ANEXO Nº 2 DOTACION DE RECURSO HUMANO AÑO 2012 AREA SALUD CORPORACION MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ

		DOTACIÓN SOLICITADA			DO ⁻	racion:	SOLICIT	ADA A	AÑO 2014		
CAT.	ESCALAFON	2013	N° FUNCIONARIOS SEGÚN N° HORAS CONTRATADAS								
		N° FUNC.	N° FUNC.	44	33	22	-11	6	TOTAL HORAS	CANT.	CARGO NUEVO
	CIRUJANO DENTISTA	34	34	34					1.496		0
	MEDICO CIRUJANO	64	64	54	1	7	2		2.585		0
-026	QUIMICO FARMACEUTICO	1	2	2					88	4.169	1
Α	BIOQUIMICOS	0	0						0	4.103	0
	MEDICO (EX. MGZ)	0	0						0		0
	DENTISTA (EX. MGZ)	0	0						0		0
	ASISTENTE SOCIAL	15	15	15					660		0
	ENFERMERA/O	43	60	57	2	1			2.596		8
	FONOAUDIOLOGO	0	3	3					132		3
	MATRONA/ON	27	27	27					1.188		0
	NUTRICIONISTA	15	15	15					660		0
	PSICOLOGA/O	15	18	15	2	1			748	7.266	2
В	KINESIOLOGA/O	18	20	14	2	3		1	754		1
	TECNOLOGO MEDICO	1	1	1					44		0
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	2	2	2					88		0
	EDUCADORA DE PARVULOS	2	8	8					352		6
	INGENIERO	1	1	1					44		0
	ABOGADO	0	0	***					0		0
	JEFE DEPTO. SALUD	0	0						0		Ō
	CONTADOR	0	0						0		0
	ESTADISTICO	0	0						0		0
C	PROGRAMADOR	7	7	7					308	3.256	0
	TENS	50	67	67					2.948	ACTO-0.000	11
	OTROS (TEC. NIVEL SUP)	0	0						0		6
	AUXILIAR DE ALIMENTACION	0	0	7	7				Ō		0
D	AUXILIAR DE ENFERMERIA	26	26	26					1.144		Ö
(19,54)	AUXILIAR DE FARMACIA	5	5	5					220	2.596	0
	AUXILIAR DE LABORATORIO	0	ō						0		Ö
	AUXILIAR DENTAL	28	28	28		1			1.232		0
) F	ADMINISTRATIVO/A	48	61	61	7				2.684	20020000	5
E	SECRETARIA/O	9	4	4					176	2.860	0
140	AUXILIAR DE SERVICIO	26	33	29		4			1.364		5
F	CHOFER	21	27	27		7			1.188	3.344	4
	OTROS	18	18	18					792		0
	TOTALES	476	546	520	7	16	2	1	23,491	23,491	52

Fuente: Departamento de Recurso Humano. Corporación Municipal Gabriel González Videla

PRESUPUESTO 2013 AREA SALUD CORPORACION MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ VIDELA

PRESUPUESTO 2013 SALUD INGRESOS

CODIGO	DENOMINACION	PRESUPUESTO INICIAL M\$	
115-00-00-000-000-000	DEUDORES PRESUPUESTARIOS 111	9.240.413	
115-05-00-000-000-000	C X C TRANSFERENCIAS CORRIENTES	8.063.385	
115-05-03-000-000-000	DE OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS	8.063.385	
115-05-03-006-000-000	DEL SERVICIO DE SALUD	7.803.385	
115-05-03-006-001-000	ATENCIÓN PRIMARIA LEY Nº 19.378 ART. 49	7.803.385	
115-05-03-006-001-001	REMESA PERCAPITA BASE	7.158.526	
115-05-03-006-001-004	INCENTIVO DE DESEMPEÑO COLECTIVO FIJO LEY Nº 19.813	283.414	
115-05-03-006-001-005	INCENTIVO DE DESEMPEÑO COLECTIVO VARIABLE LEY Nº 19.813	327.440	
115-05-03-006-001-006	INCENTIVO DE DESEMPEÑO CHOFERES LEY Nº 19.813	11.592	
115-05-03-006-001-007	ASIGNACION DESEMPEÑO DIFICIL DE SALUD	19.527	
115-05-03-006-001-014	CAMBIO DE CATEGORÍA TECNICO	2.886	
DE LA MUNICIPALIDAD A SERVICIOS INCORPORADOS A SU GESTIÓN		260.000	
115-07-00-000-000-000	C X C INGRESOS DE OPERACIÓN	5.000	
115-07-02-000-000-000	VENTA DE SERVICIOS	5.000	
115-07-02-003-000-000	OTROS INGRESOS	5.000	
115-08-00-000-000-000	C X C OTROS INGRESOS CORRIENTES	709.596	
115-08-01-000-000-000	RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MÉDICAS	350.000	
115-08-01-001-000-000	REEMBOLSO ART. 4 LEY N °19.345	350.000	
115-08-99-000-000-000	OTROS	4.798	
115-08-99-001-000-000	DEVOLUCIONES Y REINTEGROS NO PROVENIENTES DE IMPUESTOS	4.798	
115-15-00-000-000-000	SALDO INICIAL DE CAJA	462.432	
TOTAL		9.240.413	

PRESUPUESTO 2013 SALUD GASTOS

215-00-00-000-000 ACREEDORES PRESUPUESTARIOS 121 215-21-00-000-000 C X P GASTOS EN PERSONAL 215-21-01-000-000-000 PERSONAL DE PLANTA (INDEFIN	6.325.898
215-21-01-000-000 PERSONAL DE PLANTA (INDEFIN	3.685.000 3.685.000
`	3.685.000
217 21 01 001 000 000 GUELDOG V GODDEGUELDOG	
215-21-01-001-000-000 SUELDOS Y SOBRESUELDOS	3 250 000
215-21-01-001-000 SUELDOS BASE	5.220.000
215-21-01-002-000-000 APORTES DEL EMPLEADOR	150.000
215-21-01-004-000-000 REMUNERACIONES VARIABLES	250.000
215-21-01-005-000-000 AGUINALDOS Y BONOS	35.000
215-21-02-000-000 PERSONAL A CONTRATA (PLAZO FIJO)	2.530.000
215-21-02-001-000-000 SUELDOS Y SOBRESUELDOS	2.530.000
215-21-02-001-000 SUELDOS BASE	2.340.000
215-21-02-002-000-000 APORTES DEL EMPLEADOR	120.000
215-21-02-004-000-000 REMUNERACIONES VARIABLES	50.000
215-21-02-005-000-000 AGUINALDOS Y BONOS	20.000
215-21-03-000-000 OTRAS REMUNERACIONES	102.898
215-21-03-001-000-000 HONORARIOS A SUMA ALZADA – PERSONAS NATURALES	89.248
215-21-03-005-000-000 SUPLENCIAS Y REEMPLAZOS	13.350
215-21-03-999-000-000 OTRAS	300
215-21-04-000-000 OTRAS GASTOS EN PERSONAL	8.000
215-21-04-001-000-000 ASIGNACIÓN DE TRASLADO	8.000
215-22-00-000-000 C X P BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	1.259.050
215-22-01-000-000 ALIMENTOS Y BEBIDAS	5.500
215-22-02-000-000 TEXTILES, VESTUARIO Y CALZADO	500
215-22-03-000-000 COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES	21.000
215-22-04-000-000 MATERIALES DE USO O CONSUMO	700.000
215-22-05-000-000 SERVICIOS BÁSICOS	140.000
215-22-06-000-000 MANTENIMIENTO Y REPARACIONE	ES 150.000
21522-07-000-000-000 PUBLICIDAD Y DIFUSIÓN	7.350
215-22-08-000-000 SERVICIOS GENERALES	98.850
215-22-09-000-000 ARRIENDOS	19.350
215-22-10-000-000 SERVICIOS FINANCIEROS Y DE	11.000

	SEGUROS	
215-22-11-000-000-000	SERVICIOS TÉCNICOS Y PROFESIONALES	80.000
215-22-12-000-000-000	OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO	25.500
215-23-00-000-000-000	C X P PRESTACIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	121.000
215-23-01-000-000-000	PRESTACIONES PREVISIONALES	121.000
215-24-00-000-000-000	C X P TRANSFERENCIAS CORRIENTES	500.000
215-24-03-000-000-000	A OTRAS ENTIDADES PÚBLICAS (ADM. CENTRAL)	500.000
215-26-00-000-000-000	C X P OTROS GASTOS CORRIENTES	100.000
215-26-01-000-000-000	DEVOLUCIONES	100.000
215-29-00-000-000-000	C X P ADQUISICIÓN DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	20.000
215-29-04-000-000-000	MOBILIARIO Y OTROS	1.000
215-29-05-000-000-000	MÁQUINAS Y EQUIPOS	10.000
215-29-06-000-000-000	EQUIPOS INFORMÁTICOS	8.000
215-29-99-000-000-000	OTROS ACTIVOS NO FINANCIEROS	1.000
215-30-00-000-000-000	C X P ADQUISICIÓN DE ACTIVOS FINANCIEROS	20
215-30-01-000-000-000	COMPRA DE TÍTULOS Y VALORES	20
215-31-00-000-000-000	C X P INICIATIVAS DE INVERSIÓN	61.000
215-31-02-000-000-000	PROYECTOS	61.000
215-34-00-000-000-000	C X P SERVICIO DE LA DEUDA	853.445
215-34-07-000-000-000	DEUDA FLOTANTE	853.445
TOTAL		9.240.413

Fuente: Departamento de Finanzas Corporación Municipal Gabriel González Videla.

ANEXO Nº 4

METAS SANITARIAS Y DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PARA EL AÑO 2014 (Comuna La Serena)

META	%	INDICADOR
1Recuperacion Desarrollo Psicomotor	CUMPLIMIENTO 68	Nº de niños/as de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM recuperados ,período enero a diciembre 2013/Nº de niños/as de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del Desarrollo Psicomotor en su primera evaluación, periodo enero a diciembre 2013
2Reducción del número de mujeres de 25 a 64 años sin PAP vigente.	REDUCCION DE UN 10% DE LOS PAP NO VIGENTES	Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con PAP vigente a Diciembre 2013/ Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas con PAP vigente a Diciembre 2011 mas el Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, comprometidas como disminución de cierre de brecha de vigencia de PAP a dic de 2013
3a Aumento de cobertura de Alta Odontológica Total en adolescentes de 12 años.	70	Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total de enero a diciembre 2012/Total de adolescentes de 12 años inscritos validados año 2013
3.b Aumento cobertura de Alta Odontológicas Total en embarazadas.	62	Nº de embarazadas con alta odontológica total de enero a diciembre 2012/Total de embarazadas ingresadas de enero a diciembre del 2013
3.c Aumento cobertura de Alta Odontológica Total en niños/as de 6 años.	63	Nº de niños/as de 6 años inscritos con alta odontológica total de enero a diciembre 2012/Total de niños/as de 6 años inscritos validados año 2013
4 Cobertura efectiva de Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) en personas de 15 y más años	INCREMENTO DE COBERTURA EN 1,0	Nº personas diabéticas de 15 años y más con Hb A1c < 7% según último control vigente/Total de personas diabéticas de 15 y más años estimadas según prevalencia
5 Compensación de personas hipertensas bajo control de 20 y más años	INCREMENTO DE COBERTURA EN 1,5	Nº de personas hipertensas de 15 y más años con PA <140/90 mm Hg, según último control vigente/ Total de personas hipertensas de 15 y más años estimadas según prevalencia
6 Obesidad en niños/as menores de 6 años bajo control	9.2	Nº de niños/as menores de 6 años bajo control, obesos, a dic. del año 2013/ Nº de niños menores de 6 años bajo control a diciembre del año 2013

7 Consejos de Desarrollo de Salud funcionando regularmente	100	(N° Consejos Consultivos con plan ejecutado y evaluado (al menos 2 temas nacionales) a diciembre de 2012/N° total de Consejos de Desarrollo de Salud existentes)x 100
8 Evaluación anual del pie diabético en personas con Diabetes bajo control de 15 y más años	37	Nº de personas con diabetes bajo control de 15 y más años con una evaluación de pie vigente/Nº total de personas diabéticas de 15 y más años bajo control al corte (junio y diciembre 2013)

Fuente: Servicio de Salud Coquimbo 2013.

INDICE DE ACTIVIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (IAAPS) 2013 (Comuna La Serena)

Componente A: Actividad General

COMPONENTE ACTIVIDAD CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS

N°	Problema de salud	Meta
7	Diabetes mellitus tipo II	100%
19	Infección respiratoria Aguda (IRA) baja en menores de 5 años de manejo ambulatorio	100%
20	Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más	100%
21	Hipertensión Arterial Primaria Esencial en personas de 15 años y más	100%
22	Epilepsia No refractaria desde 1 año y menores de 15 años.	100%
23	Salud Oral Integral para niños de 6 años	100%
29	Vicios de refracción en personas de 65 años y más	100%
34	Depresión en personas de 15 años y más	100%
38	Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio	100%
39	Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años	100%
41	Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada	100%
46	Urgencia odontológica Ambulatoria	100%

Nº	Componentes	Indicador	Meta	Importancia Relativa %
1	Cumplimiento de garantías explícitas en salud (GES)	Nº de casos GES atendidos en APS con garantía cumplida / Nº total de casos GES atendidos en APS	100%	100%

⁽¹⁾ Conforme Decreto Supremo Nº 1 del 6 de enero de 2010.

Fuente: Servicio de Salud Coquimbo 2013.

2. EVALUACION DE FARMACOS TRAZADORES

	OACIOII DE IAI	MINICOS INALA			
NOMBRE SERVICIO DE SALUD :					
NOMBRE COMU	NOMBRE COMUNA:				
NOMBRE ESTAB	LECIMIENTO :				
FECHA VISITA		HORA VISITA			

PROBLEMA DE		FARMACOS	Unidad	Programación	Disponibilidad	Dispon	ible
SALUD				mensual	esperada (15% de	Si	No
					la programación		
					mensual)		
HIPERTENSIÓN	1.	ENALAPRIL *	Comprimido 10mg				
ARTERIAL	2.	ÁCIDO ACETILSALICILICO *	Comprimido 100mg				
	3.	LOSARTAN *	Comprimido 50mg				
DIABETES	4.	METFORMINA *	Comprimido 850mg				
	5.	GLIBENCLAMIDA *	Comprimido 5mg				
	6.	INSULINA	Presentación NPH 100 UI/mI				
DEPRESIÓN	7.	FLUOXETINA *	Cápsula/ comprimido 20mg				
	8.	SERTRALINA *	Comprimido 50mg				
DISLIPIDEMIA	9.	ATORVASTATINA *	Comprimido 20mg				
	10.	LOVASTATINA *	Comprimido 20mg				
ARTROSIS	11.	PARACETAMOL *	Comprimido 500mg				
	12.	TRAMADOL	Comprimido 50mg				
	13.	CELECOXIB,	Comprimido 200mg				
EPILEPSIA	14.	ÁCIDO VALPROICO	Comprimido 200mg				
	15.	CARBAMAZEPINA	Comprimido 200mg				
ENFERMEDAD	16.	SALBUTAMOL	Aerosol 100 mcg/dosis)				
RESPIRATORIA	17.	BUDESONIDA	Aerosol 200 mcg/dosis)				
	18.	BROMURO DE IPRATROPIO	Aerosol 20 mcg/dosis)				
HIPOTIROIDISMO	19.	LEVOTIROXINA	Comprimido 100mcg				
PARKINSON	20.	LEVODOPA CARBIDOPA	Comprimido 250mg/25mg				

^(*) Fármacos trazadores incorporados en evaluación de cumplimiento del componente.

El centro cuenta con el 100% de disponibilidad de fármacos	Si:	No:
trazadores ⁶ . (marque Si/No)		

RESPONS	RESPONSABLE DE ENTREGAR INFORMACIÓN:				
Nombre					
Firma					
PROFESIO	DNAL QUE REALIZA VISITA DE SUPERVISIÓN:				
Nombre					
Firma					

⁶ Se entenderá por "fármaco trazador disponible", cuando se mantenga en bodega o unidad de farmacia del centro de salud el 15% del histórico de programación de fármacos o de la programación mensual de cada fármaco trazador, sobre la base de población bajo control corregida por frecuencia de uso de medicamento.

Matriz de Cuidados de Salud a lo Largo de la Vida

Las orientaciones para la planificación y programación en red año 2014, las que relevan los objetivos sanitarios 2011 - 2020, emanadas desde el nivel central (MINSAL), son las bases para nuestra programación anual. Esta programación es realizada desde la perspectiva de ciclo de vida individual y familiar, destacando los principios irrenunciables del modelo de atención familiar y comunitario, el que se centra en las personas con una mirada integral de la atención y la continuidad de sus cuidados.

En base a lo anterior, se expone la siguiente matriz de cuidado de salud.

1. SALUD DE MUJER Y EL RECIÉN NACIDO

La mayoría de los problemas de salud de las mujeres son evitables, por lo cual el énfasis en las acciones de salud debe centrarse en la promoción, la prevención y la integralidad, para dar debida respuesta a las necesidades propias de cada etapa del ciclo vital. La atención integral de salud debe ser eficiente, eficaz y oportuna, dirigida más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental, y como seres sociales pertenecientes a una familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

La salud de las madres y los recién nacidos están intrínsecamente relacionadas, de modo que prevenir sus muertes requiere la aplicación de intervenciones similares. Entre estas, está el control preconcepcional (cobertura de 1,7% en mujeres del sistema público), la atención prenatal, la asistencia en el parto por personal calificado (99,8%), el acceso a una atención obstétrica de emergencia cuando sea necesario, la atención postnatal, la atención al recién nacido y su integración en el sistema de salud. (DEIS 2009)

También requiere la aplicación de enfoque del curso de vida basado en un modelo que sugiere que los resultados de salud para individuos y comunidades dependen de la interacción de diversos factores protectores y de riesgo a lo largo del curso de vida. Estos factores se relacionan con las influencias psicológicas, conductuales, biológicas, y ambientales, así como el acceso a los servicios de salud.

La APS se presenta como el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida, continuidad en el cuidado y otros factores que determinen un envejecimiento saludable y activo. (Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans, 2008)

Promoción

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar el número de mujeres con capacidad de auto cuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante.	Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes.	80% gestantes en control participan en taller para gestantes.	(Nº de gestantes que ingresan a talleres grupales / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100	REM A27
Estimular el apego y crianza del hijo facilitando que mujeres sean acompañadas por su pareja u otra persona al control prenatal, según su decisión.	Difusión, por medios locales y las redes comunitarias de Promoción de Salud, de los derechos de la mujer durante la gestación, con énfasis en el derecho a estar acompañada en sus controles prenatales y en el parto.	Aumento del % de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus parejas o personas significativas.	(Nº de controles prenatales con acompañante/ Nº Total de controles prenatales realizados) x 100	REM A01
Promover la asistencia a control preventivo de personas que ejercen el comercio sexual.	Control de Salud Sexual48	70% de las personas ingresadas a control de salud sexual se mantienen en control.	(Nº de personas en control activo (fecha de ingreso correspondiente al periodo)/ Nº total de personas solicitan control de salud sexual en el período) x 100	Registro local ⁴⁹ REM P11 Censo semestral

Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Prevenir ocurrencia del Parto Prematuro (Guía GES 2010).	Control Preconcepcional.	6 % de las mujeres en edad fértil.	(Nº de controles preconcepcionales / Nº total de mujeres en edad fértil inscritas) x 100	REM A01 Población inscrita y validada
Detectar precozmente embarazadas con factores de riesgo biomédico.	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal vigente.	100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal.	(№ de gestantes con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario / № total de gestantes con riesgo biomédico) x 100	REM A05 Población de gestantes bajo control (prevalencia de ARO)
Detectar precozmente factores de riesgo de parto prematuro.	Derivar precozmente a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES.	100% de gestantes que presentan factores de riesgo de parto prematuro en forma precoz al nivel secundario.	(№ de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario / № total de gestantes con riesgo de parto prematuro) x 100	REM A05 Población de gestantes bajo control *prevalencia de ARO
Detección de Depresión en el Embarazo (según protocolo).	Aplicar Escala de Edimburgo (EPDS) en el ingreso o segundo control prenatal.	100% de gestantes al ingreso o segundo control prenatal con aplicación de Escala de Edimburgo.	(Nº de gestantes al ingreso o segundo control, con puntajes según pauta aplicada/Nº total de ingresos a control prenatal) x 100	REM A03
	En gestantes que presenten puntajes superiores al punto de corte 11/12, repetir la aplicación de la EPDS entre 2- 4 semanas después.	El 100% de gestantes que presentan puntajes superiores al punto de corte 11/12, se repite la aplicación de la EPDS entre 2-4 semanas después.	(Nº de gestantes que se repite la EPDS, 2 a 4 semanas después / Total gestantes con puntajes superiores al punto de corte 11/12) x 100	REM A03
Derivación y seguimiento a gestantes con 13 o más puntos o puntaje distinto a 0 en pregunta 10 en la Escala de Edimburgo.	Derivar a consulta médica a gestantes con 13 o más puntos o puntaje distinto a 0 en pregunte Nº 10 en la Escala de Edimburgo para confirmación diagnóstica y realizar seguimiento.	El 100% de las gestantes con más de 13 puntos o puntaje distinto a 0 en pregunta № 10 en la Escala de Edimburgo son derivadas a confirmación diagnóstica.	(Nº de gestantes con 13 o más puntos o puntaje distinto a 0 en pregunte Nº 10 en la Escala de Edimburgo derivadas a consulta médica para confirmación diagnóstica / Nº total de gestantes con Escala de Edimburgo aplicada con 13 y más puntos) x 100	REM A03
Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el período de gestación.	Taller a madres desde el período de gestación.	Aumentar la cobertura de talleres en 30% a madres en gestación.	(Nº de gestantes que ingresan a educación grupal en prevención de IRA –ERA / Nº total de gestantes bajo control) x 100	REM A27 Sección A
Apoyar a mujeres puérperas que han presentado condiciones de riesgo Psicosocial durante el embarazo.	Visita domiciliaria integral (VDI) al 90% de las puérperas y familia con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera.	90% de las puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.	(Nº de familias con puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial con VDI realizada/ № Total de familias con puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial) x 100	REM A26 REM P1

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por exceso.	(Nº de gestantes con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional/ № total de gestantes con malnutrición por exceso) x 100	REM P01 Sección E y D
Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.	100% Cobertura de consulta nutricional en 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) x 100	REM P01 Sección E y D
Recuperar el estado nutricional pre gestacional de la mujer, al 8º mes post parto (EINCV).	Evaluación del estado nutricional de la mujer, al 8º mes post parto.	Mantener o disminuir a 55% la población de mujeres con sobrepeso y obesidad en el control del 8º mes post parto.	(Nº de mujeres con obesidad y sobrepeso en el control 8º mes post parto/ № total de mujeres controladas de 8º meses post parto) x 100	REM 03 Sección F REM P 1 Sección D
Pesquisar oportunamente los recién nacidos, hijos de madres con infección por T. Cruzi.	Tamizaje y confirmación diagnóstica de enfermedad de Chagas en gestantes que ingresan a control prenatal en la zona endémica y en el resto del país a aquellas que presenten uno o más criterios de sospecha de infección por T. Cruzi.	Establecer línea de base de detección de gestantes con enfermedad de Chagas, a través del tamizaje y confirmación, según corresponda.	(№ de gestantes ingresadas al control prenatal, residentes en la zona endémica del país con tamizaje realizado/ № Total de gestantes que ingresan a control prenatal, residentes en la zona endémica del país) x 100	Registro Local (comuna, región) SUJETO A CAMBIO REM 2014
			(Nº de gestantes que ingresan a control prenatal y presentan uno o más criterios de sospecha de infección por T. Cruzi con tamizaje realizado/ Nº Total de gestantes que ingresan a control prenatal y presentan uno o más criterios de sospecha de infección por T. Cruzi) x 100	Registro Local (comuna, región) SUJETO A CAMBIO REM 2014
		100% de realización de técnica de confirmación diagnóstica a las gestantes con tamizaje reactivo para la infección por T. Cruzi.	(Nº de gestantes con tamizaje reactivo para la infección por T. Cruzi con confirmación diagnóstica realizada/ Nº Total de gestantes con tamizaje reactivo para la infección por T. Cruzi) x 100	Registro Local (comuna, región) SUJETO A CAMBIO REM 2014

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Pesquisar oportunamente los recién nacidos, hijos de madres con infección por T. Cruzi.	Tamizaje y confirmación diagnóstica de los recién nacidos con infección congénita por T. Cruzi, hijos de madres con enfermedad de Chagas.	Establecer línea de base de detección de recién nacidos con infección congénita por T. Cruzi, hijos de madre con enfermedad de Chagas.	(№ de recién nacidos con infección congénita por T. Cruzi, hijos de madre con enfermedad de Chagas con tamizaje realizado/№ total de los recién nacidos, hijos de madres con infección congénita por T. Cruzi, hijos de madre con enfermedad de Chagas) x 100 (№ de recién nacidos con infección congénita por T. cruzi, hijos de madre con enfermedad de Chagas con confirmación realizada/№ total de los recién nacidos, hijos de madres con infección congénita por T. cruzi, hijos de madres con infección congénita por T. cruzi, hijos de madres con infección congénita por T. cruzi, hijos de madre con enfermedad de Chagas y tamizaje reactivo) x 100	Registro Local (comuna, región) SUJETO A CAMBIO REM 2014 Registro Local (comuna, región) SUJETO A CAMBIO REM 2014
Aumentar el número de mujeres adultas sanas y con enfermedades crónicas, que ingresan y controlan su regulación de fertilidad con enfoque de riesgo biopsicosocial (Seguimiento de Depresión, detección de Violencia Intrafamiliar, falta de red de apoyo social).	Ingreso y control, según criterios de elegibilidad. Enfoque de riesgo biopsicosocial.	Ingreso de mujeres y hombres a control de regulación de fertilidad según criterios de elegibilidad y enfoque de riesgo biopsicosocial.	(Nº de mujeres en edad fértil que ingresan a control de regulación de la fertilidad según criterio de elegibilidad / Nº Total de mujeres en edad fértil) x 100 (Nº de hombres en edad fértil que ingresan a control de regulación de la fertilidad según criterio de elegibilidad / Nº Total de hombres en edad fértil) x 100 (Nº mujeres en edad fértil bajo control / Nº mujeres en edad fértil inscritas) x 100	REM P1 REM P1
Disminuir la transmisión vertical del VIH.	Control de Salud a Gestantes olicitud de exámenes de VIH con información y orientación. ntrega de resultado con consejería. Tamizaje para VIH durante el embarazo.	100% de las gestantes que acceden a consulta/control embarazo que reciben información, orientación e indicación de examen de VIH, y consejería post test de detección de VIH/SIDA. 100% de las embarazadas que	(Nº de gestantes en control que se le indica el examen VIH/ № total de gestantes en control en el mismo periodo) x 100 (Nº de gestantes que reciben consejería post - test de detección VIH / № total gestantes que acceden a Test de detección VIH) x 100 (Nº total de exámenes para VIH procesados de	REM A19 REM A11 Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA REM A19 REM A11 Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA REM A05 REM A11
	emulai azu.	embarazadas que ingresan a control acceden a tamizaje para VIH.	muestras frocesados de muestras fromadas a la madre en el control prenatal / № total de ingresos a control prenatal) x 100	Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la transmisión vertical del VIH.	Visita domiciliaria a gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH que están inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas –citadas.	(Nº gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes, citadas a control/ Nº de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes a control) x 100	Registros de actividad: -Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud. Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA
	Citación – Visita domiciliaria a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas –citadas.	(Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo citadas / Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo) x 100	Registros de actividad: -Por establecimiento y- consolidado del Servicio de Salud.
	Derivación de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal al Centro de Atención de VIH.	100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al programa VIH.	(Nº de gestantes VIH (+) derivadas al programa VIH/ Nº Total de gestantes VIH (+)) x 100	REM A05 Registros locales de derivación.
Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	Aumentar el % de acceso a control de salud integral ginecológica.	(Nº de mujeres en control preventivo ginecológico /Nº total de mujeres mayor a 10 años inscrita y validada) x 100	REM A01 Población inscrita validada
Aumentar la detección del consumo de riesgo de alcohol en gestantes.	Aplicar AUDIT a las gestantes en control prenatal.	100% de gestantes bajo control prenatal tiene AUDIT aplicado.	(Nº de gestantes bajo control con puntaje AUDIT /Nº total de gestantes bajo control) x 100	REM A05 Sección K REM A01 Sección A
	Aplicar terapia hormonal de remplazo a mujeres de 45 a 64 años que lo requieran, según MRS.	80 % de gestantes bajo control prenatal con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más).	(Nº de gestantes bajo control prenatal con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos)/ Nº total de mujeres gestantes bajo control prenatal) x 100	REM A05 Sección K REM A01 Sección A
Aumentar la detección del consumo de drogas en gestantes.	Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal.	90% de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado.	(Nº de gestantes en control prenatal con puntaje EPSA /Nº total de gestante en control prenatal) x 100	REM A03 Sección G REM A01 Sección A
Aumentar la detección de Depresión Postparto.	Aplicar Pauta de Edimburgo a los 2 y 6 meses post parto.	100% de las madres se les aplica EDPE a los 2 y 6 meses post parto.	(№ de madres a los 2 y 6 meses post parto con aplicación de Escala de Edimburgo / № total de madres con control posparto a los 2 y 6 meses) x 100	REM A03 Sección H REM A01 Sección A

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Derivación y seguimiento a madres con puntaje mayor a 11 o puntaje distinto a 0 en pregunta №10 en la Escala Edimburgo.	Derivar a consulta médica a madres con puntaje mayor a 11 o distinto a 0 en pregunta 10 en la Escala de Edimburgo para confirmación diagnóstica y realizar seguimiento.	El 100% de las madres con puntaje mayor a 11 o distinto a 0 en pregunta № 10 en la Escala de Edimburgo, son derivadas a consulta meidica para confirmación diagnóstica y realizando seguimiento.	(Nº de madres con puntaje mayor a 11 o puntaje distinto a 0 en pregunta №10 en la Escala Edimburgo, derivadas a consulta médica para confirmación / Nº total de madres con Escala de Edimburgo aplicada con puntaje mayor a 11 o puntaje distinto a 0 en pregunta №10) x 100	REM A03

Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Seguimiento de gestantes con riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral a familia con gestantes en riesgo psicosocial, según evaluación.	100% de las gestantes con riesgo psicosocial con VDI.	(Nº de gestantes en riesgo psicosocial con VDI realizada/ Nº Total gestantes en riesgo psicosocial evaluadas por el equipo de cabecera) x 100	REM A26 REM P1
Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 7 días de vida. Aumentar el número de madres y familias que reciben control de salud integral, apoyo para una vinculación y apego seguro y fomentar la lactancia materna y derivación por problema de salud de la madre y su hijo/a recién nacidos/as. Considerar éste control madre – hijo por matrona como urgencia – dejar cupos liberados para absorber la demanda estimada.	100% puérperas y recién nacidos antes de los 7 días de vida, que reciben atención integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.	(Nº de puérperas y recién nacido con control de salud integral de salud antes de los siete días de vida / Nº total de partos) x 100	REM A01 REM A05
	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido entre 8 y 28 días de vida.	100% puérperas y recién nacidos entre 8 y 28 días de vida que reciben control de salud integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.	(№ de puérperas y recién nacido con control integral de salud entre los 8 y 28 días de vida / № total de partos) x 100	REM A01 REM A05
Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a.	Consejería Breve en Tabaco (CBT).	≥ 30% de las gestantes con alta odontológica reciben CBT.	(№ de gestantes con alta odontológica total que reciben CBT/ № Total de altas odontológicas de embarazadas) x100	REM A09 Sección B
Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada.	265% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento.	(N° de altas odontológica totales en embarazadas/ total de gestantes ingresadas a programa prenatal) x 100	REM A09 Sección C REM A05 Sección A

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Diagnóstico periodontal con "Examen periodontal básico" a embarazadas con riesgo de parto prematuro.	≥70% de las embarazadas con riesgo de parto prematuro tiene diagnóstico periodontal con "Examen periodontal básico".	(Nº de gestantes con riesgo de parto prematuro que tienen diagnóstico periodontal con "Examen periodontal básico"/ Nº total de gestantes con riesgo de parto prematuro en control prenatal) x 100	Registro local
Disminuir la transmisión vertical de la sífilis.	Tamizaje para sífilis durante el embarazo.	100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis.	(№ total de VDRL o RPR de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / № de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación) x100	REM A11 REM A05
	Administración de tratamiento inicial para sífilis en gestantes con VDRL o RPR (+).	100% de las gestantes con VDRL o RPR (+) reciben tratamiento inicial para sífilis.	(Nº de gestantes con serología (+) que reciben tratamiento inicial para sífilis / Nº de gestantes con serología (+) para sífilis) x 100	Registro de control prenatal (tarjetero APS)
	Citación – Visita domiciliaria a gestantes con VDRL o RPR (+) Inasistentes para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes con VDRL o RPR (+) que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, son visitadas – citadas.	(№ gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes citadas) / № gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes) x 100	Registros de actividad: -Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud. SUJETO A CAMBIO REM 2014
	Derivación de mujeres en que se ha detectado VDRL o RPR (+) en el control prenatal.	100% de mujeres con VDRL o RPR (+) en el control prenatal son ingresadas al programa ITS.	(№ de gestantes con VDRL o RPR (+) ingresadas al programa ITS/№ Total de gestantes con VDRL o RPR (+) derivadas al programa ITS) x 100	REM A05 Registros locales de derivación.
Aumentar la cobertura del control de salud de la mujer en etapa de climaterio (45 a 64 años).	Control de salud integral de la mujer en etapa de climaterio.	Aumentar el % de cobertura en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio.	(N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio/N° de población inscrita de 45 a 64 años) x 100	REM P1
Brindar tratamiento integral a mujeres gestantes con consumo perjudicial o dependencia de alcohol.	Intervención terapéutica según Guía Clínica.	100% de gestantes en control prenatal con consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de16 puntos o más y confirmación diagnóstica) reciben intervención terapéutica.	(Nº de gestantes en control prenatal con consumo perjudicial o dependencia de alcohol que reciben intervención terapéutica/Nº total de mujeres gestantes en control prenatal) x 100	REM A01 Sección A
Brindar tratamiento integral a mujeres gestantes con consumo de drogas.	Intervención terapéutica según Guía Clínica.	100% de gestantes en control prenatal con consumo de drogas reciben intervención terapéutica.	(Nº de gestantes en control prenatal con consumo de drogas que reciben intervención terapéutica/Nº total de gestantes en control prenatal) x 100	REM A05 REM A01 Sección A

2. SALUD INFANTIL

El seguimiento a la trayectoria del crecimiento y desarrollo infantil se inicia en la gestación y se continúa con la atención integral proporcionada a la madre, al padre y a su hijo o hija en el control de la díada y con las sucesivas atenciones periódicas para evaluar el estado de salud y desarrollo infantil. 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 y las características del medioambiente, libre de estrés tóxico. Por lo tanto, la atención de salud proporcionada a los niñas y niños promueve lactancia y alimentación saludable, vigilancia de la trayectoria del desarrollo con screening periódicos, detección temprana de las enfermedades más frecuentes, acceso temprano a tratamiento, acceso a tratamiento de aquellos(as) niños(as) que nacen con problemas de salud, prevención de enfermedades infecciosas, adicciones, accidentes domésticos, maltrato y en el fomento de las competencias parentales para la crianza respetuosa de bebes y preescolares. Todas Las actividades de promoción, prevención y tratamiento incorporan componentes de pertinencia cultural, determinantes sociales y enfoque de derechos de la infancia.

Promoción

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niñas y niños.	Actividades (Gestión local, coordinación intersectorial, comunicación social y educativa, participación social y comunitaria) de promoción de salud con apoyo de la "Guía para la Promoción del Desarrollo Infantil en la Gestión Local".	Realizar a lo menos 5 actividades anuales que fomenten el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimientos Educacionales, basadas en las 11 fichas técnicas del documento.	Nº de actividades anuales de promoción que fomenten la salud y el desarrollo infantil en Comunas — Comunidades y Establecimiento Educacionales considerando alguna de las 11 fichas técnicas del documento.	REM A19a Sección B1
	Realizar actividades con apoyo de la "Guía para una vida saludable I y II", priorizando los entornos comunal y educacional.	Realizar a lo menos 5 actividades anuales de promoción sugeridas en la guía en los entornos comunal y educacional	N° de actividades anuales de promoción que fomenten la vida saludable en Comunas- Comunidades y Establecimiento Educacionales considerando alguna de las siguientes temáticas: Actividad física Alimentación Saludable.	REM A19a Sección B1
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	Consejerías (consejo breve) de actividad física individual entregada a niñas y niños menores de 10 años, basados en las Guías para una vida Saludable.	10% de niñas y niños bajo control que reciben consejería individual de actividad física.	(Nº de consejerías en actividad física entregadas a niños/as menores de 10 Años/ Total de niñas/os menores de 10 años bajo control) x 100	REM A19a

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir al 6º mes, según las Guías de Alimentación del Niño(a) Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.	80% de niñas y niños con estado nutricional normal reciben consulta nutricional al 5º mes de vida.	(Población con consulta nutricional al 5º mes / Total Población normal BC entre 5 y 11 meses) x 100	REM P2 Sección E y A
	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.	50% de niñas y niños con estado nutricional normal reciben consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.	(Población con consulta a los 3 años y 6 meses / Población normal bajo control entre 24 y 47 meses/2) x 100	REM P2 Sección E y A
Apoyar las acciones de salud mental en Establecimientos de educación preescolar y escolar.	Intervención comunitaria en establecimientos de educación preescolar para abordar temáticas de salud mental ⁵⁰ .	10% de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud, reciben intervención comunitaria para abordar la Salud Mental.	(Nº de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud, con intervención comunitaria para abordar temáticas de salud mental, dirigidas a los padres /Nº Total de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud de la comuna) x 100 (Nº de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos comuna) x 100 (Nº de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud, con intervención comunitaria para abordar temáticas de salud mental, dirigidas a los funcionarios / Nº total de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud de la comuna) x 100	REM A19a Sección B1 Registro local (Plan Comunal de Salud) REM A19a Sección B1 Registro local (Plan Comunal de Salud)
Contribuir a la promoción de ambientes libres de contaminación por humo de tabaco, en especial los espacios habitados por niñas y niños (establecimientos educacionales, salud y hogares).	Actividades de sensibilización (talleres educativos, estrategias comunicacionales, etc.) para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en establecimientos educacionales, salud y comunidad.	Aumentar en un 10% línea de base 2013.	salud de la comuna) x 100 Nº Actividades sensibilización para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en establecimientos educacionales, salud y comunidad.	REM A19a Sección B1

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Lograr lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida.	Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, fomentar uso de cojín de lactancia, evaluar y esforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud del niña y niño.	Aumentar en al menos un 10% la cifra de la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida (respecto a lo alcanzado el 2013).	(Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva en el control de salud del sexto mes de vida / № de lactantes con control de salud al día al sexto mes de vida) x 100	REM A03

Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	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.	Promedio de 4 talleres de "Nadie es Perfecto" iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente.	(№ talleres de Nadie es Perfecto iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente / № total de facilitadores de la comuna) x 100	Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo (Módulo Nadie es Perfecto)
		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.	(№ 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/ № total de niñas y niños menores de 72 meses bajo control) x 100	Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo REM P2 Sección A
	Realizar talleres de auto cuidado: Estimulación y normas de crianza a madres padres y/o cuidadores respetando la cultura indígena de niñas y	Mantener el % de la comuna de niñas/os inscritos cuyos padres o cuidadores ingresan a Taller de auto cuidado: estimulación y normas de crianza.	(№ de padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 10 que asisten al Taller de auto cuidado estimulación y normas de crianza/ № total de niñas o niños menores de 10 años bajo control) x 100	REM A27 Sección A REM P2 Sección A
	niños menores de 10 años inscritos en el establecimiento.	Línea de Base.	(№ de padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 10 años que asisten al Taller de auto cuidado estimulación y normas de crianza que incorporan pertinencia cultural/ № total de niños o niñas indígenas menores de 10 años bajo control) x 100	Solo registro local para establecimientos con programa de pueblos indígenas.
	Talleres a madres, padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 1 año, acerca de prevención de IRA.	Aumentar la cobertura en 10% en talleres de prevención IRA a madres, padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 1 año.	(Nº de madres, padres y /o cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ № total de niñas y niños menores de 1 año bajo control) x 100	REM A27 Sección A REM P2 Sección A

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 10 días de vida. ⁵¹	100% puérperas y recién nacidos antes de los 10 días de vida, que reciben atención integral, apoyo para el fomento en la seguridad del apego, fomento de lactancia materna exclusiva y refuerzo en el uso de implementos PARN.	(№ de puérperas y recién nacido con control integral de salud antes de los diez días de vida / № total de partos) x 100	REM A01 REM A05
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial.	100% niñas/os de 1 y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial aplicado. 100% niñas/os de 1 y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial alterado	(№ de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 y 2 meses / № Total de niñas y niños de 1 y 2 meses bajo control) x 100 (№ niñas y niños de 1 y 2 meses con evaluación neurosensorial y derivado según protocolo / № total de niñas y niños de 1 y 2 meses con	REM A03 Sección A REM P2 Sección A REM A03 SUJETO A CAMBIO REM 2014
rezago del desarrollo en menores de 10 años. Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños a través del control de	Detección precoz de displasia de caderas en las niñas y niños menores de 4 meses.	y derivado. 100% de las niñas y niños de 2 meses de edad son derivadas a examen radiológico de	evaluación neurosensorial anormal) x 100 (Nº de niñas y niños de 2 meses de edad derivadas a examen radiológico de caderas / Nº total de niñas y niños de 3 a 5 meses de edad	SIGGES REM P2 Sección A
salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.	Control de salud a los 4 y a los 12 meses con aplicación de pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre/ padre o figura significativa.	cadera. Mantener la aplicación de pauta de observación de calidad de apego de su madre/padre o figura significativa en el control de salud de los 4 y 12 meses de edad en relación a lo obtenido en el año 2012.	bajo control) x 100 (Nº de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada al grupo de 4 meses/ Nº total de niñas y niños 4 meses bajo control) x 100	REM A03 Sección A REM P2 Sección A
	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	100% niñas/os de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (en el control de salud).	Nº de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor a niños y niñas a los 18 meses/ Nº total de niñas y niños 8 meses bajo control) x 100	REM A03 Sección B REM P2 Sección A
	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	90% niñas y niños que se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses.	(№ de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses / № total de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control) x 100	REM A03 Sección A REM P2 Sección A
	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor.	90% niñas/os de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (en el control de salud).	(Nº Aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses / Nº total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control) x 100	REM A03 Sección A REM P2 Sección A

Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor.	50% niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud.	(№ de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses / № total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control) x 100	REM A03 Sección A REM P2 Sección A
Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor.	90% niñas/os de 36 meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses / № Total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control) x 100	REM A03 Sección A REM P2 Sección A
Aplicación de cartilla LEA para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual.	50% de los controles realizados a niñas y niños de 48 a 59 meses con aplicación de cartilla LEA.	(№ de controles de salud de niños de 48 a 59 meses con evaluación visual / № total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 59 meses) x 100	SIGGES REM A03 Sección B
Administración de la tercera dosis de vacuna Pentavalente en niños menores de un año de vida.	Cobertura de vacunación.	(№ de vacunas Pentavalente, tercera dosis, administrada en niños menores de un año de vida / № Total de niños menores de un año de vida) x 100	Sistema Informático REM – RNI Proyección INE
Administración de la tercera dosis de vacuna Neumocócica Conjugada durante el primer año de vida.	Cobertura de vacunación.	(N° de vacunas Neumocócica Conjugada, tercera dosis, administrada durante el primer año de vida / № de niños con un año de vida) x 100	Sistema Informático REM – RNI Proyección INE
Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica durante el primer año de vida.	Cobertura de vacunación.	(Nº de vacunas Trivírica, primera dosis administrada durante el primer año de vida / № de niños con un año de vida) x 100	Sistema Informático REM – RNI Proyección INE
Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/as entre 6 a 10 años.	6 a 10 años mejoran su Z score de IMC al término de la intervención de PVS.	(Nº de niñas/os entre 6 a 10 años que participan del PVS y que mejoran el Z Score al 4 mes de intervención/ № total de niñas/os entre 6 a 10 años con 4º control realizado) x 100	Registro Programa Vida Sana – Obesidad
	60% de niñas/os entre 6 a 10 años mejoran su condición física.	(№ de niños/as mayores de 6 años que participan del PVS y que mejoran su condición física al 4 mes de intervención / № total de niñas/os entre 6 a 10 años con 4º control realizado) x 100	Registro Programa Vida Sana - Obesidad
Control de salud a los 18 meses de edad con aplicación de Pautas de Evaluación Buco- dentarias.	90% de los niñas/os que asisten a control de salud a 18 meses de edad son evaluados en su salud bucal.	(№ de niñas/os de 18 meses que asisten a control de salud son evaluados en su salud bucal/ № de controles de salud realizados al grupo de 12 a 23 meses) x 100	Registro local REM A01 Sección B
	24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor. Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. Aplicación de cartilla LEA para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual. Administración de la tercera dosis de vacuna Pentavalente en niños menores de un año de vida. Administración de la tercera dosis de vacuna Neumocócica Conjugada durante el primer año de vida. Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica durante el primer año de vida. Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/as entre 6 a 10 años. Control de salud a los 18 meses de edad con aplicación de Pautas de Evaluación Buco-	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor. Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. Aplicación de cartilla LEA para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual. Administración de la tercera dosis de vacuna Pentavalente en niños menores de un año de vida. Administración de la tercera dosis de vacuna Neumocócica Conjugada durante el primer año de vida. Administración de la tercera dosis de vacuna Neumocócica Conjugada durante el primer año de vida. Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/as entre 6 a 10 años. Control de salud a los 18 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud. So% de los controles realizados a niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud. So% de los controles realizados a niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud. So% de los controles realizados a niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud. So% de los controles realizados a niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud. So% de los controles realizados a niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud. So% de los controles realizados a niñas y niños de 24 a 59 meses con aplicación de cartilla LEA. Cobertura de vacunación. Cobertura de vacunación. So% de niñas/os entre 6 a 10 años mejoran su z score de IMC al término de la intervención de PVS. 60% de niñas/os entre 6 a 10 años mejoran su condición física.	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de valuación de desarrollo Psicomotor. Control de salud a los 36 meses con aplica paluta breve en el control de salud. Some de evaluación de desarrollo Psicomotor. Control de salud a los 36 meses con aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud. 90% niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control) x 100 90% niñas/os de 36 meses con aplica evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al palica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud. Administración de cartilla LEA para detectar princo de desarrollo Psicomotor en el control de salud. Administración de la tercera dosis de vacuna Pentavalente en niños menores de un año de vida. Administración de la tercera dosis de vacuna Pentavalente en niños menores de un año de vida. Administración de la tercera dosis de vacuna Neumocócica Conjugada durante el primer año de vida. Administración de la tercera dosis de vacuna Neumocócica de vacuna Trivirica durante el primer año de vida. Administración de la tercera dosis de vacuna Neumocócica Conjugada durante el primer año de vida. Administración de la tercera dosis de vacuna Neumocócica Conjugada durante el primer año de vida. Administración de la tercera dosis de vacuna Trivirica durante el primer año de vida. Administración de la tercera dosis de vacuna Trivirica durante el primer año de vida. Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/sa entre 6 a 10 años mejoran su z score de IMC al término de la intervención de PVS. 60% de niñas/os entre 6 a 10 años mejoran su condición física. Cobertura de vacuna Trivirica durante el primer año de vida / Nº 2 de niños con de control realizado x 100 (Nº 2 de vacunas Trivirica, primera de vida / Nº 2 de niños con de control realizado x 100 (Nº 2 de niñas/os entre 6 a 10 años con 4º control realizado x 100 (Nº 2 de niños/so se 18 anos con 4º control realizado x 100 (Nº 2 de niños/so se 18 anos que participan del PVS y que mejoran su condición física al 4 mes de intervenci

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia y escolar. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de niñas/os de 2, 4 y 6 años.	100% de altas odontológicas de niñas/os de 2, 4 y 6 años han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.	(№ de niñas/os de 2, 4 y 6 años con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado/ total de niños/as de 2 , 4 y 6 años con alta odontológica total) x 100	REM A09 Sección B o J
	Control de salud a niñas y niños de 2 y 3 años inscrito en establecimiento de salud.	Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo).	(№ de controles de salud de niñas/os de 24 a 47 meses / № total de niñas/os de 24 a 47 meses bajo control)	REM A01 Sección B REM P2 Sección A
Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil. Contribuir a la disminución de morbimortalidad en menores de 1 año por IRA.	Control de salud a niñas y niños de 4 y 5 años inscrito en establecimiento de salud.	Aumentar en un 10% la cobertura de controles de salud realizados a niñas y niños de 48 a 71 meses según estándar (2 controles en el periodo).	(№ de controles de salud de niños de 48 a 71 meses / № total de niños de 48 a 71 meses bajo control) x 100	REM A01 Sección B REM P2 Sección A
	Control de salud a niñas y niños de 6 a 9 años.	Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 6 a 9 años (al menos 1 controles en el periodo).	(№ de controles de salud de niños de 6 a 9 años / № total de niñas y niños de 6 a 9 años bajo control)	REM A01 Sección B REM P2 Sección A
	Control de salud a niñas y niños de 24 a 71 meses.	Aumentar la cobertura del control de salud de niñas y niños de 24 a 71 meses.	(№ de niñas y niños de 24 a 72 meses bajo control inasistentes / № de niñas y niños de 24 a 71 meses bajo control) x 100	REM P2 Sección F y A
	Visitas Domiciliarias realizadas a familias de niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave.	Realizar visita domiciliaria integral al 90% de las familias con niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave.	(Nº de Visitas Domiciliarias Integrales de las familias con niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave / № total niñas y niños menores de 7 meses con score de riesgo de IRA moderado y grave) x 100	REM A23 Sección M REM P2 Sección D
Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por enfermedades respiratorias crónicas.	Visitas Domiciliarias integrales realizadas por kinesiólogo, a familias con niñas y niños portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI).	Aumentar en 30% la cobertura de visitas domiciliarias integrales a pacientes portadores de enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI).	(№ de Visitas Domiciliarias Integrales de familias con niñas y niños menores de 10 años con enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI) / № total niñas y niños menores de 10 años bajo control con enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI) x 100	REM A23 Sección M REM P3 Sección A

Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia, mediante medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales de mayor	Atención odontológica integral a niñas y niños en edad parvularia.	≥ 40% de cobertura en altas odontológicas totales en los niñas/os de 2 años, inscritos y validados.	(№ de niñas/os de 2 años con alta odontológica total / № total de niñas/os de 2 años inscritos y validados) x 100	REM A09 Sección C
prevalencia.		≥ 40% de cobertura de altas odontológicas totales en niñas/os de 4 años, inscritos y validados.	(№ de niñas/os de 4 años con alta odontológica total/ № Total de niñas/os de 4 años inscritos y validados) x 100	REM A09 Sección C
	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 y 4 años.	≥ 100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 2 y 4 años de edad	(№ de niñas/os de 2 y 4 años con registro de CEO / № total de niñas/os de 2 y 4 años con ingreso odontológico) x 100	REM A09 Sección C
Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niñas y niños de 6 años (GES Salud Oral Integral para niñas y niños de 6 años).	Atención odontológica integral a niñas y niños de 6 años.	≥ 75% de cobertura en altas odontológicas totales en niñas y niños de 6 años, inscritos y validados.	(№ de niñas/os de 6 años con alta odontológica total / № total de niñas/os de 6 años inscritos y validados) x 100	REM A09 Sección C
	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 6 años.	≥ 100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 6 años de edad.	(№ de niñas/os de 6 años con registro de CEO / № total de niñas/os de 6 años con ingreso) x 100	REM A09 Sección C
Detener el aumento de la prevalencia de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) y otros factores de riesgo cardiovascular en la población de niñas y niños mayores de 1 mes y menores de 10 años.	Consulta nutricional a niñas/os mayores de 1 mes y menores de 10 años con malnutrición por exceso; según la Normas Nutricionales vigente.	100% de cobertura niñas/os mayores de 1 mes y menores de 10 años bajo control con malnutrición por exceso que reciben consulta nutricional.	(№ de niños/as mayores de 1 mes y menores 10 años con malnutrición por exceso con consulta nutricional/ № Total de niños/as menores de 10 años con malnutrición por exceso) x 100	REM P2 Sección A
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor.	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad; en sala de estimulación, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria. (Ludoteca no es intervención).	80 % de niñas y niños que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación del DSM.	(№ de niñas/os menores de 4 años con rezago en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ № total de niñas/os menores de 4 años detectados con rezago en la primera evaluación desarrollo psicomotor) x 100	REM A03 Sección C y B
		100 % de niñas/os con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidades de estimulación del DSM.	(№ de niñas y niños menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ № total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación desarrollo psicomotor) x 100	REM A03

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Objetivo Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor.	Actividad Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor.	Meta 90% de los niñas y niños detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os. 90 % de los niñas y niños detectados con retraso en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os.	Indicador (Nº de niñas y niños diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas(os) / Nº total de niñas y niños diagnosticadas con déficit o en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses) x 100 (Nº de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas(os) / Nº total de niñas y niños diagnosticadas con déficit o en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas(os) / Nº total de niñas y niños diagnosticadas con déficit o en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36	REM A03
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor.	Visita domiciliaria integral.	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.	meses) x 100 (№ de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño con déficit de DSM / № total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor) x 100	REM A26 Sección A REM P2 Sección C
	Taller y actividades para el fomento de seguridad en el apego.	El 100% de diadas con apego inseguro (evitante o ambivalente) participan del taller de Nadie es Perfecto, en talleres de desarrollo socioemocional y juego en sala de estimulación; y en taller de auto cuidado: estimulación y normas de crianza.	(Nº de diadas que fueron detectadas con apego inseguro que participan del taller de Auto cuidado: Estimulación y normas de crianza, Taller Nadie es Perfecto y/o de actividades en sala de estimulación / № total de diadas evaluadas detectadas con apego inseguro) x 100	REM P2 Sección B SUJETO A CAMBIO REM 2014
Disminuir brecha de derivación a confirmación diagnóstica de depresión a madres con screening positivo (Escala Edimburgo).	Ingreso a confirmación diagnóstica.	100% de madres con screening de depresión positivo a los 2 y a los 6 meses post parto derivadas a confirmación diagnóstica.	(№ de mujeres con screening positivo derivadas a confirmación diagnóstica / № total de mujeres evaluadas) x 100	SIGGES
Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios bajo control.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica.	Aumentar en 10% la población bajo control infantil en el Programa IRA.	((Población infantil bajo control actual – Población infantil bajo control año anterior) / Población infantil bajo control año anterior) x 100	REM P3(2013) Sección A REM P3(2012) Sección A
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control en Programa IRA.	Categorizar por severidad a pacientes crónicos respiratorios.	100% de niñas y niños bajo control en sala IRA con categorización de severidad.	(№ de niñas y niños con categorización de severidad / № total de niñas y niños bajo control en sala IRA) x 100	REM P3 sección A
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control en Programa IRA.	Evaluar calidad de vida al ingreso del Programa IRA.	60% cuenta con evaluación de calidad de vida al ingreso del Programa IRA.	(№ de niñas y niños con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa / № de niñas y niños que ingresan al Programa IRA) *100	REM A23 Sección N REM P3 Sección A

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja.	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación medica por IRA Baja en menores de 5 años.	100% en niños menores de 5 años atendidos antes de 24 horas luego de derivación medica por IRA Baja.	(№ de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación / № de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico) x 100	SIGGES

3. SALUD DE ADOLESCENTES

El objetivo de la atención de adolescentes es favorecer su normal crecimiento y desarrollo, promover conductas protectoras y disminuir las conductas de riesgo para su salud, prevenir enfermedades y tratar sus problemas de salud, en un enfoque anticipatorio, de riesgo y participativo. Por otro lado durante esta atención se debe informar sobre las prestaciones disponibles, y facilitar su acceso a estas prestaciones en servicios amigables, oportunos, diferenciados, con personal capacitado en adolescencia, que respondan a sus necesidades de salud.

Estos Servicios deben facilitar la continuidad de la atención y orientar la toma de decisiones en favor de la salud y calidad de vida, en el marco de relaciones inter generacionales positivas y cercanas para una integración social activa y con equidad de género. Desde el punto de vista sanitario, la salud adolescente debe ser abordada con enfoque de derechos, determinantes sociales de la salud, género, interculturalidad y de participación social, enfatizando el desarrollo de iniciativas intersectoriales que favorezca el desarrollo integral de adolescentes y jóvenes en su entorno. Reconociendo en este período, enormes oportunidades para la construcción y consolidación de formas de vida saludables, equitativas y solidarias. La atención de salud de adolescentes debe apoyar y favorecer el proceso de autonomía progresiva.

Promoción

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Fortalecer las habilidades parentales y las redes familiares y comunitarias como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10-14 años.	Educación grupal de habilidades parentales a familias y/o cuidadores de adolescentes de 10 a 14 años.	100% de talleres planificados, realizados.	(№ talleres realizados / № talleres planificados) x 100	REM A27 Sección A y B Programa Chile Crece Contigo SUJETO A CAMBIO REM 2014
Promover estilos de vida saludable en población de adolescentes escolares.	Implementar talleres para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación saludable y antitabaquismo, en establecimientos educacionales, espacios comunitarios y /o establecimientos de salud.	100 % de los establecimientos de atención primaria que cuentan con espacios amigables realizan talleres para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación saludable y antitabaquismo, en establecimientos educacionales, espacios comunitarios y /o establecimientos de salud.	(Nº de talleres realizados en Establecimientos que cuentan con espacios amigables / Nº de talleres planificados Establecimientos que cuentan con espacios amigables) x 100	REM A27 Sección A
Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención del embarazo adolescente y el VIH-SIDA e ITS.	Realizar consejería en salud sexual reproductiva y/o en prevención de VIH e ITS.	100% de las consejerías planificadas, realizadas.	(№ de consejerías de salud sexual reproductiva y/o en prevención de embarazo adolescente, VIH e ITS realizadas/ № de consejerías de salud sexual reproductiva y/o en prevención de embarazo adolescente y el VIH e ITS planificadas) x 100	REM A19 Sección A1

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Fortalecer el desarrollo de conductas antitabáquicas en adolescentes.	Ejecutar consejería breve antitabaco a todas las consultas y controles respiratorios de salud del adolescente.	100% de las consultas y controles respiratorios de salud del adolescente con consejería breve antitabaco.	(Nº de consejerías breve antitabáquicas realizadas/Nº total de consultas y controles respiratorios de salud del adolescente realizados) x 100	REM A19 Sección A REM A23 Sección C, D, E
	Implementar actividades de promoción antitabáquica en establecimientos educacionales y otros espacios.	100% de las actividades planificadas, realizadas.	(Nº actividades de promoción antitabáquicas realizadas/Nº total de actividades de promoción antitabáquica planificadas) x 100	REM A19 Sección B.1
Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco.	Implementar actividades de consejería breve en tabaco en adolescentes durante la atención odontológica.	≥ 15% de los adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaco (CBT).	(№ de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben CBT/ Total de adolescentes de 12 años con alta odontológica total) x 100	REM A09 Sección B.1
Fortalecer estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud.	Implementar Intervención comunitaria, a diferentes establecimientos educacionales para detección precoz en escolares con trastornos nutricionales, bulling o riesgo suicida.	10% de establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud que reciben intervención comunitaria, dirigida a funcionarios, para entregar herramientas sobre detección tempranamente de problemas y trastornos mentales, bulling y riesgo suicida.	(Nº de establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud que reciben intervención comunitaria, dirigida a funcionarios /Nº total de establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud) x 100	REM A19 Sección B1 Registro SEREMI

Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años.	100% de controles planificados, realizados.	(№ de controles realizados, según sexo/ № total de controles planificados, según sexo) x 100	REM A01 Sección G REM A03 Sección I REM F01 SUJETO A CAMBIO REM 2014
		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) x 100	REM A01 Sección G REM A03 Sección I REM F01 SUJETO A CAMBIO REM 2014
Detección y primera respuesta en adolescente víctimas de violencia (abuso sexual, maltrato o VIF.	Detección y primera respuesta en prestaciones y actividades habituales de atención de esta población.	100 % de adolescentes detectados/as con situaciones de violencia reciben primera respuesta.	(№ de adolescentes, según sexo detectados reciben primera respuesta /№ total de adolescentes con situación de violencia) x 100	REM A05 Sección K

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador	
Detectar signos y síntomas de cáncer de alta incidencia en adolescentes.	Control de Salud integral "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años.	≥90% de adolescentes con sospecha de cáncer, derivados a especialista ⁵² .	(Nº de adolescentes, según sexo, derivados a especialista con sospecha de cáncer de alta prevalencia /Nº total de controles de Salud integral "Joven Sano" Realizados) x 100	SIGGES Registro Nacional de Cáncer Infantil	
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de adolescentes de 12 años.	100% de altas odontológicas a los 12 han recibido educación en técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.	(№ de adolescentes de 12 años con educación en técnica de cepillado / № total de adolescentes de 12 años con alta odontológica) x 100	REM A09 Sección B o J	
Aumentar el número de adolescentes que acceden a Consejería en SSR con enfoque de género.	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.	Aumentar en un 10% línea base 2012 el número de consejerías en Salud Sexual Reproductiva otorgadas a adolescentes hombres y mujeres.	(N° Consejerías en SSR realizadas / N° Consejerías línea base 2013) x 100	REM A19	
		100% de adolescentes pesquisados con conducta sexual de riesgo en control de salud integral (CJS) reciben consejería.	(N° Consejerías en SSR realizadas / N° Consejerías línea base 2013) x 100	REM A19	
	Consejería para la regulación de fertilidad en adolescentes mujeres y hombres que lo solicitan.	100% de consejerías en regulación de fertilidad realizadas según demanda espontánea, a adolescentes mujeres y hombres que ingresan a regulación de fertilidad.	(№ de consejerías en regulación de fertilidad a adolescentes por sexo que ingresan a regulación de fecundidad / № total de adolescentes que ingresan a regulación de fecundidad) x 100	REM A19	
Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual activa.	Control de regulación de fertilidad.	100% de los adolescentes hombres y mujeres que solicitan un método anticonceptivo, ingresan a control de regulación de fertilidad.	(№ Adolescentes bajo control con método anticonceptivo, según sexo/ № total de población bajo control de regulación de fertilidad) x 100	REM P1 Sección A	
Disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 19 años (10 a 14 y 15 a 19 años).	Consejería en salud sexual y reproductiva.	100% de adolescentes planificados, según sexo reciben consejería en salud sexual reproductiva.	(№ de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a adolescentes, según sexo / № total consejerías en salud sexual y reproductiva planificadas) x 100	REM A19 Sección A.1	

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 19 años (10 a 14 y 15 a 19 años).	Consejería en regulación de fertilidad.	Aumentar en un 10% línea base 2012 el número de consejerías en regulación de fertilidad otorgadas a adolescentes hombres y mujeres.	(№ de consejerías en regulación de fertilidad realizadas a adolescentes, según sexo / № total consejerías en regulación de fertilidad planificadas) x 100	REM A19 Sección A.1
Aumentar el número de adolescentes informados sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.	Aumentar en un 10% línea base 2012 el número de consejerías en prevención de VIH/SIDA e ITS otorgadas a adolescentes hombres y mujeres.	(N° Consejerías en SSR realizadas /N° Consejerías línea base 2013) x 100	REM A19 Sección A.1
Aumentar el Nº de adolescentes madres en control de fertilidad para prevenir 2do embarazo adolescente.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) con foco en prevención de segundo embarazo en adolescentes gestantes, adolescente puérpera y/o madres adolescentes de niños/as menores de 1 año en riesgo psicosocial.	100% Visita Domiciliaria Integral (VDI) planificadas realizadas.	(№ de Visita Domiciliaria Integral (VDI) realizadas, en adolescentes gestantes y/o adolescente puérpera, y/o madre adolescente de un niño/a menor de 1 año, en riesgo psicosocial / № Visita Domiciliaria Integral (VDI) planificadas a adolescentes gestantes y/o adolescente puérpera, y/o madre adolescente de un niño/a menor de 1 año, en riesgo psicosocial) x 100	REM A26 REM A04 REM P01 Programa Chile Crece Contigo SUJETO A CAMBIO REM 2014
	Control de regulación de fertilidad (Entrega de métodos anticonceptivos y de anticoncepción de emergencia).	100% de adolescentes madres en control de fertilidad.	(N° de adolescentes madres en control de regulación de fertilidad/Población bajo control en regulación de fecundidad) x 100	REM A26 REM A04 REM P01 SUJETO A CAMBIO REM 2014
Vigilar el peso durante la gestación, en embarazadas menores de 20 años con malnutrición por exceso y mal nutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes menores de 10 a 19 años con malnutrición por exceso.	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes menores de 10 a 19 años con malnutrición por exceso.	(Número de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional / № total de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso bajo control) x 100	REM P01 Sección E SUJETO A CAMBIO REM 2014
	Consulta nutricional de gestantes de 15 a 19 años con malnutrición por exceso.	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes de 15 a 19 años con malnutrición por exceso.	(Número de gestantes de 15 a 19 años con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional/ № total de gestantes de 15 a 19 años con malnutrición por exceso bajo control) x 100	REM P01 Sección E SUJETO A CAMBIO REM 2014
	Consulta nutricional de gestantes menores de 15 años con malnutrición por déficit.	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes menores de 15 años con malnutrición por déficit.	(Número de gestantes menores de 15 años con malnutrición por déficit bajo control, con consulta nutricional/ № total de gestantes menores de 15 años con malnutrición por déficit bajo control) x 100	REM P01 Sección E SUJETO A CAMBIO REM 2014

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Vigilar el peso durante la gestación, en embarazadas menores de 20 años con malnutrición por exceso y mal nutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes de 15 a 19 años con malnutrición por déficit.	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes de 15 a 19 años con malnutrición por déficit.	(Número de gestantes de 15 a 19 años con malnutrición por déficit bajo control, con consulta nutricional/ № total de gestantes menores de 15 a 19 años con malnutrición por déficit bajo control) x 100	REM PO1 Sección E SUJETO A CAMBIO REM 2014
Disminuir la incidencia de adolescentes con diagnóstico de malnutrición por exceso. (*)En los Servicios de	Seguimiento en adolescentes con malnutrición por exceso, con educación alimentaria- nutricional y actividad física.	50% de adolescentes mejoran su Z score, al 4º control.	(Nº de adolescentes que participan en Programa Vida Sana y que mejoran el Z Score al 4º control/ Nº total de adolescentes con 4º control realizado) x 100	Página Web "Vida Sana"
Salud y comunas en que esté implementado programa Vida Sana		60% de los adolescentes que mejora condición física al 4º control.	(№ de adolescentes que participan en Programa Vida Sana y que mejoran condición física al 4º control/ № total de adolescentes con 4º control realizado) x 100	Página Web "Vida Sana"
Detección precoz de adolescentes en riesgo suicida.	Aplicación de screening de ideación suicida (Okasha) a adolescentes que recibe Control de Salud Integral "CJS".	100% de los adolescentes que reciben control de salud integral cuentan con escala de suicidalidad de Okasha aplicada.	(Nº de adolescente con escala Okasha aplicada/Nº de adolescentes con control de salud integral realizado) x 100	SUJETO A CAMBIO REM 2014
Detección precoz de problemas y trastornos mentales en adolescentes.	Detección de depresión en adolescentes.	100% de adolescentes diagnosticados son ingresados programa de depresión.	(№ de adolescentes que ingresan al programa de depresión / № l de adolescentes diagnosticados con depresión) x 100	SIGGES
	Consulta médica para diagnóstico de depresión.	100% de adolescentes con sospecha de depresión reciben consulta médica para diagnóstico.	(№ de adolescentes con puntaje positivo cuestionario de Depresión que reciben consulta médica para diagnóstico / № Total de Adolescentes con puntaje positivo cuestionario de depresión) x 100	SUJETO A CAMBIO REM 2014
	Intervención Preventiva (o Intervención Breve).	80% de los adolescentes inscritos y con consumo de riesgo de alcohol (AUDIT entre 8 y 15) reciben intervención preventiva (o intervención breve).	(N° de adolescentes inscritos y con consumo de riesgo de alcohol (AUDIT entre 8 y 15) que reciben intervención preventiva / Nº total de adolescentes inscritos) x 100	REM A03 Sección J (AUDIT 8-15) Programa Vida Sana Alcohol
Detección precoz de problemas y trastornos mentales en adolescentes.	Derivación asistida para evaluación clínica.	100% de adolescentes inscritos y con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más) reciben derivación asistida para evaluación clínica en el programa integral de salud mental en APS.	(Nº de adolescentes inscritos y con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más) que reciben derivación asistida para evaluación clínica en programa integral de salud mental en APS / Nº total de adolescentes inscritos) x 100	REM A03 Sección J Programa Vida Sana Alcohol

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por enfermedades respiratorias crónicas.	Visitas Domiciliarias integral realizada por kinesiólogo(a) en familias con adolescentes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas o con requerimientos especiales (POA, asistencia ventilatoria no invasiva AVNI, asistencia ventilatoria invasiva AVI).	Aumentar en 30% la cobertura de visitas domiciliarias integrales a adolescentes portadores de enfermedades crónicas severas o con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI).	(Nº de Visitas Domiciliarias Integrales de las familias adolescentes de 10 a 19 años con enfermedades crónicas severas o con requerimientos especiales / № total adolescentes entre 10 y 19 años con enfermedades crónicas severas o con requerimientos especiales) x 100	REM A23 Sección M REM P3 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014

Tratamiento

Objetivos	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.	Tratamiento integral según Guía Clínica GES a adolescentes con consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas.	90% de los adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia reciben tratamiento en GES.	(N° de adolescentes inscritos con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas que reciben tratamiento en GES / N° total de adolescentes inscritos) x 100	SIGGES Población Inscrita validada
	Tratamiento integral según Guía Clínica GES a adolescentes con consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas.	100% de los adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas reciben tratamiento en GES.	(N° de adolescentes inscritos con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas que reciben tratamiento en GES / N° total de adolescentes	SIGGES Población Inscrita validada
	Tratamiento integral en Atención Primaria o derivación a especialidad cuando corresponda, a adolescentes con diagnóstico de depresión.	100% de adolescentes con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral en GES Depresión.	inscritos) x 100 (Nº de adolescentes inscritos con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave que reciben tratamiento integral en GES Depresión/ Total de adolescentes inscritos) x 100	SIGGES REM 06 REM P6
		100% de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad.	(Nº de adolescentes inscritos con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria ο con alto riesgo suicida, que inician tratamiento γ son derivados a especialidad / Nº de adolescentes inscritos) x 100	SIGGES REM 06 REM P6
	Visita Domiciliaría Integral y/o Consejería Familiar para completar Evaluación diagnóstica y realizar intervención psicosocial familiar/ ambiental.	30% de familias de adolescentes en tratamiento por depresión, consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas, reciben VDI y/o Consejería familiar.	(N° de adolescentes en tratamiento por depresión o por consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas cuyas familias reciben VDI y/o Consejería familiar/Nº total de adolescentes en tratamiento por depresión o por consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas) x 100	SIGGES
	Derivación efectiva de adolescentes con síntomas presuntivos de un primer episodio de EQZ.	100% de adolescentes con sospecha de esquizofrenia son derivados a psiquiatra.	(Nº adolescentes inscritos con sospecha de primer episodio EQZ derivados a psiquiatra/ Nº Total de adolescentes inscritos) x 100	SIGGES REM A06 REM P6
	Aumentar la cobertura de atención a adolescentes con diagnóstico de depresión.	Aumentar el número de adolescentes en tratamiento por depresión.	(№ de adolescentes que ingresan a tratamiento por depresión / № total de adolescentes con diagnóstico de depresión) x 100	SIGGES

Objetivos	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a	Atención odontológica integral a adolescentes de 12 años.	≥ 73% de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años, inscritos validados.	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/ Nº total de adolescentes de 12 años inscritos y validados) x 100	REM A09 Sección C
través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 12 años.	≥ 100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de COP a los 12 años de edad.	(Nº de adolescentes de 12 años con registro de COP / Nº total de adolescentes de 12 años con ingreso a tratamiento) x100	REM A09 Sección C
Incrementar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento de Asma Bronquial.	Aumentar en 10% la población bajo control adolescente en el Programa IRA.	(Población adolescente bajo control actual – Población adolescente bajo control año anterior / Población adolescente bajo control año anterior) x 100	REM P3 (2013-2012) REM P3 2012 Sección A
Mejorar la calidad de atención en población adolescente crónica respiratoria bajo control en Programa IRA.	Categorizar por severidad a adolescentes crónicos respiratorios.	100% de adolescentes bajo control en sala IRA con categorización de severidad por capacidad funcional.	(Nº de adolescentes con categorización de severidad / Nº total de adolescentes bajo control en sala IRA) x100	REM P3 Sección E REM A23 Sección A
	Evaluar calidad de vida de adolescentes al ingreso del Programa IRA.	60% de adolescentes cuenta con evaluación de calidad de vida al ingreso del Programa IRA.	(Nº de adolescentes con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa / Nº de adolescentes que ingresan al Programa IRA) x 100	REM A23 Sección M REM P3 Sección B

4. SALUD DE LA PERSONAS ADULTAS

Los principales problemas de salud en nuestro país son las enfermedades no transmisibles, cardiovasculares, tumores malignos, diabetes, respiratorias crónicas, osteomusculares, dentales y mentales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 80% de ellas son evitables a través de la prevención y control de los siguientes factores de riesgo: tabaquismo, hipertensión arterial, consumo problemático de alcohol, obesidad, sedentarismo y conductas sexuales inseguras, entre las más importantes. Estos factores deben ser identificados y abordados de manera integral en todo el ciclo vital.

El enfoque familiar y comunitario es especialmente relevante en la intervención de las patologías crónicas y aquellos problemas del ámbito psicosocial. La relación de estos 2 grupos es clara, en su génesis, en su mantenimiento o en su recuperación. Existe una interrelación entre la presencia de patologías crónicas y las dinámicas familiares, las cuales pueden influir positiva o negativamente en la evolución de estas patologías.

Promoción

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Promover el autocuidado en las personas de 20 años y más.	Reuniones con la comunidad para difundir prácticas de alimentación saludable y de actividad física.	Incrementar al menos en 5 puntos porcentuales respecto al año anterior.	(Nº de consejerías individuales en estilos de vida y autocuidado realizadas a personas adultas / Nº total de personas adultas inscritos) x100	REM A19 Sección A Población inscrita validada
Fomentar la disminución y abstinencia del consumo de tabaco en adultos.	Realizar consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles respiratorios del adulto.	100% de las consultas y controles respiratorios de adultos de 20 a 64 años con consejería breve antitabaco.	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas / Nº total de consultas y controles respiratorios realizados) x 100	REM A23 Sección L1, A, B,C,D y E SUJETO A CAMBIO REM 2014

Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo. Realizar examen de medicina preventiva del adulto focalizado en hombres en edad productiva aplicando pauta de protocolo.	Incrementar en un 20% la cobertura de EMPA respecto a lo realizado el año anterior. Incrementar en un 15% la cobertura de EMP en hombres en edad productiva respecto a lo realizado el año anterior.	(№ de EMPA realizados a población adulta beneficiaria / Población Total adulta beneficiaria) x 100. (№ de EMPA realizados a población adulta masculina en edad productiva / Población Total adulta masculina beneficiaria) x 100	REM AO2 Sección B Población beneficiaria REM AO2 Sección B Población masculina beneficiaria en edad productiva
Aumentar el número de usuarios, particularmente hombres, que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular.	Control de Salud Cardiovascular.	Aumentar en un 10% respecto al año anterior la cobertura de hombres bajo control en el PSCV.	(№ de hombres controlados en el PSCV / Población Total adulta masculina beneficiaria) x 100	REM P4 Sección A Población adulta masculina beneficiaria

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 20 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular.	Control de Salud Cardiovascular.	100% de las personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular de 20 y más años bajo control, está en tratamiento con AAS y estatinas.	(N° de personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses / N° total de personas bajo control con antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) x 100.	REM P4 Sección B y A
Aumentar el № de personas hipertensas compensadas con riesgo CV alto y muy alto.	Control de Salud Cardiovascular.	Aumentar en un 5% respecto al año anterior la cobertura de personas con hipertensión compensadas bajo control.	(Nº de personas hipertensas con riesgo CV alto y muy alto compensadas / Nº total de personas con riesgo CV alto y muy alto) x 100	REM P4 Sección B y A
Aumentar el № de personas con diabetes compensadas con riesgo CV alto o muy alto.	Control de Salud Cardiovascular.	Aumentar 3% respecto al año anterior la cobertura de personas con diabetes compensadas bajo control.	(Nº de personas diabéticas con riesgo CV alto y muy alto compensadas / № total de personas con riesgo CV alto y muy alto) x 100	REM P4 Sección B y A
Evaluar en PSCV a pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados, dentro de los primeros 3 meses post alta.	Control de Salud Cardiovascular.	Establecer línea base de pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados, que reciben evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta.	(Nº de egresos hospitalarios adultos con ACV o IAM reciban evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta/ № total de egresos hospitalarios adultos con ACV o IAM) x 100	SIDRA DEIS Base de egresos hospitalarios
Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención en adultos de 20 a 45 años.	Programa Vida Sana (PVS) destinado a adultos de 20 a 45 años.	50% de los adultos entre 20 a 45 años baja un 5% de su peso inicial al término de la intervención.	(№ de adultos de 20 a 45 años que disminuyen el 5% de su peso al término de la intervención / Total de adultos de 20 a 45 años que egresan del PVS) x 100	Registro Programa Vida Sana – Obesidad
		60% de adultos entre 20 a 45 años mejoran su condición física.	(№ Adultos de 20 a 45 años que egresan del PVS y que mejoran su condición física al término de la intervención/ № total de adultos de 20 a 45 años que egresan del PVS) x 100	Registro Programa Vida Sana - Obesidad
Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Control de salud cardiovascular: Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año.	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(№ de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / № total de adultos bajo control en PSCV al corte) x 100	REM P4 Sección B y A
Aumentar cobertura de personas entre 20 y 64 años con hipertensión arterial.	Detección de personas hipertensas a través del EMP en consulta de morbilidad.	Aumentar en un 15% la cobertura de personas adultas con hipertensión respecto al año anterior.	(№ de personas adultas con hipertensión, bajo control / № total personas adultas hipertensas esperados según prevalencia) x 100	REM P4 Sección A Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (15,7%)

	'7			
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar la cobertura de personas entre 20 y 64 años con diabetes tipo 2.	Pesquisa a través del EMP en consulta de morbilidad.	Aumentar en un 15% la cobertura de personas adultas con diabetes tipo 2 respecto al año anterior.	(№ de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control / № total de personas adultas con diabetes tipo 2 esperados según prevalencia) x 100	REM P4 Sección A Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%)
Mejorar la compensación de personas de 20 a 64 años no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto.	Control de Salud.	Aumentar en un 15% las personas de 20 a 64 años en el PSCV no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto con colesterol LDL<100mg/dl.	(Nº personas de 20 a 64 años en el PSCV no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto riesgo con presión arterial <140/90 mmHg colesterol LDL <100mg/dl / Nº total de personas no diabéticas de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto al corte) x 100	REM P4 Sección B y A
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona con diabetes, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	El 100% de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas a PSCV se les realiza examen de los pies, clasificación del riesgo de ulceración e intervención educativa correspondiente. 100% de las personas	(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) x 100 (Nº de personas con	REM P4 Sección C y A
		diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado / Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100	
Pesquisa de Tuberculosis en las personas de 15 a 64 años que presenten síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10	Examen de baciloscopía en personas de 15 a 64 años, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días.	Baciloscopía en el 100% de personas de 15 a 64 años con síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10	(№ de baciloscopias de diagnóstico realizadas personas 15 a 64 años / № total de consultas de morbilidad) x 100	REM A10 Sección A REM A04 Sección A REM A10 Sección A
días.		días.	(Nº de bacilos copias de diagnóstico realizadas en personas de 15 a 64 años / № total de controles de salud) x 100	REM A01 Sección B
Garantizar la realización del examen de detección de VIH SIDA a personas de 20 y más años que lo solicitan voluntariamente o por indicación médica según criterios clínicos y/o epidemiológicos.	Consejería post test para examen de detección de VIH/ SIDA.	100% de los test de Elisa para VIH se realizan con consejería post test.	(№ de consejería post test de VIH realizadas en personas de 20 y más años / № total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100	REM A19 Sección A.2 REM A11 Sección C1 y C2
Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.	Aumentar en un 20% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas con respecto al año anterior.	(№ de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas / № total de consejería en actividades de promoción y prevención) x100	REM A19 Sección A1 SUJETO A CAMBIO REM 2014

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Promover conductas	Consejería en Prevención del	90% de las personas	(Nº de personas adultas	REM A19a Sección A1
sexuales seguras en	VIH/SIDA e ITS.	que asisten a consejería	que reciben preservativos	
personas adultas.		en prevención del	en el marco de la	SUJETO A CAMBIO
•		VIH/SIDA/ITS reciben	consejería para la	REM 2014
		preservativos.	Prevención del VIH/SIDA	
		l.	e ITS / Nº de personas	
			adultas que asisten a	
			consejería para la	
			Prevención del VIH/SIDA	
			e ITS) x 100	
Promover Sexo Seguro.	Entrega de preservativos.	Entrega de	(Nº de personas que	REM A19 Sección C
Tromover sexus seguro.	Emilega de preservativos.	preservativos al 100%	ejercen el comercio	REM P11 Sección C
		de las personas que	sexual que reciben	NEITH III Section 6
		ejercen el comercio	preservativos en el marco	SUJETO A CAMBIO
		sexual que asisten a	de la Prevención del	REM 2014
		control en prevención	VIH/SIDA e ITS / Nº de	KLW 2014
		del VIH/SIDA e ITS.	personas que ejercen el	
		dei VIH/SIDA e IIS.	comercio sexual en	
			control de Prevención del	
			VIH/SIDA e ITS) x 100	
	Control de Salud en personas	70% de las personas	(Nº de controles de salud	REM A01 Sección C
	que ejercen comercio sexual.	que ejercen comercio	sexual realizados a	REM A05 Sección R
		sexual se les realizó	personas que ejercen	
		control.	comercio sexual / Nº total	I
			de personas que ejercen	REM 2014
			comercio sexual en	
			control) x100	
Aumentar la cobertura de	Visita domiciliaria de profesional	Aumentar en 30% la	(Nº de visitas	REM 23 Sección M
atención a pacientes en	a pacientes portadores de	cobertura de visitas a	domiciliarias realizadas a	REM P3 Sección A
domicilio portadores de	enfermedades respiratorias	pacientes portadores	pacientes de 20 a 64 años	
enfermedades respiratorias	crónicas severa y usuarios con	de enfermedades	con enfermedad	SUJETO A CAMBIO
crónica severa y usuarios	requerimientos especiales (POA,	respiratorias crónicas	respiratoria crónica	REM 2014
con requerimientos	AVNIA, AVIA) de 20 a 64 años.	severa y usuarios con	severa y usuarios con	
especiales (POA, AVNIA,		requerimientos	requerimientos	
AVIA) de 20 a 64 años.		especiales (POA,	especiales (POA, AVNIA,	
		AVNIA, AVIA) de 20 a	AVIA) / Nº total de	
		64 años.	pacientes de 20 a 64 años	
			con enfermedades	
			respiratorias crónicas	
			severa y usuarios con	
			requerimientos	
			especiales (POA, AVNIA,	
			AVIA) bajo control) x 100	
Disminuir la tasa de	Realizar visita en domicilio a	50% de visitas	(Nº de visitas	REM 23 Sección M
mortalidad por infecciones	familiares de fallecidos por	realizadas a familiares	domiciliarias realizadas a	Informe DEIS
respiratorias agudas.	neumonía en el hogar.	de fallecidos por	casos de 20 a 64 años que	
		neumonía en domicilio.	fallecen en su domicilio	SUJETO A CAMBIO
			por neumonía / Nº de	REM 2014
			casos de 20 a 64 años que	
			fallecen en domicilio por	
			neumonía) *100	
Aumentar la detección y	Aplicación de AUDIT en Examen	10% de las personas de	(Nº de personas de 20 a	REM A03, Sección J
prevenir el consumo de	de Medicina Preventiva (EMP)	20 a 64 años se aplica	64 años con EMP	Población de 20 a 64
riesgo de alcohol en		instrumento AUDIT	realizado que se les aplica	años
adultos.			AUDIT / Nº total de	
Saures.			personas de 20 a 64 años	SUJETO A CAMBIO
l			inscritos con EMP	REM 2014
			realizado) x 100	nem Edge
	Internación provinción (s	not/ de les calules ser		DENA ADD Comide :
	Intervención preventiva (o	80% de los adultos con	(N° de adultos inscritos	REM A03, Sección J
	intervención breve).	detección de consumo	con consumo de riesgo	Población de 20 a 64
		de riesgo (AUDIT entre	(AUDIT entre 8 y 15) que	años
		8 y 15) reciben	reciben intervención	
		intervención	preventiva / Nº total de	SUJETO A CAMBIO
l		preventiva.	adultos inscritos) x 100	REM 2014
			ı	

Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del
				indicador
Aumentar la cobertura efectiva de personas	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento.	Al menos 3% de incremento de	(Nº de personas hipertensas de 20 a 64	REM P4 Sección B Población estimada
hipertensas de 20 a 64	Cardiovascular: Tratamiento.	cobertura efectiva de	años bajo control con	según prevalencia
años.		los hipertensos de 20 a	presión arterial bajo	Estudio Fasce E.
		64 años bajo control	140/90 mm Hg / № total	2007 (15,7%)
		con presión arterial	de personas hipertensas	
		bajo 140/90 mm Hg	de 20 a 64 años	
		respecto al año	esperadas según	
Aumentar la cobertura	Control de Salud	anterior. Incrementar en un 2%	prevalencia) x 100 (Nº de personas con	REM P4 Sección B
efectiva de personas con	Cardiovascular: Tratamiento.	la cobertura efectiva	diabetes de 20 a 64	Población estimada
DM2 de 20 a 64 años.		de personas de 20 a	años con HbA1c <7%	según prevalencia
		64 años con DM2	según último control /	ENS 2009-2010
		(HbA1c<7%) respecto	Nº total de personas de	(10%)
		de lo logrado el año anterior.	20 a 64 años con DM2	
		anterior.	esperados según prevalencia x 100	
Aumentar la	Control de Salud	Aumentar en un 10%	(Nº personas con	REM P4 Sección B v
compensación en	Cardiovascular: Tratamiento.	las personas con	diabetes de 20 a 64	Α
personas diabéticas de 20		diabetes de 20 a 64	años de riesgo CV alto y	
a 64 años con riesgo		años de riesgo CV alto	muy alto con HbA1c <	
cardiovascular alto y muy alto.		y muy alto con HbA1c<7%, y PA	7% y PA < 130/80 mmHg, en el último	
alto.		<130/80mm Hg bajo	control, bajo control en	
		control en PSCV.	PSCV / № total de	
			personas con diabetes	
			de 20 a 64 años de	
			riesgo CV alto y muy alto	
			al corte de bajo control en PSCV) x 100.	
	Control de Salud	Aumentar en un 10%	(Nº personas con	REM P4 Sección B v
	Cardiovascular: Tratamiento.	las personas con	diabetes de 20 a 64 de	Α
		diabetes de 20 a 64	riesgo CV alto y muy alto	
		años de riesgo CV alto	con HbA1c < 7%, PA <	
		y muy alto con HbA1c<7%, y PA	130/80 mmHg y Colesterol LDL < 100	
		<130/80mm Hg y	mg/dl, en el último	
		Colesterol LDL<100	control / Nº Total de	
		mg/dl.	personas con diabetes	
			de 20 a 64 años de	
			riesgo CV alto y muy alto	
			al corte bajo control en PSCV) x 100.	
Evaluar la calidad de la	Control de Salud	100% de las personas	(N° de personas con	QUALIDIAB-Chile u
atención que reciben las	Cardiovascular: Al menos una	entre 20 a 64 años	diabetes de 20 a 64 años	otro sistema
personas diabéticas de 20	evaluación de la calidad de la	bajo control en los	bajo control en PSCV en	informático que
a 64 años en al menos un	atención del paciente con DM	centros centinela del	los centros centinela con	recoja los elementos
centro centinela del Servicio de Salud.	en los últimos 12 meses.	Servicio de Salud están	evaluación de la calidad	básicos para evaluar la calidad de la
Servicio de Salud.		ingresadas a un sistema electrónico	de la atención en los últimos 12 meses) / N°	atención
		para medir	total de personas con	REM P4 Sección A
		periódicamente la	diabetes bajo control en	
		calidad de la atención	los centros centinela al	
Identificant Income	Control de Calva	otorgada.	corte) x 100.	ness na considera
Identificar a las personas no diabéticas bajo control	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento.	Aumentar en un 10% las personas "no	(Nº personas de 20 a 64 años no diabéticos de	REM P4 Sección B y A
en PSCV con riesgo	Cardiovascular. Hataimento.	diabéticos" de 20 a 64	riesgo CV alto y muy alto	<u> </u>
cardiovascular alto o muy		años de riesgo CV alto	bajo control en PSCV con	
alto para intensificar su		y muy alto bajo	colesterol LDL<100mg/dl	
tratamiento.		control en PSCV con	Col. LDL < 100 mg/dl en	
		colesterol	el último control / Nº	
		LDL<100mg/dl.	total de personas no diabéticas de 20 a 64	
			años de riesgo CV alto y	
			muy alto al corte bajo	
I	I		control en PSCV) x 100	

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del
				indicador
Vigilancia de tuberculosis en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH.	Examen de baciloscopia.	100% de adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH con examen BK realizado.	(№ de BK de diagnóstico realizadas a personas de 15 a 64 años / № total de consultas médicas por patologías respiratorias y/o VIH) x 100	REM A10 Sección A REM A04 Sección A
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Mamografía a mujeres de 50 a 54 años AUGE.	Incrementar 10% con respecto año anterior la cobertura de mamografía en mujeres de 50 a 54 años.	(Nº de mujeres de 50 a 54 años con mamografía vigente/ № total de mujeres de 50 a 54 años inscritas) x100	Rem P12 Sección C Población de mujeres de 50 a 54 años
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino.	PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años AUGE y EMPA.	Alcanzar un 80% de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años.	(Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente / № de mujeres de 25 a 64 años inscritas) x 100	Citoexpert REM P12 Sección A Población de mujeres de 25 a 64 años
Incrementar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica.	Aumentar en 10% la población bajo control de 20 a 64 años en el Programa ERA. (Asma, EPOC y otras respiratorias crónicas).	((Población adulta de 20 a 64 años bajo control actual – Población adulta de 20 a 64 años bajo control año anterior) / Población adulta de 20 a 64 años bajo control año anterior) x 100	REM P3(2013-2012) REM P3 2012 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Categorizar por severidad a pacientes crónicos respiratorios.	100% de adultos de 20 a 64 años bajo control en sala ERA con categorización de severidad por capacidad funcional.	(№ de adultos de 20 a 64 años con categorización de severidad / № total de adultos de 20 a 64 años bajo control en sala ERA) x 100	REM P3 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014
	Evaluar calidad de vida al ingreso del Programa ERA	60% cuenta con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa ERA	(№ de adultos de 20 a 64 años con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa / № de adultos de 20 a 64 años ingresados) x 100	REM A23 Sección N REM P3 Sección B SUJETO A CAMBIO REM 2014
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años (GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años).	Atención odontológica integral del adulto de 60 años.	≥ 50 % de cobertura en altas totales odontológicas en adultos de 60 años inscritos validados.	(Nº de Altas totales odontológicas de adultos de 60 años total / Total de adultos de 60 años inscritos y validados) x100	REM A09 Sección C Población de 60 años inscritos validados
Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales mental y sus familias.	Aumentar la cobertura de atención a personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.	Aumentar en 15% el ingreso a tratamiento de personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.	(Nº de personas entre 20 y 64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales / № total de personas entre 20 y 64 años inscritas) x 100	Población de 20 a 64 años inscritas
	Aumentar la cobertura de atención a personas entre 20 y 64 años con depresión leve, moderada o grave.	Aumentar en 15% el ingreso a tratamiento de personas entre 20 y 64 años con depresión leve, moderada o grave.	№ de personas entre 20 y 64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve, moderada o grave / № personas entre 20 y 64 años inscritas) x 100	SIGGES Población de 20 a 64 años inscritas
	Vísita Domiciliaría Integral para completar evaluación diagnóstica por depresión y realizar intervención psicosocial familiar/ ambiental cuando corresponda.	30% de familias con miembro con Depresión ingresado a tratamiento, reciben VDI y/o Consejería familiar.	(№ de personas de 20 a 64 años en tratamiento por depresión que reciben visitas domiciliarias / № total de personas de 20 a 64 años en tratamiento por depresión) x 100	SIGGES REM P6 Sección A

Plan Comunal de Salud 2014_

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales mental y sus familias.	Aumentar la cobertura de atención a personas entre 20 y 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más).	Aumentar en 15% el ingreso a tratamiento de personas de 20 a 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16	(N° de personas de 20 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia (AUDIT de 16 puntos o más) / N° total de personas de 20	REM A03 Sección J Población de 20 a 64 años inscrita
	Consultoría de Especialidad.	puntos o más). Consultoría al equipo de APS en el 10% de las personas de 20 a 64 años en tratamiento por problemas o trastornos mentales.	a 64 años inscritas) x 100 (Nº de personas de 20 a 64 años en tratamiento por problemas o trastornos mentales que son incluidas en las consultorías de especialidad / Nº total de personas de 20 a 64 años en tratamiento por problemas o trastornos mentales) x 100	REM A06 Sección A2 REM P6 Sección A

Rehabilitación

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión al programa.	10% de pacientes EPOC con criterios de inclusión que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar de baja intensidad.	(Nº de usuarios con EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado / № de adultos EPOC bajo control en sala ERA) x 100	REM P3 Sección E y A

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

El abordaje del proceso de envejecimiento, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, está centrado en la funcionalidad, como base fundamental para construir una vida satisfactoria en la vejez. Todos los esfuerzos se orientan a la mantención y/o recuperación de la funcionalidad que se traducirán de manera directa, en una mejor calidad de vida para la población mayor. Lo anterior implica incorporar a la atención de la persona adulto mayor una mirada que incorpore e integre los elementos y principios del Modelo de Atención.

En este entendido, la implementación de un Modelo de Atención basado en el concepto de envejecimiento activo y saludable, sustentado en un enfoque epidemiológico, en la estrategia de atención primaria, la promoción de la salud y el reconocimiento de los derechos de las personas de la tercera edad, podría superar las actuales barreras de acceso a los servicios de salud, mantener la funcionalidad y reducir la discapacidad, morbilidad y mortalidad por causas evitables

El abordaje del proceso de envejecimiento centrado en la funcionalidad, 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) y controles de crónicos vigentes, a fin de generar acciones de mejora de dichas coberturas.
- Cada profesional evalúe al ingreso y en cada control de las personas adultas mayores con patología crónica la vigencia del EMPAM y derive según corresponda.
- Considerando que muchas de las variables del control cardiovascular están incluidas dentro del EMPAM, en el caso de que el paciente no tenga EMPAM vigente, se debe procurar que la próxima citación al control cardiovascular (de no tener tiempo en el momento) se realice contemplando el suficiente tiempo para integrar ambas actividades.
- Sea el mismo profesional el responsable de la coordinación de ambos controles, dado que la mayoría de la población bajo control en salud cardiovascular son personas adultas mayores. Junto con ello, se debe mejorar el nivel técnico de los recursos humanos, a través de la capacitación continua

Los equipos deberán velar por el acceso expedito de las personas adultas mayores, adecuación de la oferta horaria, evitando tramitaciones que obstaculicen el acceso de este grupo etáreo, en otras palabras, que las personas mayores de 65 años realicen actividades que les permita retrasar las limitaciones del envejecimiento y puedan mantenerse autovalente.

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. De igual forma, 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.

Promoción

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador
Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco en las personas de 65 años y más.	Realizar consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles respiratorios de las personas de 65 años y más.	100% de las consultas y controles respiratorios de las personas de 65 años y más con consejería breve antitabaco.	(№ de consejerías breves antitabaco realizadas a personas de 65 años y mas / № total de consultas y controles respiratorios realizados) x 100	REM A23 Sección L1, A,B,C,D,E SUJETO A CAMBIO REM 2014
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Reuniones con la comunidad para difundir Prácticas de alimentación saludable y de actividad física.	Incrementar al menos en 5 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(№ de personas de 65 años y más que al momento de corte 2012, se encuentran en actividad física/ № Total de personas de 65 años y más inscritos) x 100 (№ de consejerías individuales en actividad física realizadas a	REM P5 Sección D Población inscrita validada REM A19 Sección A Población inscrita validada
			personas de 65 y más años / № total de AM inscritos) x 100 (№ de consejerías individuales en estilos de vida y autocuidado realizadas a personas de 65 y más años / № total de AM inscritos) x 100	REM A19 Sección A Población inscrita validada
	Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMP en las personas de 65 años y más como acción de detección precoz del riesgo.	Incrementar al menos en 3 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(№ de personas de 65 años y más autovalentes bajo control/ № total de AM bajo control) x 100	REM P5 Sección A

Prevención

Apoyar a las personas adultas mayores que presentan factores de riesgo que pueden alterar su funcionalidad

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador
Prevenir la dependencia en las personas de 65 años y más con factores de riesgo detectados en el EMP del Adulto mayor.	Realización de Examen de Medicina Preventiva del adulto mayor.	Incrementar a lo menos en un 15% el EMP del AM respecto al año anterior.	(Nº de personas de 65 y más años con examen de medicina preventiva vigente / Población inscrita de 65 y más años) x 100	REM A02 Sección B Población inscrita de 65 y más años validada
Brindar atención integral y oportuna a las personas de 65 años y mas identificadas en riesgo psicosocial.	Intervención Preventiva o Terapéutica en personas de 65 años y más con sospecha de maltrato según protocolo local.	100% de las personas de 65 años y más detectadas con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.	(№ de personas de 65 años y más bajo control con sospecha de maltrato / № de población inscrita validada de 65 años y más) x 100	REM P5 Sección C Población de 65 años y más inscrita validada
	Intervención Preventiva o Terapéutica en las personas de 65 años y mas y sus familias que presentan consumo o riesgo de consumir alcohol u otras drogas.	100% de las personas de 65 años y más detectadas con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.	(№ de personas de 65 años y mas bajo control con consumo o en riesgo de consumir alcohol u otras drogas / № de población de 65 años y más inscrita) x 100	REM P6 Sección A Población de 65 años y más inscrita validada

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador
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.	Aplicar la "Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a las personas de 65 años y mas en control de salud cardiovascular.	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.	(№ de personas de 65 años y mas bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / № total de personas de 65 años y mas bajo control en PSCV al corte) x 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 micro albuminuria (RAC ≥30 mg/grs.).	Control de Salud Cardiovascular.	100% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan micro albuminuria está en tratamiento con IECA o ARA II.	(N° de personas de 65 años y mas diabéticos bajo control en PSCV con micro albuminuria y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses / N° de personas de 65 años y mas diabéticos bajo control en PSCV con micro albuminuria al corte) x 100	REM P4 Sección B SUJETO A CAMBIO REM 2014
Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 65 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular.	Control de Salud Cardiovascular.	100% de las personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular de 65 y más años bajo control en PSCV, está en tratamiento con AAS y estatinas.	(N° de personas de 65 años y más con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses / N° total de personas de 65 años y mas bajo control en PSCV con el antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) x 100	REM P4 Sección B y A
Pesquisa de Tuberculosis en las personas de 65 años y más que presenten síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres	Examen de baciloscopía en personas de 65 años y más, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días.	Baciloscopía en el 100% de personas de 65 años y mas con síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o	(Nº de baciloscopias de diagnóstico realizadas personas de 65 años y mas / № total de consultas de morbilidad) x 100 (№ de bacilos copias de	REM A10 Sección A REM A04 Sección A REM A10 Sección A
episodios al año por 10 días.		intermitente de tres episodios al año por 10 días.	diagnóstico realizadas en personas de 65 años y más / Nº total de controles de salud) x 100	REM A01 Sección B
Aumentar cobertura de vacuna neumocócica polisacárida 23 valente en los usuarios de 65 años de edad.	Administración de una dosis de vacuna neumocócica polisacárida a los usuarios de 65 años de edad.	Incrementar en un 50% la Cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior.	(N° de personas de 65 años vacunadas / Nº Total de personas de 65 años de la comuna) x 100	REM C13 Población inscrita validada
Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM. Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM.	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.	(№ de personas de 70 años y más que reciben PACAM/ № total de personas de 70 años y más bajo control) x 100	REM D16 Sección B REM P5 Sección A
Aumentar la cobertura de personas de 65 años y más con hipertensión arterial.	Detección de personas hipertensas a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incrementar a lo menos en un 15% la cobertura de personas de 65 años y más con hipertensión arterial respecto al año anterior.	(Nº de personas de 65 años y mas con hipertensión, bajo control en PSCV/ Nº total personas de 65 años y mas hipertensos esperados según prevalencia) x 100	REM P4 Sección A Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%)

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador
Aumentar la cobertura de personas de 65 años y más con diabetes tipo 2.	Detección de las personas de 65 años y más con DM2 a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	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. Establecer línea base	(Nº de personas de 65 años y mas con DM2, bajo control en PSCV/ Nº total de personas de 65 años y mas diabéticos esperados según prevalencia) x 100	REM P4 Sección A Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)
personas de 65 años y más con ACV o IAM hospitalizados, dentro de los primeros 3 meses post alta.	cardiovascular.	de personas de 65 años y más con ACV o IAM hospitalizados, que reciben evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta.	hospitalarios de personas de 65 años y mas con ACV o IAM reciban evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta/ № total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y mas con ACV o IAM) x 100	DEIS Base de egresos hospitalarios
Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más.	Realizar examen para VIH a personas de 65 años y más que lo requiera.	Establecer línea base de personas de 65 años y más con examen de VIH.	(Nº total de exámenes para VIH realizados en personas de 65 años y más / № total de personas de 65 años y más en control) x 100	REM A11 Sección B2 REM P5 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014
Aumentar el número de personas de 65 años y mas informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS.	Entrega de información y cartilla educativa de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos.	40% de personas de 65 años y más, reciben información y cartilla educativa sobre prevención del VIH/SIDA e ITS.	(Nº total de personas mayores de 65 años que reciben consejería y cartilla educativa para la prevención del VIH/SIDA e ITS / № total de personas de 65 años y más bajo control) x 100	REM A19 Sección A1 REM P5 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014
Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en EMPAM.	Realizar control de seguimiento a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y con riesgo de dependencia por un profesional del equipo de salud dentro de los primeros 6 meses realizado EMPAM.	80% de las personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia, cuentan con control de seguimiento efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el EMPAM.	(№ de personas de 65 años y más con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de seguimiento efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el EMP AM / № de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con EMPAM vigente) x 100	REM A01 Sección C REM A02 Sección E.1 SUJETO A CAMBIO REM 2014
Aumentar la cobertura de atención en domicilio a personas de 65 años y más, portadores de enfermedades respiratorias crónica severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA).	Visitas domiciliarias a personas de 65 años y más portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA).	l	domiciliarias realizadas a	REM P3

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador
Disminuir la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas.	Realizar encuestas de muerte por neumonía en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	encuestas a lo menos al 50% de los familiares de fallecidos	•	DEIS

Tratamiento

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador
Aumentar la cobertura efectiva de personas de 65 años y más con PA inferior a 140/90 mm Hg en el último control.	Control de Salud Cardiovascular.	A lo menos un 3% de incremento de cobertura efectiva de personas de 65 años y mas hipertensos con PA <140/90 respecto al año anterior.	(Nº de personas de 65 años y mas hipertensas con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ № total de personas de 65 años y mas hipertensas esperadas según prevalencia ENS2009- 2010) x 100	REM PO4 Sección B Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%)
Aumentar la cobertura efectiva de personas de 65 años y más con Hb1Ac < 7% en el último control.	Control de Salud Cardiovascular.	A lo menos un 2% de incremento de cobertura efectiva de personas de 65 años y mas diabéticos con Hb1Ac <7% respecto al año anterior.	(Nº de personas de 65 años y mas diabéticos con Hb1Ac <7% / Nº total de personas diabéticas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100	REM PO4 Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)
	Control de salud Cardiovascular.	Aumentar respecto al año anterior a lo menos en un 10% las personas con diabetes de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c<7%, y PA <130/80mm Hg bajo control en PSCV.	(Nº personas con diabetes de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7% y PA < 130/80 mmHg, en el último control, bajo control en PSCV / Nº total de personas con diabetes de 65 años y mús de riesgo CV alto y muy alto al corte de bajo control en PSCV) x 100	REM P4 Sección B REM P4 Sección A
Aumentar la cobertura efectiva de personas de 65 años y más con Hb1Ac < 7% en el último control.	Control de salud Cardiovascular.	Aumentar respecto al año anterior a lo menos en un 10% las personas con diabetes de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c<7%, y PA <130/80mm Hg y Col LDL<100mg/dl.	(Nº personas con diabetes de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7%, PA < 130/80 mmHg y Col LDL < 100 mg/dl, en el último control) / Nº total de personas con diabetes de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto al corte bajo control en PSCV) x 100.	REM P4 Sección B REM P4 Sección A

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador
Mejorar la calidad de atención de las personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV.	Detección de personas diabéticos de 65 y más años bajo control con riesgo de ulceración o amputación del pie.	100% de las personas de 65 años y más diabéticos bajo control han sido evaluadas y clasificadas según nivel de riesgo de ulceración o amputación del pie en los últimos 12 meses.	(Nº de personas de 65 años y mas diabéticos que han sido evaluados según nivel de riesgo de ulceración o amputación de pie) en los últimos 12 meses/ № Total de personas de 65 años y mas diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso al programa al corte) x 100	
	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).	80% de las personas de 65 años y más diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	(№ de personas de 65 años y mas diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ № total de personas de 65 años y mas diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses) x 100.	QUALIDIAB-Chile REM P4 Sección C y A
	Examen de Fondo de ojo a los 6 meses del ingreso al PSCV por diabetes.	Al 80 % de las personas de 65 años y más diabéticos a los 6 meses desde su ingreso al PSCV tienen un examen de fondo de ojo.	(№ de personas de 65 años y mas diabéticos ingresadas al PSCV con fondo de ojo realizado a los 6 meses / № total de personas de 65 años y mas bajo control en el PSCV por diabetes)x 100	
Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas diabéticas de 65 y más años en PSCV en al menos un centro centinela del Servicio de Salud.	Medición periódica de la actividad con personas de 65 años y mas diabéticos en el centro centinela.	100% de personas de 65 años y mas bajo control en PSCV del centro centinela del Servicio de Salud están ingresadas a un sistema electrónico para medir periódicamente la calidad de la atención otorgada.	(N° de personas de 65 años y mas diabéticos bajo control en PSCV del centro centinela evaluadas para determinar la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / (N° total de personas de 65 años y mas diabéticos, bajo control en PSCV en el centro centinela al corte) x 100	otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar
Identificar a las personas no diabéticas bajo control en PSCV con riesgo cardiovascular alto o muy alto para intensificar su tratamiento.	Control de salud Cardiovascular.	año anterior a lo menos en un 10 % las personas de 65 años y más "no diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con PA <140/90mm Hg y	(Nº personas de 65 años y más no diabéticos de riesgo CV alto y muy alto con PA < 140/90 mmHg y Col. LDL < 100 mg/dl en el último control / № total de personas no diabéticas de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto al corte) x 100	REM P4 Sección B REM P4 Sección A

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador
Brindar atención integral y oportuna a personas de 65 años y más con problemas o trastornos mentales y sus familias.	Intervención Terapéutica en alcohol y drogas a las personas de 65 años y más.	90 % de las personas de 65 años y más con consumo perjudicial o dependencia de alcohol reciben intervención terapéutica o son derivados según corresponda.	(N° de personas de 65 años y más inscritas y con consumo perjudicial o dependencia reciben intervención terapéutica o son derivados / N° total de personas de 65 años y más inscritas) x 100	REM A05 Sección M REM P6 Sección A
		90 % de las personas de 65 años y más con consumo perjudicial o dependencia a drogas reciben intervención terapéutica o son derivados según corresponda.	(N° de personas de 65 años y más inscritas y con consumo perjudicial o dependencia a drogas que reciben intervención terapéutica o son derivados / N° total de personas de 65 años y más inscritas) x	REM A05 Sección M REM P6 Sección A
	Tratamiento y seguimiento a personas de 65 años y más con depresión.	100% de personas de 65 años y más con depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento según algoritmo GPC.	(Nº de personas de 65 años y más ingresadas por depresión que reciben tratamiento en GES / № de personas de 65 años y más inscritas) x 100	SIGGES REM P6 Sección A
	Consulta médica para diagnóstico de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.	Aumentar la cobertura de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias que ingresan a tratamiento.	(N° de personas de 65 años y más que ingresan a tratamiento por Alzheimer y otras demencias / Población inscrita personas de 65 años y más) x 100	REM P6 Sección A REM A05 Sección K Población inscrita
Incrementar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios en personas de 65 años y más.	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica a usuarios de 65 años y más.	Aumentar en 10% la población de 65 años y más bajo control en el Programa ERA.	(Población de 65 años y más bajo control actual – Población de 65 años y más bajo control año anterior) / Población de 65 años y más bajo control año anterior) x 100 (Patologías Asma, EPOC, y otras respiratorias crónicas)	REM P3 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control de 65 y más años.	Categorizar por severidad a usuarios crónicos respiratorios de 65 y más años.	100% de personas de 65 años y más bajo control en sala ERA con categorización de severidad por capacidad funcional.	años y más con	REM P3 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control de 65 y más años.	Evaluar calidad de vida al ingreso al Programa ERA.	60% cuenta con evaluación de calidad de vida al ingreso al programa ERA.	(Nº de personas de 65 años y más con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa ERA/ Nº de personas de 65 años y más ingresados al Programa ERA) x 100	REM A23 Sección N REM P3 Sección B SUJETO A CAMBIO REM 2014

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador
Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con 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.	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.	(Nº de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/Nº de casos en personas de 65 años y más con inicio de garantía por tratamiento kinésico) x 100	SIGGES
_	Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos).	100% de las familias con persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos) con VDI.	(Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos) / № total de persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos 102) x 100	Rem A26 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014
	Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con persona de 65 años y más con demencia.	100% de las familias con persona de 65 años y más demencia con VDI.	(Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con demencia / № total de persona de 65 años y más con demencia ¹⁰³) x 100	Rem A26 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014
	Visitas domiciliarias integrales (VDI) a famílias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial.	100% de las familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial con VDI.	(Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial / № total de persona de 65 años y más con riesgo psicosocial) x 100	Rem A26 sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014

Rehabilitación

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador
Aumentar el número de personas de 65 años y más que reciben rehabilitación integral con base comunitaria.	Organizar grupos de personas de 65 años y más para realizar actividades de rehabilitación en Salas de RBC, RI u hospitales Comunitarios.	Incrementar en un 3% con respecto al año anterior.	(Nº de personas de 65 años y más integrados a grupos de rehabilitación en Salas de RBC , RI u hospitales Comunitarios/ № total de personas de 65 años y más bajo control) x 100	REM A28 Sección A REM P5 Sección A
Prevenir la progresión de la discapacidad de personas de 65 años y más que egresen del hospital con valoración funcional.	Realizar rehabilitación en salas de RBC o RI (rehabilitación integral) u hospitales comunitarios a personas de 65 años y más que egresen de hospitales con valoración funcional dependiente.	Establecer línea base de personas de 65 y más años que ingresan a rehabilitación comunitaria derivadas desde hospital con valoración funcional dependiente.	Nº de ingresos a rehabilitación de personas de 65 años y más con evaluación de funcionalidad al alta hospitalaria	REM A28 Sección B1 SUJETO A CAMBIO REM 2014
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control de 65 años y más.	Realizar rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión al programa.	10% de personas de 65 años y más con EPOC que cumplen criterios de inclusión y han finalizado programa de Rehabilitación Pulmonar de baja intensidad.	(Nº de personas de 65 años y más con EPOC que finalizan programa de rehabilitación pulmonar / Nº de personas de 65 años y más con EPOC bajo control) x 100	REM P3 Sección E y A

VI.5. ESTRATEGIA TRANSVERSAL DE REHABILITACIÓN

Promoción

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Prevenir la discapacidad en los cuidadores de personas con alta dependencia.	Realizar Talleres destinados a entregar herramientas de cuidado a los cuidadores.	20 % de las actividades de educación grupal y promoción y trabajo intersectorial se orientan al cuidado de los cuidadores.	(№ Total de actividades de cuidado a los cuidadores/ total de actividades promoción y trabajo Intersectorial + total actividades educación grupal) x 100	REM A28 SUJETO A CAMBIO REM 2014

Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Prevenir y/o retardar la Discapacidad en grupos de personas con enfermedades crónicas, y capacitación a los cuidadores de personas con alta dependencia para dar continuidad de los cuidados de rehabilitación en domicilio.	Realizar Talleres destinados a entregar herramientas a las personas con problemas crónicos, a objeto de prevenir y/o retardar la discapacidad, entregar herramientas de manejo a los cuidadores para cuidados domiciliarios para personas de alta dependencia, entregar herramientas de autocuidado a los cuidadores.	30 % de las actividades de Educación Grupal y Trabajo Comunitario se orientan a la prevención de discapacidad.	(Nº Total de actividades de Educación Grupal + Total de actividades de Educación Grupal + Total de actividades de Promoción y Trabajo Intersectorial) x 100	SUJETO A CAMBIO REM 2014

Tratamiento, Rehabilitación

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Mantener la atención a personas en situación de discapacidad permanente y transitória, leve, moderada o severa.	Realizar el proceso de rehabilitación, logrando funcionalidad, independencia en las actividades de la vida diaria.	Mantener al menos un 20% de PSD con Parkinson , secuela de AVE,TEC, LM otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	(PsD con Parkinson , secuela de AVE, TEC; LM otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular/Total Ingresos) x 100	REM A28
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.	Consejería individual y consejería familiar.	5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejerías individuales y/o familiares.	(№ total de consejerías individuales y familiares/ № total de consejerías individuales y familiares + Total de Procedimientos) x 100	REM A28
Realizar visitas domiciliarias integrales para conocer el	Visita Domiciliaria	10% RBC, RI y 70% RR PsD con Visita	(Nº Total de Visitas Domiciliarias	REM A28

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
entorno familiar, físico de las personas en situación de discapacidad y realizar adecuaciones e intervenciones individuales y/o familiares.	Integral.	Domiciliaria Integral.	Integrales/Total de Ingresos) x 100	
Favorecer que las personas en situación de discapacidad atendidas en APS, logren el máximo de autonomía e independencia.	Trabajar con Plan de Tratamiento consensuado, con objetivos terapéuticos definidos y alta posterior a su cumplimiento.	50% de PSD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo.	(№ Total de Egresos por Alta posterior a PTI/ Total Ingresos) x 100	REM A28
Promover el trabajo en rehabilitación de acuerdo a Medicina Basada en Evidencia.	Procedimientos con énfasis en movilización activa.	30% o menos de los procedimientos corresponden a fisioterapia.	(№ de procedimientos de fisioterapia / Total de procedimientos) x 100	REM A28
Contribuir al logro de la inclusión social de las personas en situación de discapacidad.	Conocer las redes locales y articularse con el intersector para el apoyo a la inclusión social.	10% de las personas atendidas en el Centro logran la inclusión social 20% de las actividades de trabajo comunitario son intersectoriales.	Nº personas que logran inclusión social /Nº total de ingresos *100 Nº de Actividades de Planificación Participativa destinadas a comunas, comunidades, Dg. Participativo, trabajo intersectorial /Total de actividades de Promoción y Trabajo Intersectorial.	REM A28 SUJETO A CAMBIO REM 2014

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 3 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.	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	45 min.	1vez x ingreso

Control rehabilitación	Portadores de TEC, Lesión medular traumática, AVE y	60 min.	2-3 veces por
física. Incluye los	otros cuadros complejos recientes		semana
tiempos para			
procedimientos rehabilitación física (estas actividades deben ser anotadas en registro paralelo en forma desagregada)	Portadores de síndromes dolorosos de cualquier origen leve y moderado y otras patologías discapacitantes de curso crónico	45 min.	1-2 veces por semana
Consejerías Individuales o familiares	Tiempo depende de complejidad del caso	45-60 min	1- 2 veces x ingreso
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 orientativos.

XVII.- GLOSARIO

Accesibilidad: es la posibilidad que tiene la población de recibir atención de salud en los establecimientos de salud de la red. Esta posibilidad se determina por factores clínicos, geográficos, culturales, económicos, medios de comunicación, etc.

AVNI: Apoyo ventilatorio no invasivo. Programa Ministerial destinado a brindar soporte ventilatorio a menores con secuelas pulmonares asociadas a patologías neuromusculares.

Capacidad resolutiva: es la capacidad que tiene que tiene un establecimiento de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad del daño en la persona. La capacidad resolutiva se expresa en la cartera de servicios del establecimiento.

Cartera de servicios: conjunto de acciones preventivas, curativas, de rehabilitación y cuidados paliativos que oferta un determinado establecimiento. Esta cartera es de conocimiento público, de manera que permita tanto, la programación de las horas de los profesionales asociados a ella, como, la orientación del usuario respecto de las acciones a las cuales puede acceder en el establecimiento.

CECOSF: Centros Comunitarios de Salud Familiar, atienden una parte de la población inscrita en el establecimiento del cual dependen, y cubren los mismos servicios que aquél, en forma complementaria, a fin de resolver de manera más expedita la demanda de atención por su cercanía con la comunidad y por el tipo de trabajo que realizan en conjunto con ésta, en las tareas de promoción, prevención curación y rehabilitación de la población.

CESFAM: Es el espacio físico que reúne en si los principios de la salud familiar (enfoque bio-psico-social, énfasis en la promoción y continuidad de los cuidados).

Estimula el trabajo en equipo, se compromete con la participación de la comunidad y mantiene un contacto multisectorial.

La característica principal es que introduce a la familia como una unidad de atención

Consultoría médica de especialista: actividad realizada por médico especialista en conjunto con médicos y equipos de salud de Atención Primaria tratantes, con el fin de realizar diagnóstico, definir programa de tratamiento de un paciente específico y de actualizar conocimientos. Esta actividad se realiza con el paciente presente.

Consejería en salud: es la atención sistemática, individual o grupal, que reconoce al usuario el papel de protagonista o conductor de la adopción de conductas saludables, actuando el profesional como facilitador del proceso de toma de conciencia, decisión y actuación de la persona. La Consejería es el proceso a través del cual se ayuda a un paciente o su familia a tomar decisiones voluntarias e informadas respecto del cuidado individual, al de su familia o a la modificación de conductas que implican un riesgo o un daño individual o familiar.

Continuidad de la atención: se define como la seguridad que ofrece la red de establecimientos de salud de brindar atención sin interrupciones en el curso del problema de salud que motivó la consulta.

Control: función administrativa que consiste en medir y corregir el desempeño individual y organizacional para asegurar que los acontecimientos se adecuen a los planes. Implica medir el desempeño con metas y planes; mostrar dónde existen desviaciones de los estándares y ayudar a corregirlas.

Control social: es el control, la evaluación y la fiscalización que ejerce la ciudadanía en forma individual y colectiva sobre las decisiones en materias de salud que le afectan directamente, tanto a nivel de las definiciones políticas como de las estrategias de implementación.

Contrareferencia: es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente la demanda. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.

Demanda: el número de prestaciones que socialmente y técnicamente requiere una población determinada en un período establecido. Implica traducir las necesidades en salud de una población en necesidades de prestaciones en salud.

Descentralización de la autoridad: tendencia a dispersar la autoridad para la toma de decisiones en una estructura organizacional.

Eficacia: consecución de objetivos; logro de los efectos deseados.

Eficiencia: logro de los fines con la menor cantidad de recursos; logro de los objetivos al menor costo.

Equipo: grupo de personas con habilidades complementarias comprometidas con un propósito común y una serie de metas de desempeño, de los que son mutuamente responsables.

Estrategia: una estrategia es un plan que integra las metas de una organización, las políticas y acciones secuenciales hacia un todo cohesionado. Una estrategia bien formulada ayuda al gestor a coordinar los recursos de la organización hacia un resultado esperado, basada en sus competencias internas, anticipando los cambios del entorno y la contingencia.

Gestión clínica: "es el más adecuado uso de los recursos, humanos, tecnológicos y organizativos para ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria (efectividad). Esto acorde con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), y que considere los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto (eficiencia)".

Gestión por proceso clínico: estrategia que organiza el proceso clínico, centrándose en el usuario, garantizando una práctica clínica uniforme basada en evidencias, que asegura la continuidad asistencial desde el ingreso a un establecimiento (entrada) hasta el alta o resolución (salida).

Instancias de participación: son espacios formales de participación tales como Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos, creados con el objeto de facilitar el control social de la gestión pública, contribuyendo al buen funcionamiento de los establecimientos de salud y a dar respuestas adecuadas a las demandas de los usuarios.

Modelo de atención de Salud: conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige- más que al paciente o a la enfermedad como hecho aislado-a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un constante proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

Modelo de gestión: es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones jurídicas.

Oferta: es el número de recursos humanos y físicos o su traducción en prestaciones que están disponibles para otorgarlas en un determinado período.

Promoción: "proceso que confiere a la población los medios de asegurar un mayor control sobre su propia salud y mejorarla"; y que operacionalmente el Ministerio de Salud ha definido como "estrategia que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso de cambio orientado a la modificación de las condiciones de la salud y mejoramiento de la calidad de vida".

Participación ciudadana: es el ejercicio de derechos ciudadanos y se enmarca en el contexto de los derechos humanos y en el aseguramiento de garantías en salud.

Participación comunitaria en salud: es la articulación de esfuerzos a nivel local entre el personal de salud y las organizaciones comunitarias para un trabajo conjunto de gestión de los objetivos sanitarios.

Protocolo de atención: es un instrumento de aplicación, de orientación eminentemente práctica que determina el tipo y complejidad de las patologías que se atienden en los diferentes establecimientos de salud. Es decir, se definen los procedimientos mínimos que se deben realizar, el tipo de recurso humano requerido, los exámenes y procedimientos diagnósticos necesarios con relación a la patología y de acuerdo al nivel de complejidad. Con frecuencia, el protocolo resume los contenidos de una Guía Práctica Clínica (GPC), ilustrando los pasos esenciales en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con una patología o síndrome determinado.

Protocolo de referencia y contrareferencia: es un instrumento de aplicación, eminentemente práctica que determina los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrareferencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial.

Red asistencial: conjunto de establecimientos asistenciales públicos y establecimientos municipales de atención primaria de salud que forman parte del Servicio de Salud y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2º de esta ley, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

Régimen general de garantías en salud: "es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4° de la Ley N° 18.469, elaborado de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país. Establecerá las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469".

Referencia (sinónimo de derivación): es el conjunto de procedimientos administrativos y asistenciales por el cual se deriva a usuarios de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutiva a otro de mayor capacidad, para evaluación diagnóstica y/o tratamiento, a fin de asegurar la continuidad de la prestación de servicios.

Sistema de referencia y contrareferencia: es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutiva y la contrareferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud

COORDINACIÓN Y EDICIÓN

Dra. Lorena Casarin Muñoz Médico Director de Departamento de Salud

Ing. Rubén Bravo Zamorano Coordinador Adquisiciones y Mantenimiento

Dra. Verónica Hitschfeld P. Coordinadora Salud Familiar y Comunitaria: Clínica

Ps. Andrea De Terán Alcayaga Coordinadora Salud Familiar y Comunitaria: Redes

Srta. Karen Quezada Barraza Encargada RR.HH y Capacitación

Srta. Andrea Taquias Alfaro Apoyo Abastecimiento

E.U. Ana Contreras Cortés Coordinadora Salud Familiar y Comunitaria: Clínica

Sr. Miguel Rojas Saldias Encargado informática Departamento de Salud

Claudio Garate Troncoso Encargado de Capacitación Departamento de Salud

> Srta. Bélgica Guerra Galleguillos Secretaria Departamento de Salud

> Sra. Ofladia Portilla Pasten Secretaria Departamento de Salud

Ing. Fernando Berenguela Anacona. Coordinador Planificación, Calidad e Inversiones

E.U Nidia Zenteno Gómez Directora CESFAM Dr. Emilio Schaffhauser

E.U Patricia Castellón Zumaran Directora CESFAM Cardenal Caro

Klgo. Carlos Carvajal Guerrero Director CESFAM Pedro Aguirre Cerda

Matr. Silvia Palta Olivares Directora CESFAM Raúl Silva Henríquez

E.U Mariana Galleguillos Rojas Directora CESFAM Las Compañias E.U Carolina Pérez Palma Directora CESFAM Centro Juan Pablo II

> Mª Fernanda Prado Guzmán Directora Módulo Dental

E.U. Yerko Jaramillo Ocaranza Encargado Salud Rural

QF. Lilian Cortes Caroca Encargada de Central de Farmacia

Sr. Adolfo Sánchez Sánchez Encargado de Movilización y Estadística