

ORIENTACIONES TÉCNICAS METAS SANITARIAS

LEY 19.813
2025

Elaborado por:

Ministerio de Salud

Subsecretaría de Redes Asistenciales

División de Atención Primaria

Orientaciones Técnicas Metas Sanitarias de la Ley 19.813

Año 2025

PRIMERA VERSION, octubre 2024

Resolución Exenta N°706, del 09 de septiembre de 2024

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

Índice

Caracterización de las Metas Sanitarias 2025	1
Objetivos de las Metas Sanitarias	1
Consideraciones en el proceso de fijación de Metas Sanitarias 2025	1
Meta I. Desarrollo psicomotor	4
Recuperación del desarrollo psicomotor	4
<i>ANTECEDENTES</i>	4
<i>CARACTERIZACIÓN DE LA META</i>	6
<i>DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS</i>	8
Meta II: Detección precoz del cáncer de cuello uterino	10
Papanicolaou (PAP) o test de VPH vigente en personas de 25 a 64 años	10
<i>ANTECEDENTES</i>	10
<i>CARACTERIZACIÓN DE LA META</i>	10
<i>METODOLOGÍA DE CÁLCULO Y REGISTRO</i>	11
<i>METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE LA BRECHA Y DEL NÚMERO MÍNIMO DE MUJERES Y PERSONAS</i>	
<i>TRANS MASCULINOS CON TAMIZAJE VIGENTE A DICIEMBRE DE 2024</i>	12
<i>DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS</i>	13
Meta III: Protección de la salud bucal en población infantil	15
III.A: Control con enfoque de riesgo odontológico en población de 0 a 9 años	15
<i>ANTECEDENTES</i>	15
<i>CARACTERIZACIÓN DE LA META</i>	15
<i>DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS</i>	16
III.B: Niños y niñas de 6 años libres de caries	17
<i>ANTECEDENTES</i>	17
<i>CARACTERIZACIÓN DE LA META</i>	18
Meta IV: Cobertura de tratamiento y evaluación en personas con diabetes mellitus tipo 2	19
IV.A: Cobertura efectiva de diabetes tipo 2 (DM2) en personas de 15 años y más	19
<i>ANTECEDENTES</i>	19
<i>CARACTERIZACIÓN DE LA META</i>	20
<i>DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS</i>	20
IV.B: Evaluación anual de los pies en personas con diabetes bajo control de 15 y más años	21
<i>ANTECEDENTES</i>	21
<i>CARACTERIZACIÓN DE LA META</i>	21
<i>DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS</i>	22
Meta V: Cobertura de tratamiento en personas de 15 años y más con hipertensión	
arterial (HTA)	23
Cobertura efectiva de HTA en personas de 15 años y más	23
<i>ANTECEDENTES</i>	23
<i>CARACTERIZACIÓN DE LA META</i>	24
<i>DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS</i>	24
Meta VI: Lactancia materna exclusiva (LME) en niños y niñas al sexto mes de vida	26

Prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños y niñas al sexto mes de vida	26
<i>ANTECEDENTES</i>	26
<i>CARACTERIZACIÓN DE LA META</i>	26
<i>DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS</i>	27
<i>CÁLCULO DE LA META DE ANUAL DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA</i>	28
Meta VII: Cobertura de tratamiento en personas con asma y EPOC.....	29
Cobertura efectiva de tratamiento en enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC) en personas de 5 años y más.	29
<i>ANTECEDENTES</i>	29
<i>CARACTERIZACIÓN DE LA META</i>	30
<i>DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS</i>	31
Meta VIII: Plan de Trabajo en Salud Comunitaria.	32
Elaboración, ejecución y evaluación de un plan de trabajo en salud comunitaria del establecimiento o comuna, en conjunto con la comunidad y en reciprocidad con el Modelo de Salud Familiar.	32
<i>ANTECEDENTES</i>	32
<i>CARACTERIZACIÓN DE LA META</i>	33
<i>DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS</i>	33
Formato de evaluación	35
<i>INFORME DE EVALUACIÓN</i>	35
<i>OTRAS CONSIDERACIONES, CONCEPTOS Y ELEMENTOS DE CONTEXTO DE LA META SANITARIA</i>	35
Orientaciones para fijación de Metas Sanitarias de la ley 19.813.....	37
Objetivo general	37
Objetivos específicos	37
Alcance	37
Procedimiento de fijación de Metas Sanitarias 2025.....	39
<i>ANTES DE INICIAR ESTE PROCESO SE DEBE TENER PRESENTE LO SIGUIENTE:</i>	39
Anexo N°1	I
Recálculo de peso relativo	I
Anexo N°2.....	IV
Cuadro resumen de Metas Sanitarias 2025 ley 19.813.....	IV
Anexo N°3.....	VI
Medios de verificación.....	VI
<i>META I: RECUPERACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR</i>	VII
<i>META II: DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO</i>	VIII
<i>META III: PROTECCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIÓN INFANTIL</i>	IX
<i>META IV: COBERTURA DE TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN EN PERSONAS CON DM2</i>	X
<i>META V: COBERTURA DE TRATAMIENTO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS CON HTA</i>	XI
<i>META VI: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 MESES DE VIDA</i>	XII
<i>META VII: COBERTURA DE TRATAMIENTO EN PERSONAS CON ASMA Y EPOC</i>	XIII
<i>META VIII: ESTABLECIMIENTOS CON PLAN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD</i>	XIV
Anexo N°4.....	XV
Control de cambios.....	XV

Anexo N°5.....	XVI
Formato de apelación para la meta I: Recuperación del desarrollo psicomotor	XVI
Anexo N°6.....	24
Formato de evaluación para meta VIII: Establecimientos con plan de trabajo en salud comunitaria.	24

Caracterización de las Metas Sanitarias 2025

Objetivos de las Metas Sanitarias

Las metas sanitarias forman parte de las políticas de salud pública y tienen por objetivo garantizar la protección de la salud y mejorar la condición de salud de las personas que se atienden en el sistema público de salud. Asimismo, en función de lo establecido en la **Ley 19.813**, su cumplimiento permite otorgar el componente variable del bono de estímulo por desempeño colectivo de los trabajadores de atención primaria que se rigen por dicha ley.

En base a un análisis de indicadores sanitarios que evalúan el impacto de las intervenciones en la salud y bienestar de las personas a cargo, se seleccionan **8 metas sanitarias** para el **año 2025** que se relacionan con la Estrategia Nacional de Salud vigente, para el cumplimiento de los **objetivos sanitarios**. Estas son:

- I. Desarrollo psicomotor
- II. Detección precoz del cáncer de cuello uterino
- III. Salud bucal en población infantil
- IV. Diabetes mellitus tipo 2 (DM2)
- V. Hipertensión arterial (HTA)
- VI. Lactancia materna exclusiva (LME)
- VII. Cobertura de tratamiento en personas con asma y EPOC
- VIII. Plan de Trabajo de Salud Comunitaria

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

Consideraciones en el proceso de fijación de Metas Sanitarias 2025

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

En ningún caso la meta fijada debe representar un decrecimiento o deterioro de los valores del año anterior, así como tampoco las metas pueden ser reemplazadas por metas sanitarias distintas a las 8 definidas por el Ministerio de Salud

¹ Congreso Nacional. Historia de la Ley 19.813 Otorga Beneficios a la Salud Primaria. Chile, 2002. (Accesible desde la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: <https://bcn.cl/2m8lz>, consultado el 08-09-2023)

para el año 2025.

La **determinación de las metas deben hacerse obligatoriamente en el mes de octubre** y según la obligatoriedad dada por el artículo N°7 del Decreto N°324² que señala: “Las metas e indicadores fijados serán comunicados por el Servicio de Salud a cada entidad administradora o establecimiento afectado, al respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud y al Ministerio de Salud, a más tardar el 31 de octubre del año respectivo”, **los Servicios de Salud deben enviar al Ministerio de Salud y a las respectivas Seremis, las metas fijadas por las comunas y/o establecimientos y los documentos que respaldan dicho proceso, en el mismo plazo señalado.** Esto incluye planillas en formato digital que será enviada³, durante el mes de octubre a cada Servicio de Salud, acta de las reuniones sostenidas y la resolución exenta de fijación de metas sanitarias. Si, en consideración con criterios locales, válidamente respaldados y en consenso entre el Servicio de Salud, las entidades administradoras y el comité consultivo, alguna de las metas no pudiera ser fijada de acuerdo a lo establecido en el mismo del decreto precitado, que aprueba reglamento de la ley N°19.813 que otorga beneficios a la salud primaria, y que señala que “...determinará los indicadores de actividad que **permitirán la medición del cumplimiento** de las metas fijadas”, los argumentos y sus respaldos deben quedar claramente consignados en las resoluciones de fijación correspondientes.

Se sugiere que, junto con enviar los documentos por vía formal y regular, puedan ser enviados, por correo electrónico, a referente de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, ***nicolas.ramirez@minsal.cl***, con copia a ***cgoteiza@minsal.cl*** y a ***carolina.garrido@minsal.cl***

Para el cálculo que permita determinar las metas a cada una de las entidades administradoras o sus establecimientos (de acuerdo con lo señalado en el art. 10 del Decreto N°324), los Servicios de Salud deben usar la información vigente al mes de septiembre del año en curso, **para estimar y proyectar** las metas anuales del siguiente año, tanto en los indicadores que tienen fuente REM (serie A y P) como aquellos con fuente Población Inscrita Validada (PIV) por FONASA⁴. De la misma manera, las unidades de evaluación (comunas y/o establecimientos) que no tengan PIV, deben informar, al momento de la fijación, la población a cargo que será considerada en el denominador, en reemplazo de la PIV, para la evaluación de las metas que corresponda.

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

Por último y, en esa línea, es fundamental que las entidades administradoras de salud y los Servicios de Salud, se comprometan a hacer al menos una evaluación intermedia y otra final, con fines sanitarios, en planilla estandarizada enviada a más tardar el 31 de mayo de 2025 a cada Servicio de Salud, más allá de la determinación del acceso a los beneficios monetarios que se definan a partir del nivel de cumplimiento, sino más bien con el objetivo de realizar intervenciones en conjunto con los equipos de salud, en beneficio de la población a cargo de cada establecimiento, considerando el impacto que el incumplimiento de estas metas conlleva en la salud de las personas y sus familias.

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

² Ministerio de Salud. Decreto N°324, Aprueba reglamento de la ley N°19.813 que otorga beneficios a la salud primaria. Chile, 2003. (Accesible desde la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile: <https://bcn.cl/341dt>, consultado el 08-09-2023).

³ Estas planillas deben ser completadas de acuerdo con su formato establecido y no pueden ser reemplazadas por planillas de trabajo local

⁴ La población inscrita validada a utilizar puede ser la vigente al momento de la fijación, con los cálculos respectivos que permitan proyectarla al 2025, o bien la correspondiente al corte realizado por FONASA para la validación de población 2025.

Las metas deben estar incorporadas al Plan de Salud Comunal que la entidad administradora debe entregar al 30 de noviembre de 2024 de acuerdo con lo indicado en el Artículo Nº58 del Estatuto de Atención Primaria.

Meta I. Desarrollo psicomotor

Recuperación del desarrollo psicomotor

ANTECEDENTES

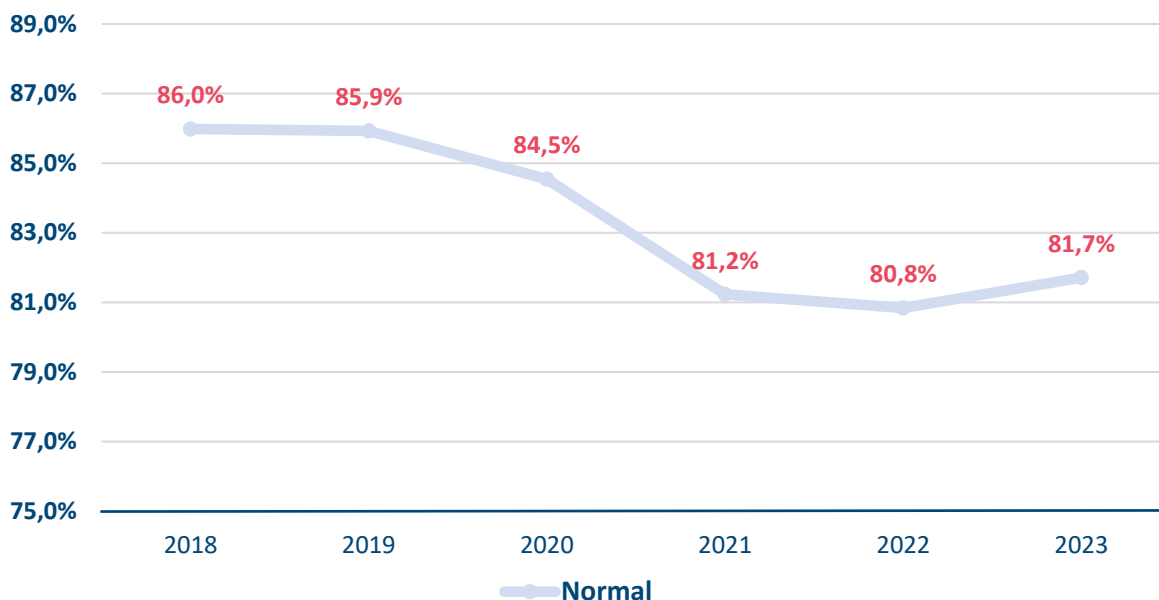
Esta meta sanitaria se encuentra en concordancia con la Estrategia Nacional de Salud **2021–2030**, cuyo objetivo de impacto relacionado es **“Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad”** y a la **Ley N°21.430 Sobre Garantías y protección integral de los derechos de la niñez y adolescencia** en lo que respecta a velar por el **Interés Superior del niño, niña** (Art. 7) y el **Derecho a un nivel de vida, desarrollo y entorno adecuado** (Art. 25). Para contribuir a su logro, se requiere la pesquisa, tratamiento temprano de los riesgos y retrasos en el desarrollo de los niños y niñas, y recuperación de este a través de las evaluaciones del desarrollo psicomotor (DSM) como parte del control de la supervisión integral de salud infantil en la atención primaria. Al mismo tiempo, involucra diversas estrategias de promoción de factores protectores; prevención y tratamiento de aquellos factores que interfirieran en el desarrollo integral de la infancia. Por ello, se ha considerado la recuperación de los niños y niñas con déficit de desarrollo psicomotor como prioritario, focalizando en el diagnóstico **“Riesgo”**, por la mayor facilidad de recuperar su desarrollo al estar más cerca de la categoría **“Normal”** que del **“Retraso”**. De esta manera, para efecto de las metas sanitarias de la Ley N°19.813, la recuperación implica el tránsito desde la categoría de **“Riesgo”** hacia la categoría **“Normal con Rezago”** o **“Normal”**.

Por ello, se ha priorizado la recuperación de los niños y niñas con resultado de riesgo en su desarrollo psicomotor, destacando que la recuperación implica el tránsito desde la categoría de **“Riesgo”** hacia la categoría **“Normal con Rezago”** o **“Normal”**, siendo un proceso continuo desde la pesquisa, derivación, ingreso e intervención en las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADIs) que culmina con la eficacia de las acciones focalizadas en estos niños y niñas priorizadas. La recuperación implica que alcancen su máximo potencial de desarrollo, bienestar y salud integral.

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

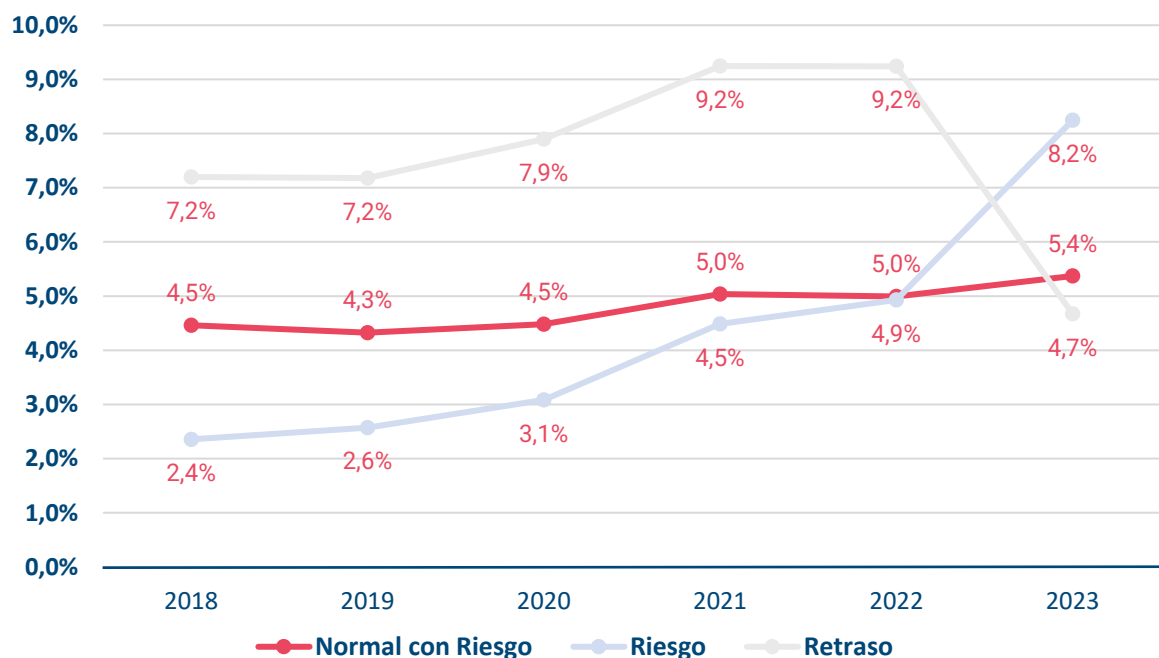
Entre los años 2018 y 2023, al observar los resultados globales de la evaluación del DSM, se detecta un aumento de los niños y niñas que presentan rezago (4,5% a 5,4%), riesgo (2,4% a 8,2%) y una disminución en retraso (7,2% a 4,7%), disminuyendo así, aquellos que se encuentran en la categoría normal desde 86% a 81,7% observando que aumenta la prevalencia de alteración al desarrollo infantil, producto de la pandemia.

GRÁFICO 1: EVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS “NORMALES” DEL DSM ENTRE DE LOS NIÑOS Y NIÑAS ENTRE LOS 12 Y 23 MESES EN LOS AÑOS 2018 A 2024



Fuente: DIVAP 2024

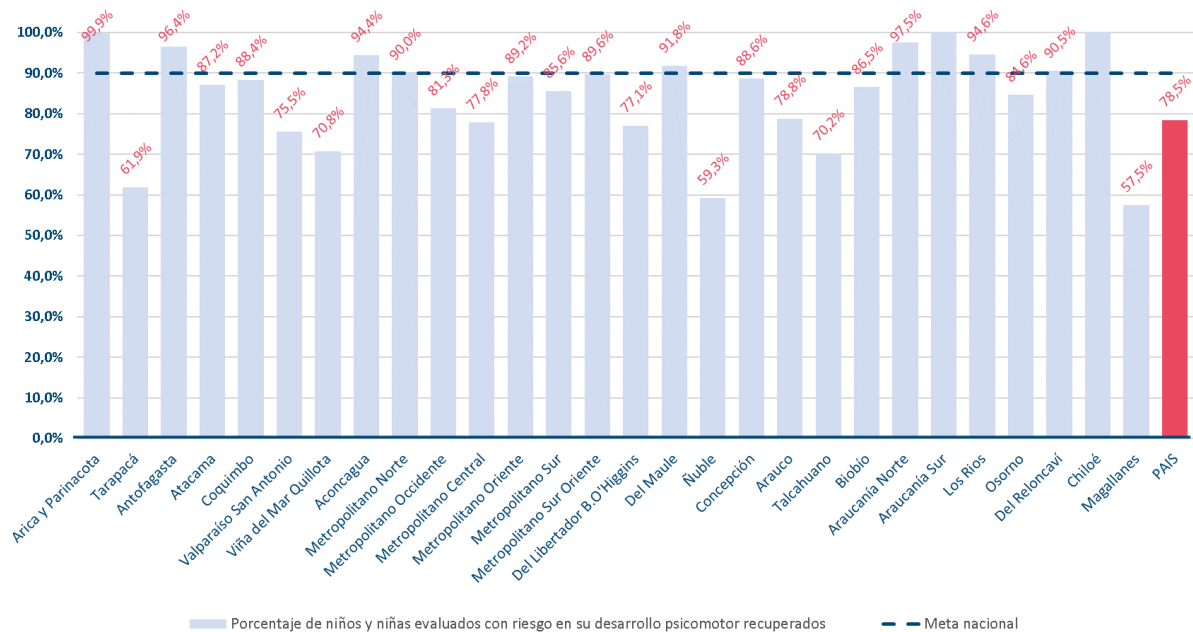
GRÁFICO 2: EVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS “ALTERADOS” DEL DSM ENTRE DE LOS NIÑOS Y NIÑAS ENTRE LOS 12 Y 23 MESES EN LOS AÑOS 2018 A 2024



Fuente: DIVAP 2024

Solo el 55,8% de los niños y niñas recuperaran su desarrollo durante el 2021, pero que va en aumento en el año 2022, ya que se observa que las niñas y niños que recuperan su desarrollo durante este año aumentaron a un 76,7%, esperando que sean priorizada las horas de reevaluaciones en las programaciones del 2024.

GRÁFICO 3: PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS EVALUADOS CON RIESGO EN SU DESARROLLO PSICOMOTOR, QUE SE RECUPERARON DURANTE 2022 POR SERVICIO DE SALUD



Fuente: DIVAP 2024

CARACTERIZACION DE LA META

NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de niñas y niños de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del desarrollo psicomotor recuperados.
FÓRMULA DEL INDICADOR	Numerador
	Nº de niñas y niños de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del desarrollo psicomotor (DSM) recuperados en el periodo de enero a diciembre de 2025.
	Denominador
PERIODICIDAD	Nº de niñas y niños de 12 a 23 meses diagnosticados en su primera evaluación con riesgo del desarrollo psicomotor de octubre 2024 a septiembre de 2025.
	META NACIONAL
Una evaluación al año	90% de niñas y niños de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del desarrollo psicomotor recuperados.
META SANITARIA MUNICIPAL 2025	
Las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que estimen un cumplimiento, a diciembre del año 2024, por debajo de la Meta Nacional, deberán al menos disminuir en un 30% la brecha entre lo estimado a diciembre del año 2024 y la meta nacional 2025. De la misma manera, quienes tengan coberturas estimadas a diciembre del año 2024 superiores a la Meta Nacional, deberán al menos mantenerla. En el caso de que la meta establecida al disminuir el 30% de la brecha sea menor al 60% de recuperación, deberá establecerse el 60% como meta.	

PLAN NACIONAL DE SALUD PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS

Objetivo de Impacto relacionado con esta meta:

Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.

Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta:

Fortalecer las intervenciones oportunas, adecuadas y con pertinencia cultural orientadas a la población infantil con alteración del desarrollo.

Para efectos del cumplimiento del indicador y en concordancia con la Norma Técnica de Infancia y Orientaciones vigentes, en el numerador y denominador del indicador se debe tener las siguientes consideraciones teniendo como base que **todas las aplicaciones del test** deben registrarse en REM.

En el denominador:

- Se consideran los niños y niñas evaluados con diagnóstico de riesgo por primera vez hasta septiembre del año 2025, por lo tanto, no se consideran aquellos niños y niñas evaluados por primera vez en los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2025; ya que estos, deberían estar cursando su plan de intervención y tratamiento en modalidad de estimulación, el cual puede extenderse hasta tres meses (90 días) desde la fecha de la primera evaluación, y que, por ende, si deberán sumarse al denominador del año siguiente (2026). Excepcionalmente podría darse el caso de un niño o niña con evaluación en riesgo en octubre del año 2025 y que se recupera en diciembre del mismo año, en este caso debe sumarse en el numerador del año 2025.
- Deberán sumarse los niños y niñas evaluados con diagnóstico de riesgo en su DSM por primera vez **en los meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2024**, ya que éstos estarían terminando su plan de intervención en enero del 2025.
- Con respecto a las niñas y niños con riesgo del desarrollo psicomotor **derivados a especialidad** por el médico de APS, por una causa vinculada al neurodesarrollo durante el año evaluado, se **deben descontar del denominador**, puesto que requerirán de otro tipo de intervención para alcanzar su máximo potencial de desarrollo, a excepción de aquellos casos que durante el periodo se alcance a descartar patología o condición asociada. Estos casos deben ser registrados en REM en paralelo con los formularios de justificación que se presenten.
- Con relación a los **traslados**:
 - Se deben descontar del denominador del centro de origen los niños y niñas con riesgo del desarrollo psicomotor trasladados a otro establecimiento antes de su reevaluación.
 - Se deben sumar en denominador del centro de destino a los niños y niñas con riesgo del desarrollo psicomotor trasladados desde otro establecimiento antes o durante el tratamiento y/o reevaluación del desarrollo. De estos, se deberán sumar en el numerador aquellos que se hayan recuperado (normal o normal con rezago).
 - Estos casos deben ser registrados en REM en paralelo con los formularios de justificación que se presenten.
- Es importante gestionar la entrega técnica de la información del plan de intervención de forma oportuna al nuevo establecimiento que recibe al niño y niña, con el fin de resguardar la continuidad de las intervenciones, puesto que, si la recuperación del DSM se da posterior a los 23 meses, **no podrá ser considerado** en el cálculo. Los traslados por justificar son solo aquellos ocurridos entre diferentes comunas del país.

- Ante cualquier necesidad local de **modificación de los valores del numerador y/o denominador**, se deberán enviar los informes de justificación (**Anexo 5**) a los referentes de los Servicios y SEREMI de Salud según corresponda, junto a los siguientes documentos u otros verificables que justifiquen estas modificaciones.
- **Traslado a otro centro asistencial:** se deberá adjuntar verificador, con fecha donde se inscribe en el nuevo centro asistencial y/o hace abandono de éste, según sea el caso; registro de las atenciones clínicas (ficha clínica o SRDM) que muestren dónde se realizó la reevaluación desde riesgo.
- **Derivación a nivel secundario:** se deberá adjuntar verificador de interconsulta a especialista.
- Niños y niñas que se evaluaron desde octubre de 2024 y se reevaluaron y recuperaron en diciembre del año 2024: adjuntar el respectivo registro clínico.
- Niños y niñas que requieran de otras intervenciones para alcanzar su máximo potencial de desarrollo:
 - Confirmación de diagnóstico secundario a través de informe médico de especialista, contrarreferencia y otro pertinente que señale la condición que el niño o niña presenta y que puede alterar el resultado de una o más áreas que evalúa el test de evaluación del DSM.
 - Niños y niñas chilenos o migrantes no hispanohablante: registro ad hoc que lo respalde.

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

DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS

Primera Evaluación: Evaluación universal del desarrollo psicomotor a través de un instrumento de tamizaje aplicado por Enfermera/o, por primera vez a todos los niños y niñas que asisten a los controles de salud de los 12 a 23 meses (ejecutado en el rango de meses correspondiente), considerándose solo los test de EEDP validados y registrados en REM. El resultado de la evaluación se clasifica en Normal, Normal con Rezago, Riesgo o Retraso.

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

Normal con rezago: Coeficiente de Desarrollo convertido a Puntaje Estándar (PE) es mayor o igual a 0,85 en baremo nivel socioeconómico medio-alto (EEDP) con un perfil de desarrollo que muestre un menor rendimiento a lo esperado para la edad en una o más áreas.

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

Reevaluación: para este indicador, corresponde a la aplicación por Enfermera/o de Test de Desarrollo Psicomotor, realizada a niños y niñas que fueron detectados con riesgo del desarrollo psicomotor en la primera evaluación.

Recuperación del Desarrollo Psicomotor: Para efectos del cumplimiento del indicador se considerarán como recuperados, todos los niños y niñas diagnosticados con Riesgo en su primera evaluación de desarrollo en el control de salud de entre los 12 a 23 meses (ejecutado en el rango de meses correspondiente), considerándose solo los test de EEDP validados y registrados en REM, y que al ser reevaluados posterior a un plan de intervención en alguna de las Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil (MADIs), dentro de los plazos y lineamientos técnicos indicados en la Norma Técnica para la Supervisión de los niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud, MINSAL 2021,

obtienen un resultado **Normal y Normal con Rezago**.

Para consultas técnicas de esta meta contactar a:

Referente	Macarena Riquelme
Correo electrónico	<i>macarena.riquelme@minsal.cl</i>

Meta II: Detección precoz del cáncer de cuello uterino

Papanicolaou (PAP) o test de VPH vigente en personas⁵ de 25 a 64 años

ANTECEDENTES

Las recomendaciones internacionales y el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino indican que lograr y mantener coberturas de tamizaje vigente (PAP o Test VPH), iguales o superiores al 80% en personas de 25 a 64 años, impacta en la reducción de la mortalidad por cáncer al cuello uterino. Por esto, esta meta se relaciona con uno de los Resultados Esperados de Impacto de la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030: “se prioriza el tamizaje de Cáncer cérvico uterino”.

La causa principal del cáncer cervicouterino es la infección persistente por los tipos de alto riesgo de VPH, los tipos 16 y el 18 más frecuentes que causan cáncer, que se encuentran presentes en un 70% de todos los casos de cáncer cervicouterino. En el país, desde el año 2019, se implementa de manera progresiva en el sistema público, el test de biología molecular de detección de virus papiloma humano (VPH) a personas entre 30 y 64 años, con la finalidad de mejorar la efectividad del programa de pesquisa de cáncer cervicouterino, ya que permite discriminar entre población de alto riesgo que requiere un intervalo menor de tamizaje. Se estima que la mortalidad por cáncer cervicouterino, pudiese reducirse en un 50% gracias a la detección precoz de lesiones precancerosas.

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

CARACTERIZACIÓN DE LA META

NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de personas ⁶ de 25 a 64 años con tamizaje vigente para la detección precoz del cáncer de cuello uterino
FÓRMULA DEL INDICADOR	Numerador
	N° logrado de personas ⁷ de 25 a 64 años inscritas validadas por FONASA, con PAP o Test de VPH vigente a diciembre 2025 ⁸ .
	Denominador
	N° de personas ⁹ de 25 a 64 años inscritas validadas por FONASA para el año 2025 ¹⁰ .
PERIODICIDAD	META NACIONAL
Una evaluación al año	80% de cobertura de personas ¹¹ entre 25 a 64 años que cuentan con PAP en los tres últimos años o Test de VPH en los últimos cinco años vigente.

⁵ Incluye mujeres y personas transmasculinos de 25 a 64 años.

⁶ Incluye mujeres y personas transmasculinos de 25 a 64 años.

⁷ Incluye mujeres y personas transmasculinos de 25 a 64 años.

⁸ El numerador corresponde al número de mujeres y personas transmasculinos con Test VPH tomados en los años 2021 y 2022 + número de mujeres y personas transmasculinos de 25 a 64 años inscritas y validadas con PAP Vigente en los últimos 3 años. (2023, 2024, 2025).

⁹ Incluye mujeres y personas transmasculinos de 25 a 64 años.

¹⁰ El denominador corresponde al número de personas (incluye mujeres y personas transmasculinos) de 25 a 64 años inscritas validadas por FONASA para el año 2025, si no cuenta con la población 2025, considere un aumento estimado de 3%.

¹¹ Incluye mujeres y personas transmasculinos de 25 a 64 años.

META SANITARIA MUNICIPAL 2025

Se espera que las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, identifiquen el N° de personas sin tamizaje vigente para disminuir a lo menos un 30% de la brecha entre la cobertura estimada a diciembre 2024 y la meta nacional de cobertura de 80%, comprometiendo una mejora de la cobertura equivalente a este N° de personas con PAP o Test VPH vigente a incrementar.

De igual manera, quienes no tengan brecha, deberán al menos mantener el número de personas con PAP o Test VPH vigente estimado a diciembre del año 2024. En ningún caso se aceptará disminuir el número absoluto de personas con PAP o Test VPH vigente.

La fijación de la meta se debe expresar en N° y debe corresponder como mínimo al 30% de la brecha a partir de la cobertura estimada a diciembre de 2024.

Las comunas o establecimientos que estimen a diciembre del año 2024 coberturas que no alcancen el cierre de brecha comprometido en el 2024 deberán disminuir en un 40% su cierre de brecha el año 2025.

PLAN NACIONAL DE SALUD PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS**Objetivo de Impacto relacionado con esta meta:**

Reducir la tasa de mortalidad por cáncer.

Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta:

Mejorar la detección precoz del cáncer de cuello uterino en grupos de riesgo.

METODOLOGÍA DE CÁLCULO Y REGISTRO

Para la fijación de la meta 2025, previamente se debe realizar un estudio de la brecha que cada comuna o establecimiento tenga para alcanzar el 80% de mujeres y personas transmasculinos de 25 a 64 años inscritas y validadas con PAP Vigente en los últimos 3 años o Test VPH vigente en los últimos 5 años.

Las comunas sin implementación Test de VPH, mantendrán su población en base a tamizaje por PAP: Número de mujeres y personas transmasculinos de 25 a 64 años, inscritas validadas con PAP vigente a diciembre 2025.

Las comunas que cuentan con co-test (PAP+ Test de VPH), pertenecen a los Servicios de Salud de: Arica, Antofagasta, Coquimbo, Metropolitano Central, Metropolitano Norte, Metropolitano Occidente, Metropolitano Oriente, Metropolitano Sur, Maule, Talcahuano, Araucanía Sur, Valdivia, Osorno; considerando ambos exámenes para definir su población vigente : Número de mujeres y personas transmasculinos con Test VPH tomados en los años 2021 y 2022 + número de mujeres y personas transmasculinos de 25 a 64 años inscritas y validadas con PAP Vigente en los últimos 3 años (2023, 2024, 2025). En comunas que dispongan de acceso al test de VPH por otras vías de financiamiento o proyectos locales, deberán considerar la misma metodología de cálculo.

Se encuentra en desarrollo el reporte de vigencia de tamizaje para cáncer cervicouterino integrando PAP y VPH, por lo que una vez dada la instrucción desde nivel central, las comunas de los Servicios que cuentan con tamizaje VPH, se podrá obtener extraer población con tamizaje vigente para cáncer cérvico uterino directamente desde Citoweb

Del cálculo anterior, se obtendrá el número total de mujeres y personas transmasculinos que cada comuna o establecimiento requiere cubrir para alcanzar el 80% de cobertura a diciembre de 2025. De ese número (brecha) quienes no tengan brecha, deberán al menos mantener el número de mujeres con PAP vigente logrado el año 2024. La siguiente tabla muestra un ejemplo de cálculo de la brecha y el número de mujeres y personas transmasculinos a captar para alcanzar a reducir al menos el 30% de la brecha de cada comuna o establecimiento. Las comunas o establecimientos que no alcancen el cierre de brecha comprometido en el 2024 deberán ajustar el cálculo de brecha para reducir en 40%.

METODOLOGÍA PARA EL CÁLCULO DE LA BRECHA Y DEL NÚMERO MÍNIMO DE MUJERES Y PERSONAS TRANS MASCULINOS CON TAMIZAJE VIGENTE A DICIEMBRE DE 2024

Fórmula tamizaje vigente

Componente fórmula	Descripción	Cálculo	Valores de ejemplo
A	Número de mujeres y personas transmasculinos de 25 a 64 años con tamizaje vigente a diciembre de 2024		3.000
B	Total de mujeres de 25 a 64 años inscrita y validada para el año 2025		5.000
C	Meta de cobertura nacional de 80% de la población inscrita	B*80%	4.000
D	Brecha entre número de mujeres y personas transmasculinos con tamizaje para la detección precoz de cáncer de cuello uterino estimado a diciembre 2024 y Nº mujeres y personas transmasculinos esperadas con 80% cobertura	C-A	1.000
E	30% de la brecha	D*30%	300
F	Número mínimo esperado de mujeres y personas transmasculinos con tamizaje vigente a DICIEMBRE 2025 Corresponde al Número de mujeres y personas transmasculinos con Test VPH tomados en los años 2021 y 2022 + número de mujeres y personas transmasculinos de 25 a 64 años inscritas y validadas con PAP Vigente en los últimos 3 años. (2023, 2024, 2025)	A+E	3.300

Donde,

Columna	Definición	Fuente	Observaciones
A	Fórmula de tamizaje: Número de mujeres y personas transmasculinos de 25 a 64 años, inscritas validadas con tamizaje vigente a diciembre 2024.	REM P12, sección A	Por cada centro de salud y/o Comuna
B	Población de mujeres de 25 a 64 años inscritas y validadas año 2025	Informe de FONASA (según fecha de corte) de la población de mujeres de 25 a 64 años, inscritas validadas para el 2025. Si no cuenta con la población 2025, considere un aumento estimado de 3%.	Cada Estadístico del SS, debe hacer llegar al Encargado de APS esta información por Comuna y Establecimiento.
C	Corresponde al Nº de mujeres y personas transmasculinos de 25 a 64 años que debiera tener tamizaje vigente si se tuviera el 80% de la columna de cobertura. (B*80%)	Cálculo del Nº de la columna B por el 80%	Debe expresarse en Nº de mujeres y personas transmasculinos.

Columna	Definición	Fuente	Observaciones
D	Corresponde a la resta entre el Nº de mujeres y personas transmasculinos esperadas si se tuviera el 80% de cobertura y el Nº de mujeres y personas transmasculinos con tamizaje estimado a diciembre 2024. Este número es la BRECHA (C – A)	Diferencia o resta entre la columna C , menos la columna A .	Debe expresarse en Nº de mujeres y personas transmasculinos.
E	Corresponde al Nº de mujeres y personas transmasculinos de 25 a 64 años, equivalente al 30% del total de la brecha. (D*30%)	Cálculo del Nº de la columna D por el 30%	Debe expresarse en Nº de mujeres y personas transmasculinos. Este es el mínimo aceptable en la fijación.
F	Corresponde al Nº esperado de mujeres y personas tamizaje vigente estimado a diciembre 2025. (A+E)	Suma entre la columna A y la E	Debe expresarse en Nº de mujeres y personas transmasculinos.

Respecto de las fuentes a utilizar para la información sobre mujeres y personas transmasculinos con tamizaje vigente se debe utilizar el REM P12 (que el DEIS publica semestralmente), este REM de la serie P debe ser alimentado desde el sistema informático Citoexpert, REVICAN o Plataforma de desarrollo local (dependiendo del sistema que use el Servicio de Salud), y sumando el registro local de mujeres y transmasculinos de 25 a 64 años con PAP o Test de VPH vigente tomados en extrasistema.

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

DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS:

Teniendo presente que las mujeres y personas trans masculinos a tamizar cada 3 años (PAP) o 5 años (Test VPH), corresponden a mujeres y personas transmasculinos inscritos en cada establecimiento y, por lo tanto, éste cuenta con sus datos; lo que se esperaría es que se priorice captar a las mujeres y personas transmasculinos entre 25 y 64 años inscritas en el Establecimiento y que “nunca” se han realizado un tamizaje, luego a aquellas “atrasadas” (con PAP de más de 3 años o Test de VPH de más de 5 años) y aquellas a las que les corresponde “repetir” su tamizaje de acuerdo al examen disponible en el territorio.

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

Se recuerda que tanto Citoexpert como REVICAN, permiten identificar y listar a las personas “atrasadas” con el fin de establecer, por ejemplo, citaciones personalizadas.

Es importante que todo el equipo, elabore estrategias locales que permitan, superar la brecha de personas sin tamizaje vigente, recurriendo también a experiencias exitosas de otros equipos de salud, como la derivación interna entre diferentes funcionarios del Establecimiento.

Considerando que el tamizaje a través del PAP es parte del GES, se deben mantener los registros adecuados para la trazabilidad de este examen y el seguimiento de los casos tamizados. Se debe mejorar la información respecto a las mujeres y personas transmasculinos beneficiarios e inscritos que se toman el examen de PAP o Test de VPH en el sector

privado. Este número de personas podrán ser incorporadas en REM P12, siempre que las comunas cuenten con medio verificador de los registros para ser informados al Servicio de Salud.

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

Para consultas técnicas de esta meta contactar a:

Referente	Ana Ayala	Juan Herrera
Correo electrónico	<i>aayala@minsal.cl</i>	<i>juan.herrerab@minsal.cl</i>

Meta III: Protección de la salud bucal en población infantil

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

III.A: Control con enfoque de riesgo odontológico en población de 0 a 9 años

ANTECEDENTES

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

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

El control con enfoque de riesgo odontológico, en población de 0 a 9 años, permite implementar estrategias de promoción de salud y prevención de patologías bucales según riesgo de enfermar, favoreciendo también la detección precoz de cualquier anomalía o patología bucal que pudiera presentarse, permitiendo controlarlas en sus etapas iniciales.

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

Esta meta sanitaria está en concordancia con la Estrategia Nacional de Salud para los objetivos sanitarios al 2030, específicamente con el objetivo de impacto “Mejorar el estado de salud bucal de la población”, en el cual se plantea, como resultados esperados, “Promover el manejo adecuado de higiene y cuidado bucal en la población” y “Fortalecer la cobertura de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida”.. Ambas estrategias están consideradas en el control odontológico de los niños y niñas de 0 a 9 años.

CARACTERIZACIÓN DE LA META

NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de niños y niñas de 0 a 9 años en control con enfoque de riesgo y pauta CERO aplicada
FÓRMULA DEL INDICADOR	Numerador
	N° de niños y niñas de 0 a 9 años en control con enfoque de riesgo odontológico y pauta CERO aplicada en el periodo enero a diciembre 2025
	Denominador
	N° total de niños y niñas inscritos validados de 0 a 9 años, año 2025
PERIODICIDAD	META NACIONAL
Una evaluación al año	Cobertura 45% en niños y niñas de 0 a 9 años en control con enfoque de riesgo odontológico

META SANITARIA MUNICIPAL 2025

Se espera que las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que estimen a diciembre del 2024 un cumplimiento inferior a la meta nacional fijada, avancen al menos en un 50% de la brecha el 2025. De la misma manera, quienes estimen a diciembre del 2024 coberturas iguales o superiores a la meta nacional deberán, al menos, mantenerla para el 2025.

PLAN NACIONAL DE SALUD PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS**Objetivo de Impacto relacionado con esta meta:**

Mejorar el estado de salud bucal de la población

Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta:

Promover el manejo adecuado de higiene y cuidado bucal en la población. Fortalecer la Cobertura efectiva de los Servicios de Salud bucal a lo largo del curso de vida.

DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS

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

La pauta CERO corresponde a una herramienta tamizaje/screening y no de diagnóstico, es una adaptación nacional de instrumentos de evaluación de riesgo cariogénico utilizados a nivel internacional, que se aplica una vez al año, valora el riesgo cariogénico y determina las estrategias de prevención.

Para efectos del indicador, se utilizará la aplicación de pauta de riesgo odontológico como trazadora (REM A03. Sección D7).

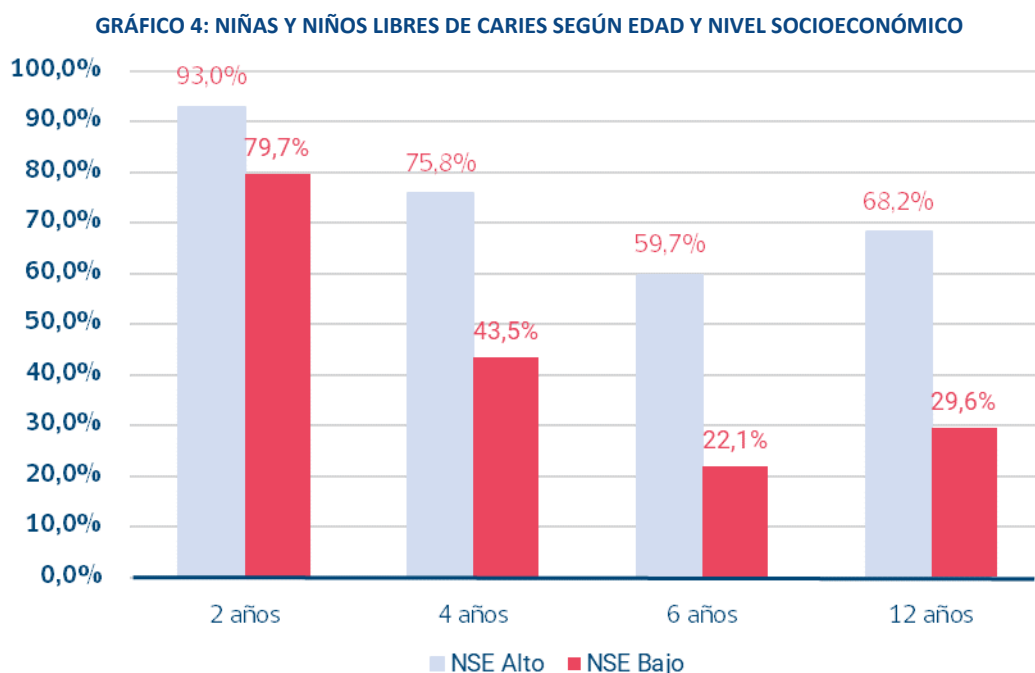
Se recomienda consultar la orientación técnica administrativa del programa CERO.

III.B: Niños y niñas de 6 años libres de caries

ANTECEDENTES

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

Según la información de los últimos estudios epidemiológicos nacionales disponibles^{12 13}, a los 2 años hay un 82,5% de niños y niñas libres de caries, 49,6% a los 4 años y 29,6% a los 6 años. Se observa un menor porcentaje de niños y niñas libres de caries en población de nivel socioeconómico bajo, aumentando la brecha de inequidad a medida que aumenta la edad, como se observa en el gráfico 4



Fuente: DIVAP 2023

Entendiendo que las consecuencias de la caries dental son acumulativas, al tener una población infantil con gran carga de enfermedad tendremos una población adolescente muy enferma y consecutivamente una población adulta con las secuelas de la enfermedad, siendo la principal de éstas la pérdida de dientes, afectando de manera significativa la función y calidad de vida de las personas y que las niñas y niños de nivel socioeconómico bajo presentan mayores niveles de enfermedad, el 2017 se implementó el Control con Enfoque de Riesgo Odontológico (CERO), estrategia que espera aumentar la población infantil libre de caries.

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

¹² MINSAL. 2012. Informe consolidado “Diagnóstico nacional de salud bucal de los niños y niñas de 2 y 4 Años que participan en la educación parvularia. Chile 2007-2010”.

¹³ Danke Karen, Carvajal Claudia, Borgeat Marjorie, Carvajal Paola. Tendencia de niños y niñas de 6 años libres de caries en Chile entre los años 2012 y 2019. Int. j interdiscip. dent. [Internet]. 2022 Abr [citado 2022 Sep 05]; 15(1): 33-38. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-55882022000100033&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S2452-55882022000100033>.

Si bien, la prevalencia de niños de 6 años sin experiencia de caries ha mejorado en la última década, aumentado sostenidamente desde el 2012 al 2019 a nivel nacional, aún sigue siendo baja, por lo cual los esfuerzos deben estar dirigidos a mantener y reforzar las estrategias y programas preventivos, especialmente en la población infantil, para lograr una población sin experiencia de caries en el curso de vida a largo plazo.

En el análisis histórico, a nivel nacional, este indicador tenía un cumplimiento de 28,17% el 2017, 30.09% el 2018, 24.52% el 2019, durante la pandemia cayó fuertemente a 7.01% el 2020, en gran parte porque no hubo examinados, el 2021 se estableció la línea base para el indicador sabiendo que la red aun no recuperaba el 100% de las atenciones reprogramadas en pandemia, obteniendo un cumplimiento a nivel nacional de 12,44%. El año 2022 el indicador alcanzó el 16,61 % y el 2023 21,13%. Durante el 2024 se proyecta sobrepasar el 20%, al aumentar la meta nacional se orienta a que se examinen más niños y niñas de 6 años, favoreciendo el ingreso al GES “Salud Oral Integral para niños y niñas de 6 años” y midiendo resultados en salud con el fin de generar impacto en la salud bucal de la población.

CARACTERIZACIÓN DE LA META

NOMBRE DEL INDICADOR	Porcentaje de niños y niñas de 6 años libres de caries
FÓRMULA DEL INDICADOR	Numerador
	Nº de niños y niñas de 6 años con CEOD igual a 0 en el periodo enero a diciembre 2025
	Denominador
	Nº total de niños y niñas inscritos validados de 6 años, año 2025
PERIODICIDAD	META NACIONAL
Una evaluación al año	20% niños y niñas de 6 años libres de caries
META SANITARIA MUNICIPAL 2025	
Se espera que las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que el 2024 estimen un cumplimiento inferior a la meta nacional fijada, avancen al menos un 50% de la brecha durante el 2025 y quienes a diciembre del 2024 estimen coberturas iguales o superiores a la meta nacional establecida deberán, al menos, mantenerla el 2025.	
PLAN NACIONAL DE SALUD PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS	
Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Mejorar el estado de salud bucal de la población	
Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Promover el manejo adecuado de higiene y cuidado bucal en la población. Fortalecer la Cobertura efectiva de los Servicios de Salud bucal a lo largo del curso de vida	

Para consultas técnicas de esta meta contactar a:

Referente	Paulina Nuñez Venegas	Norman Romo Grogg
Correo electrónico	paulina.nunez@minsal.cl	norman.romo@minsal.cl

Meta IV: Cobertura de tratamiento y evaluación en personas con diabetes mellitus tipo 2

Esta Meta está constituida por dos submetas:

IV.A: Cobertura efectiva de diabetes tipo 2 (DM2) en personas de 15 años y más

ANTECEDENTES

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

En Chile, la prevalencia estimada de diabetes por la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 es de 12,3% en la población mayor a 15 años, lo que muestra un alza de 2,9 puntos porcentuales comparado con la prevalencia reportada por la misma encuesta el 2009-2010. Sin embargo, la pandemia afectó de forma muy significativa el cuidado de las personas con enfermedades crónicas y especialmente a las personas con DM2, por lo que se deberá evaluar con cifras objetivas el impacto a nivel nacional.

En la nueva Estrategia Nacional de Salud 2021-2030, en su eje estratégico número 4, componente DM, se propone como objetivo de impacto disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes. Este objetivo busca disminuir la prevalencia de la DM a través de políticas públicas poblacionales, para fomentar los estilos de vida saludables, así como disminuir las complicaciones tanto micro como macrovasculares en las personas con DM a través del control integral de la persona con diabetes, así como el diagnóstico precoz de complicaciones, con el uso de tecnologías disponibles para estos fines.

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

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

En coherencia con la Estrategia Nacional de Salud (ENS) 2021-2030, se mantiene la necesidad de incrementar la proporción de personas con diabetes que están en control y aumentar la proporción de estas personas, con un valor de HbA1c de 15 a 79 años: <7% y de 80 y más años: <8%, en la población FONASA inscrita y validada de cada establecimiento. Esto incluso recibió refuerzos adicionales, durante el año 2023, a través de PRAPS “Cuidados Preventivos y de tratamiento en APS”.

CARACTERIZACIÓN DE LA META

NOMBRE DEL INDICADOR	Cobertura efectiva de tratamiento de DM2 en personas de 15 y más años
FÓRMULA DEL INDICADOR	Numerador
	N° de personas con DM2 de 15 a 79 años, con Hemoglobina Glicosilada bajo 7%, más el N° de personas con DM2 de 80 y más años con Hemoglobina Glicosilada bajo 8% según último control vigente, en los últimos 12 meses
	Denominador
	N° Total de personas de 15 años y más con DM2 estimadas según prevalencia de acuerdo con el siguiente detalle (ENS 2016 -17): <ul style="list-style-type: none"> 15 a 24 años: 1,8% 25 a 44 años: 6,3% 45 a 64 años: 18,3% 65 y más años: 30,6%
PERIODICIDAD	META NACIONAL
Una evaluación al año	Alcanzar al menos un 29% de cobertura efectiva de personas con DM2
META SANITARIA MUNICIPAL 2025	
<p>Para la meta de cobertura efectiva de personas con DM2, se espera que las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que estimen a diciembre del 2024 un cumplimiento inferior a la meta nacional fijada, avancen al menos en un 50% de la brecha el 2025. De la misma manera, quienes estimen a diciembre del año 2024 coberturas iguales o superiores a la meta nacional deberán, al menos, mantenerla el 2025.</p> <p>Las comunas o establecimientos que estimen a diciembre de 2024 no alcanzar el cierre de brecha comprometido en el 2024 deberán disminuir en un 70% su cierre de brecha en el año 2025.</p>	
PLAN NACIONAL DE SALUD PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS	
<p>Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Disminuir la mortalidad prematura por diabetes mellitus</p> <p>Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Incrementar cobertura efectiva de diabetes mellitus.</p>	

DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS:

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

El total de personas con DM2 de 15 y más años se estima en base a la prevalencia sobre la población FONASA inscrita y validada de cada establecimiento para el año 2025 y corresponde al denominador del indicador.

IV.B: Evaluación anual de los pies en personas con diabetes bajo control de 15 y más años

ANTECEDENTES

La diabetes mellitus es un problema de salud priorizado a nivel nacional en la Estrategia Nacional de Salud de la década. Para la década 2011-2020, las metas asociadas a la reducción de complicaciones en personas con diabetes era lograr que se redujeran en un 10% los egresos hospitalarios por amputaciones relacionadas a diabetes mellitus (pie diabético). Para esta década, 2021- 2030, el objetivo relacionado a esta patología es “Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes”, dentro de las cuales se considera, nuevamente, disminuir la tasa de amputaciones.

La amputación es una complicación que afecta de forma muy significativa la calidad de vida de las personas, su frecuencia es 10 a 20 veces mayor en personas con diabetes mellitus que en población general y se estima que cada 30 segundos se pierde una extremidad inferior o parte de una extremidad inferior en algún lugar del mundo como consecuencia de la diabetes. De acuerdo con la literatura, aproximadamente el 85% de las amputaciones son precedidas por una úlcera, siendo el pie diabético responsable de la gran mayoría de las amputaciones no traumáticas. La historia natural de una úlcera sin intervención de profesional capacitado generalmente progresa a infección y posteriormente a osteomielitis, derivando finalmente en amputación y/o muerte.

El desarrollo y progresión de una úlcera en el pie de una persona con diabetes mellitus se produce por descompensaciones metabólicas que se asocian a consecuencias propias de esta enfermedad tales como neuropatías, vasculopatías y menor perfusión tisular. Asimismo, las personas con úlceras de pie diabético (UPD) presentan mayor riesgo de muerte prematura, independiente de la edad y duración de la enfermedad, y mayor probabilidad de un infarto agudo al miocardio y ataque cerebrovascular, comparado a la población general. Por otra parte, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) afirma que las amputaciones mayores son "un reflejo de la calidad del cuidado otorgado a largo plazo en diabetes" lo cual fundamenta su evaluación y seguimiento. Las UPD son heridas crónicas y complejas que tienen un gran impacto a largo plazo en la calidad de vida.

Al analizar la situación nacional, y evaluar el resultado de impacto (RI) de la Estrategia Nacional de Salud de la última década, 2011-2020, que tenía como meta “Reducir amputaciones no traumáticas en extremidad inferior en personas con Diabetes”, se observa que el indicador tiene una tendencia inversa a lo propuesto, con tasas por población general en aumento casi sostenido en el tiempo, pasando de 15,5 a 22,6/100.000 habitantes entre los años 2010 y el 2019 cuando la meta al 2020 era lograr una tasa de 13,97. Además, destaca la enorme diferencia entre sexos, con tasas más de 3 veces mayores en los hombres.

Todo lo anteriormente descrito, refuerza la necesidad de realizar diagnóstico precoz y evaluación preventiva del riesgo de ulceración, por lo que se hace imperativo lograr las metas propuestas.

CARACTERIZACIÓN DE LA META

NOMBRE DEL INDICADOR	Evaluación anual del pie diabético, en personas con DM2 bajo control de 15 y más años
FÓRMULA DEL INDICADOR	Numerador
	N° de personas de 15 años y más con DM2 bajo control, con evaluación de pie diabético vigente, en los últimos 12 meses
	Denominador
	N° de personas de 15 años y más con DM2 bajo control en los últimos 12 meses

PERIODICIDAD	META NACIONAL
Una evaluación al año	Alcanzar al menos un 90% de evaluación anual del pie diabético en personas con DM2
META SANITARIA MUNICIPAL 2025	
<p>Para la meta de evaluación anual del pie en personas con DM2 bajo control de 15 y más años, se espera que las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que estimen a diciembre del 2024 un cumplimiento inferior a la meta nacional fijada, avancen al menos en un 50% de la brecha el 2025. De la misma manera, quienes estimen a diciembre del 2024 coberturas iguales o superiores a la meta nacional deberán, al menos, mantenerla el 2025.</p> <p>Las comunas o establecimientos que estimen a diciembre del 2024 no alcanzar el cierre de brecha comprometido en el 2024 deberán disminuir en un 70% su cierre de brecha en el año 2025.</p>	
PLAN NACIONAL DE SALUD PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS	
<p>Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Disminuir la mortalidad prematura por diabetes mellitus</p> <p>Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Reducir las complicaciones en personas con diabetes mellitus.</p>	

DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS:

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

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

Para consultas técnicas de esta meta contactar a:

Referente	Marcela Rivera Medina
Correo electrónico	marcela.rivera@minsal.cl

Meta V: Cobertura de tratamiento en personas de 15 años y más con hipertensión arterial (HTA)

Cobertura efectiva de HTA en personas de 15 años y más

ANTECEDENTES

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

El indicador de cobertura efectiva incorpora dos aspectos, la proporción de personas con HTA “controladas” o “compensadas” (de 15 a 79 años con PA<140/90 mmHg; de 80 y más años con PA<150/90 mmHg), y el número total de personas con HTA estimadas para una determinada población según la prevalencia. Hasta el año 2011, se utilizaba el indicador de cobertura, por una parte, y el de compensación, por otra. El indicador de cobertura efectiva combina ambos y requiere que los establecimientos de salud hagan esfuerzos adicionales no solo para mejorar la proporción de personas con hipertensión “controladas”, sino también para identificar a las personas con hipertensión que desconocen su condición en su población a cargo. Las siguientes acciones pueden contribuir a mejorar la cobertura efectiva del tratamiento de la HTA:

- Campañas educativas para promover la medición de la presión arterial y comunicar los riesgos asociados a la presión arterial elevada;
- Incrementar el tamizaje de hipertensión (ejemplo: a través del aumento de la cobertura del Examen de Medicina Preventiva del Adulto y del Adulto Mayor, tamizaje en los servicios de urgencia, tamizaje en todas las prestaciones de salud);
- Mejorar el cumplimiento de los estándares de las Guías Clínicas;
- Mejorar la adherencia al tratamiento a través del automanejo de la enfermedad.
- Asimismo, se debe certificar la competencia en la técnica correcta de medición de la presión arterial de los recursos humanos que participan en actividades de detección, diagnóstico y control de personas con hipertensión.

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

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

- Disponer de equipos de toma de presión arterial validados y calibrados.
- Disminuir la inercia terapéutica usando algoritmos estandarizados de tratamiento, según estrategia HEARTS.
- Mejorar los registros clínicos de este factor de riesgo.

CARACTERIZACIÓN DE LA META

NOMBRE DEL INDICADOR	Cobertura Efectiva de Hipertensión Arterial (HTA) en personas de 15 años y más
FÓRMULA DEL INDICADOR	Numerador
	N° personas con hipertensión arterial de 15 a 79 años con presión arterial <140/90 mmHg, más N° personas con hipertensión arterial de 80 y más años con presión arterial <150/90 mmHg, según último control vigente, en los últimos 12 meses
	Denominador
	Total de personas de 15 y más años con hipertensión arterial estimadas según prevalencia estimada (ENS 2016-17): <ul style="list-style-type: none"> • 15 a 24 años: 0,7% • 25 a 44 años: 10,6% • 45 a 64 años: 45,1% • 65 y más años: 73,3%
PERIODICIDAD	META NACIONAL
Una evaluación al año	Alcanzar al menos un 45% de cobertura efectiva de personas con HTA
META SANITARIA MUNICIPAL 2025	
<p>Para la meta de Cobertura Efectiva de Hipertensión Arterial (HTA) en personas de 15 años y más, se espera que las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que estimen a diciembre del año 2024 un cumplimiento inferior a la meta nacional fijada, avancen al menos en un 50% de la brecha el 2025. De la misma manera, quienes estimen a diciembre de 2024 coberturas iguales o superiores a la meta nacional deberán, al menos, mantenerla el 2025.</p> <p>Las comunas o establecimientos que estimen a diciembre del año 2024 no alcanzar el cierre de brecha comprometido en el 2024 deberán disminuir en un 70% su cierre de brecha en el año 2025</p>	
PLAN NACIONAL DE SALUD PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS	
<p>Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Aumentar la sobrevida de las personas que presentan enfermedades cardiovasculares</p> <p>Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Incrementar cobertura efectiva de HTA.</p>	

DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS:

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

El total de personas con HTA de 15 y más años se estima en base a la prevalencia sobre la población FONASA inscrita y validada de cada establecimiento para el año 2025 y corresponde al denominador del indicador.

Para consultas técnicas de esta meta contactar a:

Referente	Marcela Rivera Medina
Correo electrónico	<i>marcela.rivera@minsal.cl</i>

Meta VI: Lactancia materna exclusiva (LME) en niños y niñas al sexto mes de vida

Prevalencia de lactancia materna exclusiva en niños y niñas al sexto mes de vida

ANTECEDENTES

La evidencia es consistente en demostrar los beneficios de la lactancia materna exclusiva (LME) en términos de protección de la obesidad y otras enfermedades no transmisibles, (diabetes mellitus, hipertensión arterial y dislipidemias entre otras), a mayor exclusividad y prolongación de la LME durante el primer semestre de vida, los beneficios son mayores para niños y niñas. Agregado a los beneficios que este tipo de lactancia tiene para los niños y niñas, se ha estudiado, por ejemplo, el factor preventivo frente al cáncer de mama, en madres que amamantan.

De allí que se deba relevar la importancia de promover una alimentación saludable desde el inicio de la gestación e idealmente a partir desde la mujer en edad fértil, con el propósito de lograr una lactancia materna exitosa y alcanzar la meta PAÍS del 60% de LME, al sexto mes de vida.

Por otra parte, teniendo presente que el fomento de una alimentación saludable, mientras más tempranamente se realice, mayor es su efecto protector, es que se recomienda enfatizar en inculcar hábitos de estilos de vida saludable tempranamente, por lo cual, al incorporar al 6º mes de vida, la alimentación no láctea, ésta debe realizarse sin interrupción de la Lactancia Materna, haciendo hincapié en hábitos de alimentación saludable, durante la Consulta Nutricional del 5º mes donde se recomienda también respetar las nuevas señales de saciedad del lactante, las que a esta edad se manifiestan a través acciones motoras, vocalizaciones o expresiones verbales. Esta actividad debe alcanzar al menos una cobertura del 80% y debe desarrollarse según lo descrito en la Norma de Alimentación del menor de 2 años.

CARACTERIZACIÓN DE LA META

NOMBRE DEL INDICADOR	Prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) en niños y niñas al sexto mes de vida
FÓRMULA DEL INDICADOR	Numerador
	N° de niños y niñas controlados en el período de enero a diciembre de 2025 que al control de salud del sexto mes recibieron LME
	Denominador
	N° de niños y niñas con control de salud del sexto mes realizado en el período de enero a diciembre de 2025
PERIODICIDAD	META NACIONAL
Una evaluación al año	Alcanzar al menos 60% de menores con LME al sexto mes de vida
META SANITARIA MUNICIPAL 2025	
Se espera que las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, identifiquen el número de niños y niñas menores de seis meses con lactancia materna exclusiva, que les permita disminuir a lo menos un 15% de la brecha entre la cobertura estimada a diciembre del año 2024 y la meta nacional de cobertura de 60%.	

De la misma manera, quienes tengan coberturas estimadas a diciembre del año 2024 superiores a la Meta Nacional, deberán al menos mantenerla el año 2025.

PLAN NACIONAL DE SALUD PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS

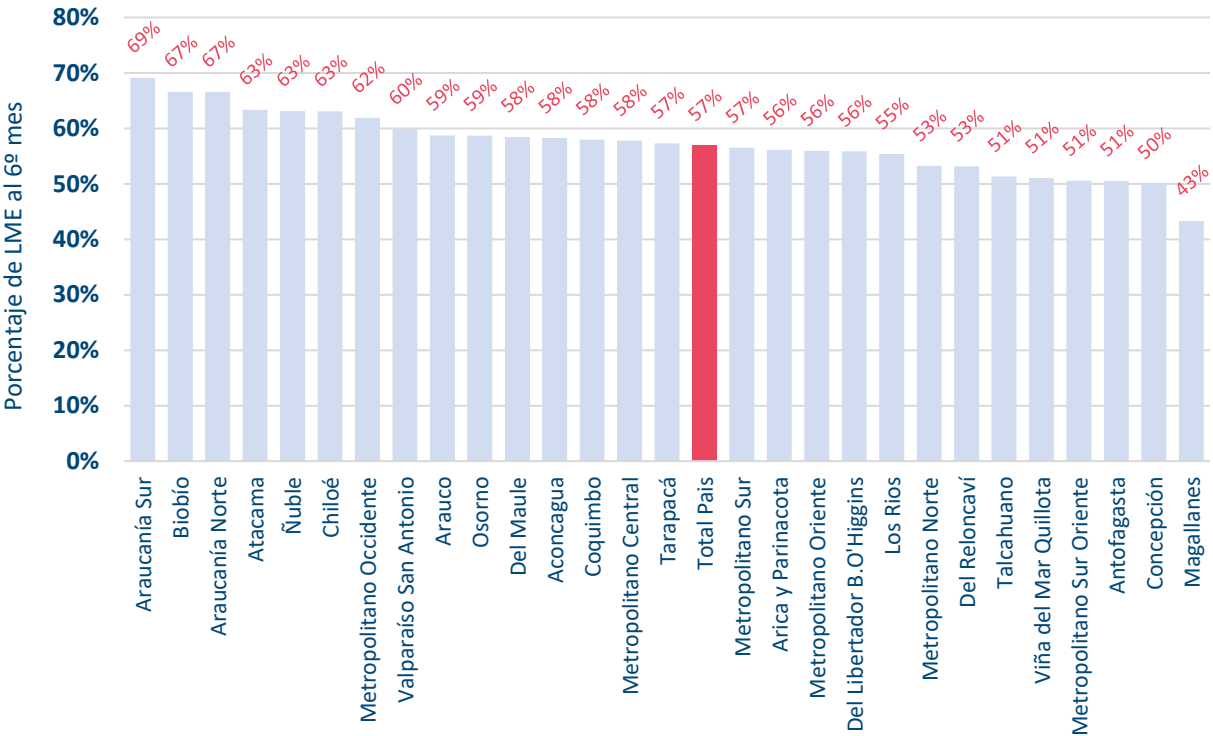
Objetivo de Impacto relacionado con esta meta:
Aumentar el porcentaje de normalidad del Estado Nutricional en niños/as menores de 6 años. Disminuir o mantener el porcentaje de obesidad en niños y niñas pertenecientes a establecimientos del sistema público de salud

Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta:
Promoción de los factores protectores de salud, capaces de retrasar desenlace de ENT.

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

A la amplia variabilidad de la cobertura alcanzada, se suma una rotación frecuente en los equipos de salud, lo cual obliga a una capacitación permanente en el tema lactancia.

GRÁFICO 5: PORCENTAJE DE NIÑOS Y NIÑAS CON LME AL 6TO MES AÑO 2024



Fuente: DIVAP 2024

DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS

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

Para el cumplimiento de la meta se considerarán niños y niñas controlados entre los **5 meses y 16 días y 6 meses con 15 días de edad**. Se incluyen lactantes que han tenido una actividad de salud realizada por algún profesional del equipo de

salud, en la cual se evaluó su condición de lactancia.

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

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

CÁLCULO DE LA META DE ANUAL DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

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

Formato sugerido para monitoreo periódico de la meta:

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

Las siguientes acciones pueden contribuir a mejorar la prevalencia:

- Incorporar un consejo breve sobre los beneficios de la LM, en todas las actividades de salud de la gestante y luego en los controles de salud del niño o niña (desde su ingreso como RN).
- Fortalecer el funcionamiento en todos los Centros de Salud, de las **Clínicas de Lactancia Materna** donde se prioricen las Consultas de Alerta y Seguimiento, actividades que permitan apoyar y guiar la inducción, mantenimiento y recuperación de la LM, a través de actividades que no requieren ser agendadas, sino brindar atención inmediata a las madres que acuden con dudas o dificultades con su lactancia y también por atenciones de seguimiento.
- Capacitación continua: Si bien estas Clínicas no requieren de un recinto especial, el/la profesional que otorga atenciones de Alerta y Seguimiento debe estar debidamente certificado/a en el tema.
- Otras actividades que se han reconocido como BUENAS PRÁCTICAS son: Consultas nutricionales incorporadas entre controles en las que se revisa la técnica, la evaluación nutricional del niño o niña en las que se refuerzan los beneficios de la LME tanto para su hijo/a como para la madre, como también el contar con grupos de apoyo en lactancia materna (GALM) existentes en algunos establecimientos de atención primaria.

Para consultas técnicas de esta meta contactar a:

Referente	Xenia Benavides
Correo electrónico	xbenavides@minsal.cl

Meta VII: Cobertura de tratamiento en personas con asma y EPOC

Cobertura efectiva de tratamiento en enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC) en personas de 5 años y más.

ANTECEDENTES

Esta meta sanitaria, se encuentra en concordancia con la Estrategia Nacional de Salud 2021– 2030, cuyo objetivo de impacto relacionado es “disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratorias crónicas”, y surge del análisis de factores como la alta prevalencia en el consumo de tabaco, altos niveles de contaminación, alta prevalencia de secuelas de infecciones en el curso de vida, baja efectividad de las acciones preventivo-promocionales, insuficiente acceso y oportunidad del diagnóstico, baja cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación y alta prevalencia de comorbilidades.

Según análisis de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Chile aún conserva tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias por sobre la mayoría de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Uno de cada 10 personas que mueren en Chile, lo hacen por causa respiratoria, manteniéndose estable en el último decenio, y situándose en el tercer lugar entre las causas generales de muerte al año 2017.

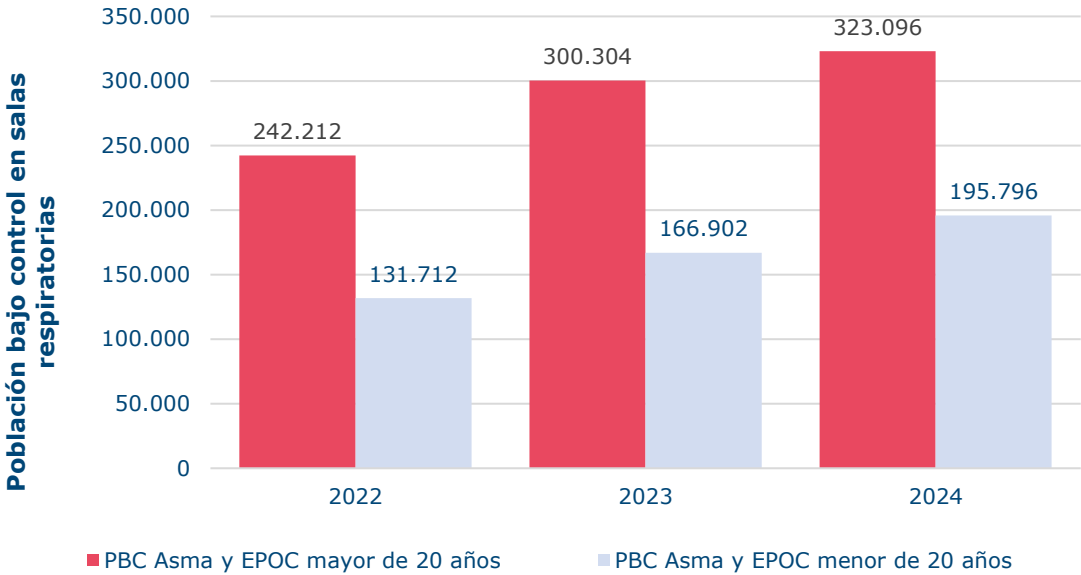
Las enfermedades respiratorias crónicas son responsables de una alta carga de enfermedad en nuestro país y en el mundo. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y el asma se encuentran entre las enfermedades respiratorias crónicas más representativas en el mundo. Estas enfermedades determinan un importante deterioro en la calidad de vida de quienes la padecen y sus familias, limitan la autovalencia y requieren apoyo interdisciplinario permanente. La pandemia por COVID 19 limitó de manera importante el acceso a la atención de salud ambulatoria a una parte importante de personas con enfermedades respiratorias crónicas que por esa condición las hicieron más susceptibles a sufrir, con una mayor probabilidad, los efectos más graves de la misma. Debido a esa baja en la población bajo control, se ha decidido retomar el indicador de cobertura de tratamiento en enfermedades respiratorias crónicas (Asma y EPOC) en mayores de 5 años y atendiendo a la gran heterogeneidad de cobertura se espera que este año a partir de la línea base de 2023 se alcance al menos un 10% de cobertura efectiva, generando procesos de aumento progresivo en cobertura en los años siguientes.

Para contribuir al logro de esta meta, se hace necesario aumentar el acceso y oportunidad del diagnóstico y aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación. Ambos resultados están dentro de los resultados esperados en el abordaje de las enfermedades respiratorias crónicas propuesto por la ENS.

En un análisis según grupo etario, se observa que el grupo más afectado ha sido en los mayores de 20 años, los cuales mantienen actualmente una brecha del 29% con respecto al año 2019. Menores de 20 años muestran un aumento del 0,57% con respecto al año 2019.

Lo anterior nos muestra la necesidad de realizar un esfuerzo adicional por parte de los equipos en cada una de las salas respiratorias, que permita recuperar la cobertura y atención efectiva de todos nuestros usuarios.

GRÁFICO 6 - POBLACIÓN BAJO CONTROL ASMA y EPOC EN SALAS RESPIRATORIAS APS, SEGUN GRUPO ETARIO (2022 - junio 2024)



Fuente: DIVAP 2024

CARACTERIZACIÓN DE LA META

NOMBRE DEL INDICADOR	Cobertura efectiva de tratamiento en enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC) en personas de 5 años y más de enero a diciembre 2025
FÓRMULA DEL INDICADOR	Numerador
	N° de personas con EPOC de 40 años y más que logran nivel de control “adecuado” más el N° de personas con asma de 5 años y más, que logran nivel de control “controlado”, durante el año 2025
	Denominador
	N° Total de personas con EPOC de 40 años y más, más N° de personas con asma de 5 años y más, esperadas según prevalencia nacional para año 2025: <ul style="list-style-type: none">EPOC, 40 años y más: 11,7%Asma, 5 años y más: 10%
PERIODICIDAD	META NACIONAL
Una evaluación al año	Alcanzar al menos un 12% de cobertura efectiva en enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC) en personas de 5 años y más
META SANITARIA MUNICIPAL 2024	
Para el año 2025, quienes estimen a diciembre de 2024 una cobertura inferior al 12%, deberán fijar dicha meta. De la misma manera, quienes estimen a diciembre del año 2024 resultados superiores al 12%, deberán aumentar al menos en un 5% en el total de personas con EPOC o Asma controlados en población mayor de 5 años el año 2025.	

PLAN NACIONAL DE SALUD PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS

Objetivo de Impacto relacionado con esta meta:

Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratorias crónicas

Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta:

- Aumentar el acceso y oportunidad del diagnóstico
- Aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación

DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS:

Este indicador mide el grado de control de asma y EPOC (las patologías respiratorias crónicas más prevalentes) a nivel de población, como medida de efectividad y eficiencia del desempeño del sistema de salud.

El indicador de cobertura efectiva incorpora dos aspectos, la proporción de personas con asma y personas con EPOC “controladas” o “compensadas” (de acuerdo con evaluación de nivel de control definida por MINSAL), y el número total de personas con asma y personas con EPOC estimadas para una determinada población según la prevalencia. El indicador de cobertura efectiva, combina ambos y requiere que los establecimientos de salud hagan esfuerzos adicionales no sólo para mejorar el control de aquellas personas con asma y personas con EPOC que están bajo control, sino también identificar a las personas que desconocen su condición.

Para consultas técnicas de esta meta contactar a:

Referente	Pablo Wilhelm	Lorena Sotomayor
Correo electrónico	pablo.wilhelm@minsal.cl	lorena.sotomayor@minsal.cl

Meta VIII: Plan de Trabajo en Salud Comunitaria.

Elaboración, ejecución y evaluación de un plan de trabajo en salud comunitaria del establecimiento o comuna, en conjunto con la comunidad y en reciprocidad con el Modelo de Salud Familiar.

ANTECEDENTES

El equipo de salud tiene la responsabilidad de facilitar el proceso de elaboración, ejecución y evaluación del plan de salud comunitaria, el cual se debe sostener en la participación de las organizaciones de la comunidad y todas aquellas de la sociedad civil, que forman parte del territorio del establecimiento y/o comuna, comprendiendo que todos/as los actores/as son partes fundamentales del proceso para la obtención de un plan de salud comunitaria acorde a la realidad local.

Los contenidos básicos del Plan de Salud Comunitaria deben ser definidos por cada Servicio de Salud, en concordancia con los lineamientos de las orientaciones técnicas 2024 emanadas por el Ministerio de Salud, teniendo como fundamento el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), especialmente los principios de centrado en las personas, integralidad y continuidad en su componente comunidad. Asimismo, se recomienda tener en consideración los procesos participativos realizados anteriormente, como por ejemplo, “Atención Primaria Construyendo Valor Social¹⁶” y “Los Diálogos Ciudadanos” en el marco de la APS Universal¹⁷.

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

Esta meta es parte del proceso de evaluación y certificación del desarrollo del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) en los establecimientos, pudiendo adaptarse y complementarse con otros procesos de participación que se orientan a incorporar a la comunidad en la transversalización del enfoque comunitario en la Atención Primaria de Salud (APS) sobre la base de la integración de los resultados provenientes de los diagnósticos de salud comunitaria acotados, los cuales son desarrollados por otras líneas de trabajo en salud. Como por ejemplos diagnósticos de rehabilitación, más adultos mayores autovalentes, diálogos ciudadanos de APS-U, etc.

Para eso, el Plan de Salud Comunal deberá contener un eje de participación que permita identificar y describir el territorio de sus establecimientos y sus comunidades en términos de diagnóstico de salud comunitaria (según su historia, cultura, epidemiología, redes comunitarias, recursos y activos de salud, redes de cuidados comunitarios, coordinación y trabajo intersectorial, entre otros) para permitir el diseño de estrategias de cuidados de salud con pertinencia cultural¹⁸ y social. Lo señalado, debe ser considerado en la programación del Centro de Salud donde las personas están inscritas o adscritas, por lo que los informes de cumplimiento darán cuenta del plan de salud comunitaria según diagnóstico, con su cronograma local.

¹⁶ Ministerio de Salud (2016 – 2017). Atención Primaria de Salud Construyendo Valor Social. Documento de posición respecto al valor social de la APS.

¹⁷ Orientaciones Técnicas 2024 APS Universal – Minsal 2024.

¹⁸ Decreto 21 del 2023 (MINSAL) que Aprueba reglamento sobre el derecho de las personas pertenecientes a los pueblos indígenas a recibir una atención de salud con pertinencia cultural.

CARACTERIZACIÓN DE LA META

NOMBRE DEL INDICADOR	Plan de Salud Comunitaria elaborado, ejecutado y evaluado participativamente
PERIODICIDAD	META NACIONAL
Una evaluación al año	Plan de Salud Comunitaria elaborado, ejecutado y evaluado participativamente, en el 100% de las comunas/establecimientos comprometidos.
META SANITARIA MUNICIPAL 2025	
<p>Esta meta es dicotómica y se espera que el 100% de las comunas /establecimientos elabore, ejecute y evalúe un plan de salud comunitaria.</p> <p>Los temas por desarrollar deben ser definidos por cada Servicio de Salud en concordancia con los lineamientos de las orientaciones técnicas 2024 emanadas por el Ministerio de Salud, teniendo como marco orientador pauta de evaluación del desarrollo del MAIS en las comunas / establecimientos.</p> <p>El Servicio de Salud deberá remitir un informe de evaluación que demuestre que el Plan ha sido ejecutado y evaluado, el que será enviado a Seremi de Salud correspondiente para la evaluación</p>	
PLAN NACIONAL DE SALUD PARA LOS OBJETIVOS SANITARIOS	
<p>Objetivo de Impacto relacionado con esta meta:</p> <p>Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal.</p> <p>Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta:</p> <p>Fortalecer la implementación del modelo de salud integral, familiar y comunitario.</p>	

DEFINICIONES COMPLEMENTARIAS

Plan de Salud Comunitaria: Se define como el conjunto de acciones desarrolladas por diversos sectores comunitarios, en la búsqueda de soluciones a sus necesidades específicas. Tiene como eje el mejoramiento de las condiciones de vida en la comunidad.¹⁹

Es un instrumento que contiene:

1. Diagnóstico de Salud Comunitaria, que permite a los/as participantes:
 - Incorporar una visión positiva de la salud “Salutogenesis”, reforzando recursos y activos comunitarios que puedan aportar a la salud y bienestar de la población.
 - Valorar la importancia de los determinantes sociales de la salud que afectan un acceso equitativo a la atención de salud.
 - Cuantificar la magnitud de los problemas sociosanitarios a partir de un perfil epidemiológico de su población a cargo.
 - Identificar redes de apoyo del territorio y de la institucionalidad disponibles para enfrentar las condiciones

¹⁹ Ministerio de Salud. 2024. Orientaciones técnicas instrumento para la evaluación y certificación del desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de atención primaria.

de vulnerabilidad social que inciden en el bienestar de la comunidad.

- Analizar las condiciones de salud de una comunidad y los factores causales.
 - Contribuir a determinar prioridades y diseño de estrategias de monitoreo y seguimiento de los planes de salud comunitaria.
 - Definir posibilidades de solución mediante enfoques participativos que movilizan a toda la comunidad.
2. **Planificación Participativa:** Su propósito es planear y priorizar en conjunto con la comunidad las estrategias, objetivos y actividades orientadas a generar soluciones creativas que permitan intervenir los problemas sociosanitarios en el territorio, permitiendo de igual forma, establecer acciones que potencien el capital social y cultural disponible para mejorar los cuidados y autocuidado de la población.

La planificación considera un proceso de coordinación con la comunidad organizada y no organizada, aportando a una mayor representativa y legítima social a la planeación local.

La planificación participativa debe comprenderse como un proceso continuo y sistemático liderado por el equipo de salud y la comunidad, priorizando el uso de metodologías de educación para la salud que permitan un mayor sentido de corresponsabilidad y empoderamiento de las personas en el cuidado de su salud. Por su carácter flexible y dinámico, debe siempre ser capaz de adaptarse a las realidades particulares de los territorios, incluyendo instancias de participación que monitoreen y evalúen las actividades comprometidas.

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

Equipo de salud: El Plan de Salud Comunitaria debe ser el resultado de acciones de la coordinación e integración del conjunto de actividades de profesionales, técnicos y administrativos. Por tanto, es fundamental que el personal del establecimiento participe del trabajo considerando sus conocimientos, saberes y experiencias en los cuidados de salud de la población. En algunos casos, será recomendable la conformación de un equipo motor o equipo gestor en el establecimiento- en el caso de que no existiera - para asegurar una instancia de participación del equipo.

Reciprocidad con el Modelo de Atención de Salud Integral Familiar y Comunitario: Este plan, en el establecimiento de Atención Primaria, se vinculará explícitamente con el componente comunitario en todos los principios que sustentan el MAIS. El Plan de Trabajo en Salud Comunitaria tiene su base en el instrumento de certificación del MAIS, especialmente en los tres principios básicos e irrenunciables en un sistema de salud basado en Atención Primaria, éstos son: Atención integral, centrada en las personas y familias con continuidad en el cuidado. Lo precedente, siempre en coherencia con los procesos de cambio impulsados desde la Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas (ECICEP). Estos principios son abordados con parámetros de medición a partir de tres componentes a) Comunidad b) Personas y familias y c) Equipos de Salud.

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

- Existencia de Plan de Trabajo de Salud Comunitaria que aborde las áreas priorizadas del diagnóstico de salud comunitario.
- Existencia de un Diagnóstico de Salud Comunitaria que aborde el enfoque de Derechos Humanos, de Determinantes Sociales de la Salud y de activos comunitarios en el territorio de acción del establecimiento.

- Existencia de Mapeo de instituciones, recursos y activos comunitarios del territorio de cada establecimiento.
- Existencia de informe de acciones de capacitación en formulación de proyectos/iniciativas de cuidados comunitarios en salud para las organizaciones sociales vinculadas al establecimiento.
- Existencia de registro de proyectos/iniciativas de cuidados comunitarios postuladas por la comunidad para la implementación de actividades de promoción y prevención de la salud comunitaria.

Formato de evaluación

INFORME DE EVALUACIÓN

Se propone que cada Comuna /Establecimiento, informe al Servicio de Salud, para el ulterior informe por parte de éste a SEREMI de salud y MINSAL, mediante el esquema presentado en el **Anexo N°6**.

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

El Plan se relaciona con **otros instrumentos de planificación**, como los PLADECO (Planes de desarrollo comunal); instrumentos y estrategias del sector tales como: diálogos ciudadanos y los planes de mejoramiento de experiencia usuarias en APS Universal, los planes trianuales de participación y satisfacción usuaria de los Servicios de Salud, Los planes de promoción comunal de la salud, los planes de mejoramiento de Satisfacción Usuaria elaborados participativamente en los ámbitos de recepción y acogida, trato e información a los/las usuarios/as, los Planes de Difusión sobre usos y prestaciones de la Red Asistencial para la comunidad funcionaria y usuaria, entre otros.

Participación: Se define como la capacidad de la población de incidir en las decisiones respecto de la salud, ya sea que se relacionen con el diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos relacionados con la recuperación, rehabilitación, prevención de enfermedades y promoción de la salud, como también, en aquellas decisiones vinculadas al uso e inversión de recursos públicos (Minsal 2019). La participación, aparte de ser estratégica en la consecución de calidad de vida y desarrollo local, constituye uno de los ejes en el desarrollo del Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de atención primaria, lo que debe reflejarse tanto en las actividades que involucren al conjunto del equipo de salud como las actividades programadas con la comunidad y sus organizaciones.

Diagnóstico de Salud Comunitaria: Proceso de trabajo participativo y de acción comunitaria convenido entre el equipo de salud y las organizaciones de un territorio destinado a caracterizar las condiciones sociales, culturales y ambientales que influyen en su estado de salud, junto con la identificación de los recursos y activos comunitarios que permitan fortalecer el enfoque salutogénico en los cuidados de la población. Como metodología de trabajo permite la utilización de técnicas de educación de adultos para reproducir experiencias personales y colectivas que mejoran la pertinencia cultural y social de las estrategias de intervención comunitaria en salud.

Activos comunitarios²⁰: Los activos para la salud son aquellos recursos humanos, sociales, físicos o medioambientales que potencian la capacidad para mantener, conservar y generar salud y bienestar. Permiten enfrentar los factores estresantes inherentes a la existencia humana y hacen más fácil percibir la vida como coherente y estructurada. El modelo de activos ayuda a las personas a ser más que receptoras pasivas de servicios y potencian la capacidad de actuación en situaciones de vulnerabilidad. La diferencia entre un recurso y un activo es que, a este último, la comunidad lo señale y lo reconozca como

²⁰ Gaceta Sanitaria. vol.35 no.4 Barcelona jul./ago. 2021 Epub 27-Dic-2021

riqueza, el recurso se extingue y el activo se potencia como un elemento que mejora su bienestar a nivel individual, familiar y/o comunitario.

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

Para consultas técnicas de esta meta contactar a:

Referente	Ricardo Hernández Fonfav
Correo electrónico	<i>ricardo.hernandezf@minsal.cl</i>

Orientaciones para fijación de Metas Sanitarias de la ley 19.813

Objetivo general

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

Objetivos específicos

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

Alcance

Este documento está destinado a:

- Referentes Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Referentes de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.
- Referentes de Secretaría Regional Ministerial de Salud.
- Referentes de los Servicios de Salud.
- Referentes de las Entidades Administradoras de Salud Municipal.
- Representantes de Asociaciones de funcionarios y Trabajadores de salud municipal

Identificación de actores involucrados, rol y actividades en el funcionamiento de las Metas Sanitarias ley 19.813

Actores	Rol	Actividades
Ministerio de Salud (División Atención Primaria)	Definición de metas sanitarias a nivel nacional para el año siguiente, articulando la información del proceso hacia los Servicios de Salud. Asimismo, consolida la información de los resultados anuales, organizando la transferencia de recursos para los tramos de cumplimiento de los establecimientos o comunas informados por cada SEREMI de Salud. Finalmente, en caso de presentarse apelaciones, las dirime y resuelve.	<ul style="list-style-type: none"> • Propone metas sanitarias nacionales y de mejoramiento de la atención para el conjunto de entidades administradoras de salud municipal, considerando las actividades relacionadas y los resultados alcanzados en evaluaciones precedentes. • Realiza la propuesta de metas sanitarias, en mesa de trabajo tripartita con representación gremial y municipal. • Fija las metas sanitarias nacionales anuales través de Resolución Exenta. • Consolida la información proveniente de las SEREMI de Salud a nivel regional, realizando archivo de evaluación nacional de los resultados alcanzados en el año de medición correspondiente. • Recibe apelaciones por parte de las entidades administradoras de salud municipal, canalizadas por las SEREMI de Salud. • Dirime sobre apelaciones de entidades administradoras de salud municipal recibidas. • Determina financiamiento y genera orden de transferencia de recursos para pago de incentivo al desempeño colectivo.
SEREMI de Salud	Evalúa el cumplimiento de las metas sanitarias de cada unidad de las entidades administradoras de salud municipal, ubicadas en las Comunas correspondientes a la Región en las cuales se localizan las respectivas SEREMI.	<ul style="list-style-type: none"> • Evalúa el cumplimiento de las metas sanitarias definidas para cada unidad de cada entidad administradora de salud municipal. • Dicta resolución en que determina el porcentaje de cumplimiento de cada entidad administradora de salud municipal
Servicios de Salud	<p>Encabeza el proceso de fijación de metas sanitarias para cada unidad de sus entidades administradoras de salud municipal, mediante un Consejo Consultivo, informando posteriormente las metas fijadas a SEREMI y DIVAP/MINSAL.</p> <p>Asimismo, supervisa la lista de funcionarios afectos al incentivo de desempeño colectivo informada por las comunas, las comunica a DIVAP MINSAL y transfiere el pago correspondiente (recibido desde MINSAL)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Director de Servicio determina metas específicas que deberán cumplir las comunas y/o establecimientos de Atención Primaria municipalizados, que hacen parte de su jurisdicción, de acuerdo con su capacidad de cumplimiento, teniendo la asesoría de un Consejo Consultivo. • Comunica metas sanitarias fijadas a cada entidad administradora de salud municipal a la SEREMI de Salud respectiva y DIVAP del Ministerio de Salud. • Monitoreo periódico de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud de su

		<p>jurisdicción y acompañamiento en planes de mejora.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envía a SEREMI informe con análisis sobre el cumplimiento de metas sanitarias de las entidades y establecimientos de su jurisdicción • Transfiere el pago correspondiente a las comunas de su territorio.
Comunas/ Municipalidades	<p>Participa en el proceso de fijación de metas sanitarias y las informa a sus trabajadores. Monitorea el cumplimiento de las metas sanitarias durante el año, para informar el cumplimiento de éstas a la Seremi y al Servicio de Salud al cual pertenece, mediante los medios de verificación señalados en cada indicador. Genera planes de mejora y estrategias para el logro de las metas comprometidas. Si la evaluación final de la SEREMI de salud es objetada, puede apelar, a través de ésta, al MINSAL. Por último, identifica a sus funcionarios afectos al incentivo colectivo e informa al Servicio de Salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Compone el Comité Técnico Consultivo reunido para desarrollar el proceso de fijación de metas sanitarias. • Entrega opinión y/o información necesaria para poder fijar metas sanitarias acorde a las capacidades efectivas de cumplimiento. • Comunica listado de funcionarios de su dependencia que han trabajado el año anterior con indicación de categoría y nivel de carrera funcionaria y posteriormente realiza el pago del desempeño colectivo a los funcionarios en los plazos establecidos por Ley. • Realiza Monitoreo de cumplimiento de metas sanitarias durante el año de todos los establecimientos de su dependencia.
Trabajadores APS	<p>Participa en el proceso de fijación de metas sanitarias, a través de sus representantes sindicales, entregando información u opinión relevante para la fijación. Asimismo, son afectos a la entrega del incentivo al desempeño colectivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega información necesaria para poder fijar metas sanitarias acorde a las capacidades efectivas de cumplimiento. • Reciben incentivo (bono) al desempeño colectivo

Procedimiento de fijación de Metas Sanitarias 2025

ANTES DE INICIAR ESTE PROCESO SE DEBE TENER PRESENTE LO SIGUIENTE:

- La fijación de las metas debe ser realizada por el Servicio de Salud con presencia de los representantes de las entidades administradoras de salud comunal y un representante de las Asociaciones de funcionarios, constituyendo un comité técnico consultivo destinado a ese fin. En dicho comité se deben concordar las metas que, basadas en el nivel de cumplimiento de los años anteriores, impliquen una mejoría respecto del dato diagnóstico de cada uno de los ítems evaluados.
- En ningún caso la meta fijada debe representar un decrecimiento o deterioro de los valores del año anterior.
- La determinación de las metas debe hacerse en el mes de octubre. Cada Servicio de Salud debe usar la información estadística al mes de septiembre, cuando la meta esté referida a la producción de actividades o al último REM P vigente, cuando está referida a población bajo control obtenida en el censo de ese mes para

proyectar al mes de diciembre.

- El Servicio de Salud debe ingresar en una planilla única estandarizada²¹ la fijación de los valores para cada meta sanitaria, en dicha planilla sólo deben ser ingresados valores numéricos que permitan hacer al menos una evaluación intermedia y otra final con fines sanitarios, más allá de la determinación del acceso a los beneficios monetarios que se determinen a partir del nivel de cumplimiento. La planilla estandarizada será enviada durante el mes de octubre a cada Servicio de Salud, para que sea difundida a los establecimientos de salud o entidades administradoras de salud municipal.
- Todos los valores de la meta deben estar expresados en números absolutos, excepto la Meta 8 que es dicotómica.

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

- Antes del 10 de septiembre de cada año, el Ministerio de Salud fijará las metas nacionales sanitarias y de mejoramiento de la atención para el conjunto de las entidades administradoras de salud municipal, considerando tanto las prestaciones y actividades involucradas como los resultados que de su cumplimiento emanen.
- El director de cada Servicio de Salud determinará para cada entidad administradora de salud municipal, o sus establecimientos, según corresponda, las metas específicas que deberán cumplir de acuerdo con su capacidad concreta de cumplimiento. Las metas e indicadores fijados serán comunicados por el Servicio de Salud a cada entidad administradora o establecimiento afectado, a la respectiva Secretaría Regional Ministerial de Salud y al Ministerio de Salud, a más tardar **el 31 de octubre del año respectivo**.
- Para la fijación de las metas de cumplimiento anual, el director del Servicio de Salud requerirá la opinión de un Comité Técnico Consultivo, que presidirá, el que estará integrado además por el director de Atención Primaria del Servicio de Salud o su representante, un representante de las entidades administradoras de salud ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional y por un representante de los trabajadores a través de las entidades nacionales, regionales o provinciales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad. El director del Servicio de Salud solicitará a las entidades señaladas, al menos con un mes de anticipación al 10 de septiembre, la designación de sus representantes y convocará a la sesión constitutiva dentro de los cinco días siguientes a la recepción de las metas nacionales para el período de que se trata.
- El Consejo Consultivo podrá requerir la opinión o información a las propias entidades administradoras o establecimientos afectados, a técnicos en determinadas materias o a otras instancias o funcionarios que estime necesario para su apropiada información, levantará actas de sus sesiones y emitirá un informe final de sus proposiciones. Finalmente, el Servicio de Salud respectivo podrá determinar metas de cumplimiento para la entidad administradora de salud municipal en su conjunto o separadamente para los establecimientos que la componen, siempre que existan datos de actividades, independientes del establecimiento, que permitan su medición separada. Adicionalmente, el Servicio debe poseer la capacidad técnica y administrativa para procesar los datos que se generen y que lo considere útil para el mejoramiento de las metas sanitarias nacionales definidas²².
- La evaluación del cumplimiento de las metas definidas para cada entidad administradora o establecimiento de atención primaria se efectuará por la SEREMI de salud correspondiente. Para este efecto, **las entidades sujetas a evaluación remitirán, a más tardar, el 31 de enero del año respectivo**, al SEREMI en cuyo territorio se

²¹ Disponible en el siguiente enlace: <https://www.dropbox.com/t/Y8hrv00JzBunXgcl>

²² Para ello se sugiere a los Servicios de Salud y entidades administradoras o establecimientos de atención primaria presentar los datos en planilla estandarizada, puesto que incorpora datos epidemiológicos nacionales extrapolables a la realidad de la población a cargo para identificar brechas e impacto de las metas definidas en la salud de las personas de su territorio

encuentren ubicadas, toda la información que compruebe el cumplimiento de las metas correspondientes y aquella adicional que éste le solicite a ese efecto. Los Servicios de Salud enviarán asimismo a dicha autoridad su informe con el análisis sobre el cumplimiento de las entidades, y establecimientos en su caso, de su territorio elaborado conforme a las pautas que dicte el Ministerio de Salud al efecto^{23 24}. El SEREMI dictará una resolución en que determine el porcentaje de cumplimiento de sus metas que asigne a cada establecimiento o entidad administradora sometida a evaluación, **la que será notificada antes del 15 de febrero del año respectivo**, mediante carta certificada dirigida al domicilio de la entidad administradora de salud municipal respectiva.

- Esa resolución podrá ser apelada ante la ministra de Salud en el plazo de 10 días contados desde el tercer día hábil siguiente al despacho de la carta certificada de notificación. La apelación deberá ser presentada en la Secretaría Regional Ministerial. El SEREMI remitirá la apelación conjuntamente con su informe y todos los antecedentes que posea a la Ministra de Salud en el plazo de tres días hábiles contados desde su recepción. Finalmente, el ministro de Salud fallará la apelación a más tardar el 30 de marzo del año respectivo²⁵.
- La asignación pecuniaria por desarrollo y estímulo al desempeño colectivo tendrán derecho a recibirla todos aquellos trabajadores de atención primaria de salud pertenecientes a Ley Nº 19.378 que establece el Estatuto de Atención Primaria, que se hayan desempeñado sin interrupción durante todo el año anterior al de percepción de la misma, para una o más entidades administradoras de salud municipal, y que se encuentren en funciones en el momento del pago de la cuota respectiva.
- La asignación se conforma por un componente base y un componente variable. El componente base será recibido por todos los funcionarios con derecho a esta asignación y asciende al 10,3% de las remuneraciones (este monto no corresponde al estipulado inicialmente por la Ley 19.813, sino que constituye una adecuación contenida en la Ley 20.157). El componente variable será recibido solamente por los funcionarios con derecho a esta asignación que se desempeñen en entidades administradoras o establecimientos de atención primaria, según corresponda, que hayan cumplido en un 75% o más de las metas sanitarias y de mejoramiento de la atención que les hayan sido fijadas para el año anterior. Su monto alcanzará al 11,9% si se han cumplido el 90% o más de las metas respectivas y al 5,95% si dicho cumplimiento es igual o superior al 75% e inferior al 90%.
- Los porcentajes de asignación que indican en el inciso anterior se calcularán sobre el sueldo base más la asignación de atención primaria de salud municipal, correspondiente al nivel y categoría del funcionario, de una carrera referencial lineal diseñada a partir del sueldo base mínimo nacional, en relación con una jornada de cuarenta y cuatro horas semanales. En caso de jornadas inferiores a esa el cálculo se efectuará en forma proporcional a la que tenga el funcionario.
- La asignación se pagará en cuatro cuotas, en los meses de abril, junio, septiembre y diciembre de cada año. En cada cuota se pagará el monto correspondiente a los meses corridos desde el inicio del año respectivo o desde el pago anterior, según corresponda, hasta esa fecha. Los funcionarios con derecho a la asignación que dejen de prestar servicios antes de completar uno de los períodos de pago tendrán derecho a percibir los montos correspondientes a los meses completos efectivamente trabajados. Para determinar las imposiciones e impuestos a que se encuentre afecta la asignación, se distribuirá su monto en proporción a los meses que comprenda el período que corresponda y los cocientes se sumarán a las respectivas remuneraciones mensuales. Con todo, las imposiciones se deducirán de la parte que, sumada a las respectivas remuneraciones mensuales, no exceda del límite máximo de imponibilidad.
- Los recursos necesarios para el financiamiento de la asignación serán transferidos a las entidades

²³ Se sugiere que informe sea enviado conforme a planilla estandarizada enviada durante el mes de octubre a cada Servicio de Salud

²⁴ En caso de efectuar corrección de datos en planilla enviada, se solicita a cada entidad administradora, establecimiento de atención primaria y Servicio de Salud realizar compromiso de incorporarlos en REM.

²⁵ Se propone a los Servicios de Salud, entidades administradoras o establecimiento de atención primaria, utilizar formato de apelación estandarizado para facilitar su análisis.

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

Anexo N°1

Recálculo de peso relativo

Teniendo en consideración que en el proceso de fijación existen metas que no son susceptibles de determinar²⁶, para algunas unidades de análisis, en el entendido de que, de acuerdo con el artículo N°10 del decreto N°324, “... *el Servicio debe poseer la capacidad técnica y administrativa para procesar los datos que se generen...*”, y esto puede no ser posible ni para comunas ni para establecimientos es necesario, para **objeto de la evaluación**, recalcular el peso relativo de los indicadores restantes de manera tal que la suma total de estos de un 100%.

Esto se efectúa mediante la siguiente fórmula:

$$NPR_n = \frac{PRO_n}{\sum (PRO_n \times Fev_n)} \quad (1)$$

Donde,

NPR_n corresponde al nuevo peso relativo del indicador **n** .

PRO_n corresponde a al peso relativo original del indicador **n** , establecido en las Orientaciones Técnicas.

Fev_n corresponde al factor de evaluación de **n** , que toma el valor **0** si el indicador no es incluido en la fijación, y **1** en caso contrario.

EJEMPLO:

En el siguiente ejemplo se consideran las 10 metas establecidas para el año 2024 con su respectivo peso relativo. Bajo el supuesto que las meta III.A y III.B no se evaluarán, ambas metas tendrán un valor de

$$Fev_n = 0$$

Y para el resto de los indicadores tomará el valor 1.

Luego, y de acuerdo el detalle de la siguiente tabla:

Nombre de la Meta	PRO	Fev	PRO x Fev
-------------------	-----	-----	-----------

²⁶ Toda vez que se presente se den este tipo de circunstancias, la decisión de no fijar alguna de las metas debe sustentarse en razones fundadas y respaldadas las que deben, además, estar en conocimiento del comité consultivo, lo que debe estar consignado en las actas finales.

Meta I: Recuperación del Desarrollo Psicomotor	12,50%	1	12,50%
Meta II: Detección precoz del cáncer de cuello uterino	12,50%	1	12,50%
Meta III.A: Control con Enfoque de Riesgo odontológico en población de 0 a 9 años	6,25%	0	0,00%
Meta III.B: Niños y niñas de 6 años libres de caries	6,25%	0	0,00%
Meta IV.A: Cobertura efectiva de tratamiento de DM2 en personas de 15 y más años	12,50%	1	12,50%
Meta IV.B: Evaluación anual del pie diabético en personas de 15 años y más	12,50%	1	12,50%
Meta V: Cobertura de tratamiento en personas con HTA	12,50%	1	12,50%
Meta VI: Prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva (LME) en menores de 6 meses de vida	12,50%	1	12,50%
Meta VII: Cobertura efectiva de tratamiento en enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC) en personas de 5 años y más	6,25%	1	6,25%
Meta VIII: Plan de participación social elaborado y funcionando participativamente	6,25%	1	6,25%
TOTAL			87,50%

Tenemos que,

$$\sum (PRO_n \times Fev_n) = 87,5\% \quad (2)$$

Ahora, si quisiéramos recalcular el peso relativo para la Meta I (Recuperación del Desarrollo Psicomotor), y considerando que su peso relativo original es:

$$PRO_{Meta\ I} = 12,5\% \quad (3)$$

Al reemplazar los valores de (2) y (3) en (1) resulta

$$NPR_{Meta\ I} = \frac{12,5\%}{87,5\%} = 14,29\%$$

De esta manera, teniendo un Peso Relativo Original (PRO) de 12,5%, bajo las nuevas condiciones de evaluación, el Nuevo Peso Relativo (NPR) resultante es de 14,29%.

Para las restantes metas se procede de la misma forma, cuyo resultado se detalla en la siguiente tabla:

Nombre de la Meta	PRO	Fev	PRO x Fev	NPR
Meta I: Recuperación del Desarrollo Psicomotor	12,50%	1	12,50%	14,29%
Meta II: Detección precoz del cáncer de cuello uterino	12,50%	1	12,50%	14,29%
Meta III.A: Control con Enfoque de Riesgo odontológico en población de 0 a 9 años	6,25%	0	0,00%	0,00%
Meta III.B: Niños y niñas de 6 años libres de caries	6,25%	0	0,00%	0,00%
Meta IV.A: Cobertura efectiva de tratamiento de DM2 en personas de 15 y más años	12,50%	1	12,50%	14,29%
Meta IV.B: Evaluación anual del pie diabético en personas de 15 años y más	12,50%	1	12,50%	14,29%
Meta V: Cobertura de tratamiento en personas con HTA	12,50%	1	12,50%	14,29%
Meta VI: Prevalencia de Lactancia Materna Exclusiva (LME) en menores de 6 meses de vida	12,50%	1	12,50%	14,29%
Meta VII: Cobertura efectiva de tratamiento en enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC) en personas de 5 años y más	6,25%	1	6,25%	7,14%
Meta VIII: Plan de participación social elaborado y funcionando participativamente	6,25%	1	6,25%	7,14%
TOTAL			87,50%	100,00%

En donde la suma total de los nuevos pesos relativos resultantes equivale a un **100%**.

Anexo N°2

Cuadro resumen de Metas Sanitarias 2025 ley 19.813

Nombre de la meta	Nombre del indicador	Meta Nacional	REM	Referente	Peso relativo
Recuperación del Desarrollo Psicomotor	Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del desarrollo psicomotor recuperados	90%	Numerador: Rem A03, Sección A.2 Denominador: Rem A03, Sección A.2	Macarena Riquelme	12,5%
Papanicolaou (PAP) o test de VPH vigente en personas de 25 a 64 años	Porcentaje de personas* de 25 a 64 años con tamizaje vigente para la detección precoz del cáncer de cuello uterino	80%	Numerador: Rem P12, Sección A Denominador: Población inscrita validada FONASA 2023	Ana Ayala Juan Herrera	12,5%
Protección de la salud bucal en población infantil: Control con enfoque de riesgo odontológico en población de 0 a 9 años	Porcentaje de niños y niñas de 0 a 9 años en control con enfoque de riesgo y pauta CERO aplicada	45%	Numerador: Rem A03 Sección D.7 Denominador: Población inscrita validada FONASA	Paulina Nuñez Venegas Norman Romo Grogg	6,25%
Protección de la salud bucal en población infantil: Niños y niñas de 6 años libres de caries	Porcentaje de niños y niñas de 6 años libres de caries	20%	Numerador: REM A09, sección C Denominador: Población inscrita validada FONASA	Paulina Nuñez Venegas Norman Romo Grogg	6,25%
Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2): Cobertura de tratamiento y evaluación en personas con DM2	Cobertura efectiva de tratamiento de DM2 en personas de 15 y más años	29%	Numerador: REM P04 Denominador: Población FONASA inscrita validada de 15 y más años estimadas según prevalencia año 2024	Marcela Rivera Medina	12,5%



Nombre de la meta	Nombre del indicador	Meta Nacional	REM	Referente	Peso relativo
Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2): Cobertura de tratamiento y evaluación en personas con DM2	Evaluación anual del pie diabético, en personas con DM2 bajo control de 15 y más años	90%	Numerador: REM P04 Denominador: REM P04	Marcela Rivera Medina	12,5%
Hipertensión Arterial (HTA): Cobertura de tratamiento y evaluación en personas con HTA	Cobertura Efectiva de Hipertensión Arterial (HTA) en personas de 15 años y más	45%	Numerador: REM P04 Denominador: Población FONASA inscrita validada de 15 y más años estimadas según prevalencia año 2024	Marcela Rivera Medina	12,5%
Lactancia materna exclusiva (LME) en niños y niñas al sexto mes de vida	Prevalencia de lactancia materna exclusiva (LME) en niños y niñas al sexto mes de vida	60%	Numerador: REM A03, Sección A05 Denominador: REM A03, Sección A5	Xenia Benavides	12,5%
Cobertura efectiva de tratamiento en enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC) en personas de 5 AÑOS y más.	Cobertura efectiva de tratamiento en enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC) en personas de 5 años y más de enero a diciembre 2024	12%	Numerador: REM P03, Sección D Denominador: Población de 5 años y más con ASMA y de 40 años y más con EPOC estimados según prevalencia, de acuerdo con la población inscrita validada año 2024.	Lorena Sotomayor Pablo Wilhelm	6,25%
Plan de participación social	Plan de participación social elaborado y funcionando participativamente	100% (de las comunas /establecimientos comprometidos)	Informe	Ricardo Hernández Fonfav	6,25 %



Anexo N°3

Medios de verificación

Estos medios de verificación, en esta versión de las Orientaciones Técnicas, fueron actualizados a las versiones del **REM 2024²⁷** **serie A versión 1.1** y **serie P versión 1.0**. Cualquier nueva actualización en el REM, que afecte los presentes medios de verificación, serán informados en una nueva versión de la presente Orientación Técnica.

Para cada uno de los cuadros donde se detallan las rutas REM de cada indicador se debe tener presente que el cuadro que indica “Celdas” se refiere a la versión del REM que es utilizada por los establecimientos de salud para ingresar su información (archivos **SA_24_V1.1.xlsm** y **SP_24_V1.0.xlsm**).

Por su parte, los campos “Código de Prestación” y “Columnas” hacen referencia a la versión diccionario del REM, utilizada principalmente por los equipos estadísticos de los servicios de salud y DEIS para extraer la información desde las bases de datos (archivos **DICCIONARIO CODIGOS SA_24_V1.1.xlsm** y **DICCIONARIO CODIGOS SP_24_V1.0.xlsm**).

²⁷ Versiones de REM disponibles en el siguiente enlace: **REM Utilizados** (<https://www.dropbox.com/t/Bf2FajEEMEdCbsWR>)

META I: RECUPERACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

Numerador	REM-A03 APLICACIÓN Y RESULTADOS DE ESCALAS DE EVALUACIÓN	SECCIÓN A.2 RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	Celdas J26+ K26+ L26+ M26+ J28+ K28+ L28+M28	Código Prestación 02010420, 03500366	Columnas col08+ col09+ col10+ col11
Denominador	REM-A03 APLICACIÓN Y RESULTADOS DE ESCALAS DE EVALUACIÓN	SECCIÓN A.2 RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR	Celdas (J23+ K23+ L23+ M23) (menos) (J37+ K37+ L37 +M37+ J40+ K40+ L40 +M40)	Código Prestación 02010321, 03500331, 03500334	Columnas col08+ col09+ col10+ col11

META II: DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Numerador	REM-P12 PERSONAS CON TAMIZAJE PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO – MAMOGRAFIA - EXAMEN FISICO DE MAMA VIGENTES Y PRODUCCION DE PAP Y VPH (SEMESTRAL)	SECCIÓN A PROGRAMA DE CANCER DE CUELLO UTERINO: POBLACIÓN CON TAMIZAJE VIGENTE PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO	Celdas B11+ B12+ B13+ B14+ B15+ B16+ B17+ B18+ C11+ C12+ C13+ C14+ C15+ C16+ C17+ C18+	Código Prestación P1206010, P1206020, P1206030, P1206040, P1206050, P1206060, P1206070, P1206080	Columnas col01, col02
Denominador	Población FONASA Inscrita y validada comprometida				

META III: PROTECCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN POBLACIÓN INFANTIL

III.A: Control con enfoque de riesgo odontológico en población de 0 a 9 años

Numerador	REM-A03 APLICACIÓN Y RESULTADOS DE ESCALAS DE EVALUACIÓN	SECCIÓN D.7 APLICACIÓN Y RESULTADOS DE PAUTA DE EVALUACIÓN CON ENFOQUE DE RIESGO ODONTOLÓGICO (CERO)	Celdas F203+ G203+ H203+ I203+ J203+ K203+ L203+ M203+ N203+ O203+ P203+ Q203+ R203+ S203+ T203+ U203+ V203+ W203+ X203+ Y203+ F204+ G204+ H204+ I204+ J204+ K204+ L204+ M204+ N204+ O204+ P204+ Q204+ R204+ S204+ T204+ U204+ V204+ W204+ X204+ Y204	Código Prestación 03500364, 03500365	Columnas col04+ col05+ col06+ col07+ col08+ col09+ col10+ col11+ col12+ col13+ col14+ col15+ col16+ col17+ col18+ col19+ col20+ col21+ col22+ col23
Denominador	Población FONASA Inscrita y validada, de 0 a 9 años				

III.B: Niñas y Niños de 6 años libres de caries

Numerador	REM-A09 ATENCIÓN DE SALUD BUCAL EN LA RED ASISTENCIAL	SECCIÓN C INGRESOS Y EGRESOS EN APS	Celdas S48 + T48	Código Prestación 09220100	Columnas col16 + col17
Denominador	Población FONASA Inscrita y validada, de 6 años				

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

IV.A: Cobertura efectiva de diabetes tipo 2 (DM2) en personas de 15 años y más

Numerador	REM P4 POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)	SECCIÓN B METAS DE COMPENSACIÓN	Celdas C36 + C37	Código Prestación P4180300, P4200200	Columnas col01
Denominador	Población FONASA Inscrita y validada según prevalencia: (de 15 a 24 años x 1,80%) + (de 25 a 44 años x 6,30%) + (de 45 a 64 años x 18,30%) + (de 65 años y más x 30,60%)				

IV.B: Evaluación anual de los pies en personas con diabetes bajo control de 15 y más años

Numerador	REM P4 POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)	SECCIÓN C VARIABLES DE SEGUIMIENTO DEL PSCV AL CORTE	Celdas C61+ C62+ C63+ C64	Código Prestación P4190809, P4170300, P4190500, P4190600	Columnas col01
Denominador	REM P4 POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)	SECCIÓN A PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)	Celdas C17	Código Prestación P4150602	Columnas col01

META V: COBERTURA DE TRATAMIENTO EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS CON HTA

Numerador	REM P4 POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR (PSCV)	SECCIÓN B METAS DE COMPENSACIÓN	Celdas C34 + C35	Código Prestación P4180200, P4200100	Columnas col01
Denominador	Población FONASA Inscrita y validada según prevalencia: (de 15 a 24 años x 0,70%) + (de 25 a 44 años x 10,6%) + (de 45 a 64 años x 45,1%) + (de 65 años y más x 73,3%)				

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

Numerador	REM-A03 APLICACIÓN Y RESULTADOS DE ESCALAS DE EVALUACIÓN	SECCIÓN A.5 LACTANCIA EN NIÑOS Y NIÑAS CONTROLADOS	Celdas H61	Código Prestación A0200002	Columnas col06
Denominador	REM-A03 APLICACIÓN Y RESULTADOS DE ESCALAS DE EVALUACIÓN	SECCIÓN A.5 LACTANCIA EN NIÑOS Y NIÑAS CONTROLADOS	Celdas H67	Código Prestación A0200001	Columnas col06

META VII: COBERTURA DE TRATAMIENTO EN PERSONAS CON ASMA Y EPOC

Numerador	REM P3 POBLACIÓN EN CONTROL OTROS PROGRAMAS	SECCION D NIVEL DE CONTROL DE POBLACION RESPIRATORIA CRONICA	Celdas Asma: H59+ I59+ J59+ K59+ L59+ M59+ N59+ O59+ P59+ Q59+ R59+ S59+ T59+ U59+ V59+ W59+ X59+ Y59+ Z59+ AA59+ AB59+ AC59+ AD59+ AE59+ AF59+ AG59+ AH59+ AI59+ AJ59+ AK59+ AL59+ AM59+ EPOC: C63	Código Prestación Asma: P3161041, EPOC: P3161045	Columnas Asma: col06+ col07+ col08+ col09+ col10+ col11+ col12+ col13+ col14+ col15+ col16+ col17+ col18+ col19+ col20+ col21+ col22+ col23+ col24+ col25+ col26+ col27+ col28+ col29+ col30+ col31+ col32+ col33+ col34+ col35+ col36+ col37+ EPOC: col01
Denominador	<p align="center">Población FONASA</p> <p align="center">Inscrita y validada según prevalencia: (de 40 y más años x 11,7%) + (de 5 y más años x 10,0%)</p>				



META VIII: ESTABLECIMIENTOS CON PLAN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD

Plan de participación social elaborado y funcionando participativamente	Informe de Evaluación
---	-----------------------



Anexo N°4

Control de cambios

Sección	Página	Versión	Fecha Revisión	Responsable	Cambio
TODO EL DOCUMENTO	TODAS	1.0	30/09/2024	DIVAP	Confección de primera versión del documento.

Anexo N°5

Formato de apelación para la meta I: Recuperación del desarrollo psicomotor

A continuación, se describe los procesos de justificación que responden a la Meta Sanitaria N°1 Recuperación del Desarrollo Psicomotor.

El Informe de Justificación, **Sección 1**, tiene como objetivo justificar clínica y técnicamente, y a la vez entregar los medios de verificación que respaldan las acciones realizadas en cada caso, de aquellos niños o niñas con categoría de riesgo en la primera evaluación del DSM, que no lograron la recuperación (cambio de categoría), al ser reevaluados.

Este informe (sección 1) debe ser enviado por el Encargado de Infancia del Centro de salud, al Referente del Programa de Infancia del Servicio de Salud, quién deberá revisar y realizar su evaluación del caso, a través del Informe **Sección 2**, en que se dará por aceptada o rechazada la justificación entregada por el establecimiento (Informe sección 2). Una vez finalizado este proceso, se entregarán los antecedentes a la referente de Infancia de la SEREMI de salud, para su evaluación, quien emitirá el Informe **Sección 3** lo que, en consecuencia, en algunos casos, permitirá modificar el numerador y/o denominador del indicador.

Respecto a los plazos deben considerarse los señalados en el capítulo específico de esta Orientación Técnica. Sin perjuicio de lo anterior, cada Servicio de Salud podrá acordar con sus establecimientos y SEREMI de Infancia respectiva, el envío semestral u otro periodo de tiempo para los casos a justificar.

Finalmente, para aquellos casos susceptibles de apelar, se adjunta formato para uso de las comunas y respuestas de las referentes de Infancia de la SEREMI.

INFORME DE JUSTIFICACION
META I: RECUPERACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR
LEY 19.813

SECCIÓN 1: Establecimiento de Salud

(Completar por cada niño o niña para el que se solicita modificación del numerador y/o denominador del indicador)

RUT niño/a:	Establecimiento:	Comuna:
--------------------	-------------------------	----------------

Fecha evaluación del DSM: (dd/mm/aaa) ____/____/____.	Resultado de evaluación: <input type="checkbox"/> Riesgo
---	--

Fecha reevaluación del DSM: (dd/mm/aaa) ____/____/____.	Resultado de reevaluación: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal con Rezago <input type="checkbox"/> Riesgo <input type="checkbox"/> Retraso
---	--

Fecha de derivación a MADIs: ____/____/____.	Fecha de ingreso a MADIs: ____/____/____.	Fecha término de tratamiento en MADIs: ____/____/____.
--	---	--

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

<input type="checkbox"/> Derivación a nivel secundario	<input type="checkbox"/> Confirmación Diagnóstica	<input type="checkbox"/> Traslado de/a otra comuna	<input type="checkbox"/> NN No hispanohablante	<input type="checkbox"/> Rechazo o abandono	<input type="checkbox"/> Otro
---	--	---	---	--	----------------------------------

Justifique:

Señale documentos adjuntos que envía:		
<input type="checkbox"/> Registro ficha clínica <input type="checkbox"/> Registro SRDM <input type="checkbox"/> Registros de visitas	<input type="checkbox"/> Interconsulta (s)/ Derivación <input type="checkbox"/> Registros de seguimientos <input type="checkbox"/> Informes médico especialista	<input type="checkbox"/> Informes profesionales <input type="checkbox"/> Consentimiento informado <input type="checkbox"/> Reporte rechazo de la intervención

Otros verificadores (especifique):

INFORME DE JUSTIFICACION
META I: RECUPERACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR
LEY 19.813

1) Antecedentes de la Intervención en MADIs

Tipo de Modalidad de estimulación derivada:

☐ Sala de Estimulación ☐ Servicio Itinerante ☐ Atención Domiciliaria

Objetivo del plan de intervención:

N° de sesiones planificadas:

N° de sesiones ejecutadas:

Conclusiones del profesional SET para no ser recuperado

(Adjuntar registro de intervenciones de ficha clínica y/o SRDM)

2) Antecedentes de Visitas Domiciliarias realizadas

(Adjunte registro de visitas)

Fechas de realización	Motivo	Profesionales	Descripción breve de lo realizado

3) Antecedentes de Seguimientos

(Adjuntar registro de evaluación, Informe, derivación, otros)

Hubo seguimiento por Enfermera/o: ☐ Sí ☐ No

Fechas de realización	Motivo	Descripción breve de lo realizado

INFORME DE JUSTIFICACION
META I: RECUPERACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR
LEY 19.813

4) Antecedentes de Derivación a la Red Intersectorial

(Adjuntar registros, interconsultas, otros)

Hubo derivación a la red intersectorial: ☐ Sí ☐ No

Fechas de derivación	Motivo	Reseña breve de la respuesta recibida

5) Antecedentes de Derivación al equipo de cabecera

(Adjuntar Acta)

Fechas de realización	Motivo	Profesional que presenta el caso	Plan de intervención

6) Antecedentes de Evaluación Médica

(Adjuntar registro de evaluación, informe de médico, interconsulta de especialidad, otros)

Fechas de derivación	Motivo	Reseña breve de lo realizado

7) Antecedentes de Derivación a Nivel Secundario

(Adjuntar registro de evaluación y retroalimentación del segundo nivel si hubiera)

Hubo derivación a nivel secundario: ☐ Sí ☐ No

Fechas de derivación	Motivo	Reseña breve de lo realizado y respuesta recibida

INFORME DE JUSTIFICACION
META I: RECUPERACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR
LEY 19.813

8) Antecedentes de Rescates de Inasistencia

(Adjuntar registros de ficha clínica y antecedentes de las estrategias utilizadas para encontrar a niños, niñas y sus familias)

Se realizaron rescates por inasistencia: ☐ Sí ☐ No

Actividad inasistente	Fecha	Tipo de rescate	Profesional que realiza el rescate	Descripción de la situación
Reevaluación		<input type="checkbox"/> Telefónico <input type="checkbox"/> Visita Domiciliaria <input type="checkbox"/> Otra _____		
Sala de estimulación		<input type="checkbox"/> Telefónico <input type="checkbox"/> Visita Domiciliaria <input type="checkbox"/> Otra _____		
Consejería		<input type="checkbox"/> Telefónico <input type="checkbox"/> Visita Domiciliaria <input type="checkbox"/> Otra _____		
Control de Salud		<input type="checkbox"/> Telefónico <input type="checkbox"/> Visita Domiciliaria <input type="checkbox"/> Otra _____		
Control		<input type="checkbox"/> Telefónico <input type="checkbox"/> Visita Domiciliaria <input type="checkbox"/> Otra _____		

9) Antecedentes de Traslado

(Adjuntar documentos)

Se realizó traslado: ☐ Sí ☐ No

Tipo de traslado: ☐ Hacia otro Centro (egreso) ☐ Desde otro centro(ingreso)

El traslado se hizo previo a la reevaluación: ☐ Sí ☐ No

El traslado fue efectivo: ☐ Sí ☐ No

Se realizó entrega del caso al nuevo establecimiento para asegurar continuidad de cuidados: ☐ Sí ☐ No

Conclusiones del caso

Responsables del Informe

Nombre director establecimiento de salud

Firma

Nombre de profesional Encargada/o del Programa Infantil Centro Salud

Firma

SECCIÓN 2: Referente Programa Infancia Servicio de Salud

Rut del niño/niña

Región

Servicio de Salud

Comuna

Fecha de Recepción de Informe

____/____/____.

Fecha de Emisión de Informe a _____:

____/____/____.

Los verificadores recibidos son consistentes al caso

☐ No

☐ Parcialmente

☐ Totalmente

Apreciaciones Técnicas

Recibidos los antecedentes, se estima:

☐ Aceptar justificación.

☐ Rechazar justificación.

☐ Rechazar justificación, con observaciones.

Justificación técnica de resultado:

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

Firma:

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

☐ Sí

☐ No

SECCIÓN 3: Referente de Infancia SEREMI Salud

Rut del niño/niña

Región

Servicio de Salud

Comuna

Fecha de Recepción de Informe desde SS.

____/____/____.

Fecha de Emisión de Informe a _____:

____/____/____.

Los verificadores recibidos son consistentes al caso

☐ No

☐ Parcialmente

☐ Totalmente

Apreciaciones Técnicas

Recibidos los antecedentes, se estima:

☐ Acepta.

☐ Rechaza.

Nombre de Profesional Encargada/o del Programa Infantil SEREMI:

Firma:

Conforme con los antecedentes, se aceptan cambios en el:

☐ Numerador

☐ Denominador

Se añade un caso ☐ Sí ☐ No

Se descuenta un caso ☐ Sí ☐ No

Se añade un caso ☐ Sí ☐ No

Se descuenta un caso ☐ Sí ☐ No

INFORME GLOBAL DE APELACIÓN

(Formato recomendado a completar por total de casos acumulados en el periodo de tiempo que corresponda)

ORIGEN Y DESTINO DEL INFORME: Solicitud de revisión y aprobación desde:

Informe de Apelación Comuna (solo completa comuna):

Periodo de tiempo de ocurrencia de casos a apelar:

Fecha de inicio ____/____/____. Fecha de término ____/____/____.

Nombre comuna

NUMERADOR

N° de casos a sumar
en el periodo

N° de casos a
descontar en el
periodo

N° final de casos a
apelar

Numerador final
de la meta comunal acumulado en
el periodo

DENOMINADOR

N° de casos a sumar
en el periodo

N° de casos a
descontar en el
periodo

N° final de casos a
apelar

Denominador final
de la meta comunal acumulado en
el periodo

Nombre director Centro de Salud (si corresponde)

Firma (si corresponde)

Nombre Encargada/o Programa Infantil Centro Salud

Firma

ANEXAR O ENTREGAR MÁS ANTECEDENTES A CONSIDERAR:

Informe de Respuesta de Apelación (Solo completa SEREMI):

Periodo de tiempo de ocurrencia de casos presentados a apelación:

Fecha de inicio ____/____/____. Fecha de término ____/____/____.

Nombre SEREMI

Se **APRUEBA** Informe de Apelación de la Comuna

☐

Se **RECHAZA** Informe de Apelación de la Comuna

☐

En caso de rechazo de informe, se aceptan los siguientes cambios en el numerador y denominador del indicador:

NUMERADOR

N° de casos a sumar en
el periodo

N° de casos a descontar
en el periodo

N° final de casos a
apelar

Numerador final
de la meta comunal acumulado en
el periodo

DENOMINADOR

N° de casos a sumar en
el periodo

N° de casos a descontar
en el periodo

N° final de casos a
apelar

Denominador final
de la meta comunal acumulado en
el periodo

Nombre Referente SEREMI

Firma/Fecha.

INFORME DE EVALUACION
PLAN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA
LEY 19.813

Anexo N°6

Formato de evaluación para meta VIII: Establecimientos con plan de trabajo en salud comunitaria.

Se propone que cada Comuna /Establecimiento, informe al Servicio de Salud, para el ulterior informe por parte de éste a SEREMI de salud y MINSAL, mediante el esquema de resumen del presente anexo.

Servicio de Salud

Comuna

Establecimiento

DIAGNOSTICO DE SALUD COMUNITARIA

Fecha realización

DIAGNOSTICO DE SALUD COMUNITARIA						EVALUACION DE EJECUCION AL 31 DE DICIEMBRE
Problemas identificados/ factores protectores de salud/activos comunitarios	Clasificación del problema ^{1 2}	Objetivos	Actividades (detalle en adjunto cronograma)	Responsables (equipo de salud y representante de la comunidad)	Medios de verificación	Número de actividades comprometidas/número de actividades ejecutadas según cronograma * 100

¹Clasificar según tipo de problema: Salud de las personas, Participación, Factores que inciden en la satisfacción usuaria, otros de acuerdo con categorías que definan participativamente

² Factores protectores de salud y/o activo comunitario en salud: enunciar o escribir breve descripción

INFORME DE EVALUACION
PLAN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA
LEY 19.813

CRONOGRAMA DE TRABAJO:

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	MESES											
		Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic

Notas:

- Actualización del diagnóstico o utilización del último vigente no más antiguo que al 31 de diciembre de 2020 (si el diagnóstico tiene más de tres años de

INFORME DE EVALUACION
PLAN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

LEY 19.813

antigüedad, es necesario su actualización). Se pueden utilizar como fuentes de actualización de información para los diagnósticos las actividades ejecutadas vinculadas actualmente a actividades de compromisos de Gestión, evaluación del Centros de Salud o de CECOSF, proceso de implementación de APS Universal (Diálogos Ciudadanos).

- El plan debe ser elaborado participativamente con objetivos, actividades y cronograma de trabajo, con sus respectivos medios de verificación (actas, minutas o informe de actividades o de reuniones). El informe final estará firmado por el/la directora/a del establecimiento.
- El plan deberá basarse en diagnóstico participativo, identifica factores protectores de la salud y propone estrategias para potenciar dichos factores protectores en la comunidad. La cartografía social es herramienta participativa que, junto con permitir el mapeo de activos comunitarios, puede facilitar la intervención de los factores protectores. Debe elaborarse en el contexto de la programación comunal durante el mes de noviembre de cada año y ser parte de la Programación de Salud Anual.

