MATRIZ DE CUIDADOS A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile



INDICE

SALUD DE LA INFANCIA.....4

SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD.....10

SALUD EN EDAD ADULTA.....16

SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES.....22

CUIDADORES TRANSVERSALES.....27

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

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

La oferta de los establecimientos de Atención Primaria permite a las personas recibir recomendaciones para tomar las mejores decisiones en los cuidados de su salud para ella/os y su grupo familiar; ser examinadas para detectar condiciones de riesgo de enfermar y enfermedades en una etapa temprana; para recibir tratamiento en Atención Primaria y ser derivadas a atención especializada y/o a rehabilitación cuando esto es necesario. La vida es un continuo y la salud requiere un continuo de cuidados. Pero cada etapa, tiene características propias y también vulnerabilidades y/o oportunidades distintas, junto a diferentes expectativas y comportamientos. Por lo tanto, los desafíos para el cuidado de la salud son propios de cada etapa.

Este cuidado continuo, debe considerar que la transición de una etapa a la siguiente, suele tener características particulares y requerir también un abordaje específico.

El fortalecimiento de los hábitos saludables y la realización de controles periódicos preventivos son acciones efectivas en todas las etapas, con énfasis diferentes. Las enfermedades a detectar precozmente para facilitar el acceso a tratamiento son también distintas en las diferentes edades.

Es importante, recordar que el bienestar de las personas es un objetivo que se comparte con otros sectores del Estado y que son distintas las instituciones y servicios con los que, en cada etapa, deben coordinarse acciones de salud.

SALUD EN LA INFANCIA

Los niños y las niñas son el principal recurso de un país, por lo que asegurar un desarrollo integral en la primera infancia es un desafío estratégico, que se debe basar en el reconocimiento y la protección de sus necesidades específicas y derechos humanos. Chile tiene una larga tradición de políticas sanitarias dirigidas a la infancia y su familia, las que se han sostenido e implementado a través de la formulación de actividades programáticas cuyo diseño ha respondido al perfil epidemiológico y al contexto social y económico del país en diferentes periodos.

Esto se ha traducido en el logro de indicadores exitosos de reducción de la mortalidad y la morbilidad en la niñez. Hoy, las políticas públicas dirigidas a infancia tienen como desafío contribuir a la mejor calidad de vida de los niños y niñas, fomentando un desarrollo integral.[1]

En la actualidad el Programa Nacional de Salud de la Infancia es fortalecido en sus prestaciones por el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP)[2] que es el Componente de Salud del Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo.

1 Programa Nacional de Salud de la infancia con enfoque integral.

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

El seguimiento a la trayectoria del crecimiento y desarrollo infantil de salud se inicia en la gestación y continúa a lo largo de la vida del niño o la niña; a través de atenciones periódicas para evaluar el estado de salud y desarrollo infantil. Estas atenciones tienen un enfoque promocional, preventivo o de tratamiento dependiendo de las necesidades de cada niño o niña y su familia.

La epigenética nos muestra que la salud y el desarrollo infantil dependen de una interacción dinámica entre la carga genética y el ambiente; siendo particularmente relevante en el ambiente: la nutrición, la calidad de las relaciones vinculares (factores psicosociales) y las características del medio-ambiente (libre de estrés tóxico). Por lo tanto, la atención de salud proporcionada a niñas y niños debe ser integral y considerar a la familia y comunidad como agentes facilitadores del bienestar infantil.

Promover la lactancia materna y alimentación saludable, vigilar la trayectoria del desarrollo con screening periódicos, detectar precozmente las enfermedades más frecuentes, identificar vulnerabilidades psicosociales, velar por un tratamiento oportuno, prevenir enfermedades infecciosas, y fomentar las competencias parentales para la crianza respetuosa son algunos de los objetivos centrales de la atención en salud infantil. Transversalmente las actividades deben incorporar componentes de pertinencia cultural, determinantes sociales, enfoque de género y de derechos de la infancia.
En este contexto, es de vital importancia, tener en consideración abordar la planificación en red con una mirada de curso de vida.

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
1	PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6º mes de vida.	Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva. Fomentar uso de cojín de lactancia, Evaluar y reforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud de niña y niño. Favorecer las clínicas de lactancia, asegurando el buen uso de los maletines de lactancia entregados.	Porcentaje de niños/as controlados al sexto mes con lactancia materna exclusiva	1. (Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida / Nº de lactantes controlados al 6to mes)*100	Disminuir a lo menos un 15% de la brecha hasta alcanzar la cobertura de referencia país del 60%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	METAS SANITARIAS
2	PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	Consejería individuales de actividad física entregada a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años	Porcentaje de consejerías individuales en actividad física entregadas a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años	(Nº de consejería individuales en actividad física entregadas a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años/ Total de población bajo control menor de 10 años)* 100	10%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
3	PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional al 5º mes	(Población con consulta nutricional al 5º mes / Total de población bajo control de 5 a 11meses)* 100	80%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
4	PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta a los 3 años y 6 meses	(Población con consulta a los 3 años y 6 meses/ Población bajo control entre 42 y 47 meses)* 100	50%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
5	PROMOCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Aumentar el número de padres (hombres) que participan en los controles de salud de sus hijos e hijas.	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa del padre	Porcentaje de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre	(Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre / Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años)*100	25%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
6	PREVENCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia.	Porcentaje de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente	(Nº de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente/Nº de niños/as eutróficos bajo control, en cada control correspondiente)*100	60%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
7	PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 5 años bajo control.	Porcentaje de niños(as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres Nadie es Perfecto	(Nº de madres, padres o cuidadores(as) de niños(as) menores de 5 años que ingresan a talleres Nadie es Perfecto/ Población bajo control de niños(as) menores de 5 años)*100	7%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
8	PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil.	Rescate de población inasistentes a los controles de salud	Porcentaje de niños/as inasistentes a control de salud en el grupo etario	(Nº de niños/as inasistentes a control de salud en el grupo etario/ total de niños/as bajo control en el grupo etario)*100	Disminuir en 10%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
9	PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil.	Control de Salud a niños y niñas migrantes	Incremento de niños y niñas migrantes bajo control según estado nutricional	(Número de niños y niñas migrantes bajo control año vigente - número de niños y niñas migrantes bajo control año anterior)/ Número de niños y niñas migrantes bajo control año anterior	Aumentar el número de niños migrantes bajo control en relación al año anterior	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
10	PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Control de salud a niñas y niños de 24 a 71 meses inscritos en establecimiento de salud.	Promedio de controles de salud de niños/as de 24 a 71 meses	(Nº de controles de salud de niñas/os de 24 a 71 meses / Nº total de niñas/os de 24 a 71 meses bajo control)	1 control anual	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
11	PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	Porcentaje de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo de niños/as de 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)/ total control de salud de niñas/os de 7 a 11 meses bajo control)*100	100%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
12	PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	Porcentaje de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de niños/as 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses / Total de controles sano realizados a niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	90%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
13	PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación).	Porcentaje de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños/as 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses / N° total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control)* 100	90%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	IAAPS
14	PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	Porcentaje de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de niños/as de 24 a 47 meses (Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) / Nº total control sano de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	50%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
15	PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. (Primera evaluación).	Porcentaje de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños/as de 24 a 47 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses(Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses / Nº total control sano de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)*100	90%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
16	PREVENCION	1-Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud 2-Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Entregar herramientas para la promoción y prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y la violencia de género a padres y/o cuidadores y/o profesores mediante educación grupal	Talleres promocionales y preventivos de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género a niños/as menores de 10 años y a sus madres, padres y/o cuidadores de niños/as preferencialmente en en el ámbito educacional (jardines, escuelas, liceos)	Cobertura de talleres preventivos de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género realizados	(N° de personas que asisten a taller (año vigente))/ (Población inscrita entre 0 y 9 años (año vigente)*100	1,5%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
17	PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	Porcentaje de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes	(Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes / Nº Total control de ciclo vital de niñas y niños de 1 mes)*100	100%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
18	PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses	Porcentaje de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas	(Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100	100%	SIGGES	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
19	PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual.	Porcentaje de controles de salud de niños/as de 48 a 71 meses con evaluación visual	(Nº de controles de salud de niños/as de 48 a 71 meses con evaluación visual / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 71 meses)* 100	90%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
20	PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Medicion de la presion arterial para detectar precozmente niños y niñas portadores de hipertension arterial	Porcentaje de controles de salud de niños/as de 36 a 71 meses con evaluaciónde presion arterial	Nº de controles de salud de niños/as de 36a 71 meses con evaluación de presion arterial / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 36 a 71 meses)* 100	Incrementar en un 30% respecto a linea base	REM	SALUD EN LA INFANCIA	
21	PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna hepatitis A a los /as niños/as a los 18 meses de edad	Porcentaje de niños/as de 18 meses de edad con vacuna Hepatitis A administrada	(Nº de niños/as de 18 meses de edad con vacuna hepatitis A administrada)/(Nº de niños/as de 18 meses de edad)*100	90%	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
22	PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños/as de 1 año.	Porcentaje de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada	(Nº de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada)/(Nº de niños/as de 1 año)*100	95%	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
23	PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años.	Porcentaje de niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días con vacuna de influenza administrada	(Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días)/(total de niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días)*100	90%	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
24	PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años.	Porcentaje de niños/as entre los 5 y los 10 años portadores de enfermedades crónicas con vacuna de influenza administrada	(Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años)/(total de niños/as entre los 5 y los 10 años)*100	90%	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
25	PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de esquema primario completo de vacuna contra *H.influenzae tipo b, Hepatitis b, tétanos, tos convulsiva, poliomelitis*en niños/as menores de 1 año	Porcentaje de niños/as menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna contra *H.influenzae tipo b, Hepatitis b, tétanos, tos convulsiva, poliomelitis*	(Administración de esquema primario completo de vacuna contra *H.influenzae tipo b, Hepatitis b, tétanos, tos convulsiva, poliomelitis* en niños/as menores de 1 año)/(Total de niños/as menores de 1 año)*100 (el esquema primario incluye administración a los 2, 4 y 6 meses de edad)	95%	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
26	PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica al año de vida.	Porcentaje de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivírica administrada	(Nº de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivírica administrada / Nº de niños de 1 año)*100	95%	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
27	PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administrar primera dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan cuarto año básico.	Porcentaje de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4º básico	(Nº de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4º básico/Nº de niñas matriculadas en 4º básico)*100	90%	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
28	PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna SRP Y DTP(a) en primero básico	Porcentaje de niños de 1° año básico con dosis de vacuna SRP administrada	N° de niños de 1° año básico con dosis de vacuna SRP administrada/ Matricula niños 1° básico año en curso *100	90% de los(as) niños y niñas con vacuna SRP administrada	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
29	PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna SRP Y DTP(a) en primero básico	de niños de 1° año básico con dosis de vacuna dtp(a)administrada	N° de niños de 1° año básico con dosis de vacuna dtp(a)administrada/ Matricula niños 1° básico año en curso *100	90% de los(as) niños y niñas con vacuna DTP(a) administrada	RNI	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
30	PREVENCION	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 7 años.	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población menor de 7 años.	Porcentaje de niñas y niños menores de 7 años con registro ceod	(Nº de niñas y niños menores de 7 años con registro ceod/ Nº total de niñas y niños menores de 7 años ingresados a control con enfoque de riesgo en el centro de salud (CERO)* 100	100%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
31	PREVENCION	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años.	Control de salud oral de niños y niñas menores de 7 años	Porcentaje de niñas/os menores de 7 años que ingresan a la población bajo control en salud oral (CERO)	(Nº de niños y niñas menores de 7 años ingresados en la población bajo control en salud oral/ Nº de niños y niñas menores de 7 años inscritos y validados en los establecimientos)*100	60%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
32	PREVENCION	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años.	Evaluación de estado de salud bucal de la población menor de 7 años	Porcentaje de niñas/os libres de caries menores de 3 años	(N º de niños y niñas menores de 3 años con registro ceod= 0/ N° de niñas/os menores de 3 años inscritos y validados)*100	60%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	IAAPS
33	PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Fortalecer intervenciones educativas relacionadas con los problemas de salud más prevalentes en la infancia	Educación grupal a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA en época de baja circulación viral	Porcentaje de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y /o cuidadores ingresan a educación grupal en prevención de IRA	(Nº de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y /o cuidadores ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ Nº total de niños menores de 1 año bajo control)*100	60%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
34	PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	Visitas domiciliaria a niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía grave.	Porcentaje de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral	(Nº de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral / Nº de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave)*100	100%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
35	PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	Realizar auditoría clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en el hogar.	Porcentaje de auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas menores de 9 años fallecidos por neumonía	(Nº de auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas menores de 9 años fallecidos por neumonía / Nº de niños y niñas de 0 a 9 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100	100%	Plataforma PVS	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
36	TRATAMIENTO	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a niños/as con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Realizar visitas domiciliarias integrales a niños/as con dependencia moderada y/o severa	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a aniños/as con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº de población infantil bajo control por dependencia moderada y/o severa))*100	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a niños/as con dependencia moderada /o y severa	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
37	TRATAMIENTO	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo	Porcentaje de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM	(Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM / Nº total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor)*100	100%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	IAAPS
38	TRATAMIENTO	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	Porcentaje de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación	(Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses) *100	90%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	METAS SANITARIAS
39	TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años en la atención primaria de salud	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud.	Porcentaje de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años	(Nº de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año vigente) (MENOS) Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año anterior)/ Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año anterior))*100	Incrementar en un 7%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
40	TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA	Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente)	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior)) Calculo de proporción: (Nº de personas asmáticas controladas de 0-9 años bajo control /Nº de personas asmáticas de 0-9 años bajo control)*100	Incrementar en 25%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
41	TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA Baja en menores de 5 años	Porcentaje de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación	(Nº de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación / Nº de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100	100%	SIGGES	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
42	TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Atención odontológica integral a población de niños y niñas de 6 años.	Porcentaje de egresos en niños y niñas de 6 años	(Nº de niñas y niños de 6 años con egresos odontológicos total/ Nº Total de niñas y niños de 6 años inscritos y validados)*100	≥79%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	METAS SANITARIAS
43	TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de menores de 10 años	Morbilidad Odontológica en menores de 10 años	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en menores de 10 años	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en población menor de 10 años/N° de población menor de 10 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	30%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
44	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Monitorear la situación de salud mental de las personas en tratamiento por trastornos mentales al ingreso y egreso a programa.	Aplicar pauta de monitoreo de resultados de situación de salud mental de niños/as en tratamiento por salud mental (Instrumento PSC) al ingreso y egreso a programa.	Aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental al ingreso y egreso.	(N° de personas con instrumento monitoreo aplicado al ingreso y egreso (año vigente))/ (N° de personas con ingresadas y egresadas a programa salud mental (año vigente))*100	100%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
45	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas mayores de 5 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Atención integral de niños y niñas mayores de 5 años mayores de 5 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Proporción de personas bajo control por trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental mayor de 5 años (año vigente) / Población inscrita validada mayor de 5 años x 22% de prevalencia	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
46	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Casos presentados en consultoría de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas	Porcentaje de casos presentados en consultoría de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año vigente) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año anterior) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100	Mantener o aumentar el número de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
47	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Altas terapéuticas de niños y niñas mayores de 5 años con diagnósticos de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Porcentaje de personas egresadas por alta terapéutica por trastornos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	N° de personas egresadas por alta terapéutica (año vigente) / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente))	Alcanzar un 20%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
48	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas con enfasis en la intervención grupal	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en niños y niñas mayores de 5 años y sus padres/cuidadores con enfasis en la intervención grupal (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal , visita domiciliarias, consultorias y consejerias individuales y familiares)	((N° de controles de Salud Mental totales realizadas (año vigente) / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente)) (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorias y consejerias individuales y familiares)	Concentración entre 8 y 12 de controles.	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
49	TRATAMIENTO	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Evaluación del desarrollo infantil a niños y niñas de residencias SENAME	N° de niños y niñas entre 0 y 9 años atendidos de residencias SENAME	(N° niños y niñas de residencia SENAME entre 0 y 9 años, atendidos en APS / N° niños y niñas de 0 a 9 años de residencias SENAME)	90%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA
50	TRATAMIENTO	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Concentración de consultas y controles de salud en niños y niñas de residencias SENAME	N° de total de atenciones (controles y consultas) realizadas a los niños y niñas de residencias SENAME	(N° total de atenciones (controles y atenciones) realizadas a los niños y niñas de residencias SENAME / N° niños y niñas bajo control entre 0 y 9 años de programas residenciales SENAME)	Mínimo un control de salud infantil al año	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA

SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

La Estrategia Mundial y la consecución de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS), centran su interés en los y las adolescentes, junto con las mujeres y niños, señalando que son fundamentales para el logro y éxito de la Agenda 2016 - 2030.
De esta manera, se reconoce la importancia de invertir y generar oportunidades en la adolescencia no sólo por los problemas de salud específicos que los afectan, sino porque que se visualiza como una etapa decisiva del desarrollo, que presenta grandes oportunidades para construir y consolidar formas de vida saludable que incrementan la salud y el bienestar en la adolescencia y como impulsores claves del cambio en la era posterior. Por ello, es crucial aprovechar toda instancia de atención del adolescente y reenfocar la atención hacia la promoción de la salud, la reducción de riesgos y el fomento de los factores protectores de la salud.

A partir del año 2008 se observa un importante descenso sostenido en el grupo de 15 a 19 años. Entre los años 2010-2015 se pasa de una tasa de 52,00 a 39,31 por mil mujeres en ese grupo etario una baja de 12,69 puntos. (Fuente DEIS- MINSAL).

Cabe destacar que la tasa de fecundidad en el grupo 10-19 años, alcanzada en 2015 fue de 21,1, que es más baja a lo comprometido para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020. (Meta 2020 ENS: 22,9 x 1000 mujeres de 10 a 19 años).
La tasa de muertes por lesiones autoinflingidas en Chile el año 2014 fue de 10 por 100.000 habitantes, mientras que en el grupo de 10 a 19 años fue de 5,1 por 100.000 adolescentes.

En este mismo grupo etario, la tasa de muertes por suicidio en el año 2010 fue de 7 por 100.000 adolescentes, lo que significa una disminución de 1,91% [1]. Datos preliminares DEIS 2015, en el mismo grupo reportan una tasa de 5,05. Estas cifras alcanzadas en el año 2014 y 2015, son menores a lo comprometido en los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020.

Si bien las cifras alcanzadas son auspiciosas, sabemos que aún persisten inequidades entre regiones, comunas y nivel socioeconómico y dado el impacto que tienen ambos indicadores, la salud de adolescentes y jóvenes sigue siendo una prioridad para el país.

Después de la niñez, la adolescencia es considerada la segunda etapa más vulnerable del ciclo vital y en donde se adquieren la mayoría de los hábitos dañinos para la salud que pueden durar toda la vida. La adopción de hábitos que tienen consecuencias negativas para la salud a largo plazo, tales como el tabaquismo, sedentarismo, malnutrición, consumo de drogas adictivas, actividad sexual sin protección, no causa morbilidad o mortalidad durante el período mismo de la adolescencia, sino que sus efectos y costos se evidencias más tarde en la vida.

Esta etapa es dinámica y esencialmente positiva: se completa el proceso de crecimiento y desarrollo biológico, se amplían las funciones físicas, se adquiere la capacidad reproductiva, se logran nuevas habilidades cognitivas, destrezas sociales y se adquiere la identidad personal y social. Desde el punto de vista social, la estrecha relación y la dependencia de la familia empiezan a ceder ante las relaciones más intensas con sus

pares.
La juventud puede considerarse como una etapa de aprendizaje de las funciones del mundo adulto, pero con las particularidades construidas socioculturalmente, las cuales de alguna manera inciden en la salud y bienestar de este grupo.

A nivel de Atención Primaria se debe mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud para adolescentes, asegurando la confidencialidad y privacidad en la atención, coordinación entre los programas que los incluyen, relevar la promoción, prevención, trabajo intersectorial y comunitario, apoyar la transición de los y las jóvenes a la vida adulta y promover mayor participación juvenil.

Es importante también la coordinación con otros servicios, cuyas acciones, contribuyan a completar su desarrollo como personas responsables de su salud y bienestar, que acceden a una red de servicios conforme a sus intereses y necesidades tal como lo recomienda la Organización Mundial de Salud [1]

A nivel de Atención secundaria y terciaria, se necesita reorganizar la oferta de atención existente, que dé cuenta del reconocimiento de las diferencias y particularidades de los adolescentes usuarios de atención especializada.

Compete a la sociedad organizar las formas solidarias de atención a adolescentes y jóvenes, donde los diversos sectores, con sus contribuciones específicas, potencien las acciones mediante esfuerzos colaborativos intersectoriales y comunitarios que fomenten la realización del potencial de cada adolescente y joven para el logro de un desarrollo saludable y una plena inserción social.

1 Política Nacional de Salud de Adolescentes y Jóvenes Ministerio de Salud de chile 2008-2015

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
1	PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	Porcentaje de consejerías breves antitabaco realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años.	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años / (Nº total de ingresos agudos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años (MÁS) Nº consultas de morbilidad de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años (MÁS) Consultas de atenciones agudas de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años))* 100	100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
2	PROMOCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva adolescentes de 10 a 19 años	Porcentaje de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva	(Nº de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) Nº de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior)/ Nº de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior))*100	Aumentar en un 20%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
3	PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el número visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestante de 10 a 19 años en riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 19 años con riesgo psicosocial.	Porcentaje de VDI a adolescentes gestantes de 10 a 19 años en riesgo psicosocial	(Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (año vigente) [MENOS] Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)/ Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)) *100	Aumentar o mantener lo realizado el año anterior	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PSM
4	PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Derivar a toda embarazada de 10 a 24 años con riesgo Obstétrico y/o biomédico a atención con especialista	Derivar al nivel secundario (Alto Riesgo Obstétrico) las gestantes de 10 a 24 años con factores de riesgo Obstétrico y/o biomédico, según Guía Perinatal	Porcentaje de gestantes de 10 a 24 años derivadas al nivel secundario por riesgo Obstétrico y/o biomédico, según Guía Perinatal	(Nº de gestantes de 10 a 24 años con riesgo Obstétrico y/o biomédico derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes de 10 a 24 años con riesgo Obstétrico y/o biomédico)*100	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PSM
5	PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 2 meses de postparto	(Nº de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/Nº total de mujeres adolescentes en los últimos 2 meses post parto y en control de RF)*100	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	INFANCIA/SALUD MENTAL
6	PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 6 meses de posparto	(Nº de madres adolescentes con escala aplicada a los 6 meses de posparto / Total de madres adolescentes con controles realizados a los 6 meses posparto en RF)*100	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	INFANCIA/SALUD MENTAL
7	PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2° control prenatal.	Porcentaje de gestantes adolescentes a las que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal	(Nº de gestantes adolescentes a las que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal / Nº total de ingresos a control prenatal)*100	100%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PSM/CHCC
8	PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Conocer el porcentaje de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal	Control prenatal	Porcentaje de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo.	Número de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal/Número total de gestantes migrantes de 10 a 24 años en Control prenatal*100	90%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
9	PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención	Control prenatal	Porcentaje gestantes 10 a 24 años bajo control Prenatal portadora de Streptococo Grupo B	(Número de gestantes de 10 a 24 años bajo control Prenatal portadora de Streptococo Grupo B /Número de gestantes de 10 a 24 años bajo control Prenatal)*100	Mantener o aumentar lo alcanzado el año anterior	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PSM
10	PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral adolescentes de 10 a 19 años.	Porcentaje de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años	(Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años/ población adolescente de 10 a 19 años inscrita en el establecimiento de salud)*100	30% población 10 a 19 años	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	IAAPS
11	PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres de 20 a 24 años	Control Preconcepcional.	Porcentaje controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años	(Nº de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año anterior))/ Nº de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año anterior))*100	Aumentar en un 15%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
12	PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Atención integral de salud ginecológica a mujeres adolescentes y jóvenes.	Control ginecológico a mujeres de 10 a 24 años	Porcentaje de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años	(Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior)/ Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior))*100	Aumentar en un 30%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
13	PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención el VIH-SIDA e ITS y Promover el uso del condón en adolescentes	Adolescentes y Jóvenes que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva, Consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y Consejería en regulación de la fertilidad, con entrega de condones	Porcentaje de adolescentes y jóvenes que reciben consejerías en salud sexual y reproductiva,prevención del VIH/SIDA e ITS y Consejería en regulación de la fertilidad, con entrega de condones	(Nº de adolescentes y jovenes de 10 a 24 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones (año vigente) (MENOS) Nº de adolescentes y jovenes de 10 a 24 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones (año anterior) / Nº de adolescentes y jovenes de 10 a 24 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones (año anterior))*100	Aumentar en un 30%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
14	PREVENCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes de 10 a 19 años	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes de 10 a 19 años) inscritos en centros de salud) *100	25% de adolescentes 10-19 años (META ENS)	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
15	PREVENCION	Disminuir el embarazo adolescente	Aumentar el uso de doble anticonceptivo (método de regulación de fertilidad efectivo más preservativo) en adolescentes)	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años en regulación de fertilidad con método de regulación más preservativo	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad con "método de regulación de fertilidad más preservativo") / Nº de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad) *100	100% de adolescentes de 10 a 19 años	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
16	PREVENCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.	Realizar examen de VIH en jóvenes de 20-24 años que consultan por morbilidad.	Porcentaje de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad a jóvenes de 20-24 años	Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes de 20-24 años por morbilidad (año vigente) (MENOS) Nº de exámenes para VIH realizados en consultantes de 20-24 años por morbilidad (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes de 20-24 años por morbilidad (año anterior))*100	Aumentar en 10%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
17	PREVENCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.	Realizar examen de VIH en adolescentes y jóvenes de 15-24 años que lo requieran por demanda espontánea.	Porcentaje de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de15 a 24 años	(Nº total de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15-24 años (año vigente) (MENOS) (Nº total de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15-24 años (año anterior) /Nº total de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15-24 años, (año anterior))*100	Aumentar en 20%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
18	PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar la cobertura de vacunación	Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a adolescentes que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico	Porcentaje de adolescentes con esquema completo de vacuna VPH.	(Nº de adolescentes vacunadas con segunda dosis de vacuna VPH el año en curso)/(Nº de adolescentes vacunadas con primera dosis en el año anterior) *100	90%	RNI	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
19	PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los (as) adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 24 años.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 24 años. vacunados con anti-influenza	(Nº de adolescentes y jóvenes entre los 10 y 24 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza / Total de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años s portadores de enfermedades crónicas) *100.	95 % de cobertura	RNI	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
20	PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las adolescentes con embarazo de 13 semanas y más	Porcentaje adolescentes de 10 a 19 años con embarazo de 13 semanas y más vacunados con anti-influenza	N° de adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y mas semanas vacunadas con anti-influenza / N°Total adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y mas semanas) *100.	95 % de cobertura	RNI	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
21	PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 13 semanas y más de gestación	Porcentaje de jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 13 semanas y más de gestación más vacunados con anti-influenza	Nº jóvenes entre los 20 y 24 embarazadas con 13 y mas semanas de embarazo vacunadas con anti-influenza / N° Total mujeres jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas de 13 y mas semanas de gestación) *100.	95 % de cobertura	RNI	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
22	PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna dTpa a las adolescentes con embarazo de 28 semanas y más de gestaión	Porcentaje adolescentes de 10 a 19 años con embarazo de 28 semanas y más vacunados con dTpa	N° de adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y mas semanas vacunadas con dTpa/ N°Total adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y mas semanas) *100.	85 % de cobertura	RNI	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
23	PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna dTpa a las jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 28 semanas y más de gestación	Porcentaje de jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 28 semanas y más de gestación más vacunados con dtpa	Nº jóvenes entre los 20 y 24 embarazadas con 28y mas semanas de embarazo vacunadas con dTpa/ N° Total mujeres jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas de 28 y mas semanas de gestación) *100.	85 % de cobertura	RNI	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
24	PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años fallecidos por neumonía en el hogar.	Porcentaje de auditorías realizadas a casos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonía.	(Nº de auditorías realizadas a casos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonía)* 100	100% de auditorías realizadas	Plataforma PVS	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
25	PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo en hombres de 20 a 24 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva en hombres de 20 a 24 años, aplicando pauta de protocolo.	Porcentaje de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años	(Nº de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años (año anterior)/ Nº de EMPA realizados a hombres 20 a 24 años (año anterior))*100.	Incrementar al menos en un 20%	REM- FONASA	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	IAAPS
26	PREVENCION	1-Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud 2-Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Entregar herramientas para la promoción y prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y la violencia de género a padres y/o cuidadores y/o profesores mediante educación grupal y apliación de instrumentos de detección	1- Talleres promocionales y preventivos de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género a adolescentes de 10 a 19 años y a sus madres, padres y/o cuidadores /as preferencialmente en en el ámbito educacional (escuelas, liceos) 2- Aplicación de instrumentos detección de trastornos mentales y consumo de sustancias (AUDIT, ASSIST, CRAFFT)	Cobertura de actividades promocionales y preventivas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género realizadas (Talleres + instrumentos detección)	(N° de adolescentes de 10 a 19 años que asisten a taller + Nº de adolescentes de 10 a 19 años con instrumento de detección aplicado (año vigente))/ (Población inscrita entre 10 y 19 años (año vigente)*100	Alcanzar 10% cobertura	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
27	PREVENCION	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 15-24 años, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV con control por profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	(Nº de adolescentes y jovenes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de adolescentes y jovenes con ACV o IAM)* 100	El 100% con control dentro de 7 días del alta.	SIDRA	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
28	PREVENCION	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Aplicar el "Formulario de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a adolescentes y jóvenes de 15-24 años en control de salud cardiovascular.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 15-24 años diabéticos o hipertensos en PSCV clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(Nº de adolescentes y jóvenes de 15-24 años hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de adolescentes y jóvenes bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al corte)* 100	100% de adolescentes y jóvenes de 15-24 años diabéticos o hipertensos clasificadas	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
29	PREVENCION	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes tipo 2 en PSCV con evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses	(Nº de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes tipo 2 bajo control)*100	100% de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes con evaluación y plan de manejo	QUALIDIAB	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
30	PREVENCION	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes en control en el PSCV.	Pacientes adolescentes y jóvenes de 15-24 años diabéticos en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 15-24 años diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente	(Nº de adolescentes y jóvenes de 15-24 años diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente / (Nº total de adolescentes y jóvenes de 15-24 años (MAS) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))*100	80 % cuentan con un fondo de ojo vigente.	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
31	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población de 10 a 24 años con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de adolescentes y jóvenes (10-24 años) asmáticos bajo control	Población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada (año vigente)	Proporción de población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada (año anterior) / (Proporción de población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada(año anterior)) **Cálculo de proporción:** (Nº de población 10 a 24 años controlada bajo control /Nº de personas de 10 a 24 años asmáticas años bajo control)*100	Incrementar en 20%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
32	TRATAMIENTO	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a adolescentes y jóvenes con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Realizar visitas domiciliarias integrales a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años con dependencia moderada y/o severa	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a adolescentes y jóvenes con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº de población adolescente y jóven bajo control por dependencia moderada y/o severa))*100	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a adolescentes y jóvenes con dependencia moderada y/o severa	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
33	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura de personas hipertensas de 20-24 años bajo control	Cobertura hipertensos (año vigente) (Menos) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior) **Cálculo de cobertura:** (Nº de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 20 a 24 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	Incrementar en al menos 20% respecto al año anterior	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
34	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control con PA <140/90, en relación al bajo control	(Proporción de metas de compensación (año vigente)(MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/(Proporción de Metas de compensación (año anterior)) **Cálculo de proporción:** (Nº de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control con presión arterial <140/90 mmHg/Nº de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control en PSCV) *100	Incrementar en un 30% de la PBC respecto al año anterior	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
35	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) /Proporción de metas de compensación (año anterior)) **Cálculo de proporción:** (Nº de personas hipertensas de 20 a 24 años con presión arterial <140/90 mmHg /Nº de personas hipertensas de 20 a 24 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	Incrementar en un 10% de la población inscrita respecto al año anterior.	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
36	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años	Cobertura de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control, en relacion a la población inscrita	(Cobertura Diabéticos (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabéticos (año anterior/ Cobertura Diabéticos (año anterior)) **Cálculo de Cobertura:** (Nº de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada segun prevalencia)	Incrementar en al menos 20% respecto al año anterior	REM, ENS 2009 (10%)	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
37	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años	Cobertura de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control con (HbA1c<7%)	Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de metas de compensación (año anterior)) **Cálculo de proporción** (Nº de personas diabéticas de 20-24 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 20-24 años bajo control en PSCV)	Incrementar en un 30% respecto al año anterior , hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
38	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	mejorar el control metabolico integral de las personas diabeticas tipo 2	Lograr las metas de HbA1c, colesterol total y presion arterial las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV.	Personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial.	Personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial. /Personas diabeticos en control PSCV	Incrementar las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial.	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
39	TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Atención odontológica integral a población adolescente de 12 años.	Porcentaje de adolescentes de 12 años con alta odontológica total	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/ Nº Total de adolescentes de 12 años inscritos y validados)*100	≥74%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	META SANITARIA
40	TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adolescente	Morbilidad Odontológica en adolescentes	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en adolescentes	(Nº total de consultas de morbilidad odontológica en población adolescente/Nº de población adolescente inscrita y validada en el establecimiento)*100	30%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
41	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes de 10 a 19 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Atención integral de adolescentes de 10 a 19 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Proporción de adolescentes de 10 a 19 años bajo control por trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental de 10 a 19 años (año vigente) / Población inscrita validada de 10 a 19 años x 22% de prevalencia	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
42	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Monitorear la situación de salud mental de adolescentes de 10 a 19 años en tratamiento por trastornos mentales al ingreso y egreso a programa.	Aplicar pauta de monitoreo de resultados de situación de salud mental de adolescentes en tratamiento por salud mental (Instrumento PSC y o GHQ) al ingreso y egreso a programa.	Aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental al ingreso y egreso a adolescentes de 10 a 19 años	(Nº de adolescentes con instrumento monitoreo aplicado al ingreso y egreso (año vigente))/ (Nº de adolescentes ingresados y egresados a programa salud mental (año vigente))*100	100%		SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	
43	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población 10 a 24 años	Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas a población de 10 a 24 años	Casos presentados en consultoría de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población de 10 a 24 años	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental (año vigente) / Nº de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental (año anterior) / Nº de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100	Mantener o aumentar el número de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
44	TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Ingreso de personas a atención integral por violencia de género de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ Nº deadolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	Aumentar los ingresos de adolescentes y jóvenes a atención integral por violencia de género en relación al año anterior	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
45	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Aumentar la cobertura de pacientes con asma bronquial de 10 a 24 años en la atención primaria de salud	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica en población de 10 a 24 años.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes (10-24 años) bajo control con asma bronquial.	(Población adolescente y jóvenes de 10 a 24 años bajo control (año vigente) (MENOS) Población adolescente y jóvenes de 10 a 24 años bajo control (año anterior) / Población adolescentes y jóvenes bajo control de 10 a 24 años (año anterior))* 100	Aumentar en 5%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	IAAPS

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
46	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población de 10 a 24 años	Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados por alta terapéutica por trastornos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados por alta terapéutica (año vigente) / N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente))	Alcanzar un 20%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
47	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población de 10 a 24 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas con enfasis en la intervención grupal en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en en población de 10 a 24 años y/o sus padres/cuidadores con enfasis en la intervención grupal (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal , visita domiciliarias, consultorias y consejerias individuales y familiares)	((N° de controles de Salud Mental totales realizados (año vigente) / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente)) (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorias y consejerias individuales y familiares)	Concentración entre 8 y 12 de controles.	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
48	REHABILITACIÓN	Disminuir la discapacidad	Avanzar en la detección de necesidades de la población adolescente con capacidades especiales (discapacitados)	Identificar el número de adolescentes (10 a 19 años) insertos en programas de rehabilitación	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación tanto en el ámbito de las alteraciones musculo esqueléticas como de salud mental.	(N° de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación / N° de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad inscritos en el centro de salud)*100	Incrementar la población adolescente en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación en relación al año anterior.	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
49	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población 10 a 24 años	Realizar evaluación integral a adolescentes y jovenes de 10 a 24 años que pertenecen a programas residenciales de SENAME	N° de adolescentes y jovenes de 10 a 24 años atendidos en programas residenciales del SENAME	(N° adolescentes y jovenes de 10 a 24 años de residencias SENAME , atendidos en APS / N° adolescentes y jovenes de 10 y 24 años de programas residenciales SENAME)	90%	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA
50	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población adolescente y joven de 10 a 24 años	Concentración de consultas y controles de salud en adolescentes y jovenes de residencias SENAME	N° de total de atenciones (controles y consultas) realizadas a los adolescentes y jovenes de residencias SENAME	(N° total de atenciones (controles y atenciones) realizadas a adolescentes y jovenes de 10 a 24 años de residencias SENAME / N° adolescentes y jovenes de 10 a 24 años bajo control en programas residenciales SENAME)	Mínimo un control de salud integral al año	REM	SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	NINGUNA

SALUD EN EDAD ADULTA

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

La mortalidad prematura trae consecuencias significativas no sólo por la muerte y pérdida de un individuo, sino porque la población adulta, es la población laboralmente activa del país, la que potencia la economía, da soporte a los menores y contribuye al bienestar de los adultos mayores.

El modelo de atención de salud para este grupo etario debe estar enfocado en la entrega de una atención integral para mujeres y hombres de 25 a 64 años que responda a sus necesidades específicas mediante estrategias de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que cuenten con la mejor evidencia disponible y de forma oportuna, expedita y de calidad, considerando el principio de equidad a lo largo del curso de vida.
A nivel internacional se estima que el 27% de las personas tienen 2 o más comorbilidades[1] .

La realidad nacional[2] , muestra que el 74,6% de la población tiene 2 o más patologías y el 16,5% (más de 2 millones de personas), tiene 5 o más patologías. De ahí la relevancia de optimizar los contactos del equipo de salud con las personas que presentan condiciones crónicas desde una perspectiva más integral, evitando la fragmentación por patologías o programas.

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

1 Cassell A, Edwards D, Harshfield A, Rhodes K, Brimicombe J, Payne R, et al. The Epidemiology of Multimorbidity in Primary Care. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2018;68(669):e245-e51.
2 ENS 2010

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

Otro desafío para las actuales políticas públicas es el aumento de la esperanza de vida, con un aumento cada vez mayor de mujeres en edad mediana y vejez. Entre las circunstancias y problemas que afectan la salud, están: la menopausia, o cambios en la función ovárica que marcan el fin de la etapa reproductiva y conllevan un importante impacto en la salud, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, incontinencia urinaria, tumores malignos, problemas de salud mental. En Chile el Cáncer Cervicouterino (CaCU) continúa siendo un importante problema de salud pública como en la mayoría de los países en desarrollo, con una incidencia estimada para el quinquenio 2003-2007 de 14.6 por 100 mil hábitantes, es decir cerca de 1300 casos nuevos por año.

Con respecto a las muertes por esta enfermedad, el año 2015, murieron en Chile 620 mujeres por CaCU, con una tasa de mortalidad observada de. 6,8 por 100 mil mujeres, aun cuando se había observado una tendencia a la disminución, en los últimos años se observa un ascenso en nuestro país. La tasa de mortalidad ajustada 2015 (5,5 /100.000), sigue siendo dos a tres veces mayor que en Norteamérica y Europa Occidental.

La Organización Mundial de la Salud OMS considera el Cáncer de mama uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, el más frecuente en la mujer en países desarrollados y en vías de desarrollo, en los últimos 25 años duplicó el número de casos nuevos anuales. En Chile, el cáncer de mama en el año 2015 alcanzó una tasa de mortalidad observada de 16,6por 100.000 mujeres. En el año 2015 fallecen 11 varones por esta causa con una tasa de 0.12 por 100.000 hombres. (Fuente: DEIS, Minsal)

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

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

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
1	PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	Porcentaje de pacientes EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios entre 25 y 64 años / (Nº total de ingresos agudos entre 25 y 64 años (MÁS) Nº consultas de morbilidad entre 25 y 64 años (MÁS) Consultas de atenciones agudas entre 25 y 64 años))* 100	100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería breve antitabaco	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
2	PROMOCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	Talleres de 4 sesiones para gestantes (según Manual de Talleres Prenatales en APS)	Porcentaje de gestantes que ingresan a sesiones de educación prenatal	(Nº de gestantes que ingresan a educación grupal sesiones de educación prenatal / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal)* 100	80%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	
3	PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable a población adulta de 25 a 64 años	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100	Aumentar el número de talleres de educación grupal respecto al año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
4	PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en gestantes adultas con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	Porcentaje de gestantes adultas con malnutrición por exceso con consulta nutricional	(Nº de gestantes adultas bajo control con malnutrición por exceso, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes adultas bajo control con malnutrición por exceso)* 100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
5	PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención	Control prenatal	Porcentaje gestantes adultas bajo control Prenatal que acceden al test de pesquisa de Streptococo Grupo B	(Número de gestantes adultas bajo control Prenatal con Test pesquisa de Streptococo Grupo B /Número de gestantes adultas bajo control Prenatal)	Mantener o aumentar lo realizado el año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
6	PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población adulta bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)	(Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año vigente) (MENOS) (Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior)/ Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior)) *100	Aumentar en 3 %	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	PSCV/PSM
7	PREVENCION	Aumentar las personas con Conducta Sexual Segura	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de mujeres viviendo con VIH.	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad /mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años inscritas *100	aumentar o mantener el lo alcanzado el año anterior.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
8	PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	Incrementar cobertura de EMPA en la población inscrita validada.	(Cobertura EMPA (año vigente)(MENOS) Cobertura EMPA (año anterior) / Cobertura EMPA (año anterior)) Calculo de cobertura: (Nº de EMPA realizados a población adulta inscrita validada /Población Total adulta inscrita validada)*100	Incrementar en un 20% la cobertura de EMPA en la población inscrita validada	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	IAAPS
9	PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 25 a 64 años aplicando pauta de protocolo.	Incrementar cobertura de EMPA en hombres de 25-64 años.	(Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año vigente) (MENOS) Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año anterior)/ Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año anterior))*100 Calculo de proporción: (Nº de EMPA realizados en hombres 25-64 años/ Nº Total de EMPA realizados en hombres de 25 a 64 años)*100	Incrementar en un 15% los EMPA en hombres de 25-64 años respecto a lo realizado el año anterior.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	IAAPS
10	PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar y derivar al equipo psicosocial a las gestantes con riesgo psicosocial	Detectar y derivar gestantes con riesgo psicosocial , según pauta EPSA.	Porcentaje de gestantes adultas con riesgo psicosocial derivadas al equipo psicosocial	(Nº de gestantes adultas con riesgo psicosocial son derivadas al equipo psicosocial / Nº total de gestantes adultas con riesgo psicosocial* 100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
11	PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Porcentaje de controles madre/hijo dentro de los 10 días de vida	(Nº de controles de salud integral a puérperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida / Nº total de ingresos de RN)* 100	70%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
12	PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes con sintomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2° control prenatal.	Porcentaje de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal	(Nº de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal / Nº total de ingresos de mujeres adultas a control prenatal)* 100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
13	PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adultas con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 2 meses de postparto	(Nº de madres adultas con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/Nº total de mujeres adultas con antecedente de parto en los últimos 2 meses y en control de RF)*100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
14	PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adultas con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 6 meses de posparto	(Nº de madres adultas con escala aplicada a los 6 meses de posparto / Nº total controles a mujeres adultas realizados a los 6 meses posparto en RF x 100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
15	PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar porcentaje gestantes migrantes adultas que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal	Control prenatal	Porcentaje de gestantes migrantes adultos que ingresan a control prenatal antes de las 14 semanas de embarazo.	Número de gestantes adultas migrantes que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal/Número total de gestantes adultas migrantes en Control prenatal*100	90%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
16	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a las personas adultas para tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad	Consejería en salud sexual y reproductiva	Porcentaje personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva	(Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior/ Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior))*100	Aumentar en 5%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
17	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población adulta bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	Aumentar en 5%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
18	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas **migrantes** con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	aumentar o mantener lo alcanzado el año anterior.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
19	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal y materna	Evaluación integral de la mujer adulta que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas.	Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas, dentro de los 15 días del alta y entregar consejería en RF e ingresar a Regulación de Fertilidad	Porcentaje de mujeres que acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas derivadas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología	(Nº de mujeres que acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas/Nº total de mujeres post aborto u otras pérdidas reproductivas referidas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología) *100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
20	PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	Porcentaje de mujeres adultas con controles ginecológicos preventivos	(Nº de mujeres adultas en control ginecológico preventivo /Nº total de mujeres adultas inscritas y validadas)*100	Aumentar el 5%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
21	PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 64 años	Porcentaje de cobertura de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años	(Nº de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ Nº de mujeres de 50 a 64 años inscritas validadas)* 100	Alcanzar al menos 70%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
22	PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino.	Realizar toma de PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años	Porcentaje de cobertura de PAP vigente cada tres años en mujeres de 25 a 64 años	(Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años / Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas)* 100	80%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
23	PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Aumentar la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años	Aumentar la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años	Incrementar la detección de colelitiasis en población de 35 a 49 años	Nº personas de 35 A 49 años con ecografía abdominal positiva para colelitiasis*100/Población Total de 35 a 49 años	Incrementar en un 25% respecto al año anterior la detección de colelitiasis en población general	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
24	PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Aumentar la cobertura de controles de salud, de la mujer en edad de climaterio.	Control de salud integral de la mujer adulta en etapa de climaterio.	Porcentaje de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio	(Nº de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año vigente) (MENOS) Nº de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio el (año anterior)/ Nº de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año anterior))*100	Aumentar en 15 %	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
25	PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Categorizar a las mujeres de 45 a 64 años, según Escala MRS al ingreso a control por climaterio, según Orientación Técnica	Aplicación de la Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio	Porcentaje de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control de climaterio	(Nº de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control/ Nº total de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio*100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
26	PREVENCIÓN	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Porcentajes de adultos de 25 a 64 años, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV con control por profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	(Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de personas adultas con ACV o IAM)* 100	El 100% con control dentro de 7 días del alta.	SIDRA	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
27	PREVENCIÓN	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Aplicar el "Formulario de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a los adultos de 25 a 64 años en control de salud cardiovascular.	Porcentaje de personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(Nº de adultos hipertensos y/o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / Nº total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y/o diabéticos) al corte)* 100	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas clasificadas	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
28	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 25 a 64 años en control en el PSCV.	Pacientes adultos de 25 a 64 años diabéticos en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente	Porcentaje de personas de 25 a 64 años diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente	(Nº de personas de 25 a 64 años diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente / (Nº total de personas de 25 a 64 años (MAS) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))*100	80 % cuentan con un fondo de ojo vigente.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
29	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	Porcentaje de Personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 en PSCV con evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control)*100	100% de las personas de 25-64 años con diabetes con evaluación y plan de manejo	QUALIDIAB	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
30	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea y por morbilidad.	Realizar examen de VIH en personas de 25-64 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad	Aumento de la toma examen de VIH en personas de 25-64 años en consultas de morbilidad	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 25-64 años (año vigente) (MENOS) Nº de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años, (año anterior))*100	Aumentar en 10% el examen de VIH en relacion al año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
31	PREVENCIÓN	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.	Aumento de consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo (año anterior) / Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo realizadas (año anterior))*100	Aumentar en un 10% la consejería con respecto al año anterior.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
32	PREVENCIÓN	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	Porcentaje de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio	(Nº de auditorías realizadas a casos de 25 a 64 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de 25 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonia)*100	50% de auditorías realizadas	Plataforma PVS	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
33	PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los adultos enfermedades crónicas entre los 25 y 64 años.	Porcentaje de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza	(Nº de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza / Total de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas) *100.	95 % de cobertura	RNI	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
34	PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las mujeres adultas embarazadas con 13 semanas y más de gestación	Porcentaje de gestantes de 25 y mas años con 13 y mas semanas de gestación vacunados con anti-influenza	Nº de gestantes de 25 y mas años con 13 y mas semanas de gestación vacunados con anti-influenza / Total gestantes de 25 y mas años con 13 y mas semanas de gestación) *100.	95 % de cobertura	RNI	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
35	PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna dTpa a las mujeres adultas embarazadas con 28 semanas y más de gestación	Porcentaje de mujeres adultas embarazadas con 28 semanas y más de gestación más vacunados con dTpa	Nº mujeres adultas embarazadas con 28 y mas semanas de embarazo vacunadas con dTpa/ Nº Total mujeres adultas embarazadas de 28 y mas semanas de gestación) *100.	85 % de cobertura	RNI	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
36	PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población de 25-64 años	Porcentaje de consultas de morbilidad con baciloscopia	(Nº de baciloscopias realizadas en población de 25 a 64 años / Nº de consultas de morbilidad en adultos de 25 a 64 años)*100	Aumentar en 20%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
37	PREVENCIÓN	1-Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud 2-Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Entregar herramientas para la promoción y prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y la violencia de género en personas entre 25 y 64 años mediante educación grupal y aplaición de instrumentos de detección	1-Talleres promocionales y preventivos de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género a niños/as en personas entre 25 y 64 años. 2-Aplicación de instrumentos detección de trastornos mentales y consumo de sustancias (Edimburgo 2meses, AUDIT, ASSIST)	Cobertura de actividades promocionales y preventivas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género realizadas (Talleres + instrumentos detección)	(Nº de personas que asisten a taller + Nº personas con instrumento de detección aplicado (año vigente))/ (Población inscrita entre 25 y64 años (año vigente)*100	Alcanzar 10% cobertura	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
38	TRATAMIENTO	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a la persona con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Realizar visitas domiciliarias integrales a personas de 25 a 64 años con dependencia moderada y/o severa	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº de población bajo control por dependencia moderada y/o severa))*100	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a personas con dependencia moderada y/o severa	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
39	TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Entregar Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Prescripción de TRH a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Porcentaje de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS	(Nº de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS / Nº total de mujeres que requieren TRH según escala MRS)* 100	2%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
40	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control	Cobertura hipertensos (año vigente) (Menos) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior) **Cálculo de cobertura:** (Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100 Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)	Incrementar en al menos 20% respecto al año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
41	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control con PA <140/90, en relación al bajo control	(Proporción de metas de compensación (año vigente)(MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/(Proporción de Metas de compensación (año anterior)) **Cálculo de proporción:** (Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control con presión arterial <140/90 mmHg/Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control en PSCV) *100	Incrementar en un 30% de la PBC respecto al año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
42	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) /Proporción de metas de compensación (año anterior)) **Cálculo de proporción:** (Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años con presión arterial <140/90 mmHg /Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100 Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)	Incrementar en un 10% de la poblacion inscrita,	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
43	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control, en relacion a la población inscrita	(Cobertura Diabéticos (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabéticos (año anterior/ Cobertura Diabéticos (año anterior)) **Cálculo de Cobertura:** (Nº de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada segun prevalencia) ENS 2009 (10%)	Incrementar en al menos 20% respecto al año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
44	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control con (HbA1c<7%)	Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de metas de compensación (año anterior)) **Cálculo de proporción** (Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control en PSCV)	Incrementar en un 30% de la PBC en relación al año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
45	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura efectiva de personas con DM2 de 25 a 64 años bajo control.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) / Proporción de metas de compensación (año anterior)) **Cálculo de proporción** (Nº de personas diabéticas de 25-64 años con HbA1c<7%) / Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada segun prevalencia) ENS 2009 (10%)	Incrementar en un 10% respecto al año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
46	TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención y derivación de gestantes que vivan o hayan vivido violencia de género	Mejorar la atención y derivación de gestantes víctimas de violencia de género detectadas en el EPsA en población adulta de 25 años en adelante.	Porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante ingresadas al programa de salud mental en relación a las gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA.	(Nº de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante que ingresan al programa de salud mental (año vigente)/ Nº de gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA)	Aumentar el porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante detectadas en el EPsA ingresadas al programa de salud mental en relación al año anterior.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	ChCC

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
47	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 25 a 64 años.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	Porcentaje de Adultos bajo control de 25 a 64 años	(Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año anterior) / Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año anterior))*100	Aumentar en 5%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
48	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 25 a 64 años bajo control en Programa ERA	Población bajo control asmática controlada (año vigente)	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior))	Incrementar en 22%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
49	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con EPOC bajo control.	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 40 a 64 años bajo control en Programa ERA	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	(Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior) / Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior))	Incrementar en 20%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
50	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	mejorar el control metabolico integral de las personas diabeticas tipo 2	Lograr las metas de HbA1c, colesterol total y presion arterial las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV.	Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial.	Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial. /Personas diabeticos en control PSCV	Incrementar las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial, respecto al año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
51	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 25 - 64 años y más en control en el PSCV.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	Porcentaje de personas de 25 - 64 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente	(Nº de personas de 25 - 64 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente / (Nº total de personas de 24 - 65 años y más (MAS) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))*100	80 % cuentan con un fondo de ojo vigente.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
52	TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto	Morbilidad Odontológica en adultos	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población adulta	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en población de 25 a 64 años/N° de población de 25 a 64 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	30%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
53	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta de 25 a 64 años	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en en población de 25 a 64 años con enfasis en la intervención grupal (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal , visita domiciliarias, consultorias y consejerias individuales y familiares)	((Nº de controles de Salud Mental totales realizadas (año vigente) / Nº de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente)) (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorias y consejerias individuales y familiares)	Concentración entre 8 y 12 de controles.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
54	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Monitorear la situación de salud mental de las personas en tratamiento por trastornos mentales al ingreso y egreso a programa.	Aplicar pauta de monitoreo de resultados de situación de salud mental de niños/as en tratamiento por salud mental (Instrumento PSC y o GHQ) al ingreso y egreso a programa.	Aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental al ingreso y egreso.	(N° de personas con instrumento monitoreo aplicado al ingreso y egreso (año vigente))/ (N° de personas ingresadas y egresadas a programa salud mental (año vigente))*100	100%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	
55	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a población adulta de 25 a 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Atención integral de Población adulta de 25 a 64 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental en adultos de 25 a 64 años (año vigente) / Población adulta de 25 a 64 años inscrita validada x prevalencia de 22%	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en adultos (25 a 64 años) del 22% de prevalencia	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	IAAPS
56	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta de 25 a 64 años	Casos presentados en consultoría de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta de 25 a 64 años	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año vigente) / Nº de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año anterior) / Nº de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100 (población adulta de 25 a 64 años)	Mantener o aumentar el número de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior de población adulta de 25 a 64 años	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	
57	REHABILITACIÓN	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	Porcentaje de pacientes de 40 a 64 años EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	(Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado año (año vigente) (MENOS) Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior)) *100	Aumentar 25%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
58	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas migrantes con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población migrante 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	aumentar o mantener el lo alcanzado el año anterior.	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
59	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población mayor de 24 años	Realizar evaluación de salud integral a población de residencias SENAME mayor de 24 años	Nº personas atendidas mayor de 24 años de programas residenciales del SENAME	(Nº personas mayor 24 años de residencias SENAME, atendidos en APS / Nº personas mayor a 24 años de programas residenciales SENAME)	90%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
60	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población mayor de 24 años	Concentración de consultas y controles de salud en población de residencias SENAME mayor de 24 años	N° de total de atenciones (controles y consultas) realizadas a personas adultas de residencias SENAME	(N° total de atenciones (controles y atenciones) realizadas a personas adultas de residencias SENAME / Nº personas adultas bajo control de programas residenciales SENAME)	Mínimo un control de salud integral al año	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA
61	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no trasmisibles	Brindar atención integral a personas con multimorbilidad	Realizar control integral de la multimorbilidad en personas con enfermedades crónicas no transmisibles	Control integral de la multimorbilidad en enfermedades crónicas no transmisibles	(Nº de establecimientos que implementan la actividad/ Nº total de establecimientos)x100	Establecer linea base e incrementar en un 20%; Aquellos que cuenten con la estrategia en la totalidad de sus establecimientos, mantener.	Informe Servicio salud	SALUD EN EDAD ADULTA	PSCV/ERA, epilepsia, otros

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

El abordaje de la salud de las personas adultas mayores, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, está centrado en la promoción del envejecimiento saludable o activo, la prevención de la morbimortalidad, el control de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles, la mantención de la funcionalidad, con miras a prevenir discapacidad y dependencia, esto último considerado como base fundamental para construir una vida satisfactoria en la vejez.

Al mismo tiempo, la atención de salud promueve la autonomía de las personas mayores entendido como la capacidad de tomar decisiones sobre su vida y procura acompañar a las familias en cada una de las etapas o situaciones enfrentadas, incluyendo aquellas asociadas a discapacidad o dependencia y procurando a la vez, el buen morir y el trato digno para todas las personas mayores.

El propósito de las acciones es el alcance de una mejor calidad de vida para la población adulta mayor. Para lo anterior, desde el sector salud, se incorporan elementos y principios del Modelo de Atención y otras consideraciones relacionadas con esta etapa del curso de vida y la mirada desde la gerontología y geriatría.

Es así, que se ha definido la funcionalidad como el mejor indicador de salud de la población adulto mayor, promoviendo la autovalencia, la participación de las personas mayores en sus comunidades según sus intereses, el autocuidado o corresponsabilidad en salud y el abordaje del proceso de envejecimiento desde etapas anteriores, promoviendo estilos de vida saludable durante el curso de vida.

Se reconoce a las personas mayores como sujetos de derechos y además desde la determinación social de la salud, se reconoce la edad como un eje de desigualdad que profundiza las inequidades en salud, por tanto, las acciones desde el sector salud y el intersector pueden mitigar el impacto de las mismas en su bienestar.

Resulta un desafío el logro de un diseño diferenciado de atenciones en salud para la población mayor y la identificación de subpoblaciones con dificultades de acceso a atenciones de salud dentro de la misma (personas mayores con menor nivel educacional, personas mayores personas mayores cuidadoras, personas mayores que trabajan, personas mayores con discapacidad o dependencia, entre otras). Es preciso, además, considerar la situación demográfica actual y proyectada y la situación epidemiológica de las personas mayores, como factores relevantes para el cumplimiento de los principios de atención centrada en la persona, integral y continua en esta etapa del curso de vida. De igual forma, considerando como unidad de intervención la familia, se recomienda relevar el rol de las personas mayores en su funcionamiento y poner especial atención a situaciones de dependencia o cuidadores, considerando el impacto que conlleva a nivel de salud familiar.

Para el análisis de las atenciones y su programación, se sugiere favorecer la atención centrada en la persona, mediante las atenciones de salud integradas para el abordaje conjunto de las distintas dimensiones sanitarias que influyen en el bienestar de la persona.

De igual forma, desarrollar planes de atención consensuados con el usuario, que mejoren la actual resolutividad y pretendan la satisfacción usuaria.

Se espera que cada equipo de sector identifique dentro de su población a cargo a las personas mayores. Dentro de ella, que identifique además a aquellas personas que se encuentran como población bajo control y con su examen de medicina preventiva (EMPAM) vigente (realizado en los últimos 12 meses), para mejorar coberturas en quienes no acceden y un adecuado seguimiento mediante los planes de atención. Se recomienda también, tener en cuenta el incremento de los EMPAM entre la población inscrita asociado al programa Más Adultos Mayores Autovalentes.

El centro de salud debe velar por el acceso expedito y adecuado de las personas mayores a la cartera de servicios disponibles, promoviendo la adecuación de la oferta horaria y de la gestión de citas, disminuyendo la burocratización en el acceso a prestaciones y velando por el buen trato y la mejor calidad de servicio.

Ejemplos concretos de lo anterior son apoyar a las personas mayores en la solicitud y toma de horas de controles de crónicos cuando se pesquise inasistencia, programar los controles médicos de las personas mayores con comorbilidades en una única cita que considere el tiempo adecuado para la atención y facilite la educación para el autocuidado y la corresponsabilidad y aborde factores de riesgo como la polifarmacia, redes de apoyo deficiente o sedentarismo, entre otros.

Resulta importante la acción promocional y preventiva del equipo de salud para las personas mayores autovalentes, promoviendo la mantención de la funcionalidad y el ejercicio de sus roles en su familia y comunidad, junto con la educación en salud y la sensibilización de todo el equipo y comunidad en el tema. En conjunto, en frente a pérdida de funcionalidad, los equipos de salud, deben velar por la recuperación de ésta, mediante las atenciones de rehabilitación y atención domiciliaria. Se debe reforzar el apoyo y orientación en los cuidados de la salud, a las familias y cuidadores de personas mayores en situación de dependencia y promover también el cuidado de la salud de la cuidadora.

Respecto a la red intersectorial local, se espera que salud forme parte de ella de manera colaborativa y que defina claramente las complementariedades con los diferentes servicios. Un punto de partida básico es tener catastrados los servicios locales que oferten acciones destinadas a personas mayores, luego acciones tendientes a generar relaciones de trabajo articulado y finalmente el desarrollo de planes de trabajo intersectorial que den cuenta de un nivel de relación intersectorial complementaria.

Para todo lo antes descrito, se recomienda promover la participación de las personas mayores mediante la toma de decisiones informadas, identificación de necesidades y propuesta de trabajo conjuntas con el equipo de salud.

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
1	PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	Porcentaje de ingresos y consultas respiratorios agudas con consejería breve antitabaco	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 65 y más años / (Nº total de ingresos agudos a usuarios de 65 y más años (MÁS) Nº consultas de morbilidad a usuarios de 65 y más años (MÁS) Consultas de atenciones agudas a usuarios de 65 y más años))* 100	100%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
2	PREVENCION	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Realizar Controles de Salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención (EMPAM)	Porcentaje de personas de 65 años y más bajo Control de Salud	(Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año vigente) (MENOS) (Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior))/Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior))* 100	Incrementar al menos en un 30% respecto al año anterior	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
3	PREVENCION	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM)	Realizar control de seguimiento con EFAM a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y con riesgo de dependencia dentro de los primeros 6 meses realizado control de Salud (EMPAM).	Porcentaje de personas de 65 años y más con riesgo de dependencia	(Nº de personas de 65 años y más con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM)/ Nº de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con Control de Salud (EMPAM) vigente))* 100	80% con control de seguimiento realizado	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
4	PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna antineumocócica , en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna AntiNeumocócica , a los usuarios de 65 años de edad según población inscrita y validada	Porcentaje de personas de 65 años que reciben con una dosis de vacuna anti Neumocócica	(Nº de personas de 65 años que reciben una dosis de vacuna AntiNeumocócica /Nº Total de personas de 65 años inscritos y validados)*100	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años según población inscrita y validada	RNI	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
5	PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad inscrita y validada.	Porcentaje de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza	(Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/Nº Total de personas de 65 años y más inscritos y validados)*100	95 % de cobertura	RNI	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
6	PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población mayor de 65 años	Porcentaje de consultas de morbilidad de personas con 65 años y mas con baciloscopia	(Nº de baciloscopias realizadas a población mayor de 65 años / Nº de consultas de morbilidad en población mayor de 65 años)*100	Aumentar en 20%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
7	PREVENCION	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM	Personas bajo control > 70 años que reciben PACAM	(Proporción de personas bajo control > 70 años que reciben PACAM (año vigente)(MENOS) proporción de personas bajo control > de 70 años que reciben PACAM (año anterior))	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
8	PREVENCION	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV.	Aplicar el "Formulario de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular.	Porcentaje de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses	(Nº de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / Nº total de personas de 65 años y más bajo control en PSCV al corte)* 100	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
9	PREVENCION	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 (VFG estimada < 45 mL/min/1,73m2)	Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 en el PSCV.	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses / N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con Albuminuria moderada o severa (RAC ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 al corte)* 100	100% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 en tratamiento con IECA o ARA II.	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
10	PREVENCION	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica en mujeres de 65 años y más	Control preventivo de salud integral ginecológica.	Porcentaje de mujeres adultas mayores con controles ginecológicos preventivos	(Nº de mujeres adultas mayores con control ginecológico preventivo anual /Nº total de mujeres adultas mayores inscritas y validadas)*100	Aumentar el 5%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
11	PREVENCION	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes de mujeres adultas mayores por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 65 a 69 años	% de cobertura de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años	(Nº de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ Nº de mujeres de 65 a 69 años inscritas validadas)* 100	Alcanzar al menos 70%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
12	PREVENCION	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas adultas mayores con cáncer, dolor, dependencia moderada y/o severa	Realizar visita domiciliaria integral a la persona adulta mayores con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Concentración de visitas domiciliarias integrales mensuales a personas adultas mayores con dependencia moderada y/o severa	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas adultas mayores con problemas oncológicos, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº de población adulta mayor bajo control por dependencia moderada y/o severa))*100	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
13	PREVENCION	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Porcentaje de pacientes de 65 años y mas egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7días hábiles post-alta	(Nº de pacientes de 65 años y mas egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM)*100	El 100% de los pacientes de 65 años y más, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7días hábiles post-alta.	SIDRA	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
14	PREVENCION	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más, que consultan por morbilidad o que lo soliciten espontáneamente	Realizar examen VIH a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad	Porcentaje de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año vigente) (MENOS) Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más, (año anterior))*100	Incrementar en un 5% el examen de VIH	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
15	PREVENCION	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS.	Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos.	Porcentaje de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS	(Nº total de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS / Nº total de personas de 65 años y más bajo control)*100	40% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS.	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
16	PREVENCION	Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con riesgo y en riesgo de Dependencia.	Aplicación de Instrumento HAQ-8 al ingreso y egreso del programa.	Porcentaje de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejorar su condición funcional	(Nº de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejorar su condición funcional / Nº de total de adultos mayores ingresados al programa)*100	60 % de los AM egresados del programa mantengan o mejoren su condición funcional.	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
17	PREVENCION	Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Derivación a Programas Más posterior a aplicación de EMPAM que arroje clasificación autovalentes, autovalente en riesgo y en riesgo de dependencia.	Porcentaje de personas de 65 años y mas ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia	Nº de personas de 65 años y mas ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia/ población AM en control con condición autovalente + autovalente con riesgo + riesgo de dependencia)*100	Que al menos el 60 % de los adultos mayores en control en el centro de salud, ingresen al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
18	PREVENCION	Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Planificar y ejecutar diagnóstico participativo con líderes de las agrupaciones participantes de los talleres del Mas Adultos Mayores Autovalentes.	Diagnóstico Participativo	Dicotómico SI/NO	Elaboración y ejecución de un diagnóstico participativo en autocuidado y estilos de vida saludables, para la planificación de una capacitación de líderes comunitarios.	INFORME	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
19	PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	1-Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud 2-Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Entregar herramientas para la promoción y prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y la violencia de género en personas mayores de 64 años mediante educación grupal	1-Talleres promocionales y preventivos de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género a niños/as en personas mayores de 64 años. 2-Aplicación de instrumentos detección de trastornos mentales y consumo de sustancias (AUDIT, ASSIST)	Cobertura de actividades promocionales y preventivas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género realizadas (Talleres + instrumentos detección)	(Nº de personas que asisten a taller + Nº personas con instrumento de detección aplicado (año vigente))/ (Población inscrita mayor de 64 años (año vigente)*100	Alcanzar 10% cobertura	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
20	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 65 años y más.	Cobertura de personas hipertensas de 65 años y más bajo control	Cobertura hipertensos (año vigente) (Menosm) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior) **Cálculo de cobertura:** (Nº de personas hipertensas de 65 años y mas bajo control / Nº de personas hipertensas de 65 años y mas estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	Incrementar en al menos 20% respecto al año anterior	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
21	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años en el PSCV.	Cobertura de personas hipertensas de 65 años y más, en relación al bajo control	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior)) **Cálculo proporción de compensación de metas** N° de hipertensos con presión arterial <140/90 mmHg en personas de 65 a 79 años y presión arterial <150/90 mmHg en personas de 80 y más años/N° de hipertensos de 65 y mas años bajo control en PSCV	Incrementar en un 15% la proporción de hipertensos de 65 años y más bajo control con presión arterial <140/90 mmhg en personas de 65 a 79 años y presión arterial < 150/90 mmhg en personas de 80 y más años , hasta alcanzar una compensacion de al menos 70% los años siguientes	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
22	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura efectiva de HTA en personas de 65 años y más.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años.	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 65 años y mas bajo control.	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de Metas de compensación (año anterior)) **Cálculo proporción de compensación de metas** N° de hipertensos con presión arterial <140/90 mmHg en personas de 65 a 79 años y presión arterial <150/90 mmHg en personas de 80 y más años/N° de hipertensos de 65 y mas años estimados segun prevalencia en poblacion inscrita validada	Incrementar en un 10% la proporción de hipertensos de 65 años y más con presión arterial <140/90 mmHg en personas de 65 a 79 años y presión arterial < 150/90 mmHg en personas de 80 y más años, en la poblacion inscrita validada hasta alcanzar una compensación de al menos 80% en los años siguientes	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CICLO DE VIDA	SE ARTICULA CON
23	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado de heridas	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses)*100.	80% reciben manejo avanzado de heridas	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
24	PREVENCION	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente / (Nº total de personas de 65 años y más (MAS) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))*100	80% cuentan con un fondo de ojo vigente.	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
25	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 65 años y más.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	Porcentaje de adultos mayores bajo control de 65 y más años	(Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año anterior) / Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año anterior>))*100	Aumentar en 10%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
26	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Población bajo control asmática controlada (año vigente)	(Proporción de población bajo control de 65 y mas años asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control de 65 y mas años asmática controlada año (anterior) / Proporción de población bajo control de 65 y mas años asmática controlada (año anterior))	Incrementar en 25%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
27	TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	(Proporción de población bajo control EPOC de 65 y mas años que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control de 65 y mas años EPOC que logran control adecuado (año anterior) / Proporción de población bajo control de 65 y mas años EPOC que logran control adecuado (año anterior))	Incrementar en 25%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
28	TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio.	Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años.	Porcentaje de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación	(Nº de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/N° de casos en personas de 65 años y más con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100	100%	SIGGES	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
29	TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atencion odontologica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto mayor	Morbilidad Odontológica en adultos mayores	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en poblacion adulta mayor (de 64 años y mas)	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en adultos mayor/N° de adultos mayores inscritos y validados en el establecimiento)*100	30%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
30	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna apoblación adulta mayor de 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Atención integral dePoblación adulta mayor de 64 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental de la población adulta mayor de 64 años (año vigente) / Población adulta mayor de 64 años inscrita validada x prevalencia de 22%	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	IAAPS
31	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personascon problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta mayor de 64 años	Casos presentados en consultoria de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en personas mayores de 64 años	(Nº de casos presentados en consultoria de salud mental de personas mayores de 64 años (año vigente) / N° de personas mayores de 64 años ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoria de salud mental de personas mayores de 64 años (año anterior) / N° de personas mayores de 64 años ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100 (población adulta mayor de 64 años)	Mantener o aumentar el número de casos presentados en consultorías respecto al año anterior	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
32	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personascon problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Porcentaje de personas egresadas por alta terapéutica por trastornos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	N° de personas egresadas por alta terapéutica (año vigente) / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente))*100	Alcanzar un 20%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
33	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta mayor de 64 años	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en en población de 25 a 64 años con enfasis en la intervención grupal (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal , visita domiciliarias, consultorias y consejerias individuales y familiares)	((N° de controles de Salud Mental totales realizados (año vigente) / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente)) (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorias y consejerias individuales y familiares)	Concentración entre 8 y 12 de controles.	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
34	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Monitorear la situación de salud mental de las personas en tratamiento por trastornos mentales al ingreso y egreso a programa.	Aplicar pauta de monitoreo de resultados de situación de salud mental de niños/as en tratamiento por salud mental (Instrumento GHQ) al ingreso y egreso a programa.	Aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental al ingreso y egreso.	(N° de personas con instrumento monitoreo aplicado al ingreso y egreso (año vigente))/ (N° de personas con ingresadas y egresadas a programa salud mental (año vigente))*100	100%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
35	REHABILITACION	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	Porcentaje de pacientes EPOC de 65 años y mas que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	(Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año vigente) (MENOS) Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior))*100	Aumentar en 25%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	NINGUNA
36	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida y calidad de vida de personas que presentan enfermedades no trasmisibles	Brindar atención integral a personas con multimorbilidad	Realizar control integral de la multimorbilidad en personas con enfermedades crónicas no transmisibles	Control integral de la multimorbilidad en enfermedades crónicas no transmisibles	(N° de establecimientos que implementan la actividad/ N° total de establecimientos)x100	Establecer linea base e incrementar en un 20%; Aquellos que cuenten con la estrategia en la totalidad de sus establecimientos, mantener.	Informe Servicio salud	SALUD EN EDAD ADULTA	PSCV/ERA, epilepsia, otros

CUIDADOS TRANSVERSALES

INDICADORES ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN COMUNAL

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
1	PROMOCION	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar las acciones de Promoción de Salud en Comunas	Realizar eventos masivos en alimentación saludable	Promover acciones de promoción de estilos de vida saludable	(Nº de eventos masivos de alimentación saludable realizados/N° eventos masivos de alimentación saludable programados)*100	100% de eventos de alimentacion saludable comprometidos realizados	REM	COMUNAL
2	PROMOCION	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar las acciones de Promoción de Salud en Comunas	Realizar eventos masivos en actividad física	Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental	Nº de eventos masivos en actividad física realizados/N° de eventos masivos en actividad física programados	100% de eventos de actividad fisica comprometidos realizados	REM	COMUNAL
3	PROMOCION	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar las acciones de Promoción de Salud en Comunas	Realizar educación grupal en alimentación saludable y actividad física, priorizando el entorno comunal y laboral	Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental	Una actividad educativa grupal mensual en alimentación saludable y actividad física realizada.	Actividad grupal en alimentación saludable y actividad fisica realizada	REM	COMUNAL
4	PROMOCION	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar acciones Promoción de Salud en Comunas	Incorporar acciones de salud intercultural en talleres de promoción considerando elementos protectores de la salud de los pueblos indigenas	Porcentaje de asistentes a talleres que señalan haber adquirido nuevos factores protectores adquiridos en talleres de salud intercultural	(N° de personas que señalan haber adquirido nuevos factores protectores en los talleres de salud intercultural y pueblo indígenas / N° total de participantes en los talleres de salud intercultural y pueblos indigenas)*100	Establecer Linea Base	REM	COMUNAL
5	PROMOCION	Mitigar los efectos en la morbimortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias	Incorporar componente de protección de salud mental, promoción y participación ciudadana en los planes de gestión del riesgo de las SEREMI, Servicios de Salud y establecimientos de la red.	Realizar un plan comunal de gestión del Riesgo con participación ciudadana y que cuente con elementos de protección de la salud mental en caso de desastres.	Plan Comunal de Gestión del Riesgo con participación ciudadana	Plan comunal de Gestión de riesgo elaborado con participación ciudadana.	Plan comunal de Gestión de Riesgo con participación ciudadana elaborado	Informe comunal y del SS	COMUNAL
6	PROMOCION	Mitigar los efectos en la morbimortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias	Incorporar componente de protección de salud mental, promoción y participación ciudadana en los planes de gestión del riesgo de las SEREMI, Servicios de Salud y establecimientos de la red.	Capacitación a equipos de salud de establecimientos de atención primaria con sus respectivos consejos locales de salud en el ámbito de la gestión del riesgo con pertinencia local	Comunidad del establecimiento de salud de atención primaria capacitada en el ambito de la gestión del riesgo con pertinencia cultural	(N° de establecimientos con equipo de salud y consejos locales de salud capacitados/N° de establecimientos de salud APS de la comuna)*100	50% de establecimientos de salud APS de la comuna con capacitación a sus equipos de salud y consejos locales de salud.	Portafolio de la(s) actividad(es) educativa(s) comunal realizada(s)	COMUNAL

INDICADORES ESTRATEGIAS DE FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR INTEGRAL Y COMUNITARIO

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
7	PROMOCION / PREVENCIÓN / TRATAMIENTO Y REHABILITACION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud / Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de personas , familias y comunidades	Contribuir a fortalecer factores protectores en la familia / O brindar apoyo al diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitació de la persona en su contexto familiar	Visita domiciliaria integral que se realiza al lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia con enfoque sistémico. Esta visita puede ser generada por un problema de salud individual (caso índice) o de orden familiar	Tasa de Visita Domiciliaria Integral	(Nº visitas domiciliarias integrales realizadas / Nº de familias inscritas)*100	0,22	REM y poblacion inscrita	Establecimiento y Comuna
8	PREVENCIÓN	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de personas , familias y comunidades	Apoyar en la mejora de la calidad de vida de las familias y sus miembros, mediante la detección temprana de condiciones , sociales o de enfermedad, como hábitos y conductas de salud que pueden determinar factores de riesgo a nivel familiar	Aplicación de una pauta o matriz, de desarrollo local, para establecer grado de vulnerabilidad o riesgo biopsicosocial de familias en su territorio a cargo. Herramienta que permita a los equipos de salud comprender el funcionamiento de la familia, puedan categorizar el o los riesgos a los que se encuentren expuestos, y así concensuar y adoptar intervenciones ad hoc a sus necesidades.	Porcentaje de familias evaluadas según riesgo Familiar	(N° de familias evaluadas según riesgo familiar/N° total de familias inscritas)*100	0,15	REM y poblacion inscrita	Establecimiento y Comuna
9	ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar	Porcentale de familias de riesgo	(N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar /N° de familias inscritas)* 100	Mantener o aumentar Linea Base 2018	REM	Establecimiento y Comuna
10	ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4	Porcentale de familias de riesgo intervenidas	(N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4/N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar)*100	Mantener o aumentar Linea Base 2018	REM	Establecimiento y Comuna

INDICADORES PROGRAMA TUBERCULOSIS EN APS

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
11	PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Prevenir que los contactos < de 15 años se infecten con tuberculosis o que desarrollen la enfermedad	Quimioprofilaxis en los contactos < de 15 años	Porcentaje de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis	N° de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis/N° de contactos con indicación de quimioprofilaxis *100	100%	Informe de evaluacion de estudio de contacto	COMUNAL
12	PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Confirmación de los casos a través del cultivo	Porcentaje Casos pulmonares diagnosticados por cultivo	(Nº de casos pulmonares diagnosticados por cultivo/ Nº total de casos pulmonares diagnosticados)*100	20 a 30% de los casos	Registro nacional de pacientes TBC	COMUNAL
13	PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Realizar pesquisa de SR en los hogares de adultos mayores y clubes de adulto mayor que han presentado casos de tuberculosis anteriormente	% de hogares y clubes de adulto mayor con antecedente de casos de tuberculosis en que se realizan actividades de pesquisa	Nº de hogares y clubes de AM identificados con antecedente de tuberculosis en el área del consultorio en que se realizan actividades de pesquisa en SR / N° total de hogares y clubes de AM identificados con antecedente de tuberculosis en el área del consultorio *100	100%	Informe equipo de tuberculosis en APS al equipo referente de Servicio de Salud	COMUNAL
14	PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Realizar coordinación con el equipo de salud de los recintos penales existente en la comunidad para realizar pesquisa sistemática de SR en la población privada de libertad.	Porcentaje de casos pulmonares diagnosticados en recintos penales	(Nº casos pulmonares diagnosticados por cultivo en los recintos penales/ Nº total de casos pulmonares diagnosticados en los recintos penales)* 100	20 a 30%	Registro del laboratorio donde se identifica la procedencia de la muestra.	COMUNAL
15	PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (baciloscopía, PCR o cultivo).	Porcentaje de contactos estudiados	(Nº de contactos estudiados / Nº de contactos censados) *100	90%	Informe de Evaluación del programa	COMUNAL
16	PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Estudio de Contacto en contactos menores de 15 años de casos índices pulmonares.	Porcentaje de contactos estudiados < de 15	(Nº de contactos estudiados < de 15 / Nº de contactos < de 15 censados) *100	100%	Informe de Evaluación del programa	COMUNAL
17	TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr un 90 % de altas en las cohortes de Tratamiento	Aplicar el Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono.	Porcentaje de pacientes con score de riesgo identificados	(Nº de pacientes con score de riesgo identificados/ Nº de pacientes ingresados a tratamiento)*100	100%	Tarjeta de tratamiento	COMUNAL
18	TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr un 90 % de altas en las cohortes de Tratamiento	Visita Domiciliaria por enfermera/o del equipo de tuberculosis a todos los casos que ingresan a tratamiento	Porcentaje de pacientes ingresados a tratamiento	(Nº de pacientes ingresados a tratamiento /Nº de visitas domiciliarias realizadas)*100	100%	Tarjeta de Tratamiento	COMUNAL
19	TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr un 90 % de altas en las cohortes de Tratamiento	Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica)	Porcentaje de controles médicos realizados y registrados	(Nº de controles médicos realizados y registrados en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ Nº de controles programados según norma técnica)*100	100%	Ficha Clínica/Tarjeta de tratamiento.	COMUNAL
20	TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr un 90 % de altas en las cohortes de Tratamiento	3 consultas enfermeras: ingreso, cambio de fase de tratamiento y alta de tratamiento (norma técnica)	Porcentaje de consulta enfermera realizadas y registradas	(Nº de consulta de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ Nº de consultas programadas según norma técnica)*100	100% (3 consultas)	Ficha Clínica/Tarjeta de tratamiento.	COMUNAL
21	TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr un 90 % de altas en las cohortes de Tratamiento	Programar y realizar consulta de enfermera al paciente inasistente por más de 1 semana al tratamiento	Porcentaje de consulta enfermera realizadas a pacientes inasistentes por más de 1 semana	(Nº de consultas de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente inasistente por más de 1 semana)/Nº de consultas de enfermera programadas según score de riesgo del paciente)*100	100%	Tarjeta de tratamiento	COMUNAL
22	TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Perdida de seguimiento (abandono) menor del 5%	Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente por más de 3 semanas al tratamiento realizada por enfermera	% pacientes inasistentes por más de 3 semanas	(Nº de visitas domiciliarias realizadas a pacientes inasistentes por más de tres semanas) /Nº de inasistentes por más de tres semanas *100	100%	Tarjeta de tratamiento.	COMUNAL

PROGRAMA DE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS (PESPI)

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
23	PROMOCION	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Generar acciones que permitan mejorar la calidad, accesibilidad en la atención de salud.	Desarrollar programas de capacitación y sensibilización en interculturalidad y salud de los pueblos indigenas a directivos y funcionarios.	Porcentaje de programas de capacitación y sensibilización en intercuralidad y salud de los pueblos indigenas.	(N° de establecimientos que cuentan con programas de capacitación y sensibilización en intercuralidad y salud de los pueblos indigenas /N° total de establecimientos que cuentan con Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas)*100	100%	Informe Servicio de Salud - Informe PAC de Capacitación	COMUNAL
24	PROMOCION	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Generar acciones que permitan mejorar la calidad, accesibilidad en la atención de salud.	Diseño e implementación programas de inducción en salud intercultural para profesionales del ciclo de destinación.	Porcentaje de profesionales en ciclo de destinación que participan en programas de inducción en salud intercultural por Servicios de Salud	(N°de profesionales en ciclo de destinación que participan en programas de inducción en salud intercultural /N° total de profesionales en ciclo de destinación del Servicio de Salud)*100	60%	Informe Servicio de Salud	SERVICIO DE SALUD
25	PROMOCION	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Generar acciones que permitan mejorar la calidad de los registros para contar con informacion confiable	Diseño e implementación de un sistema de monitoreo y seguimiento de la variable pertenencia a pueblo indígena en Sistema de Información en Salud (SIS)	Porcentaje de Servicios de Salud que implementan sistema de monitereo y seguimiento adecuado de la variable de pertenencia a pueblos indígenas.	(N° de Servicio de Salud que implementan un sistema de monitoreo y seguimiento del registro de la variable de pertenencia a pueblos indígenas/N° total de Servicios de Salud) *100	80%	Informe Servicio de Salud	COMUNAL
26	PROMOCION	Transversalizar el enfoque intercultural en los Programas de Salud	Generar acciones que propendan a posicionar el enfoque intercultural en programas de salud	Gestionar y articular acciones en programas de salud según necesidades epidemiológicas y priorización local	Programas de salud que incorporan acciones o estrategias con enfoque intercultural	(N° de programas que incorporan acciones o estrategias con enfoque intercultural /N° total de programas de Salud)*100	100%	Informe Servicio de Salud	SERVICIO DE SALUD
27	PROMOCION	Transversalizar el enfoque intercultural en los Programas de Salud	Desarrollar el Programa con la participación activa de los pueblos indígenas en la formulación y evaluación de los planes de salud intercultural en la red de Servicios.	Formular, ejecutar, monitorear y evaluar los planes anuales del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas en conjunto con representantes indígenas.	Porcentaje de Servicios de Salud que formulan, ejecutan, monitorean y evaluan los planes anuales del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas en conjunto con representantes indígeans	(N° de Servicios de Salud que formulan, ejecutan, monitorean y evaluan los planes anuales del Programa de Salud y Pueblos Indígenas en conjunto con representantes indígenas/N° total de Servicios de Salud con Programa de Salud y Pueblos Indígenas)*100	100%	Informe Servicio de Salud	SERVICIO DE SALUD
28	PROMOCION	Transversalizar el enfoque intercultural en los Programas de Salud	Desarrollar el Programa con la participación activa de los pueblos indígenas en la formulación y evaluación de los planes de salud intercultural en la red de Servicios.	Incorporar en la planificación técnica del Programa la realización de las mesas territoriales de salud intercultural.	Porcentaje de Servicios de Salud que incorporan en planificación técnica la realización de mesas territoriales de salud intercultural	(N° de Servicios de Salud que incorporan en planificación técnica la realización de mesas territoriales de salud intercultural/N° total de Servicios de Salud que cuentan con Programa de Salud y Pueblos Indígenas)*100	100%	Informe Servicio de Salud REM	SERVICIO DE SALUD

PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA (A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA: INFANCIA/ADOLESCENCIA Y JUVENTUD/ADULTEZ/ ADULTEZ MAYOR)

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
29	PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Promedio de VDI recibidas por personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas en situación de Dependencia Severa	(N° de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas en situación de dependencia severa Dependencia Severa /N° de población bajo control en Programa de Atención Domiciliaria para Personas en situación de Dependencia Severa	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas en situación de dependencia severa.	REM	COMUNAL
30	PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Pocentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que no presentan UPP	(Nº de personas sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100	92% y más de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa no presentan UPP	REM	COMUNAL
31	TRATAMIENTO	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Pocentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicacion de Nutricion Enteral Domiciliaria (NED) reciben atención Nutricional en Domicilio	(Nº de personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicacion de NED y Evaluación Nutricional en domicilio /Nº de personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicacion de NED)*100	El 100% de las Personas Dependientes Severas con indicación de NED, reciben atención Nutricional en domicilio.	REM	COMUNAL
32	PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Porcentaje de Evaluación de Sobrecarga en Cuidadores de Personas en situación de Dependencia Severa	(N° de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliara para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/N° de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa)*100	Al menos el 60% de los cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria han sido evaluados con Escala de Zarit	REM	COMUNAL
33	PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadoras(es) y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa para prevenir el sindrome de sobrecarga del cuidadora(or)	Porcentaje de cuidadores(as) de personas en situación de dependencia severa Capacitados (as)para prevenir el sindrome de sobrecarga del cuidadora(or)	(Nº de Cuidadores(as) de personas en situación de dependencia severa capacitados / Nº Total de cuidadores de personas en situación de dependencia severa *100	100% de los cuidadores de personas cen situación de dependencia severa capacitados.	REM	COMUNAL

PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL (A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA: IN-FANCIA/ADOLESCENCIA Y JUVENTUD/ADULTEZ/ADULTEZ MAYOR)

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
34	PREVENCION	Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (inclusión social) de las personas atendidas en el programa que lo requieren	Hacer o actualizar el diagnóstico Participativo, conocer las Redes Locales y articularse con el intersector para el apoyo a la inclusión, mantener el trabajo comunitario en forma permanente en las actividades del equipo de rehabilitación, dando cuenta del modelo biopsicosocial.	Diagnóstico y Planificación Participativa:Los equipos de rehabilitación en el desarrollo del modelo biopsicosocial, en el cual el objetivo fundamental es la inclusión social, deben realizar el diagnóstico con sus comunidades y posteriormente el trabajo de planificación participativa para enfrentar las necesidades surgidas del Diagnóstico Participativo.	Porcentaje de Actividades de Diagnóstico y Planificación Participativa	N°Total de actividades de Diagnóstico o Planificación Paricipativa/ Total Actividades y Participación*100	20% de total de Actividades y Participación corresponden a actividades de Diagnóstico o Planificación Participativa (RBC, RI, RR)	REM	ESTABLECIMIENTO
35				Realizar el Diagnóstico Participativo cada 2 años	Diagnóstico Participativo	Cuenta con Diagnóstico Participativo actualizado SI/NO	100% Equipos de Rehabilitación de RBC y RI realizan DG Participativo y 80% comunas intervenidas por Equipos Rurales con Dg. Participativo	Informe	ESTABLECIMIENTO
36				Realizar Plan de Trabajo Anual con las Organizaciones de discapacidad	Plan de Trabajo en forma Participativa	Cuenta con Plan de Trabajo Anual con organizaciones de Discapacidad SI/NO	100% de los Equipos cuentan con Plan de Trabajo con las organizaciones de discapacidad (RBC, RI, RR)	Informe	ESTABLECIMIENTO
37				Gestiones realizadas por el equipo de rehabilitación para incorporarlos a la escuela, para el logro de inclusión laboral a través de la OMIL o de ONG del sector.	Porcentaje de personas ingresadas al programa que logran participación en comunidad producto de la intervención del equipo	Nº personas que logran participación en comunidad /total de ingresos *100	10% de las personas ingresadas al programa logran la participación en comunidad (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones) (RBC, RI, RR)	REM	ESTABLECIMIENTO
38	PREVENCION	Prevención de problemas de funcionamiento y/o retardar la discapacidad	Entregar herramientas para prevenir y/o retardar la discapacidad	Estimular la realización de actividades de educación grupal a todas las personas que ingresan al programa con artritis y artrosis en etapas iniciales, lumbago, parkinson, etc., entregando herramientas para el autocuidado.	Porcentaje de personas que ingresan a Educación Grupal.	N° Total de Personas que ingresa a Educación Grupal/ Total de Ingresos * 100	35% de las personas que ingresan al Programa, reciben Educación Grupal. (RBC, RI, RR).	REM	ESTABLECIMIENTO
39				Estimular la realización actividades destinadas a fortalecer conocimientos y destrezas personales de los cuidadores, entregando herramientas para el cuidado en domicilio, como su autocuidado	Porcentaje de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, que se orientan al trabajo con cuidadores	Nº de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales a los cuidadores/ total de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales * 100	50% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores (RBC, RI, RR)	REM	ESTABLECIMIENTO
40		Mejorar el funcionamiento para el logro de la participación en comunidad	Estimular la atención de personas con problemas de salud cuyo origen es neurológico, y que requieren de la continuidad en la atención en APS, o mantención para retardar procesos discapacitantes.	Mantener al menos un 20% de personas con Parkinson , secuela de AVE,LM, TEC otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Porcentaje de las personas que ingresan al programa con Parkinson , secuela de AVE, TEC, LM, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Nº Personas ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, TEC, LM, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/ Total de Ingresos *100	20% en RBC, 15% RI, 10% RR	REM	ESTABLECIMIENTO

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
41	REHABILITACION	Abordar a las personas y/o sus familias con Consejería Individual o Familiar, resolución de crisis normativas y no normativas	Intervenir las crisis normativas y no normativas de las personas atendidas en el programa, apoyar a la familia en la resolución de conflictos, entregar herramientas. Desarrollo de las intervenciones con un modelo biopsicosocial.	Realizar intervenciones de Consejería individual y familiar, programadas, con a lo menos 3 sesiones por persona y/o familia.	Porcentaje de personas ingresadas al programa que reciben consejería individual y/o familiar, técnicamente esta intervención debe ser programada y requiere de al menos 3 sesiones de trabajo.	Nª de (consejerías individuales+ Consejerías Familiares /3) N° ingresos * 100	20% de las personas ingresadas reciben consejerías individuales y/o familiares. (RBC, RI, RR)	REM	ESTABLECIMIENTO
42		Realizar VDI para conocer el entorno, condiciones de la familia, funcionalidad de las personas atendidas en el programa y realizar adecuaciones e intervenciones individuales y/o familiares	Realizar VDI para conocer el entorno y habitabilidad, condiciones de la familia, funcionalidad de las personas ingresadas al programa que requieren atención en domicilio, o trabajo con la familia. Hacer un diagnóstico en terreno de la Persona en rehabilitación y su cuidador e intervenciones acorde al Plan.	Realizar VDI en domicilio, realizar informe y Plan de Tratamiento Integral	Porcentaje de VDI realizadas en relación al total de Visitas Domiciliarias	Nº Visita Domiciliaria Integral/ Total de Visitas Domiciliarias Integrales + Visitas Domiciliarias de Procedimientos *100	50% de las VD son Integrales (RBC, RI, RR)	REM	
43		Favorecer que las personas atendidas en el programa , logren el máximo de autonomía e independencia	Ingresar al Programa a las personas que lo requieran con objetivos definidos, con PTI, que puedan egresar posterior al cumplimiento de ellos.	Realizar ingreso con PTI, consensuado, con objetivos y tiempos de tratamientos definidos. Alta posterior al cumplimiento del Plan.	Porcentaje de personas ingresadas al programa reciben el alta posterior a cumplimiento del Plan de tratamiento.	Nº Personas egresadas /Total ingresos*100	60% Egresos en RBC y RI, 30% de egresos en RR	REM	ESTABLECIMIENTO
44		Promover el trabajo en rehabilitación de acuerdo a MBE	Disminuir los procedimientos de fisioterapia y aumentar la movilización activa de las personas ingresadas al Programa. Promover el trabajo en Rehabilitación basado en MBE	Definir mayoritariamente actividades orientadas a la movilización activa de las personas intervenidas en el Programa y utilización de la fisioterapia solo en casos necesarios.	Porcentaje de Procedimientos de Fisioterapia	Nº total procedimientos fisioterapia / total de procedimientos *100	30% o menos de los procedimientos corresponden a fisioterapia. (RBC, RI, RR)	REM	ESTABLECIMIENTO