

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

Programar acciones de salud integrales e integradas para la población de los territorios y comunidades sectorializadas permite ofrecer prestaciones de salud coherentes a cada realidad territorial y cultural, donde la continuidad del cuidado y el enfoque de curso de vida son fundamentales para acompañar adecuadamente a las personas y comunidades en las distintas etapas de la vida, de manera respetuosa y participativa, principalmente con acciones preventivas y de vigilancia de salud, considerando además la incorporación de nuevas estrategias que permitan entregar prestaciones adecuadas y efectivas a los usuarios y usuarias de la red, abordando los determinantes sociales de la salud, a modo de evitar que sean una limitante al ejercicio de su derecho a la atención.

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

El fortalecimiento de los hábitos saludables y la realización de controles periódicos preventivos son acciones efectivas, con énfasis diferentes dependiendo de la etapa en la que se apliquen. 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.

En el contexto de la pandemia del SARS-COV 2, ha sido necesario reorganizar la atención de las personas que asisten a los centros de salud, considerando el nuevo y desafiante escenario epidemiológico y sanitario que se presenta. Ante esta nueva realidad, los criterios transversales que deberán guiar nuestra planificación y programación se pueden sintetizar de la siguiente manera:

1. Otorgar atenciones de salud de acuerdo a la necesidad específica de quienes padecen enfermedades con importante carga de morbilidad y mortalidad.
2. Priorizar las atenciones de salud, según el nivel de riesgo de complicaciones de las personas que conforman nuestra población a cargo.
3. Optimizar los controles presenciales y efectuar rescate de la población que no pudo ser atendida presencialmente por efecto de la pandemia.
4. Gestionar la adaptación de actividades y atenciones, respecto a su cuantía y/o modalidad de entrega de los servicios de manera remota o fuera del centro asistencial
5. Minimizar la asistencia y contactos innecesarios con el centro de salud

Las recomendaciones de programación que se detallan a continuación, según etapa del curso de vida, deberán ajustarse conforme la realidad epidemiológica y sanitaria de cada comuna.

Específicamente, para la población con condiciones crónicas se recomienda:

En aquellos centros de salud que cuentan con la estratificación según riesgo de complicaciones de su población a cargo, las personas con condiciones crónicas que se encuentran en grupo de alto riesgo (G3), requerirán de atenciones con respuesta prioritaria. Esta respuesta prioritaria se ajustará a la capacidad de respuesta de la red asistencial.

De no contar con su población estratificada según riesgo de complicaciones, se sugiere priorizar el grupo de personas con mayor riesgo, a través de las atenciones de salud denominadas "críticas", que fueron definidas en el documento de "Cuidado de la salud de las personas con enfermedades crónicas en el contexto de la pandemia COVID-19": Plan de reactivación asistencial en atención primaria".

Asimismo, se recomienda implementar la entrega de prestaciones más apropiada, conforme el nivel de riesgo de complicaciones de la persona, considerando la modalidad que minimice su riesgo de contagio. Para ello, se orienta a los equipos de salud a reforzar las atenciones de salud, actividades y controles de seguimiento a distancia (telemedicina, seguimiento telefónico, videoconferencias entre otros), entrega de fármacos por más de 1 mes y en la población más vulnerable a infección grave por COVID, que estos sean entregados en domicilio, resguardando así que la atención, sea continua y centrada en la persona, enfatizando la entrega de cuidados integrales y acompañamiento de éstas.

SALUD EN LA INFANCIA

La oferta programática de acciones vinculadas a la salud de la infancia considera el abordaje de las principales necesidades biopsicosociales que determinarán el crecimiento y desarrollo de niños y niñas. Cada una de las prestaciones consideran énfasis en promover las dimensiones de calidad vinculadas al acceso, oportunidad, equidad, eficiencia, eficacia y continuidad. Sin embargo, estas pierden valor si no se vela por la coherencia de estas actividades con cada necesidad del niño o niña, su familia, la comunidad y el territorio en el que se desenvuelve, los determinantes sociales que están influyendo su crecimiento y desarrollo, la cultura de la que forma parte y la mirada de su trayectoria de vida y derechos. Para su logro, es importante el desarrollo continuo de las competencias profesionales que permitan el abordaje integral biopsicosocial, el acompañamiento continuo, respetuoso, participativo y consensuado, junto con la implementación de estrategias basadas en la evidencia científica y/o buenas prácticas en salud que permitan la efectividad de las intervenciones orientadas a la promoción de la salud, prevención de factores de riesgo y pesquisa oportuna de problemas de salud.

Hoy, las políticas públicas dirigidas a infancia tienen como desafío contribuir a la mejor calidad de vida de los niños y niñas como sujetos de derecho, fomentando un desarrollo integral.

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) que es el Componente de Salud del Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo y en el ámbito odontológico, por el Programa Sembrando Sonrisas y el Programa CERO, incorporado al Plan de Salud Familiar de APS.

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.

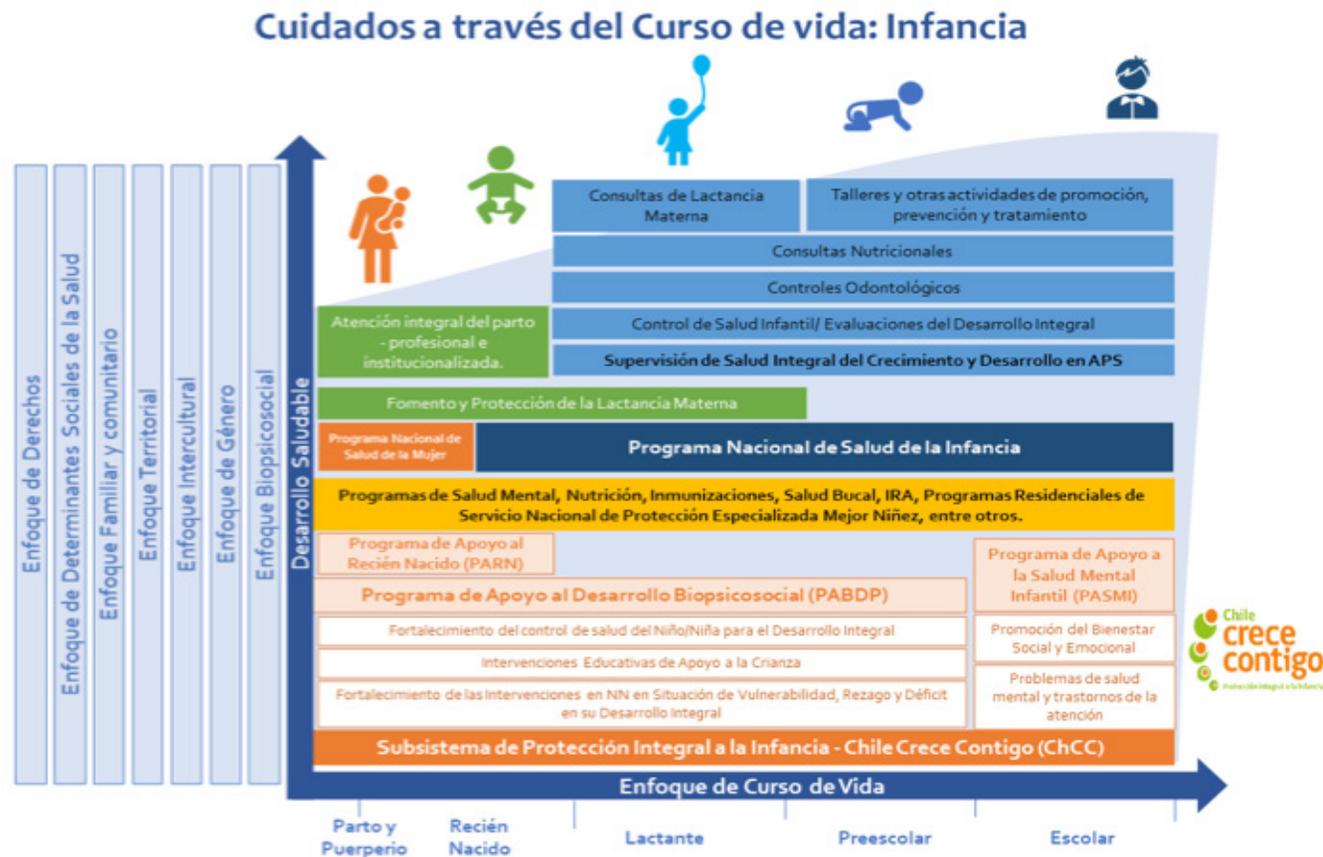
La epigenética nos muestra que la salud y el desarrollo infantil dependen de una interacción dinámica entre la carga genética y el ambiente; siendo particularmente relevante en el ambiente: la nutrición, la calidad de las relaciones vinculares (factores psicosociales) y las características del medioambiente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

Asimismo, el trabajo intersectorial, permite articular las acciones de los diferentes equipos del territorio que trabajan también con el niño o niña y su familia, lo cual favorecerá que las acciones sean pertinentes, integradas y efectivas.

En este contexto, es de vital importancia tener en consideración abordar la planificación en red con una mirada de curso de vida, que incorpore acciones universales para promover el desarrollo integral y también acciones diferenciadas para aquellos niños y niñas que han sido vulnerados en sus derechos, a fin de promover sus capacidades, acompañar la trayectoria del desarrollo y asegurar acceso oportuno a salud.



Elaborado por: Programa Nacional de Salud de la Infancia, Departamento Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública

Actualizado y modificado por: Programa Nacional de Salud de la Infancia, Departamento de Gestión de los Cuidados, División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

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 se visualiza como una etapa decisiva del desarrollo, que presenta grandes oportunidades para construir y consolidar formas de vida saludable y como impulsores claves del cambio en la era posterior.

Tenemos entonces, la misión de influir en la mejora de las prácticas de salud de adolescentes y jóvenes con el protagonismo compartido de equipos de salud, familia, escuelas y otras instituciones, sobre materias sensibles como alimentación, actividad física, sexualidad, diversidad sexual, perspectiva de género, derechos, adicciones, salud mental, salud bucal, convivencia y otras situaciones emergentes, como la violencia de género en estas edades y el uso correcto de las tecnologías de la información.

Para ello, se requiere poner el énfasis en las competencias más que en los déficits, considerar a los adolescentes no como un problema a solucionar, sino como un recurso con enormes potencialidades a desarrollar.

También, implementar intervenciones a nivel individual, comunitario e institucional, que deberían ir más allá de la mera solución de los problemas de salud y estar dirigidas a promover entornos y conductas saludables entre los jóvenes, desde un marco estratégico adecuado, en base a la evidencia disponible y consensuado entre todos los actores implicados.

De no ser así, existe el riesgo de seguir diseñando estrategias aisladas que, aunque logremos implantarlas en los diferentes

ámbitos, no tengan el impacto deseado en la salud, el bienestar y/o la reducción de desigualdades en este grupo de población.

Los profesionales que trabajan con este grupo, deben seguir apostando por la promoción de salud de la gente joven y de sus familias, contribuyendo así, a fomentar estilos de vida saludables que sean a su vez compatibles con sus necesidades e intereses, dotándoles de recursos para que puedan afrontar con éxito los riesgos para su salud.

Se recomienda en la población que presenta Multimorbilidad, entendiendo ésta, como aquellos adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años, con 2 o más condiciones crónicas, realizar ingreso integral con su correspondiente plan de cuidados y darle continuidad con sus controles integrales y seguimiento a distancia cuando corresponda, que aborden la multimorbilidad presente en el marco de una atención centrada en la persona. Se deben optimizar los contactos del equipo de salud con este grupo, desde una perspectiva más integral y como una oportunidad para resolver la mayor cantidad de problemas de salud que presenten, evitando la fragmentación por morbilidad o programas.

En aquellos adolescentes con vulneración de derechos y que se encuentran en programas de la Red SENAME, se recomienda un abordaje intersectorial, articulado y continuo en el tiempo, a modo de resguardar el acceso oportuno a controles de salud, detectar tempranamente factores de riesgo o enfermedades de salud, realizar acciones preventivas y dar continuidad a los cuidados e intervenciones psicosociales. Ello, permitirá dar respuesta efectiva a las necesidades individuales de cada uno.

A nivel de Atención Primaria se debe mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud para adolescentes y jóvenes, asegurando la confidencialidad y privacidad en la atención, fomentar la coordinación entre los programas que los incluyen, relevar la promoción, prevención, trabajo intersectorial y comunitario, apoyar

la transición a la vida adulta y generar espacios dirigidos a promover mayor participación y empoderamiento juvenil.

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

El desafío es continuar fortaleciendo y desarrollando servicios, programas y acciones adecuadas, que contribuyan a alcanzar el máximo potencial de adolescentes y jóvenes y sus derechos a la salud, la educación y la participación plena en la sociedad.

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, tiene un rol fundamental en el cuidado, crianza y participación activa en el desarrollo de los niños y niñas a cargo y contribuyen también a la autonomía, bienestar y funcionalidad de las personas 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.

La realidad nacional, 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.

Se recomienda en la población que presenta Multimorbilidad, entendiendo ésta, como aquellas personas de 25 a 64 años, con 2 o más condiciones crónicas, realizar ingreso integral con su correspondiente plan de cuidados y darle continuidad con sus controles integrales y seguimiento a distancia cuando corresponda, que aborden la multimorbilidad presente desde una atención centrada en la persona. Se deben optimizar los contactos del equipo de salud con este grupo, desde una perspectiva más integral y como una oportunidad para resolver la mayor cantidad de problemas de salud que presenten, evitando la fragmentación por morbilidad o programas.

La salud bucal afecta la calidad de vida de las personas en términos de dolor, malestar, limitación y minusvalía social y funcional. El 98% de las personas de 35-44 años presentan historia de caries, aumentando al 100% en el grupo de 65 a 74 años. Lo mismo ocurre con la enfermedad periodontal, con una prevalencia de 39% y 69% en el de 65-74 años para ambos grupos, respectivamente.

Es importante incorporar la salud bucal como parte de la atención integral de salud, entendiendo su estrecho vínculo con enfermedades crónicas desde el concepto de multimorbilidad, mejorando el acceso a los servicios odontológicos.

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 y humanos de calidad, con las consideraciones éticas, interculturales y de género que aseguren el respeto a los derechos de las personas afectadas y sus familias, así como el acompañamiento en el proceso de duelo y reparación.

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.

La evidencia muestra que la disminución en la oferta de las prestaciones de salud sexual y reproductiva aumentan la mortalidad materno infantil. Una reducción promedio mensual de un 5% aumentaría la mortalidad materna en 8,6%, una reducción promedio mensual de un 10 % aumentaría la mortalidad materna en 14,7% y una reducción promedio mensual de un 25% aumentaría la mortalidad materna en 38,6%

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 de este grupo, 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 y problemas de salud mental, que se pueden ver acrecentados en el contexto de pandemia actual, con confinamientos y aislamientos prolongados. Por este motivo, el equipo de salud debe estar preparado para acoger a aquellas mujeres que presenten estas dificultades, asegurando tratamiento oportuno de los problemas para mejorar su calidad de vida y su funcionalidad. 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 habitantes, es decir cerca de 1300 casos nuevos por año. De ahí la importancia de promover la sexualidad segura y saludable, fomentar la prevención primaria con la vacunación de acuerdo al Programa Nacional de Inmunizaciones y asegurar la prevención secundaria mediante la realización de Papanicolau en los centros de salud para detectar y brindar tratamiento a las personas de manera precoz y oportuna.

PERSONAS MAYORES

El abordaje de la salud de las personas 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. Lo anterior, sin perder de vista el acompañamiento familiar e individual de personas con limitación de su funcionalidad o dependencia.

La atención de salud en personas mayores debe promover la autonomía de las personas mayores, facilitando la de toma de decisiones sobre su vida y estado de salud. Debe procurar 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 de personas mayores, considerando sus roles, intereses y voluntades. 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 de personas mayores, que incluya la evaluación integral y el seguimiento por parte del equipo de salud, teniendo en cuenta las características comunes de este grupo y al mismo tiempo, la heterogeneidad presente en la vejez. Adicionalmente, es preciso reflexionar respecto a aquellas subpoblaciones con dificultades para participar en las prestaciones de salud definidas de manera estándar, entre las que pueden encontrarse aquellas personas mayores con menor nivel educacional, residentes de territorios aislados, cuidadoras, personas laboralmente activas, o con limitaciones de su desempeño en la comunidad.

La situación demográfica actual y la proyectada, sumada a la situación epidemiológica de las personas mayores, son 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, teniendo 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.

Considerando la prevalencia de condiciones crónicas de salud en este grupo, se recomienda que, en la población que presenta Multimorbilidad, entendiendo ésta, como aquellas personas mayores, con 2 o más condiciones crónicas, realizar ingreso integral con su respectivo plan de cuidado y darle continuidad

con sus respectivos controles integrales y seguimiento a distancia cuando corresponda, abordando la multimorbilidad presente en el marco de una atención centrada en la persona. Se deben optimizar los contactos del equipo de salud con este grupo, desde una perspectiva más integral y como una oportunidad para resolver la mayor cantidad de problemas de salud que presenten, evitando la fragmentación por morbilidad o programas.

Para el análisis de las atenciones y su programación, se sugiere favorecer la atención centrada en la persona, mediante las atenciones de salud integradas e integrales 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 resolutivez y pretendan la satisfacción usuaria.

Es responsabilidad de cada equipo de sector identificar dentro de su población a cargo a las personas mayores para la ejecución de actividades de salud según el riesgo presente. Elementos a utilizar para esta organización es la estratificación y criterios de priorización establecidos por la Estrategia de Cuidado Integral¹, entre los que se cuentan, entre otros, la polifarmacia, el diagnóstico funcional, de redes de apoyo, y eventos como caída u hospitalización reciente, pudiendo incorporar otros criterios de priorización según las características propias de las comunidades locales.

Junto con lo anterior, se espera el monitoreo constante de la población de personas mayores a cargo para mantenerla bajo control mediante la realización del examen de medicina preventiva (EMPAM) cada 12 meses, con el correspondiente plan de atención.

La atención de personas mayores en período pandémico apunta por una parte al abordaje continuo de personas con condiciones crónicas y a la generación de actividades que permitan prevenir o mitigar el

deterioro de la capacidad funcional causado por el distanciamiento físico y el confinamiento prolongado. Esta situación afecta la movilidad y actividad física de las personas mayores, disminuye la interacción y participación social, limitando además el acceso a los servicios sociales y sanitarios. Para ello, las acciones del equipo de salud deben continuar con la integración del cuidado desde el Centro de Salud, favoreciendo la optimización de las acciones de evaluación, tratamiento y seguimiento de personas mayores y la coordinación con otros servicios locales.

¹ MINSAL, 2020. Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad.

INDICADORES ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN COMUNAL

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
1	PROMOCION Nuevo	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar el acceso de personas a entornos saludables a través de acciones de comunicación y difusión social	Realizar eventos masivos en alimentación saludable	Porcentaje de eventos masivos de alimentación saludable	(Nº de eventos masivos de alimentación saludable realizados/Nº eventos masivos de alimentación saludable programados) *100	100% de eventos de alimentación saludable programados realizados	REM	COMUNAL
2	PROMOCION Nuevo	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar el acceso de personas a entornos saludables a través de acciones de comunicación y difusión social	Realizar eventos masivos en actividad física	Porcentaje de eventos masivos de promoción de actividad física	Nº de eventos masivos en actividad física realizados/Nº de eventos masivos en actividad física programados	100% de eventos de actividad física programados realizados	REM	COMUNAL
3	PROMOCION Nuevo	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar el acceso de las personas a entornos saludables a través de acciones de educación para la Salud	Realizar educación grupal en alimentación saludable y actividad física, priorizando el entorno comunal y laboral	promover los factores protectores psicosociales a través de actividades de hábitos saludables	Una actividad educativa grupal mensuales en alimentación saludable y actividad física realizadas.	Al menos 1 actividad mensual	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 indígenas	Porcentaje de personas que asisten a talleres que señalan haber adquirido nuevos factores protectores adquiridos en talleres de salud intercultural	(Nº de personas que señalan haber adquirido nuevos factores protectores en los talleres de salud intercultural y pueblos indígenas / Nº total de personas que participan en los talleres de salud intercultural y pueblos indígenas) *100	Al menos una actividad de promoción	REM	COMUNAL

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
5	PROMOCION Nuevo	Mitigar los efectos en la morbilidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias	Fortalecer las capacidades para la gestión del riesgo de emergencias y desastres en salud de los equipos APS y su comunidad usuaria	Desarrollar Planes de emergencias en los Establecimientos de atención Primaria, de acuerdo a guía de planes emitido por MINSAL. Considerando elementos como la participación ciudadana, su articulación con el plan de emergencia comunal y la priorización de grupos específicos de mayor vulnerabilidad, a través de herramientas como mapeo colectivo del riesgo.	Plan de emergencia establecimientos APS	N° de planes de emergencia APS/ Establecimientos APS comunales	100%	Informe de planes realizados	COMUNAL
6	PROMOCION Nuevo	Mitigar los efectos en la morbilidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias	Fortalecer las capacidades para la gestión del riesgo de emergencias y desastres en salud de los equipos APS y su comunidad usuaria	Capacitar a equipos de APS en las temáticas de gestión del riesgo de desastres en salud con pertinencia local, entre estas: <ul style="list-style-type: none"> - GRD en salud - Equipos de respuesta del sector salud - Equipos médicos de emergencia - Módulo emergencias plataforma MIDAS - Cambio climático y salud - Salud mental en la GRD - Primera ayuda psicológica - Cuidado de equipos - Trabajo comunitario en la GRD - Salud sexual y reproductiva en desastres - Factores subyacentes del riesgo de desastres - Análisis de riesgo en salud. - Entre otros. 	Personal del establecimiento APS capacitado en temáticas de gestión del riesgo con pertinencia local	N° de trabajadores y trabajadoras de APS comunal capacitados en temáticas GRD/ N° de trabajadores/as de la red APS comunal	50% de establecimientos de salud APS de la comuna con capacitación a sus equipos de salud 100%	Portafolio de la(s) actividad(es) educativa(s) comunal realizada(s)	COMUNAL

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
7	PROMOCION Nuevo	Mitigar los efectos en la morbimortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias	Fortalecer las capacidades para la gestión del riesgo de emergencias y desastres en salud de los equipos APS y su comunidad usuaria	Implementar Estrategia de Comunicación del riesgo comunal	Plan Local de estrategia de comunicación de riesgo	Nº de acciones para la comunicación del riesgo local ejecutadas/Nº de acciones para la comunicación del riesgo local planificadas	100%	Informe comunal	COMUNAL
8	PROMOCION Nuevo	Mitigar los efectos en la morbimortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias	Fortalecer las capacidades para la gestión del riesgo de emergencias y desastres en salud de los equipos APS y su comunidad usuaria	Desarrollar acciones de sensibilización, educación y participación comunitaria con organizaciones sociales ligadas a la APS, para la gestión del riesgo de desastres en salud	Acciones de sensibilización, educación y participación comunitaria con organizaciones sociales ligadas a la APS, para la gestión del riesgo de desastres en salud	Nº de acciones comunitarias para la GRD en salud / Nº de comunitarias para la GRD en salud planificadas	100%	Informe de acciones	COMUNAL
9	PROMOCION Nuevo	Mitigar los efectos en la morbimortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias	Fortalecer las capacidades para la gestión del riesgo de emergencias y desastres en salud empoderando a la población para hacer frente a los riesgos del cambio climático y para adoptar prácticas de adaptación	Desarrollar acciones de entrega de información, sensibilización, educación y participación comunitaria con organizaciones sociales ligadas a APS, para adaptación al cambio climático en base a los riesgos locales que se desprenden del Plan de adaptación al cambio climático del Sector salud	Acciones de sensibilización, educación y participación comunitaria de organizaciones sociales ligadas a la APS, para la gestión del riesgo de desastres en salud	Nº de personas pertenecientes a organizaciones sociales que recibieron capacitación en temáticas de riesgos asociados al cambio climático/ Nº total de personas de la red APS comunal perteneciente a las organizaciones locales identificadas	100%		

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
10	PROMOCION Nuevo	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar el acceso de personas a entornos saludables a través de políticas y regulaciones locales saludables	Elaboración de regulaciones (ordenanzas, reglamentos, decretos) de Promoción de la Salud	Regulaciones locales sobre entornos saludables Decretadas	N° de regulaciones locales sobre entornos saludables Decretadas (elaboradas y aprobadas mediante Decreto Alcaldicio)	Al menos una regulación local sobre entornos saludables (Ordenanza Municipal o Decreto Alcaldicio sobre actividad física o alimentación saludables)	MIDAS	COMUNAL
11	PROMOCION Nuevo	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar el acceso de personas a entornos saludables a través de acciones de capacitación de funcionarios.	Capacitación práctica para la buena realización de actividad física a nivel preescolar y escolares por parte del profesor de educación física del EE, utilizando la guía de Recomendaciones de AF según curso de Vida del MINSAL-MINDEP-MINEDUC.	Capacitación en Actividad física según recomendaciones en Establecimientos Educativos	N° de capacitaciones en actividad física según recomendaciones a profesores de Educación física de Establecimientos Educativos.	Al menos una capacitación a Profesores de educación física de establecimientos educacionales de la Comuna.	MIDAS	COMUNAL
12	PROMOCION Nuevo	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar el acceso de personas a entornos saludables a través de acciones de participación	Realizar capacitaciones en temáticas de Promoción de la Salud a líderes comunitarios "Escuela de salud para líderes comunitarios"	Escuela de salud para líderes comunitarios	N° de Escuelas de salud para líderes comunitarios	Al menos una Escuela de Salud para líderes comunitarios al año	MIDAS	COMUNAL
13	PROMOCION Nuevo	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar el acceso de personas a entornos saludables a través de acciones de capacitación de funcionarios	Realizar capacitaciones en temáticas de Promoción de la Salud a funcionarios públicos del intersector (u otras dependencias Municipales) "Escuela Comunal de Salud para funcionarios públicos"	Escuela Comunal de Salud para funcionarios públicos	N° de Escuelas de salud para líderes comunitarios	AL menos una Escuela de Salud para líderes comunitarios al año	MIDAS	COMUNAL

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
14	PROMOCION Nuevo	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 los establecimientos de atención primaria con sus respectivos consejos locales de salud en el ámbito de la gestión del riesgo con pertinencia local.	Establecimientos de salud de atención primaria capacitados en el ámbito de la gestión del riesgo con pertinencia local.	(Nº de establecimientos con equipo de salud y consejos locales de salud capacitados / Nº 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
15	PREVENCIÓN nuevo	Mitigar los efectos en la morbimortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias	Fortalecer las capacidades para la gestión del riesgo de emergencias y desastres en salud de los equipos APS y su comunidad usuaria	Desarrollar acciones de sensibilización, educación y prácticas de autocuidado con organizaciones sociales ligadas a la APS, para la gestión riesgo de desastres en salud con foco en cambio climático y su impacto en el territorio tomando como base la matriz de riesgo regional elaborada por la Autoridad Sanitaria.	Acciones de sensibilización, educación y participación comunitaria con organizaciones sociales ligadas a la APS, para la gestión riesgo de desastres en salud con foco en cambio climático y su impacto en el territorio	Nº de acciones comunitarias para la GRD en salud / Nº de acciones comunitarias para la GRD en salud planificadas.	100%	Informe análisis	COMUNAL
16	PREVENCIÓN nuevo	Mitigar los efectos en la morbimortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias	Fortalecer las capacidades para la gestión del riesgo de emergencias y desastres en salud de los equipos APS y su comunidad usuaria	Desarrollar análisis de riesgo local de emergencias y desastres local	Análisis de riesgo de emergencias y desastres local	Nº de establecimientos con análisis de riesgo/ Nº de establecimientos de salud	100%	Informe análisis	COMUNAL
17	PREVENCIÓN Nuevo	Mitigar los efectos en la morbimortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias	Identificar brechas en los establecimientos de Salud, respecto de niveles de autonomía de líneas vitales, concordante con los lineamientos de norma nacional de edificaciones estratégicas. NCh 3359 y otras normativas pertinentes	Realizar un catastro de autonomía de líneas vitales (agua potable, electricidad, combustible, radiocomunicaciones) identificando brechas	Brechas de autonomía de líneas vitales en establecimientos de salud	Nº de establecimientos con brechas identificadas/ Nº de establecimientos APS	100%	Informe a Servicio de Salud respecto de estas brechas	Nivel establecimiento

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

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
18	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 rehabilitación 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 población inscrita	Establecimiento y Comuna
19	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 consensuar y adoptar intervenciones ad hoc a sus necesidades.	Porcentaje de familias evaluadas según riesgo Familiar	(Nº de familias evaluadas según riesgo familiar/Nº total de familias inscritas) *100	0,15	REM y población inscrita	Establecimiento y Comuna
20	ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/ Cartola Familiar	Porcentaje de familias de riesgo	(Nº de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar /Nº de familias inscritas) * 100	Mantener o aumentar respecto al año anterior	REM	Establecimiento y Comuna
21	ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	Nº de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4	Porcentaje de familias de riesgo intervenidas	(Nº de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4/Nº de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar) *100	Mantener o aumentar respecto al año anterior	REM	Establecimiento y Comuna

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
22	ATENCIÓN INTEGRAL	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	Capacitación a funcionarios de establecimientos de APS en la estrategia mhGAP (disminución de brechas de salud mental).	Porcentaje de funcionarios capacitados en la estrategia mhGAP (Salud Mental)	(Nº de funcionarios que se capacitan en la estrategia mhGAP / Nº total de funcionarios del establecimiento de APS) * 100	10% de los funcionarios del centro de APS se capacitan en la estrategia mhGAP	Informe Servicio de Salud - Informe PAC de Capacitación	Establecimiento
23	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	Consultorías de Salud Mental a lo largo del curso de vida	Porcentaje de cobertura de Consultorías de Salud Mental en el establecimiento de APS.	(Nº de actividades de consultorías realizadas en el periodo / Nº de actividades de consultorías esperadas en el periodo) * 100.	12%	REM	Establecimiento
24	PREVENCIÓN	Disminuir la tasa de suicidio en población general	Aumentar la atención oportuna y de calidad	Desarrollo de protocolos locales de prevención y abordaje integral del suicidio	Porcentaje de Consultorios Generales Urbano y CESFAM que cuentan con protocolo de manejo de conducta suicida	Urbano y rural y CESFAM que cuentan con protocolo de prevención del suicidio/ Nº de Consultorios Generales Urbano - Rural y CESFAM) * 100	100%	Local	Servicio de Salud

INDICADORES PROGRAMA DE TUBERCULOSIS EN APS

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
25	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	Nº de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis/ Nº de contacto con indicación de quimioprofilaxis *100	100%	Informe de evaluación de estudio de contacto	COMUNAL
26	PREVENCION Nuevo	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Confirmación de los casos a través de PCR	Porcentaje Casos pulmonares diagnosticados por PCR	(Nº de casos pulmonares diagnosticados por PCR/ Nº total de casos pulmonares diagnosticados) *100	50%	Registro nacional de pacientes TBC	COMUNAL
27	PREVENCION Nuevo	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Realizar pesquisa extramural de casos presuntivos de TBC en personas mayores, migrantes, situación de calle, personas con dependencia de alcohol y/o drogas, pueblos indígenas.	Porcentaje de actividades de pesquisa extramural realizadas (una semestral como mínimo)	Nº de actividades de pesquisa extramural realizadas / Nº de actividades de pesquisa extramural programadas *100	100%	Informe equipo de tuberculosis en APS al equipo referente de Servicio de Salud	COMUNAL
28	PREVENCION Nuevo	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 muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar) proveniente de residentes en recintos penales	(Nº de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar) año 2022 en población residente en recintos penales (MENOS) Nº de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar) año 2021 en población residente en recintos penales / Nº de muestras de esputo procesadas año 2021 (diagnostico TBC pulmonar) en población residente en recintos penales *100	aumentar 5%	Registro del laboratorio donde se identifica la procedencia de la muestra.	COMUNAL

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
29	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
30	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
31	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	visitas domiciliarias realizadas a pacientes ingresados a tratamiento	(Nº de visitas domiciliarias realizadas / Nº de pacientes ingresados a tratamiento) *100	100%	Tarjeta de Tratamiento	COMUNAL
32	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
33	TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr un 90 % de altas en las cohortes de Tratamiento	Control mensual de enfermería de los casos en 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%	Ficha Clínica/ Tarjeta de tratamiento.	COMUNAL

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
34	TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr un 90 % de altas en las cohortes de Tratamiento	Programar y realizar visita domiciliaria por TENS al paciente inasistente al día siguiente de la inasistencia a tratamiento	Porcentaje de visitas domiciliarias realizadas por TENS a pacientes inasistentes al día siguiente de la inasistencia a tratamiento	(N° de visitas domiciliarias por TENS realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente inasistente) / N° de inasistencias a tratamiento) *100	100% *para proyección de denominador, en caso de que el basal sea cero (usando como referencia inasistentes de año anterior), programar como mínimo 1 VD al año.	Tarjeta de tratamiento	COMUNAL
35	TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Perdida de seguimiento (abandono) menor del 5%	Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente a tratamiento dentro de la primera semana de inasistencia continuada, realizada por enfermera	visitas domiciliarias realizadas a pacientes con inasistencia continuada dentro de la primera semana	(N° de visitas domiciliarias realizadas a pacientes con inasistencia continuada dentro de la primera semana) /N° de pacientes inasistentes continuados por una semana *100	100% *para proyección de denominador, en caso de que el basal sea cero (usando como referencia inasistentes de año anterior), programar como mínimo 1 VD al año.	Tarjeta de tratamiento.	COMUNAL

PROGRAMA DE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS (PESPI)

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
36	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 indígenas a directivos y funcionarios.	Porcentaje de establecimientos con programas de capacitación y sensibilización en interculturalidad y salud de los pueblos indígenas.	(Nº de establecimientos que cuentan con programas de capacitación y sensibilización en interculturalidad y salud de los pueblos indígenas /Nº total de establecimientos que cuentan con Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas) *100	100%	Informe Servicio de Salud - Informe PAC de Capacitación	COMUNAL
37	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	(Nº de profesionales en ciclo de destinación que participan en programas de inducción en salud intercultural /Nº total de profesionales en ciclo de destinación del Servicio de Salud) *100	60%	Informe Servicio de Salud	SERVICIO DE SALUD
38	PROMOCION nuevo	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 información 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 monitoreo y seguimiento adecuado de la variable de pertenencia a pueblos indígenas.	(Nº de Servicio de Salud que implementan un sistema de monitoreo y seguimiento del registro de la variable de pertenencia a pueblos indígenas/Nº total de Servicios de Salud) *100	80%	Informe Servicio de Salud	COMUNAL

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
39	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	Porcentaje de 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
40	PROMOCION	Transversalizar el enfoque intercultural en los Programas de Salud	Desarrollar el Programa con la participación 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 evalúan los planes anuales del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas en conjunto con representantes indígenas	(N° de Servicios de Salud que formulan, ejecutan, monitorean y evalúan 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
41	PROMOCION	Transversalizar el enfoque intercultural en los Programas de Salud	Desarrollar el Programa con la participación 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	



Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
42	PROMOCION nuevo	Contribuir a la identificación de la población indígena que accede a las prestaciones de salud en los diferentes niveles de atención	Asegurar registro de la variable de pertenencia a pueblos indígenas en las prestaciones de salud realizadas en establecimiento de la red asistencial.	Incorporar en sistemas de registros de atención de salud (digitales y/o manuales) la variable pertenencia a pueblos indígenas	Porcentaje de población indígena identificada en los sistemas de registro de atención en los establecimientos de salud	(Nº total de prestaciones de salud realizadas a personas pertenecientes a pueblos indígenas/ Nº total de prestaciones de salud realizadas a la población perteneciente al establecimiento) *100	línea base	Informe Servicio de Salud	ESTABLECIMIENTO DE SALUD
43	PROMOCION nuevo	Contribuir a mejorar la calidad y acceso a la atención en salud de los pueblos indígenas considerando su cosmovisión, sus sistemas de sanación mediante personal sanitario con habilidades y competencias interculturales.	Diseñar participativamente un modelo de atención con pertinencia cultural en la red asistencial que garantice y asegure una adecuada y oportuna atención en salud para los pueblos indígenas considerando sus prácticas culturales de sanación, su realidad territorial y comunitaria y perfil epidemiológico.	Elaboración de un modelo de atención con pertinencia cultural, que incluya, como mínimo: Modelo de Atención en Salud con pertinencia cultural; definición y alcances de la salud con pertinencia cultural según territorios; esquema de gestión técnico, financiero y administrativo; instancias de participación territorial; proceso de derivación entre sistema médico indígena y redes asistenciales; protocolos de atención en establecimientos de salud, entre otros.	Porcentaje de establecimientos de salud que implementan modelo de atención con pertinencia cultura para la atención de los pueblos indígenas	(Nº de Establecimientos de Salud que formulan, ejecutan, monitorean y evalúan modelo de atención en salud con pertinencia cultural en conjunto con representantes de los pueblos indígenas/Nº total de Establecimientos de Salud) *100	línea base	Informe Servicio de Salud	ESTABLECIMIENTO 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
44	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.	Porcentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que no presentan UPP	(N° de personas sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa / N° 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
45	TRATAMIENTO	Disminuir la discapacidad	Disminuir o prevenir carencias nutricionales en personas con dependencia severa	Realizar atención nutricional en Domicilio a usuarios con Dependencia severa y con indicación de NED.	Porcentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de nutrición Enteral Domiciliaria (NED) que reciben atención Nutricional en Domicilio	(N° de personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de NED y Evaluación Nutricional en domicilio /N° de personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de NED) *100	El 100% de las Personas Dependientes Severas con indicación de NED, reciben atención Nutricional en domicilio.	REM	COMUNAL

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
46	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	(Nº de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/Nº 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
47	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 síndrome de sobrecarga del cuidador	Porcentaje de cuidadores(as) de personas en situación de dependencia severa Capacitados (as) para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidador.	(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 con situación de dependencia severa capacitados.	REM	COMUNAL
48	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.	Porcentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que reciben al menos 2 visitas domiciliarias integrales en un año.	(Nº de Personas en situación de Dependencia Severa que reciben al menos 2 Visitas Domiciliarias Integrales en el año / Nº de personas bajo control en Programa de Atención Domiciliaria para Personas en situación de Dependencia Severa	100% de las personas bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa reciben al menos 2 visitas domiciliarias en el año.	REM	COMUNAL

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

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
49	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	NºTotal de actividades de Diagnóstico o Planificación Participativa/ 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
50				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
51				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
52				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

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
53	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.	Nº 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
54				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
55	REHABILITACION	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 déficits secundarios a compromiso neuromuscular	Porcentaje de las personas que ingresan al programa con Parkinson, secuela de AVE, TEC, LM, otros déficits 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
56	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 consejerías individuales y/o familiares, técnicamente esta intervención debe ser programada y requiere de al menos 3 sesiones de trabajo.	Nº de (consejerías individuales+ Consejerías Familiares /3) /Nº ingresos * 100	20% de las personas ingresadas reciben consejerías individuales y/o familiares. (RBC, RI, RR)	REM	ESTABLECIMIENTO

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
57	REHABILITACION	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 con el 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	
58		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
59		Promover el trabajo en rehabilitación de acuerdo con 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

El Programa desarrolla tres estrategias, Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), Rehabilitación Integral (RI) y Equipos Rurales (RR), con recursos e intervenciones diferenciadas, por lo cual algunas metas son diferentes.

PROGRAMA DE CAPACITACION (A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA: INFANCIA/ADOLESCENCIA Y JUVENTUD/ADULTEZ/PERSONAS MAYORES)

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
60	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Mejorar la compensación de las personas con Hipertensión Arterial (HTA)	Realizar curso de estrategia HEARTS por equipo de salud.	Porcentaje de profesionales y tens capacitados en la estrategia	(Nº de personas Certificadas en la capacitación HEARTS /Nº de total de funcionarios) *100	50 % de los funcionarios capacitados. Y los Cesfam que tienen implementada la estrategia aumentar en un 5 %	Registro interno	ESTABLECIMIENTO

INDICADORES DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL MATERNO INFANTIL

Nº	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
61	PREVENCIÓN	Reducir la transmisión maternoinfantil de la sífilis	Reducir la transmisión maternoinfantil de la sífilis	Tamizaje para sífilis durante el embarazo	Cobertura de tamizaje de sífilis en la gestante	Nº total de mujeres atendidas por causa de parto y aborto que fueron estudiadas para sífilis durante el embarazo/ Nº total de mujeres atendidas por causa de parto y aborto*100	0,95	Informe al Minsal Registro Local	ESTABLECIMIENTO ATENCIÓN PRIMARIA Y TERCIARIA
62	PREVENCIÓN	reducción de la mortalidad por SIDA	Reducir la transmisión maternoinfantil del VIH.	Tamizaje para VIH durante el embarazo	Cobertura de tamizaje de VIH en la gestante	Nº total de mujeres que conocen su serología para VIH al parto/ Nº total de mujeres atendidas por causa de parto*100	0,95	Informe al Minsal Registro Local	ESTABLECIMIENTO ATENCIÓN PRIMARIA Y TERCIARIA

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN
63	PREVENCIÓN nuevo	Reducir la transmisión de la Enfermedad de Chagas	Reducir la transmisión maternoinfantil de Chagas	Tamizaje de enfermedad de Chagas en embarazo	Cobertura de tamizaje de chagas en la gestante	N° total de mujeres atendidas que fueron estudiadas para enfermedad de chagas durante el control prenatal/ N° total de mujeres que ingresa a control prenatal*100	0,95	REM	ESTABLECIMIENTO ATENCIÓN PRIMARIA
64	PREVENCIÓN nuevo	Reducir la transmisión de la Enfermedad de Chagas	Reducir la transmisión maternoinfantil de Chagas	Diagnóstico de Enfermedad de Chagas en mujeres de edad fértil en zona endémica vectorial	Cobertura en el diagnóstico de enfermedad de Chagas en mujeres en edad fértil durante control preconcepcional en zona endémica vectorial.	N° total de mujeres en edad fértil en control preconcepcional con tamizaje de enfermedad de Chagas/ N° total mujeres en edad fértil en control preconcepcional *100	0,5	REM	ESTABLECIMIENTO ATENCIÓN PRIMARIA
65	TRATAMIENTO	Reducir la transmisión maternoinfantil de la sífilis	Reducir la transmisión maternoinfantil de la sífilis	Tratamiento inicial para sífilis	Cobertura de tratamiento inicial de sífilis	N° gestantes con serología (+) que reciben tratamiento inicial para sífilis/ N° total de gestantes con serología (+) para sífilis*100	0,95	REM	ESTABLECIMIENTO ATENCIÓN PRIMARIA.

