programa en pacientes con Asma y EPOC.	(Nº de pacientes con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa / Nº de pacientes con Asma y EPOC ingresados al Programa)*100	REM A23 sección P / REM A23 sección B

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas	Aumentar la proporción de pacientes con evaluación de calidad de vida que mejora	Aumentar en 10% cobertura de pacientes con evaluación de calidad de vida de control que mejora	Optimizar el tratamiento del Asma y EPOC junto con aplicar encuesta de calidad de vida de control una vez al año.	(Nº de encuestas de calidad de vida de control con resultado mejorado (año vigente) (MENOS) Nº de encuestas de calidad de vida de control con resultado mejorado (año anterior) / Nº de encuestas de calidad de vida de control con resultado mejorado (año anterior))*100	REM A23 Sección P

SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS

Objetivos y Productos Esperados

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultados Esperados Estrategia	Objetivos específicos	Productos esperados
Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Incorporar en el modelo de atención de salud el enfoque intercultural bajo estándar del Art. 7	1. Generar acciones que permitan mejorar la calidad, accesibilidad en la atención de salud.	De responsabilidad de los Servicios de Salud: 1. Servicios de Salud implementan estrategias de mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas según resultados de perfiles epidemiológicos realizados[4]. 2. Servicios de Salud desarrollan programas de capacitación y sensibilización a directivos y funcionarios[5]. 3. Servicios de Salud diseñan e implementan programas de inducción en salud intercultural a profesionales del ciclo de destinación.
			De responsabilidad de establecimientos de Salud y otras entidades ejecutoras[6] 4. Establecimientos de la red asistencial brindan atención de salud con pertinencia cultural en comunas con población indígena. 5. Establecimientos de la red asistencial localizados en territorio con población indígena, cuentan con espacios de acogida y facilitadores interculturales. 6. Establecimientos de la red asistencial facilitan el acceso a salud a usuarios indígenas sin discriminación. 7. Establecimientos de la red asistencial incorporan en sus registros la variable de pertenencia a pueblo indígena.

[4] En caso de no contar con información epidemiológica el Servicio debe identificar en las comunas donde se desarrolla el Programa sus indicadores de salud de la población, visualizando los problemas de salud más relevante que es necesario abordar desde pueblos indígenas.

[5] Las capacitaciones deben ser diseñadas y ejecutadas conforme al Objetivo del Programa, priorizando temas de salud intercultural, sistemas de salud de los pueblos originarios y propuesta de salud complementarias. Los temas de cosmovisión como de historia deben ser trabajados desde los facilitadores y/o organizaciones que desarrollan acciones de salud en el marco del Programa.

[6] Se entiende por "otras entidades ejecutoras" a Municipalidades, Corporaciones de Salud Municipal, Organizaciones indígenas tales como: Asociaciones Indígenas, Comunidades y otras.

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultados Esperados Estrategia	Objetivos específicos	Productos esperados
Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Transversalizar el enfoque intercultural en los programas de salud	2. Incorporar la transversalización del enfoque intercultural en los programas de salud.	1. Diseño, implementación y evaluación participativa para la incorporación del enfoque intercultural en el modelo de atención de salud. 2. A lo menos 2 programas de salud priorizados[7] desarrollan actividades orientadas a la prevención, recuperación y/o rehabilitación con enfoque intercultural. 3. Servicio de Salud incorporan el enfoque intercultural en su Planificación y Programación Anual. 4. Apoyo, asesoría y seguimiento de iniciativas locales de articulación y/o complementariedad de sistemas médicos oficial e indígena a nivel de la Red Asistencial.
	Incorporar en el modelo de atención de salud el enfoque intercultural bajo estándar del Art. 7	3. Apoyar procesos orientados al reconocimiento, salvaguarda, fortalecimiento y complementariedad de los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas.	1. Servicios de Salud participan en el diseño y monitoreo de experiencias de salud intercultural o de salud complementaria entre sistemas médicos. 2. Servicios de Salud apoyan iniciativas de organizaciones indígenas para convocar, co-organizar y desarrollar actividades en torno a propuesta de Ley de reconocimiento, salvaguarda y prácticas de los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas. Actividad que corresponde a la Oficina de Asuntos Indígenas de la DIPOL – Salud Pública. 3. Servicios de Salud facilitan procesos de elaboración participativa de una consulta bajo estándares del Convenio 169 de la OIT para reglamentar el art. 7 de la Ley Nº 20.584, cuyo objetivo es "proponer un reglamento que contenga un modelo de salud intercultural validados antes las comunidades indígenas, el que deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios; de acuerdo a lo supuesto del art. 7, de la Ley en referencia[8].
		4. Desarrollar el Programa con la participación activa de los pueblos indígenas en la formulación y evaluación de los planes de salud intercultural en la red de Servicios.	1. Servicios de Salud en conjunto con representantes indígenas priorizan las demandas en salud, formulan, ejecutan, monitorean y evalúan los planes anuales del Programa de Salud y Pueblos Indígenas. 2. Servicios de Salud programan y realizan sesiones de mesas de participación indígena provinciales. 3. Servicios de Salud y representantes indígenas participan en instancias de participación regional e intersectorial.

[7] De acuerdo a los Perfiles epidemiológicos diferenciados y objetivos sanitarios de la década se muestran brechas en población indígena en TBC, cáncer, salud mental, adolescentes y jóvenes, niños, adultos mayores, mujer, entre otros.

[8] El Ministerio a través del Grupo de Trabajo tiene la misión de coordinar, informar y proponer al Ministerio una propuesta de reglamento. Por su parte, el Servicio de Salud a través de sus referentes técnicos deberán generar las instancias necesarias para el trabajo con los Pueblos indígenas vinculados al Programa y en conjunto construir una propuesta de reglamento sobre el Art. 7. Los Servicios deberán apoyar y dar las facilidades administrativas y financieras (recursos del Programa en caso de no contar con recursos específico sobre el Art. 7) para apoyar los procesos de participación.

PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

Tema/Prioridad: Prevención de la Tuberculosis

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado esperado Estrategia	Objetivos Específicos	Actividades	Metas	Indicadores	Fuente del Indicador
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Prevenir que los contactos < de 15 años se infecten con tuberculosis o que desarrollen la enfermedad	Quimioprofilaxis en los contactos < de 15 años	100% de los contactos < de 15 años en tto con quimioprofilaxis	Nº de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis	Evaluación del Estudio de contacto

Tema/Prioridad: Localización de Casos

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivos Específicos	Actividades	Metas	Indicadores	Fuente del Indicador
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Confirmación de los casos a través del cultivo	Lograr que el 20 a 30% de los casos de tuberculosis pulmonar sean diagnosticados por cultivo	(Nº de casos pulmonares diagnosticados por cultivo/ Nº total de casos pulmonares diagnosticados)*100	Registro nacional de pacientes TBC
			Identificar los hogares de adultos mayores y clubes de adulto mayor presentes en la comunidad	Contar con un registro de hogares de anciano y clubes de adulto mayor	Catastro con el Nº de hogares y clubes de AM identificados en el área del consultorio	
			Realizar coordinación con el equipo de salud de los recintos penales existente en la comunidad para realizar pesquisa sistemática de SR en la población privada de libertad.	Lograr que el 20 a 30% de los casos de tuberculosis pulmonar sean diagnosticados por cultivo.	(Nº casos pulmonares diagnosticados por cultivo en los recintos penales/ Nº total de casos pulmonares diagnosticados en los recintos penales)* 100	Registro del laboratorio donde se identifica la procedencia de la muestra.
			Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (baciloscopía, PCR o cultivo).	El 90 % de los contactos censados debe estar estudiados	(Nº de contactos estudiados / Nº de contactos censados) *100	Evaluación del programa
			Estudio de Contacto en casos índices menores de 15 años.	100% de los contactos censados deben estar estudiados	(Nº de contactos estudiados < de 15 / Nº de contactos < de 15 censados) *100	Evaluación del programa

Tema/Prioridad: Tema/Prioridad: Tratamiento

Objetivo de Impacto	Resultado Esperado Estrategia	Objetivos Específicos	Actividades	Metas	Indicador	Fuente del Indicador
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Adherencia al Tratamiento contra la TBC	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Aplicar el Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono.	100% de los pacientes con identificación del Score de Riesgo	(Nº de pacientes con score de riesgo identificados/ Nº de pacientes ingresados a tratamiento)*100	Tarjeta de tratamiento
			Visita Domiciliaria a todos los casos que ingresan a tratamiento	100% de los casos ingresados con visita domiciliaria por enfermera	(Nº de pacientes ingresados a tratamiento /Nº de visitas domiciliarias realizadas)*100	Tarjeta de Tratamiento
			Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica)	Control mensual por médico al 100% de los pacientes	(Nº de controles médicos realizados y registrados en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ Nº de controles programados según norma técnica)*100	Ficha clínica Tarjeta de tratamiento.
			3 consultas enfermeras: ingreso, cambio de fase de tratamiento y alta de tratamiento (norma técnica)	3 consulta por enfermera al 100% de los pacientes	(Nº de consulta de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ Nº de consultas programadas según norma técnica)*100	Ficha clínica Tarjeta de tratamiento.
			Programar y realizar consulta de enfermera al paciente inasistente por más de 1 semana al tratamiento	El 100% de los pacientes con inasistencia al tratamiento de más de 1 semana deben tener consulta de enfermera	(Nº de consultas de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/Nº de consultas de enfermera programadas según score de riesgo del paciente)*100	
		Perdida de seguimiento (abandono) menor del 5%	Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente por más de 3 semanas al tratamiento realizada por enfermera	Visita Domiciliaria al 100% de los pacientes inasistentes al tratamiento por más de 3 semanas	(Nº de inasistentes por más de tres semanas / Nº de visitas domiciliarias realizadas) *100	Tarjeta de Tratamiento

Tema/Prioridad: Capacitación del Personal de Salud

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivos Específicos	Actividades	Metas	Indicadores	Fuente del Indicador
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	No habría equivalente (pero sí como Resultado Inmediato) nivel operativo	Capacitar al personal del consultorio en Tuberculosis	Programar capacitación en Tuberculosis dirigida a todo el personal que trabaja en el consultorio.	1 capacitación anual dirigida al personal del establecimiento	(Nº de capacitaciones realizadas /Nº de capacitaciones programadas para el año)*100	Listado de asistencia a la capacitación.