

**MUNICIPALIDAD DE
CURARREHUE**

**PLAN ANUAL COMUNAL DE
SALUD**

2025-2029

DSM CURARREHUE

INDICE

I. DESCRIPCIÓN DE LA COMUNA DE CURARREHUE	4
A) Historia.....	4
B) UBICACION.....	5
C) GEOMORFOLOGIA	6
D) CLIMA.....	6
E) ESTRUCTURA DEL GOBIERNO LOCAL.....	7
F) DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	7
II. ETAPADE ANÁLISIS DE SITUACIÓN, ANTECEDENTES Y CONTEXTO:	8
A) Necesidades de Salud de la Población y Demanda.....	8
B) Dinámica de la Población.....	19
C) Componente socioeconómico:.....	23
D) Componente Ambiental:	26
E) Componente Participativo.....	24
F) Componente Intersectorial	36
II.2 . Análisis de recursos (Oferta).....	38
A La oferta de la comunidad, sociedad civil:	38
III. La oferta del Intersector:.....	40
IV. La oferta del sector salud:	45
C) PRODUCCIÓN:.....	655
V. PLAN DE ACCIÓN	70
VI ORGANIGRAMA DEL DESAM CURARREHUE	223
VII. PROPUESTA PROYECTO DE PRESUPUESTO 2025	2275
VIII. DOTACION DSM Curarrehue.....	2318
IX. CARTERA DE SERVICIOS	240
X. PLAN DE CAPACITACIÓN.....	246

RESUMEN DE LA PROGRAMACION OPERATIVA POR ESTAMENTO PARA EL AÑO 2025

ANEXOS

INTRODUCCION

Como años anteriores, el Programa de SALud Comunal de Curarrehue 2025, toma como base la planificación anterior, intentando redefinir objetivos y otras estrategias de intervención.

Para el presente año, nuestra principal meta y desafío es avanzar en la Implementación del Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar y Comunitario, fortaleciendo el trabajo de equipos de Salud a cargo de Personas y Familias, integrándonos e integrando a la realidad de este territorio.

Un gran desafío lo constituye claramente, reforzar y potenciar el trabajo con la comunidad organizada y el Intersector, esto, porque estamos conscientes que esto contribuirá a alcanzar una mejor respuesta a los problemas de salud priorizados, que deben ser abordados con acciones sanitarias y de cuidados integrales, a través de los Problemas y, en el ciclo vital.

También tenemos desafíos en Infraestructura y en el financiamiento global.

Tenemos claro, que nuestro norte es disminuir las brechas de atención, como mencionábamos de recurso humano y de infraestructura, como también de la Calidad de nuestros procesos, para alcanzar mejores estándares de calidad y poder avanzar en los procesos de demostración y acreditación sanitaria, como prestadores institucionales de Salud, en este hermoso territorio.

Tenemos el compromiso y la fortaleza, nuestros resultados nos avalan, más allá de las limitaciones que como Municipio pequeño, tenemos.

El Equipo intenta dar lo mejor de sí en un contexto Comunitario e Intersectorial, en beneficio de la Comunidad toda.

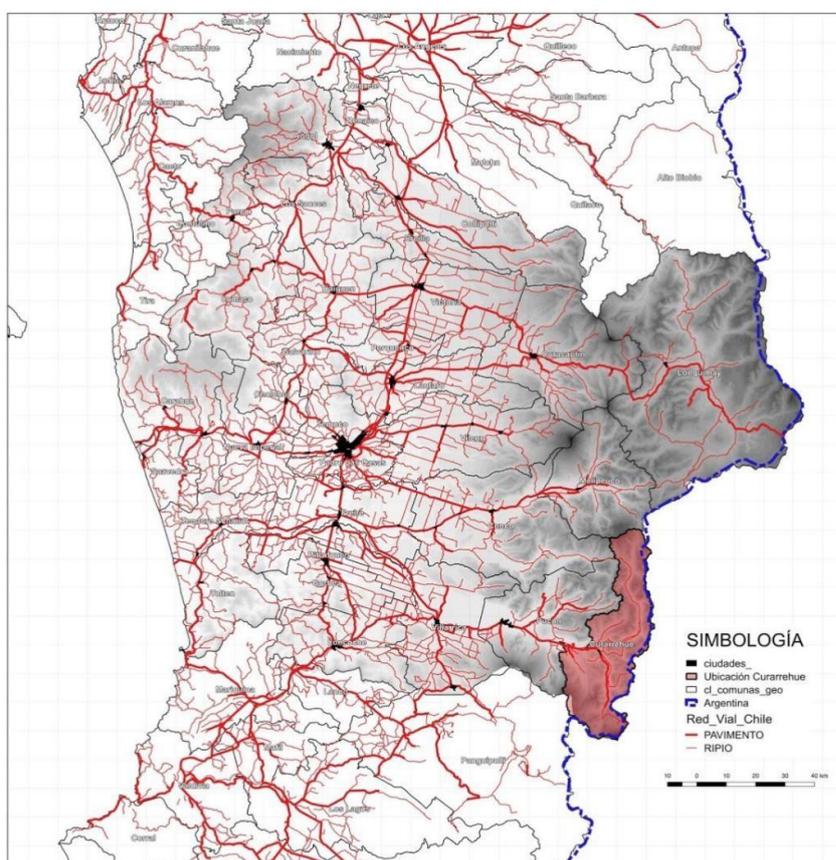
I. DESCRIPCIÓN DE LA COMUNA DE CURARREHUE

A) Historia

Administrativamente, la comuna de Curarrehue fue creada en 1980 por el Decreto Supremo Nº50. Anteriormente, el territorio pertenecía a la comuna de Pucón. Según el Plan Anual de Desarrollo Educativo Municipal, del Departamento de Educación Municipal (2014, pp. 11-12), se pueden distinguir 3 períodos de poblamiento en la comuna. El primer periodo, acontece en el siglo XVI por los conquistadores españoles que avanzaban hacia la zona de Villa Rica y desde este punto hacia los Andes, en particular hacia el boquete de Trancura, como era denominado el asentamiento del actual Curarrehue. No se registra población española asentada en la zona, considerando la destrucción del fuerte de Villa Rica en 1602. El segundo periodo se produce entre fines del S.XIX e inicios del S.XX por familias mapuches que provienen de diversas zonas del centro sur de Chile producto de la ocupación del Estado. Recordemos que a causa de la campaña de ocupación militar del territorio mapuche denominada Pacificación de la Araucanía, miles de personas murieron y otras huyeron de las tierras que ocupaban (Pinto, 2003, Bengoa, 2000). La cordillera habría sido el último de los territorios a ocupar por el Estado chileno, justamente para el establecimiento de puntos fronterizos (Marimán, 2010, p. 14). En 1968 el intendente de Valdivia, Rafael García Reyes, le escribía a Cornelio Saavedra una caracterización sobre esta zona, haciendo referencia al valle que recorre el río Trancura y que era poblado por 30 personas quienes serían lideradas por el cacique Llancaquin, quien luego asistió al Parlamento de Toltén, en 1870 (CCHC, PUC, DIBAM, 2008, pp. 121-132, p. 226). Luego de la ocupación militar y civil fueron otorgados los Títulos de Merced, los que se contabilizan en 16 títulos correspondientes a 6.006 hectáreas y a 12,21 ha por cada título (Marimán, 2010, p 19). Por último, la tercera corriente de poblamiento identificada ocurre durante el las décadas del 20 y 30, provocada por migración de población del norte y centro del país. En este periodo se habría construido la ruta que conecta Villa Rica con la frontera y el paso MamuilMalal y se habría fortalecido la extracción y comercio de la madera (Departamento de Educación Municipal de Curarrehue, *ibíd.*).

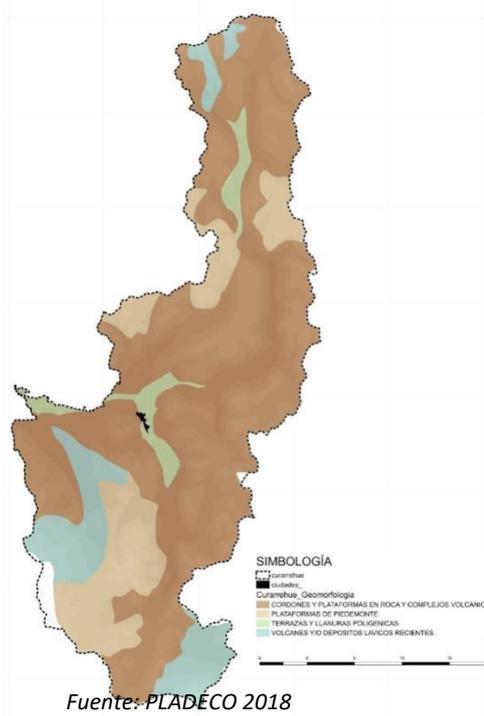
B) UBICACION

La comuna de Curarrehue se ubica en la región de la Araucanía, provincia de Cautín. Se localiza a 152 kilómetros al sureste de la capital regional, Temuco. Sus límites son: al norte con la comuna de Melipeuco; al sur con la comuna de Panguipulli, región de Los Ríos; al este con Argentina y al oeste con la comuna de Pucón. En la comuna se ubica un área del Parque Nacional Villarrica y la Reserva Nacional Hualafquen, ocupando el Sistema Nacional de Áreas Silvestres Protegidas un 60% del territorio (Soto Aguilar, 2010 y CONAF, 2006). Además, se encuentra el paso internacional MamuilMalal que conecta con la ciudad Argentina de Junín de Los Andes. La SUBDERE (2008) ha categorizado a Curarrehue como una comuna con aislamiento crítico, estando en el lugar 26 del ranking nacional y segunda a nivel regional.



Tipos de clima presentes en Curarrehue

C) GEOMORFOLOGIA



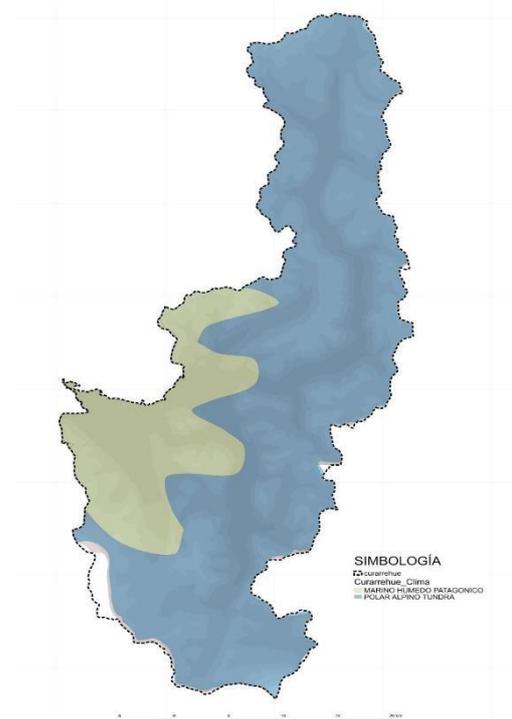
Por el hecho de ser un territorio cordillerano posee grandes diferencias de altitud presentando lomajes ondulados e inclinados. Su formación es el resultado de efectos erosivos, volcánicos, glaciares y fluviales. Destacan los conos volcánicos Villarrica, Lanín, Quetrupillán y Quinquilil.

Además, en la zona se pueden encontrar zonas termales directamente asociadas a la actividad volcánica.

Tipos de clima presentes en Curarrehue

D) CLIMA

El clima de la comuna de Curarrehue es del tipo templado cálido con estación seca corta (menos de 4 meses). Muestra un aumento de las precipitaciones y un descenso de las temperaturas con respecto al nivel regional debido a su ubicación cordillerana. Su precipitación media anual supera los 2000 mm y la temperatura media anual es de 12°C, siendo la temperatura media mensual más baja de 8°C y la más alta de 15°C. Sin embargo, se presentan temperaturas mínimas de 2°C y máximas de 23°C durante el año. Sobre los 1.500 m.s.n.m. las precipitaciones son niveles y las temperaturas bajo 0°C.



E) ESTRUCTURA DEL GOBIERNO LOCAL

La comuna de Curarrehue es dirigida por Alcalde don Daniel Parra Calabrano, quien por elección popular cursa el periodo 2024-2028.

El consejo Municipal esta conformado por 6 Concejales.

En la comuna existe la figura de 3 Departamentos principales, estos son Departamento de Educación, Departamento de Salud y Municipalidad. En el caso del Municipio.

F) DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

El Departamento de salud de Curarrehue, está conformado por el Centro de Salud Familiar de Curarrehue, ubicado en sector urbano de la comuna, 6 Postas de Salud Rural en los sectores de Catripulli, Caren, Maite, Quiñenahuin, Epeukura y Reigolil y una Estación Médicos Rural en sector Flor del Valle.

En cuanto a la administración solo existe una figura de Director de Departamento.

II. ETAPA DE ANÁLISIS DE SITUACIÓN, ANTECEDENTES Y CONTEXTO:

A) NECESIDADES DE SALUD DE LA POBLACION Y DEMANDA

1. Componente Demográfico:

La comuna de Curarrehue, ubicada en la Región de La Araucanía, Provincia de Cautín, distante a 152 km., de Temuco, limita al norte con la Comuna de Melipeuco, al este y sur con la República Argentina, al oeste con las comunas de Cunco, Pucón y Panquipulli. La superficie de la comuna tiene una extensión de 1170,7 hectáreas lo que representa un 4% del territorio total de la región.

2. Estado de la Población

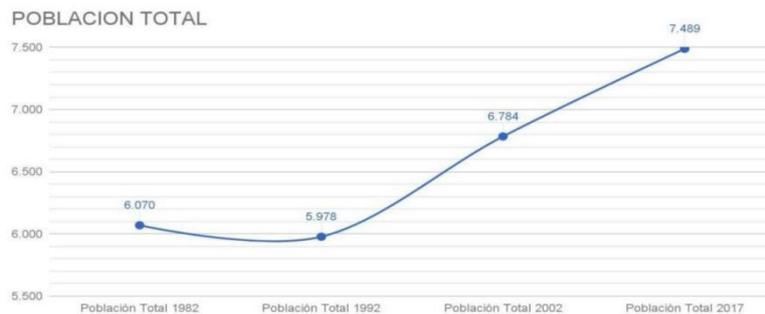
La Comuna registro en el CENSO 2017 a 7.489 personas, lo que significa un aumento de la población comunal del 10% respecto del CENSO anterior.

Con respecto a la composición de la población, hay 104 hombres por cada 100 mujeres en la comuna, con un índice de dependencia de 56,1% y de envejecimiento de 75,3 personas mayores de 65 años por 100 personas menores de 15 años.

En cuanto a la distribución de la población comunal, el 69,6% reside en zonas rurales, proporción mayor que la provincial y regional.

INDICADORES	CURARREHUE	PROVINCIA	REGIÓN
1. Superficie	1170,7	12231,4	31842,3
2. Total habitantes	7.489	752.100	957.224
3. Densidad	6,4	61,5	30,1
4. Porcentaje hombres	51,0%	48,6%	48,6%
5. Porcentaje mujeres	49,0%	51,4%	51,4%
6. Porcentaje menores 15	23,3%	20,8%	20,9%
7. Porcentaje 15 a 64	64,1%	66,9%	66,5%
8. Porcentaje 65 y más	12,6%	12,3%	12,6%
9. Porcentaje regional	0,8%	78,6%	100,0%
10. Índice masculinidad	104,2	98,9	94,5
11. Índice de dependencia	56,1	56,3	50,3
12. Índice de renovación	54,3	72,7	60,2
13. Índice de envejecimiento	75,3%	99,2%	83,9%
14. Porcentaje ruralidad	69,6%	30,0%	29,1%
15. Porcentaje pueblos originarios	66,0%	35,9%	33,6%
16. Porcentaje nacido fuera del país	2,4%	1,3%	1,1%

Tabla 1: Indicadores demográficos comuna Curarrehue. CENSO 2017.



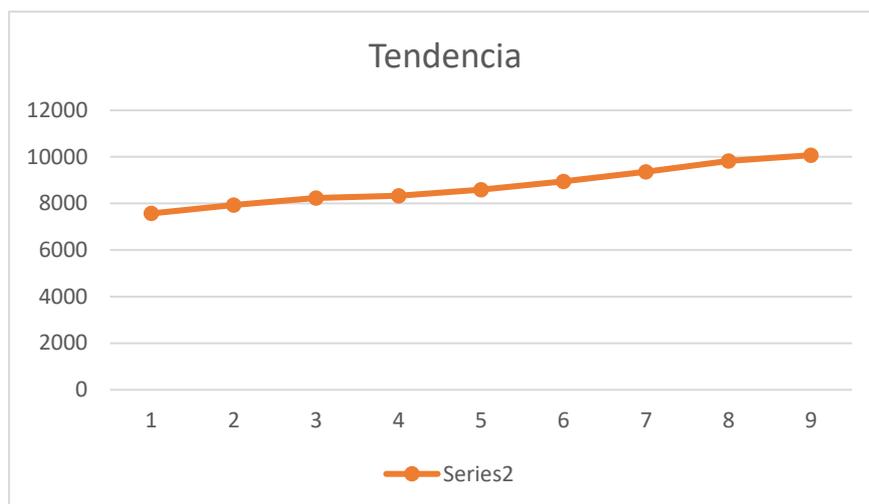
TENDENCIA DE POBLACION COMUNAL			
	Hombres	Mujeres	Total
CENSO 2017	3.821	3.668	7.489
CENSO 2002	3.586	3.198	6.784
CENSO 1992	3.118	2.860	5.978

Fuente: INE

Se observa un aumento sostenido en la población, aumentando alrededor de un 10 % la desde 2002, lo cual según nuestro punto de vista y sondeo informal se debe a los siguientes factores:

- Menor migración de la población local debido a mayores ofertas laborales en la región, volver a las raíces familiares, mayor valoración de su cultura
- Mayor inmigración de población de diferentes lugares. Según refieren motivados por la búsqueda de una mejor calidad de vida (Acceso a naturaleza, menos contaminación, mística, menor costo de vida)
- Las condiciones generales de la comuna han mejorado, como oferta educacional, viviendas, salud, medios de comunicación y conectividad, transportes, caminos entre otras.

POBLACION PERCAPITADA								
2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
7.571	7.939	8.232	8.336	8.593	8.952	9.365	9.832	10073



Fuente: FONASA

En relación al aumento progresivo de la población percapitada validada por FONASA en la comuna, es necesario señalar, que se debe a la implementación de una estrategia sostenida en el tiempo, de ordenamiento, depuración y actualización de población, tanto urbana como rural que ha implicado una re-estructuración en unidades administrativas y con ello incorporación de funcionarios con competencias afines. Además de monitoreos periódicos y retroalimentación.

A su vez desde el inicio de la pandemia, se ha visto un aumento de población, principalmente hacia los sectores rurales.

POBLACION INSCRITA	2021	2022	2023	2024	2025
INFANTIL	1073	1131	1134	1125	1104
ADOLESCENTE	1282	1324	1355	1389	1388
ADULTOS	5076	5275	5583	5942	6142
ADULTO MAYOR	1162	1222	1389	1377	1439

En cuanto a la distribución de la población , se observa una variación en relación a años anteriores, aumentando el grupo de y adultos y adultos mayores. Y una leve baja en grupo Infantil.

3. Estructura por sexo

Según el censo de población y vivienda 2017, de la población total de la comuna de Curarrehue (7.489 personas), 3.821 son hombres y 3.668 son mujeres. Es decir, existe un 51% de la población de sexo masculino y un 49% de sexo femenino.



Fuente Ine

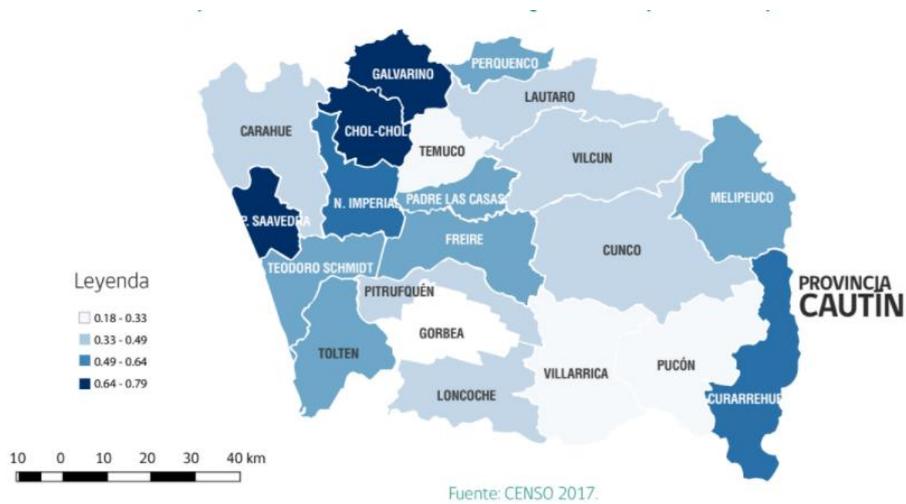
POBLACION PERCAPITA POR SEXO			
	Hombres	Mujeres	Total
PERCAPITA 2022	4.584	4.368	8.952
PERCAPITA 2023	4.796	4.669	9.365
PERCAPITA 2024	5.036	4.797	9.833
PERCAPITA 2025	5.196	4.903	10.073

Fuente: FONASA

En relación al comportamiento de usuarios percapitados por sexo, si bien, ambos grupos Aumentaron, se puede observar una tendencia en los últimos años de un incremento mayor en la población de Hombres.

4. Pertenencia de la población

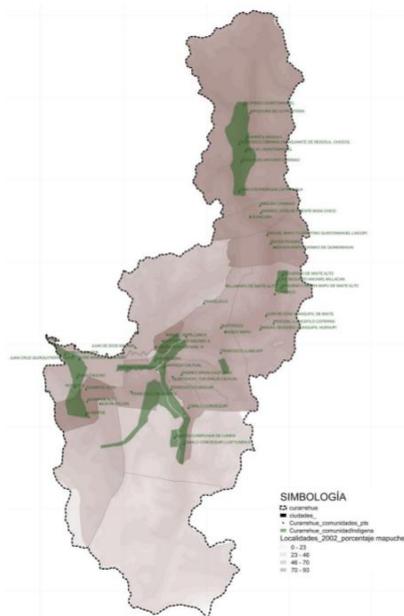
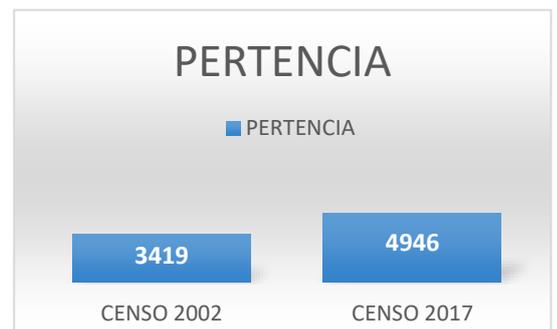
Pertenencia de los pueblos originarios (respecto población total)



Pertenencia de los pueblos originarios en la comuna

	Censo 2002	Censo 2017
Total Habitantes	3.419	4.946
% habitantes	50,4	67

Fuente INE, Censo 2002,2017



Distribución población originaria en el territorio: Destacan las localidades del sector norte de la comuna, con los mayores índices de población mapuche, entre un 70% y 93%, en las localidades de Reigolil, Puente Basas Chico, Quiñenahuin, entre otros.

5. Actores de medicina intercultural validados por la comunidad

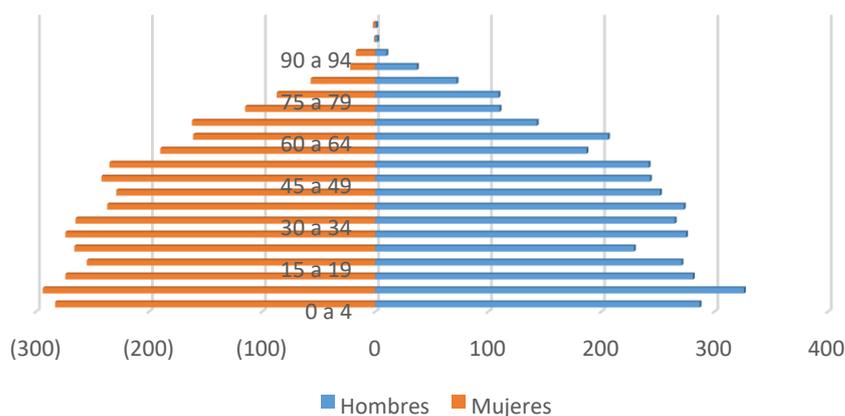
NOMBRE : ANTONIO CARINAO AVILA LONKO Y PIÑEÑELCHEFE	LUGAR : REIGOLIL FLOR DEL VALLE
NOMBRE : FREDY TOLEDO CRUCES CURADORA DE MAL DE OJO	LUGAR : FLOR DEL VALLE
NOMBRE : AUGUSTO AGUILERA CARINAO NGUTAM CHEFE	LUGAR : LIFKO CHOCOL
NOMBRE ORFILIA QUINTONAHUEL CALFUNAHUEL LAWENTUCHEFE	LUGAR : LA FRONTERA
NOMBRE : ESTEBAN CARRASCO SILVA NGUTAMCHEFE	LUGAR : QUIÑENAHUIN
NOMBRE: HECTOR HUENULEF NGUTAMCHEFE	LUGAR : MAYTE BAJO
NOMBRE: TERESA QUILACAN LLANCAFILO	LUGAR : MAYTE BAJO
NOMBRE: ISABEL MANQUILEF LEFINIR MEDICINA COMPLEMENTARIA	LUGAR : CURARREHUE
NOMBRE : JUANITO RIQUELME MARIQUEO MACHI	LUGAR CURARREHUE
NOMBRE : VIRGINIA LICAN QUINTONAHUEL LAWENTUCHEFE	LUGAR CURARREHUE
NOMBRE : ISABEL LONCOPAN MARILLANCA LAWENTUCHEFE Y PEWMAFE	LUGAR MAICHIN LLAFA
NOMBRE : RUBEN ANCAMIL PADILLA NGUTAMCHEFE	LUGAR : MAICHIN BAJO
NOMBRE : KATARINA MINKY TERAPIA COMPLEMENTARIA	LUGAR : MAICHIN BAJO
NOMBRE : TERESA GUTIERREZ CASTILLO	LUGAR : HUITRACO
NOMBRE : REGINA CARINAO AVILA LAWENTUCHEFE	LUGAR : REIGOLIL

6. Distribución de la población por rangos etarios

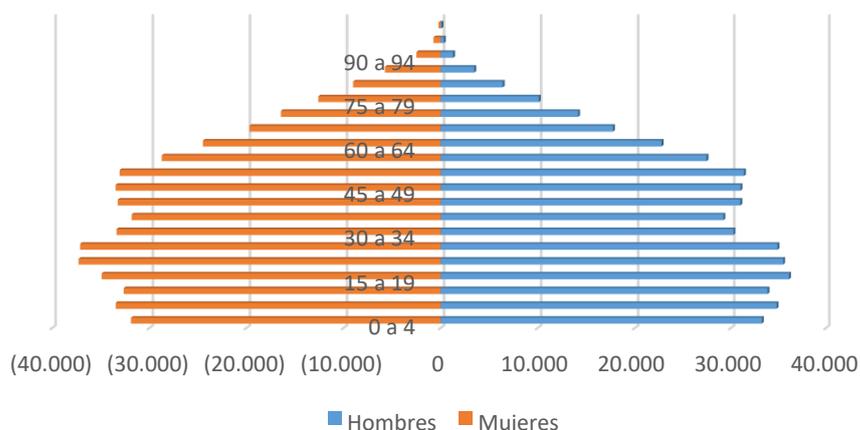
En términos de estructura etaria de la población, en general la comuna muestra una mayor cantidad de población menor de 15 años que el nivel regional y nacional, en el rango entre 15 y 65 años Curarrehue tiene un menor porcentaje que el nivel Regional y Nacional, y finalmente la población mayor a 65 años se encuentra con cifras muy similares a la Región de la Araucanía y menor que el promedio del País.

En la pirámide de la comuna de Curarrehue, se observa una disminución de la población masculina a partir de los 35 y a los 44 años, lo que se podría deber a la migración hacia otras ciudades con la esperanza de encontrar mejores alternativas laborales.

Pirámide Poblacional Curarrehue 2017



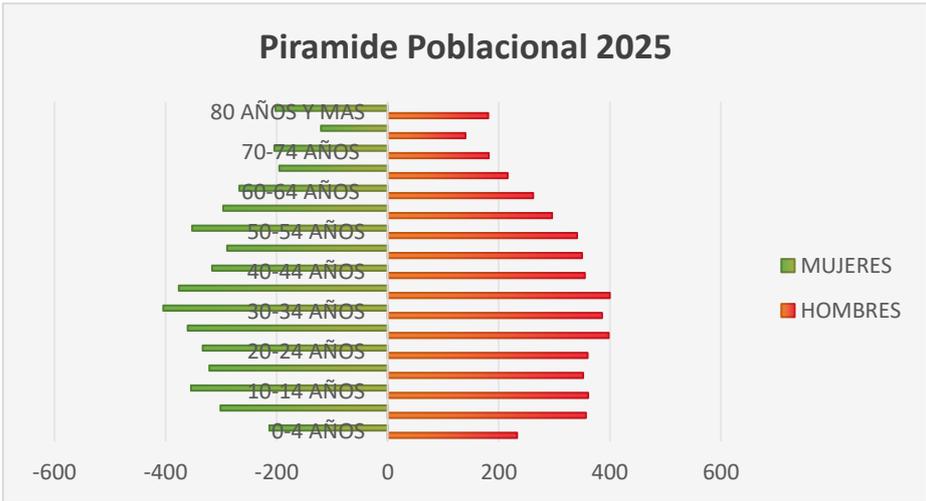
Pirámide Poblacional Regional 2017



Fuente: CENSO 2017



Fuente: CENSO 2017



Fuente: FONASA

7. Distribución de la población por centros de salud

CORTE	Nombre Establecimiento	Total Preliminar	%
30-09-2024	Curarrehue	6.149	61.04 %
	PSR Maite	543	5.39
	PSR Reigolil (incluye EMR Flor del Valle)	734	7.37
	PSR Quiñenahuín	343	3.40
	PSR Epeukura	406	4.03
	PSR Caren-Trancura	349	3.46
	PSR Catripulli	1.549	15.37
TOTAL COMUNAL 2023		10.073	

Fuente: FONASA

Esta Tabla corresponde a la última validación FONASA para 2025 de la población inscrita comunal.

Para el Departamento de Salud, ésta es la población con la que trabajamos más cercana a nuestra realidad. Mucho más que la población censal. Sobresale que la Población Urbana y Periurbana, alcanza el 61:04%. Esto incluye la ciudad de Curarrehue y varios subsectores Peri-urbanos, que aun así alcanza importante Ruralidad: Huincapalihue, Maichin Llafa, Los Sauces, Angostura, Puala, Panqui, Huitraco, Puente Basas Grande. Estos sub sectores llegan hasta 10 Km. Del Cesfam Curarrehue. Los habitantes cuentan con Movilización o bus Comunitaria en algunos sectores, movilización privada, taxis-colectivos o a pie.

Los habitantes que residen en la ciudad de Curarrehue, alcanzan a aproximadamente 5000 residentes.

Respecto de los sectores donde se emplazan las Postas Rurales, alcanza un 40 %. En estos lugares, se evidencia migración hacia centros urbanos más importantes, especialmente por estudios y mano de obra. La comuna no dispone de muchas ofertas Laborales.

Se ha evidenciado a través de los últimos años, un aumento de la población inscrita percapita, lo que ha sido notorio en periodo de pandemia. Años 2021, 2022, 2023, la población inscrita validada FONASA aumentó a razón de 400 Usuarios por año. El año 2024 a 2025, disminuyó.

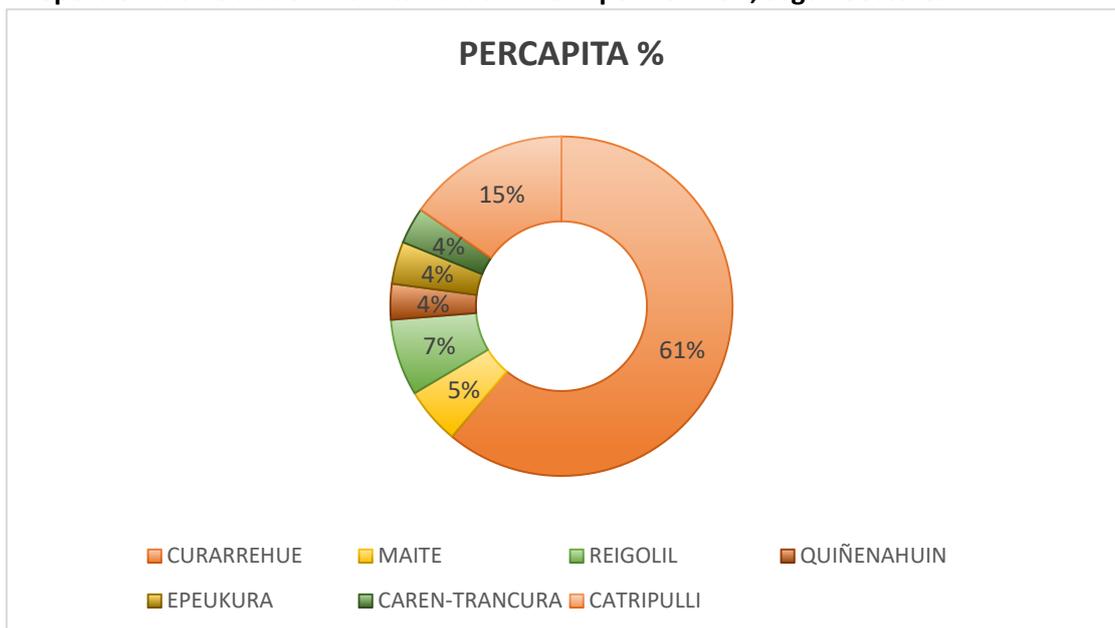
La Población en una comuna Rural (72%) de Ruralidad, gran dispersión, la Población se concentra en su mayor proporción en sector Rural, puesto que a la Población que se atiende en Postas Rurales hay que adicionar la Población que se atiende en el CESFAM de

Curarrehue, pero, pertenece a los sectores Periurbanos, que finalmente son Rurales. Alcanzando entre todos aproximadamente un 60%.

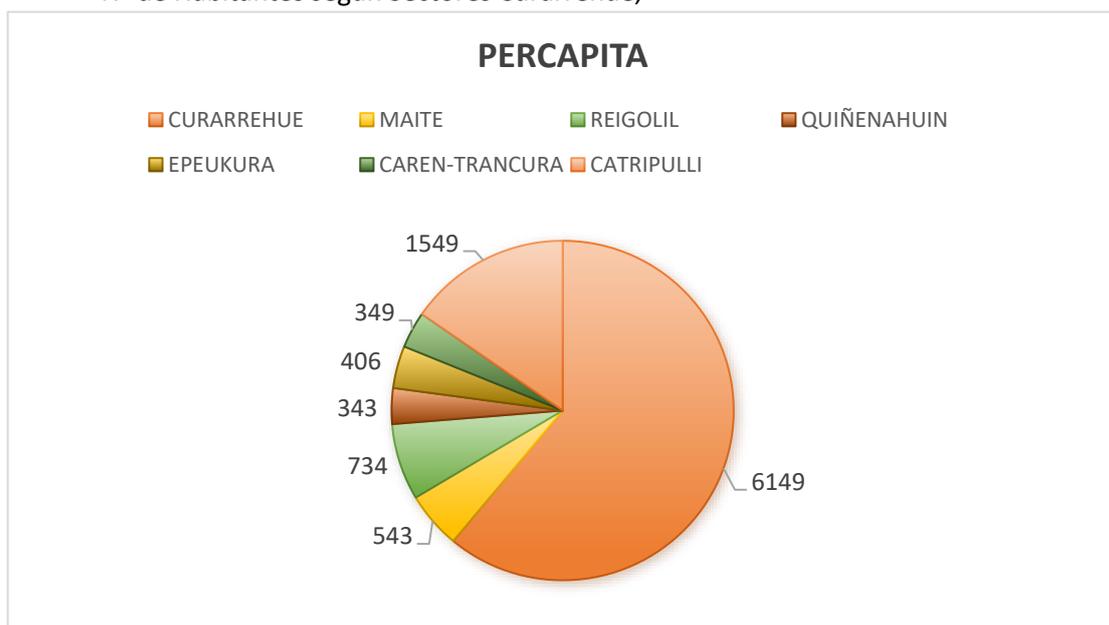
Así mismo, han llegado nuevos residentes a la Comuna, como se mencionaba en periodos de pandemia especialmente. La mayor proporción se ha ubicado en los sectores periurbanos, donde se puede adquirir parcelas en propiedad de colonos. Los sectores rurales donde se emplazan las Postas Rurales, son mayoritariamente terrenos de propiedad Mapuche.

Respecto de proyectos Inmobiliarios en la comuna, no se han producido últimamente, hay proyectos de villas pero la mayoría paralizados por el tema de factibilidad de agua potable.

Proporción de Población Inscrita validada 2024 por FONASA, según Sectores



N° de Habitantes según Sectores Curarrehue,



Población Inscrita FONASA 2024

En síntesis ha aumentado la Población a cargo, de todo el ciclo vital en cuanto a grupo etario, habiendo incrementado notoriamente en el proceso de la pandemia, localizándose de preferencia en sectores urbanos y periurbanos de la comuna. La distribución de pueblos originarios en la comuna está dada en toda la comuna, siendo un territorio preferentemente Mapuche, sin embargo, el sector Pewuenche es el más alto. La población joven emigra a ciudades más grandes en busca de oferta laboral. La población Adulta Mayor se incrementa, como así también, población adulta mayor sola.



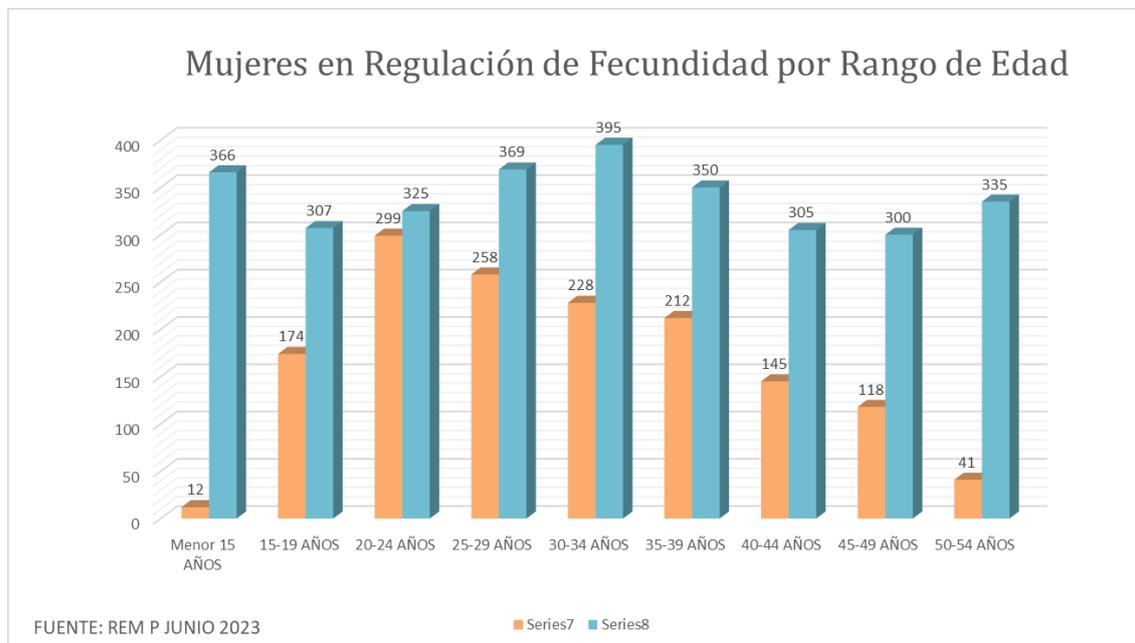
Fuente: FONASA

DISTRIBUCION DE LA POBLACION			
	Hombres	Mujeres	Total
URBANA	1.112	1.164	2.276
RURAL	2.709	2.504	5.213

Fuente: CENSO 2017

B) DINAMICA DE LA POBLACION

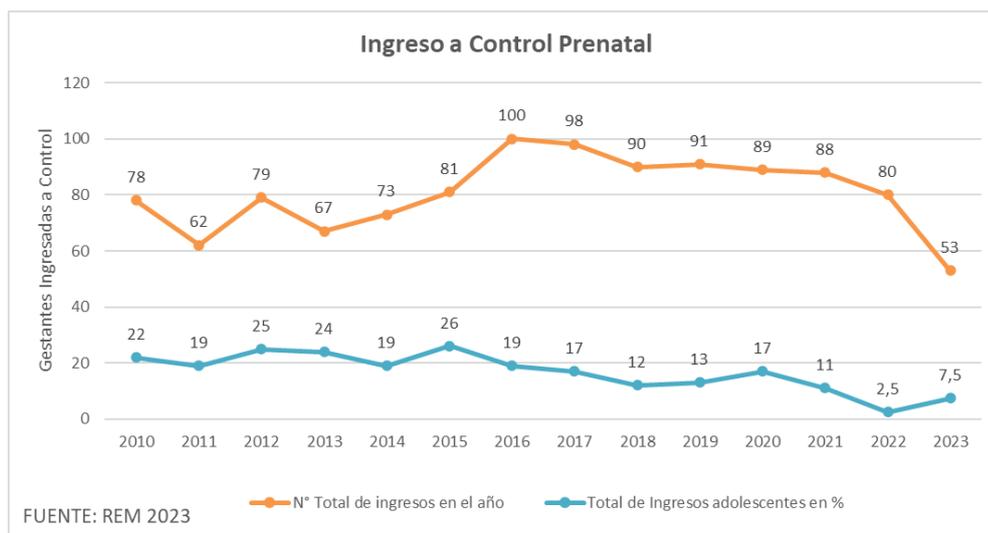
1. Fecundidad



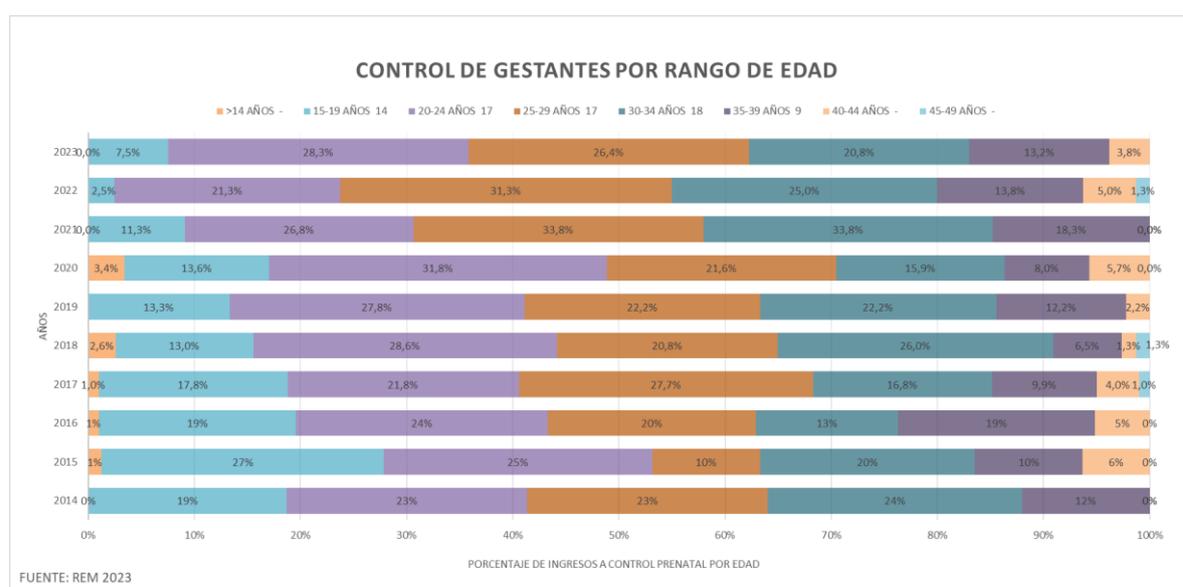
Con relación a la fecundidad tenemos que, el 56% (2686) de las mujeres inscritas están en edad fértil, de estas el 63.5 % (1492) se encuentran bajo control de regulación de fecundidad con los diferentes métodos anticonceptivos disponibles.

Se puede destacar el alto porcentaje de mujeres adolescentes en control, cuyo porcentaje alcanza el 56.7% (174) de la población inscrita en dicho rango.

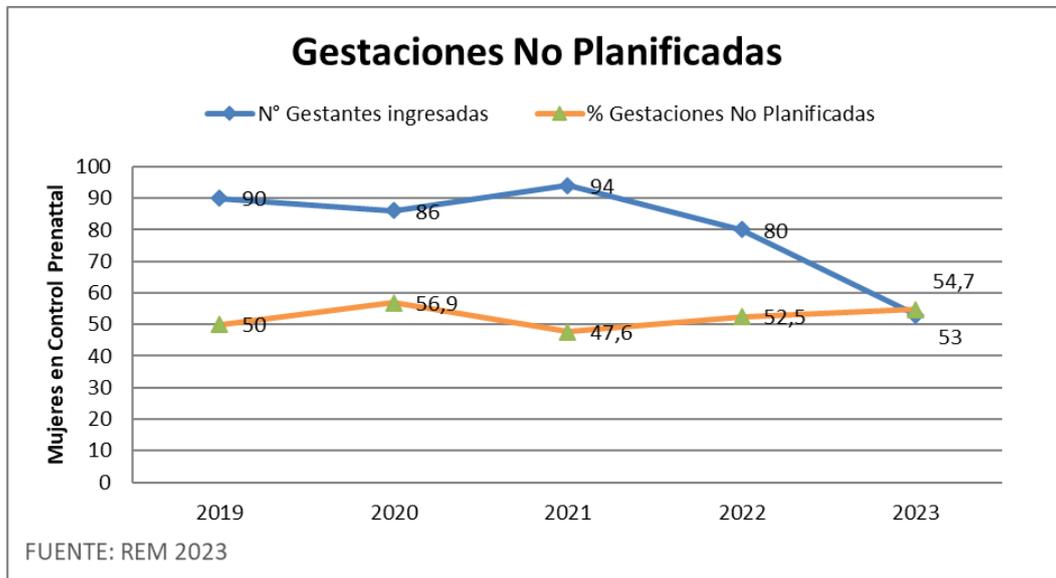
Considerando la entrega de anticoncepción de emergencia, la entrega se realiza al 100% de las y los usuarios que la solicita, independientemente de la edad, la vía de ingreso, inscripción y/o previsión de salud.



En el Grafico de Ingreso a Control Prenatal se puede observar que se ha ido disminuyendo a lo largo de los últimos 7 años, dicho cambio se puede deber al aumento de horas y por consiguiente al acceso a los métodos anticonceptivos disponibles. En lo que respecta a la gestación adolescente se ven cifras menores al año 2016 presumiblemente debido al aumento en las horas disponibles como también a las intervenciones en los colegios, en el año 2020 se observa aumento posiblemente debido a las faltas de horas para las atenciones en regulación de fecundidad ya que se priorizó la atención a gestantes y recién nacidos en domicilio durante la pandemia, mas en el último año hay una disminución nuevamente debido a la normalización de las atenciones así como también a la implementación del Programa Espacios Amigables, cabe destacar que las adolescentes gestantes corresponden el último año a adolescentes tardías (18 y 19 años).



En este gráfico podemos apreciar los ingresos de control prenatal según rango de edades, lo que destaca además de la disminución de las gestaciones adolescentes, es la disminución de las mujeres mayores de 40 años lo que es positivo ya que a mayor edad aumentan los riesgos durante la gestación tanto para la madre como para el recién nacido.



El control pregestacional es una prestación poco conocida en la población en general lo que causa que las usuarias lleguen a su primer control de su gestación sin un estudio previos para la pesquisa, tratamiento y/o compensación de patologías de base, esta misma problemática aqueja a las usuarias que presentan una gestación no planificada ya que impacta de forma negativa a la salud física y psicosocial de ella y su entorno.

En el gráfico se puede apreciar un aumento de las gestaciones no planificadas posiblemente dado por la disminución de la oferta de horas matrona durante los momentos más críticos de la pandemia, para luego tener una disminución durante el 2021 lo que podría verse relacionado a la vuelta a la normalidad de las atenciones por parte de la profesional matrona, pero tendiendo nuevamente a un alza debido al aumento de las usuarias inscritas y la oferta de hora que se ha mantenido lo que disminuye el acceso a las diferentes prestaciones.



2. Morbilidad

Respecto a la tasa de mortalidad de nuestra comuna, se analizó la base de datos DEIS Minsal, en el periodo comprendido años 2016-2020

Curarrehue, presenta una tasa de mortalidad general del 2020 en disminución respecto a los años anteriores, siendo este año menor la tasa de mortalidad respecto a nivel país y regional, distinto a los visto a los periodos anteriores que era una situación opuesta; men el último año hubo una reducción de 2 muertes por 1.000 habitantes, equivalente a un 25 % de reducción de la mortalidad, tal cual como lo vemos en la Tabla 1.

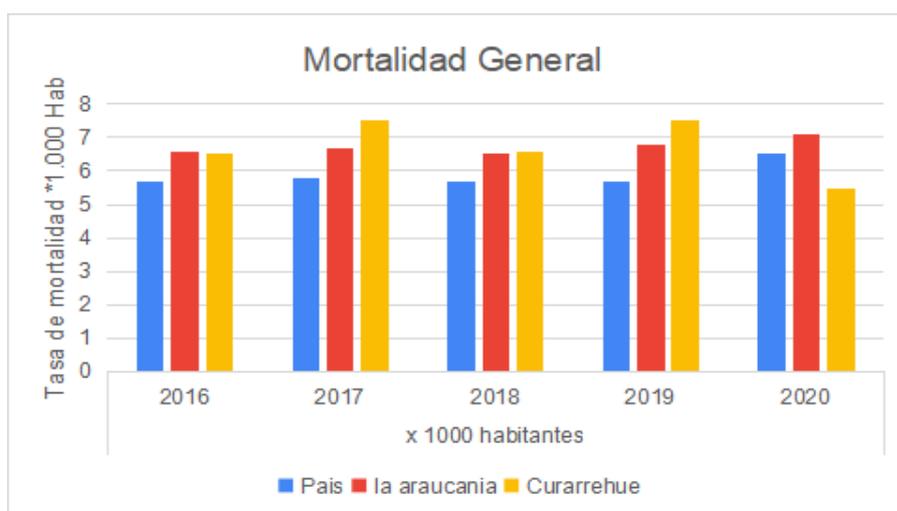


Tabla 1

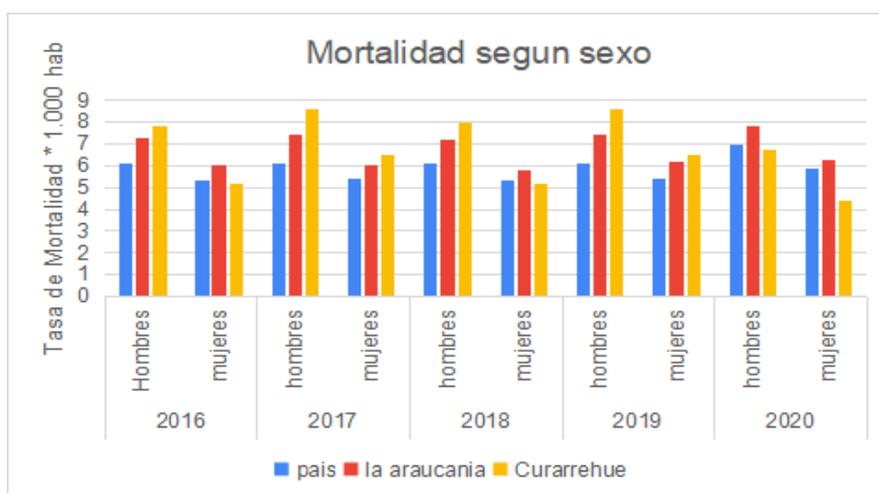
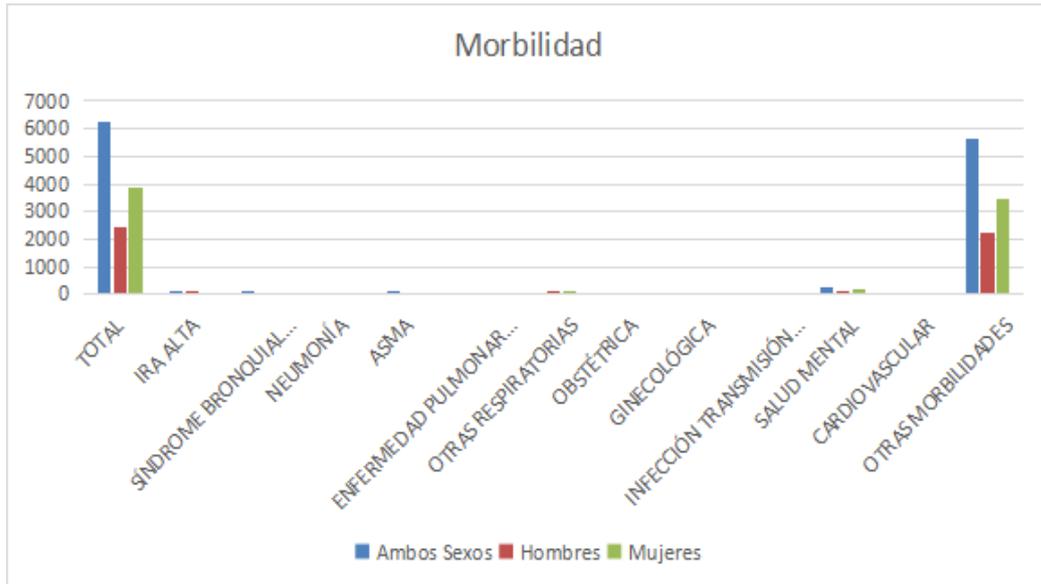


Tabla 2

Respecto a la tabla N°2, podemos ver que independiente del año en cuestión, comuna, región y nivel país, la mortalidad en hombres es mayor a la de mujeres. En ambos grupos hay una reducción en la mortalidad respecto a años anteriores.



Según el registro estadístico año 2022, el mayor motivo de consulta en morbilidad son otras morbilidades, seguido por consultas de salud mental e IRA alta, siendo otras morbilidades un 90% de las consultas, de éstas , un 61% de las consultantes son mujeres.

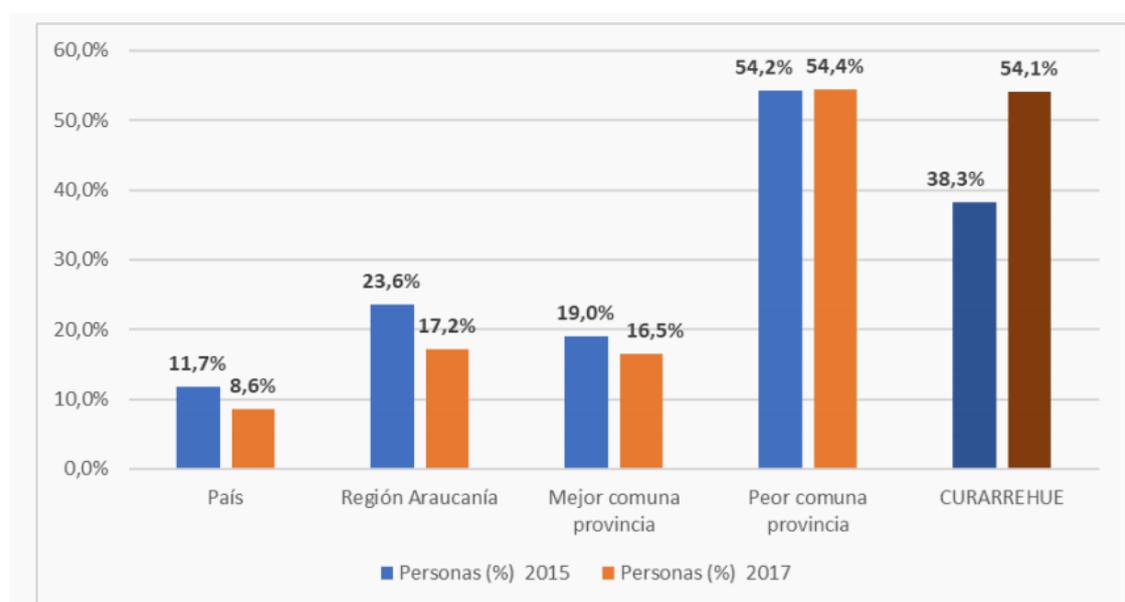
C) COMPONENTE SOCIOECONÓMICO:

1. Indicadores básicos y estimación

Desde el año 1990, en Chile se ha utilizado una metodología de medición de pobreza por ingresos o indirecta, mediante la encuesta CASEN. Esta metodología establece límites que permiten distinguir entre quiénes se encuentran en situación de pobreza o pobreza extrema y quiénes no lo están, y define como "pobres" a aquellas personas que pertenecen a hogares cuyo ingreso per cápita, en un período determinado, es inferior al valor de la línea de pobreza. La línea de pobreza es el equivalente monetario del costo de una canasta básica de bienes y servicios

Con respecto a la pobreza medida solamente por ingresos, la proporción de personas en situación de pobreza de la comuna disminuyó, de un 26,3% en el año 2015 a un 22,8% en el año 2017; mientras que al analizar la pobreza multidimensional situación de pobreza de la comuna aumentó de un 38,3% en el año 2015 a un 54,4% en el año 2017.

2. Proporción de población en situación de pobreza (multidimensional) por comuna



Fuente: Perfil Socio Demográfico y Sanitario Comuna de Curarrehue - Servicio Salud Araucanía Sur

3. Estimación de Tasa de Pobreza en comuna de Curarrehue.

Comuna	Número de personas en situación de pobreza por ingresos	Porcentaje de personas en situación de pobreza por ingresos 2017	Límite inferior	Límite superior	Metodología de Estimación
Curarrehue	1.809	22,8%	17,0%	28,6%	SAE

4. Estimación de Tasa de Pobreza Multidimensional en comuna de Curarrehue.

Comuna	Número de personas en situación de pobreza multidimensional	Porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional 2017	Límite inferior	Límite superior	Metodología de Estimación
Curarrehue	4.072	54,1%	48,7%	64,0%	SAE

Posteriormente, se presenta el número de hogares en tramo 40% de calificación socioeconómica a agosto de 2020 en la comuna de Curarrehue, número de hogares con jefa de hogar mujer y número de hogares con jefatura de hogar adulto mayor a septiembre de 2020.

5. N° de hogares en tramo 40 de calificación socioeconómica a agosto de 2020 en la comuna de Curarrehue

Comuna	N° de hogares en tramo 40 de calificación socio económica	Total de hogares con RSH
Curarrehue	3.318	4.199

6. N° de hogares con jefa de hogar mujer y N° de hogares con jefatura de hogar adulto mayor a septiembre de 2020

Comuna	N° de hogares con jefa de hogar mujer	N° de hogares con jefatura de hogar adulto mayor	Total de hogares con RSH
Curarrehue	1.930	1246	4.239

Se evidencia en el territorio un alto número de personas y hogares tanto en situación de pobreza como pobreza multidimensional. Sumado a esto se identifica que del total de hogares de la comuna un porcentaje alto presenta jefatura de hogar femenina y jefatura de hogar con adulto mayor, 46% y 29% respectivamente, lo cual refleja condiciones de gran vulnerabilidad en esta población en particular.

INDICADORES SOCIO ECONOMICOS:

Tabla2:

En el concierto Regional, la comuna de Curarrehue, se encuentra entre las 5 con mayores índices de pobreza, con un 54.11%, lo que representa el 4to lugar a nivel Regional y, el noveno puesto nacional, según el censo de 2017. Esto implica que en los Niveles de Vida, como Educación, Trabajo, Salud, Remuneraciones, Deportes, Vivienda, Esparcimiento, se encuentra con Indicadores bajos repercutiendo en la calidad de vida de su población, en las dificultades de acceso, en la inequidad, en la resolutividad, en su Bienestar en general.

Las oportunidades de alcanzar mejores niveles en su calidad de vida, se ven mermados por las grandes brechas que presenta. Estos se convierten en desigualdades en las condiciones socio económicas, y se diferencia de las comunas vecinas, cuya calidad de vida es considerablemente más alta, en términos de Indicadores y oportunidades.

Los ingresos son inferiores a los establecidos para satisfacer las necesidades básicas de la población.

La calidad de las Viviendas también es precaria, especialmente en protección ambiental y, urbanización, de tal manera, que incide en la Salud de las Personas, especialmente de Niños y Adultos Mayores, acentuándose frente a Usuarios con problemas respiratorios.

La pobreza Multidimensional , identifica múltiples carencias a nivel de los hogares, y las personas, destacándose en el ámbito de Salud, considerando que además, este Departamento, es el único Sistema de Salud para la comuna, no existiendo Hospital.

Además, se vincula a hogares y Familias con menores servicios Básicos, que para el año 2020 en la comuna, correspondió a un promedio de 48% de la población.

D) COMPONENTE AMBIENTAL:

Existen diversas acciones a desarrollar en forma intersectorial en el tema ambiental relacionadas principalmente con el manejo de residuos domiciliarios y la escasez hídrica.

Estas actividades se están coordinando a través de la mesa medioambiental que funciona al alero de la Unidad de Medioambiente de la Municipalidad y en la cual el Departamento de Salud se encuentra inserto.

1. Residuos

Existe una planificación general impulsada por esa Mesa Intersectorial, dentro de la cual el Departamento ha comprometido recursos humanos y financieros para el abordaje de la reducción de la cantidad de residuos domiciliarios con énfasis en la promoción de reciclaje en las familias de las áreas de influencia de Cesfam y Postas Rurales acompañando a la comunidad en la organización y puesta en marcha de puntos limpios instalados mediante un proyecto municipal

A continuación se presenta la planificación general

O.E. 1 y 2	Reconocimiento del territorio	Forjar Redes	Presentación línea de trabajo con co-dependencias municipales (UDEL, DAEM, RSD, ALDEA, TURISMO, CASA DE LA FAMILIA, SALUD, DEPORTES).
			Coordinar Casa de la Familia instancia socialización con O.F. y O.T. vigentes que son parte de los programas municipales. Sondeo potenciales proyectos de programas pilotos de reciclaje.
			Superposición y extracto resultados de expectativas comunes del proceso de socialización, en líneas de trabajo medioambientales posibles de abordar en el corto y mediano plazo, con centro en la gestión de RSD
	Evaluación de la Realidad Ambiental de la Comuna (I)	Catastrar problemas ambientales de la comuna y oportunidades para desarrollo de Programas pilotos de Reciclaje	Coordinar reunión con UDEL, DAEM, Casa de la Familia, Consejo Consultivo de la Salud, Aldea, Turismo, Deportes , designación delegados de trabajo.
			Realizar formulario catastro problemas ambientales con delegados de trabajo, en escala de cuencas hidrográficas. Incluir potenciales proyectos piloto de reciclaje en base a sondeo previo
			Reuniones con Delegados de Trabajo, socialización del Formulario , que serán trabajado con sus respectivos usuarios según la naturaleza de sus programas con fijan plazos de entrega.
			Reunión con delegados de trabajo, recepción y análisis de Formularios completos (taller).
			Borrador espacialización problemas ambientales (mapa)
			Trabajo gabinete, proceso y depuración info recopilada, según escalas de trabajo.
			Validación delegados de trabajo y en sus respectivos programas mapa de problemas ambientales depurado. Convocatoria en prensa a la comunidad para que presenten sus observaciones.
			Rectificación mapa con observaciones. Informe final, socialización ante Concejo Municipal.
Socialización abierta principales resultados en página web municipal y medios de difusión en convenio.			
Contacto con Universidades en Convenio para potenciales trabajos de estudio en los problemas detectados.			
Análisis principales resultados con SECPLAC para propuesta actualización de PLADECO			
O.E.1	Celebración día Nacional del Reciclaje	Planificación actividad limpieza del espacio con el encargado de Residuos y Medioambiente/ DAEM, SALUD (Aldea, Turismo si es factible)	
Material de Difusión (afiches publicitarios, anuncios en RRSS, TV y Radio).(programa comunicacional)			
Invitaciones establecimientos educacionales activos en procesos de reciclaje, O. Territoriales y prensa en convenio con la municipalidad.			
Lanzamiento actividad.			

Evaluación de la Realidad Ambiental de la Comuna (II), enfoque RSD	Catastrar necesidades en sistema de gestión de RSD actual, matriz de demanda, otros, con apoyo de profesional área de sistemas, según antecedentes del encargado de RSD y Medioambiente.
	Evaluación de alternativas de disposición final de RSD para la fracción no reciclable de la comuna, junto a la unidad encargada de la operación, Encargada Ambiental, Alcaldía, finanzas, Control, UDEL, SECPLA, OBRAS.
	Establecer lineamientos de una Estrategia Local de minimización y reciclaje hacia la filosofía "Basura 0" para ser presentados como aporte al Plan Operativo Anual del área Residuos, articulación con programas y unidades municipales existentes.

Creación del Plan de Educación Ambiental	Ciclo de Educación Ambiental: Definición público objetivo, metodología (Entrevista DAEM, ALDEA, SALUD, UDEL, TURISMO, DEPORTES, incluir establecimientos no municipales. Síntesis de resultados.)
	Estructura del plan: Ejes Reciclaje, RSD, cuidado del medioambiente. Inicio Edam no Formal.
	Dar a conocer el Plan Educación Ambiental Comunal en el Municipio (Pilotos, Marcha Blanca).
	Ejecución Marcha Blanca del Plan de Educación Ambiental (no formal) Comunal (Charlas, capacitaciones, actividades recreativas).
	Informe Nuevo Plan de Educación Ambiental Comunal (Base de EDAM no Formal, lineamientos de EDAM Formal).
Celebración Día Nacional del Medioambiente	Planificación actividad limpieza del espacio/ actividad cultural/otro (según cond. Climática). URSD y DAEM, TURISMO, SALUD, UDEL, DEPORTES, otros...

2. Agua

Respecto de la temática del abastecimiento de agua y cambio climático se ha verificado ciclos de escasez a nivel comunal que han significado un severo estrés para las familias y para la municipalidad en términos económicos. En la actualidad existe un amplio plan que se está ejecutando a nivel comunal para dotar de agua a familias a través de Comités de Agua Potable Rural en diferentes sectores lo que se sumará a la cobertura de agua potable ya existente en los sectores de la cuenca del Maichín.

Comité APR	Sector	Número de familias
APR Curarrehue	Desde Puesto a Angostura	1123
APR Catripulli	Toda la cuenca de Cabedaña	540
APR Puente Basa Grande	Quilonco, Huincapalihue, Huirilil, Agus Blancas, Maite, Rilul, Maite Alto, Puente basa Grande	393

3. Zoonosis

Las actividades que se realizan en esta área, están básicamente circunscritas a cada Posta Rural, donde el Técnico Paramédico realiza un trabajo de difusión y educación comunitaria, en alianza con el Departamento de Educación Municipal y sus escuelas en los diferentes sectores.



E) Componente Participativo:

Durante el año 2024 se realizó con la comunidad la actualización del diagnóstico Participativo, el que arrojó lo siguiente:

El Diagnóstico Participativo de Salud 2024 fue ejecutado por el Antropólogo Giles Castel y la Socióloga Leyla Azar, dichos profesionales fueron quienes estuvieron a cargo de todo el proceso metodológico. Sin embargo, desde el área de Salud, distintos profesionales estuvieron presentes en dicho proceso, complementando y colaborando de distintas maneras en la entrega de información sobre el funcionamiento actual del CESFAM y Departamento de Salud Municipal de Curarrehue, entre estas; los horarios de atención, servicios y prestaciones que se entregan, a nivel rural y urbano.

Respecto al proceso metodológico, cabe mencionar que dicho diagnóstico se desarrolló en tres sectores de la comuna: sector Pewenche (localidades incluidas: Quiñenahuin, Maite, Epeukura, Reigolil y Flor del Valle), sector Mawidanche (localidades incluidas: Catripulli, Caren y Puesco), y sector Nagche (localidades incluidas: Curarrehue Urbano, Puala, Los Sauces, Maichin, Huitraco y Trancura). En los tres sectores se realizó la misma dinámica de trabajo, iniciando con una breve intervención en la cual se entrega información clave a la comunidad, en donde como ya se mencionó participa el personal de salud, exponiendo brevemente información sobre los servicios y prestaciones vigentes del Cesfam y Postas de Salud Rural.

Posterior a ello se informa a la comunidad que dicha actividad a la cual se les convocó, "Diagnóstico", se realiza con la finalidad de conocer, observar, analizar e interpretar las distintas necesidades que se presentan en la comuna. Es por ello que esta intervención de Diagnóstico se lleva a cabo en tres sectores; Pehuenche, Mawidanche y Nagche, de manera táctica y sistemática. A fin de abordar la mayor cantidad de información, desde estas tres perspectivas, uniendo la población rural y la urbana.

Luego se explica la dinámica de trabajo que se utilizará; la cual fue una lluvia de ideas, para ésta se solicita contar con un secretario/a quien estará encargado de anotar en un papelógrafo todas las ideas que surjan durante el proceso. Los monitores Giles y Leyla guían la actividad realizando preguntas tales como; ¿Qué problemáticas sociales identifican en la comuna y el sector en donde viven?, ¿Cuáles se han mantenido en el tiempo?, ¿Qué se podría hacer para conseguir soluciones? Los participantes comparten sus distintas opiniones, molestias o críticas, y experiencias a las que se han tenido que enfrentar a lo largo del tiempo, comentando como estas problemáticas afectan en su vida cotidiana y en el

desarrollo positivo de la comuna. Finalmente, de llevan a cabo las ultimas opiniones sobre lo conversado y se da cierre a la actividad.

Por último, se le informa a la comunidad la fecha y el lugar en donde se realizará la devolución de los resultados del Diagnóstico Participativo de Salud 2024.

Participantes de Diagnóstico del equipo de Salud:

Sector Pehuenche:

- Juana Reyes Carinao, Tens DSM Curarrehue
- Javier Carrasco Quijada, Enfermero DSM Curarrehue
- Leticia Jiménez, Tens Posta Quiñanehuin
- Juan González, Tens Posta Quiñanehuin
- María José Ibacache Silva, Trabajadora Social DSM Curarrehue

Sector Mawidanche:

- Jorge Albornoz López, Psicólogo DSM Curarrehue
- Catherine León, Odontóloga DSM Curarrehue
- Romina Mariguin, Trabajadora Social DSM Curarrehue
- Karla Álvarez, Psicóloga DSM Curarrehue
- Yohana Paise, Psicóloga DSM Curarrehue
- Iris Leal, Kinesióloga DSM Curarrehue
- Víctor Catrileo, Tens Posta Catripulli
- María José Ibacache Silva, Trabajadora Social DSM Curarrehue

Sector Nagche

- José Vargas Uribe, Medico DSM Curarrehue
- Nadia Gallardo, Kinesióloga DSM Curarrehue
- Gloria Bustos Faure, Directora DSM Curarrehue
- Mónica Contreras, Odontóloga DSM Curarrehue
- Jorge Albornoz López, Psicólogo DSM Curarrehue
- María José Ibacache Silva, Trabajadora Social DSM Curarrehue

Participantes de Diagnóstico de la Comunidad:

- Patricia Salazar
- Teresa Quilacan
- José Aillapan
- Custodio Salazar
- Robinson Llancafilo
- Juan Colpihueque
- Leoncio Llancafilo
- Prisila Neculpan
- Pablo Neculpan
- Jorge Jiménez
- Vicente Muñoz
- Rayen Collinao
- Jaime Catricheo
- Marcela Pradena
- Jessica Ramírez
- María Ramírez
- Lucia Fernández
- Beatriz Carinao
- Sirio Ramírez
- Juanita Care
- Fernanda Zenteno
- Matías Aravena
- Jaime Cid
- Nadia Coñoequir
- Luz Muñoz
- Sandra Rodríguez

A partir de la información proporcionada en las matrices de diagnóstico de los sectores Quiñenahuin, Mawidache y Nagche, se pueden identificar diversas problemáticas y oportunidades en el ámbito de la salud comunitaria.

PROBLEMÁTICAS

La comuna de Curarrehue enfrenta varias problemáticas que afectan a la comunidad y su desarrollo. Entre ellas, se destaca la **desinformación**, que se manifiesta en una deficiente comunicación entre la comunidad y la institución, dificultando la transmisión de información relevante y la participación ciudadana. Además, el **individualismo** es una preocupación, ya que se observa un bajo involucramiento de la sociedad en temas de problemáticas comunitarias, lo que limita la cooperación y la acción colectiva para resolver problemas comunes.

Otra problemática es la **falta de espacios de reflexión y convivencia comunitaria**, lo que restringe las oportunidades para que la comunidad dialogue, reflexione, y fortalezca lazos sociales. Finalmente, la **desigualdad socio-territorial** es un reto significativo debido a la infraestructura deficiente, la falta de especialidades en servicios, las grandes distancias y la baja cobertura, lo que genera una disparidad en el acceso a oportunidades y servicios básicos.

OPORTUNIDADES

A pesar de las problemáticas mencionadas, Curarrehue también cuenta con importantes oportunidades para mejorar la calidad de vida de sus habitantes. Una de las principales oportunidades es **mejorar y fortalecer los canales de comunicación entre CESFAM (Centro de Salud Familiar) y la comunidad**, lo que permitiría una mejor coordinación y un flujo de información más eficiente. Además, existe la posibilidad de **fomentar espacios seguros de diálogo y reflexión comunitaria**, lo cual fortalecería la cohesión social y permitiría abordar problemas comunes de manera colaborativa.

Otra oportunidad radica en **fortalecer el trabajo intersectorial**, integrando diferentes sectores y actores en la formulación y ejecución de políticas públicas. Finalmente, es fundamental **promover políticas con enfoque local y pertinencia territorial**, que consideren las particularidades de la comuna y aseguren que las soluciones sean adecuadas para su contexto específico. Estas acciones pueden contribuir a un desarrollo más equitativo y sostenible para la comunidad de Curarrehue.

El diagnóstico participativo realizado en Curarrehue ha evidenciado múltiples desafíos para la comunidad en términos de salud, especialmente en relación con el acceso a servicios, la integración de la medicina tradicional y los efectos del aislamiento geográfico. Sin embargo, también se han identificado importantes oportunidades para fortalecer la salud comunitaria, como el desarrollo de redes locales y la mejora en la comunicación entre los centros de salud y la **comunidad**.

Para mejorar la calidad de vida de los habitantes de Curarrehue, es esencial promover una mayor participación ciudadana, integrar la medicina intercultural y abordar de manera efectiva las problemáticas relacionadas con la salud mental y las enfermedades crónicas. De esta manera, se puede avanzar hacia un modelo de salud que responda de manera adecuada a las características territoriales, sociales y culturales de la comuna, garantizando un bienestar integral y sostenible.

Para mejorar la salud en Curarrehue, es fundamental fortalecer las redes comunitarias y la participación activa de los habitantes en el diseño y la implementación de estrategias de salud. Solo con una respuesta integral que incluya a las comunidades, se podrán abordar las profundas desigualdades en salud que afectan a esta comuna rural.

Recomendaciones para el Fortalecimiento de la Salud Comunitaria:

1. **Fortalecer las redes comunitarias:** Promover la formación y el fortalecimiento de comités de salud en las comunidades rurales, asegurando que cuenten con recursos y apoyo técnico.
2. **Implementar programas de salud mental comunitaria:** Capacitar a los líderes comunitarios y a los profesionales de la salud local en la identificación y manejo de problemas de salud mental, especialmente en un contexto post-pandemia.
3. **Fomentar la salud intercultural:** Integrar más profundamente la medicina tradicional mapuche en los programas de salud, respetando las prácticas y conocimientos ancestrales de la comunidad.
4. **Desarrollar programas de educación en salud comunitaria:** Crear campañas de promoción de hábitos saludables, que involucren a las escuelas y organizaciones comunitarias, para prevenir enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión.
5. **Aumentar la participación en la toma de decisiones:** Involucrar a las comunidades en la planificación y gestión de los servicios de salud, asegurando que las políticas reflejen las necesidades locales y culturales.

El Departamento de Salud de Curarrehue, trabaja y participa de manera conjunta con los Comités de Salud de los sectores Carén, Catripulli, Maíte Centro, Maíte Alto, Quiñenahuin, Epeukura, Reigolil, Flor del Valle y Consejo consultivo de Salud de Curarrehue. Estos comités cuentan con personalidad jurídica y realizan sesiones de manera regular en sus sedes.

De manera mensual tanto Dirigentes, sus Asociaciones y el Departamento de Salud, desarrollan actividades de participación ciudadana, comunitaria, reuniones y camaradería, en el marco del Modelo de Salud Familiar e Intercultural.

Analizado el Diagnóstico, los participantes expresaron problemáticas de comunicación, información, problemas de infraestructura, entre otros.

En este sentido se analizan las principales demandas ingresadas a la OIRS, estas se socializan con los funcionarios en Reuniones Técnicas y mensuales como también con la Comunidad en Consejo de desarrollo local

TABLA DE REGISTRO DE RECLAMOS, SUGERENCIAS, FELICITACIONES Y CONSULTAS DE ENERO A DICIEMBRE 2024 (OIRS)

MES	RECLAMOS	SUGERENCIAS	FELICITACIONES	SOLICITUDES
ENERO	3	0	5	0
FEBRERO	5	0	4	0
MARZO	4	0	1	0
ABRIL	4	0	1	1
MAYO	4	1	0	0
JUNIO	0	0	1	0
JULIO	2	0	1	0
AGOSTO	2	1	1	0
SEPTIEMBRE	2	0	0	0
OCTUBRE	2	0	8	0
NOVIEMBRE	0	0	1	0
DICIEMBRE	3	2	4	0
TOTAL	31	4	27	1

DESCRIPCION DE LA TABLA:

El análisis de la tabla nos permite observar que existen 31 reclamos el año 2024, de éstos 14 corresponden a la variable Tiempo de Espera.

En segundo lugar, es de la variable Trato con 4 reclamos de Usuarios, principalmente a los Profesionales y de la variable Competencia Técnica.

En la variable de Probidad Administrativa, se presentan 2 reclamos

El resto de los Reclamos son relacionados a las Condiciones Inadecuadas de Infraestructura y Servicios Básicos, como la falta de calefacción, condiciones de los servicios higiénicos.

Existe un numero importante de Felicitaciones, si lo comparamos con los reclamos, en total 27 felicitaciones, principalmente es el Reconocimiento a Funcionarios del Servicio de Unidad de Urgencia y Postas Rurales.

Llama la atención que estas Felicitaciones se presentan en los meses de verano, principalmente de Usuarios que están de paso. Se pudiera estimar que los ciudadanos de otras regiones y comunas, tienen mayor parámetro de comparación y han valorado los menores tiempos de espera y la gentileza.

El mes de octubre también un numero importante de Felicitaciones, que se puede haber dado por ser un periodo pre elecciones Municipales.

En general, los temas que se derivan de la oficina de OIRS, se revisan permanentemente con los Funcionarios, en reuniones mensuales y Técnicas. Así mismo, se intenciona bastante con Jefes Directos de las Unidades de Urgencia y SOME, preferentemente.

F) Componente Intersectorial

Matriz Resumen Actuación Intersectorial

+ DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO Fecha realización:		RESUMEN DEL PLAN DE PARTICIPACION SOCIAL	
PROBLEMAS IDENTIFICADOS/ FACTORES PROTECTORES DE SALUD	CLASIFICACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	ACTIVIDADES (detalle en adjunto cronograma)
Falta de evaluación y planificación participativa del trabajo realizado por el CDL y equipo de salud	Salud de las personas Participación social	Evaluar de manera participativa el trabajo realizado por CDL durante el año 2023	Actividad + N° 1 Evaluación cualitativa del trabajo realizado por CDL y equipo de salud durante el año 2023 y proyección plan de trabajo 2024
Falta de trabajo intersectorial fuera de la comuna	Salud de las personas Participación social	Contribuir a la generación de trabajo colaborativo e intersectorial con otras comunas	Actividad N° 2 Conversatorio con dirigentes de Futa Mawida de la comuna de Panguipulli para compartir experiencias sobre iniciativas para
Necesidad del equipo del <u>Prog. Elige Vida Sana</u> de contar con la valoración y propuestas de los usuarios para el Plan Anual 2024	Salud de las personas Participación social	Conocer la valoración y propuestas que tienen los/as usuarios del Programa <u>Elige Vida Sana</u> para la elaboración del Plan anual 2024	Actividad N°3 Taller Diagnóstico participativo para elaboración de plan anual 2024
Falta de espacios de participación de la población <u>infanto</u> juvenil a nivel comunal	Salud de las personas Participación social	Promover la participación de niños, niñas y adolescentes en la comuna	Actividad N°4 Reunión de coordinación del Consejo Consultivo de niños/as y adolescentes apoyados por <u>Prog. Espacios Amigables</u> y OPD Actividad N°5 <u>Conversatorio</u> para actualizar los problemas y/o necesidades del Consejo Consultivo de niños, niñas y adolescentes Actividad N°6 Reunión del Consejo Consultivo con Alcalde para presentar problemas y necesidades

Falta de conocimiento de parte del equipo de salud sobre las necesidades y problemas de la comunidad usuaria, así como falta de planificación participativa	Salud de las personas Participación social	Recoger las principales necesidades y/o problemáticas de la población y proponer en conjunto con equipo de salud estrategias de abordaje	Actividad N°7 Taller diagnóstico <u>sectorizado</u> en sector <u>Pewenche, Mawidanche y Nagche</u>
Alto nivel de sobrecarga en cuidadores del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa.	Salud de las personas	Contribuir a la disminución de la sobrecarga de los cuidadores del PADS promoviendo estrategias de autocuidado y herramientas de manejo de pacientes	Actividad N° 8 Capacitación sobre estrategias de autocuidado y herramientas de manejo de pacientes a cuidadores de pacientes <u>dep. Severos</u> Cuidado de salud mental
Fortalecer las redes de apoyo de las personas adultas mayores.	Salud de las personas Participación Social.	Identificar y abordar las principales necesidades de la población adulta mayor de la comuna.	Actividad N°9 Reunión con la Red Comunal de Personas Mayores, para abordar las principales necesidades de dichas personas. Actividad N°10 Taller de salud mental, depresión, redes de apoyo y prevención de caídas.
Insuficiencia de apoyo y asesoramiento frente a la problemática de consumo de alcohol y drogas.	Salud de las personas Participación Social.	Identificar el protocolo y procedimiento que se realiza frente a estas problemáticas y plantear la necesidad de un centro de rehabilitación.	Actividad N° 11 Reunión con autoridades locales para generar estrategias frente a la problemática. Actividad N° 12 Coordinar un <u>conversatorio</u> o taller con la comunidad educativa a fin de realizar una indagación respecto a las causas de la problemática y posteriormente se llevará a cabo una devolución de la información concluida con las autoridades.
Necesidad de <u>concientización</u> y <u>acompañamiento</u> sobre las enfermedades de salud mental.	Salud de las personas Participación Social.	Identificar en conjunto del equipo de salud mental las principales enfermedades de salud mental, para contribuir en la <u>concientización</u> y <u>acompañamiento</u> de dichas enfermedades.	Actividad N°13 Reunión con el equipo de salud mental a fin de elaborar un plan de acción que ayude a disminuir dichas necesidades. Actividad N°14 Taller de <u>concientización</u> y <u>acompañamiento</u> sobre las enfermedades de salud mental, y, prevención del suicidio.

La articulación con el intersector, en la mayoría de los casos antes mencionado ha respondido a un trabajo colaborativo entre las instituciones que de alguna u otra manera intervienen con la misma población, lo que finalmente ha traído consigo el plasmar formalmente alianzas de colaboración con alguno de los programas/instituciones para un abordaje integral de las problemáticas y/o necesidades presentes en el territorio

II.2 . Análisis de recursos (Oferta)

A La oferta de la comunidad, sociedad civil:

Número de organizaciones sociales y comunitarias, años 2015 a 2017

Tipo de Organización	2015	2016	2017
Clubes Deportivos	16	35	37
Centros de Madres	1	0	0
Centros de Padres y Apoderados	13	15	22
Centros u Organizaciones del Adulto Mayor	9	11	14
Juntas de Vecinos	18	18	18
Uniones Comunales	2	2	No Recepcionado
Otras Organizaciones Comunitarias Funcionales (otros)	134	126	125
Compañías de Bomberos	2	2	2
Centros Culturales	1	1	2
Organizaciones Comunitarias (suma total)	196	210	No Recepcionado

Fuente: Datos Municipales, Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM)

Mientras que las organizaciones sociales vinculadas al sector salud y/o con trabajo en salud son las siguientes:

- Agrupación de Familiares y Amigos discapacitados nueva vida
- Comité de salud Reigolil
- Comité de salud de Maite
- Comité de salud Newen domo de Flor del Valle
- Comité de salud de Catripulli
- Comité de salud Pte. Basa Chico
- Comité de salud de Quiñenahuin
- Comité de salud de Caren

Análisis de Recursos:

Respecto de Activos Comunitarios, se vinculan con el Departamento de Salud , a través de las diversas Mesas Intersectoriales, articulando a través de reuniones mensuales, Ferias de Salud, Conversatorios, Encuentros.

➤ **Mesa de Promoción:** sus participantes son :

-Unidad de Desarrollo Agrícola (PDTI)

- Programa Mujeres Jefas de Hogar, de la Casa de la Familia

- Encargada DIMAO

- Organización Adulto Mayores Ruñka Wenei

- Programa OLN, de la Niñez.

- Deportes

➤ **Mesa de Persona Mayor :** Programa Dependencia severa, **Promoción, El Programa Vínculos, Ruka Wenei,**

➤ **Mesa de Seguridad Ciudadana:** Participa Salud, Municipal, Carabineros, Educación, Juntas de Vecinos, SENDA Villarrica.

➤ **Mesa Infancia:** Mejor Niñez, Chile Crece Contigo, OLN, SENAME, PPF.

➤ **Equipo Gestor de Planificación Comunal en Salud:** Integrado por: Salud, Educación, DIDECO, SECPLAC, DEPORTES, VIVIENDA, DOM, Unidad Productiva, de Turismo y DIMAO. También está integrada la Comunidad: 1 representante del Programa Jefas de Hogar, Comunidades INdígenas: JUAN de Dios 2 y, JUAN de Dios 3, JJVV Huitraco, JJVV Catripulli 2, Presidente Club Deportivo Voleibol.

III. La oferta del Intersector:

Infancia y adolescencia:

Servicio Nacional de Menores (SENAME).

- **Programa de Prevención Focalizada “RagñinMawida”:** dependiente de la corporación Ciem Villarrica, organismo colaborador del Servicio Nacional de Menores SENAME, cuyo objetivo es “Restituir derechos vulnerados asociados a mediana complejidad, que afectan a niños, niñas y adolescentes en el contexto familiar, previniendo su cronificación”.

Vías de Ingreso al programa: Tribunales de familia, OPD, Instituciones de Educación y Salud. También desde otras instituciones de la Red SENAME

Contacto:

Dirección: Avenida O’Higgins # 1196, Curarrehue.

Fono: 971427303.

Correo electrónico: ppf.ragnin.mawida@gmail.com

- **Oficina de Protección de Derechos de La Infancia y Adolescencia:** OPD Cautín Cordillera tiene por objetivo general “Potenciar y articular el sistema local de protección de derechos de la infancia y Adolescencia, de manera que se respeten, promuevan y resguarden los derechos de niños, niñas y adolescentes de las comunas de Villarrica y Curarrehue, desde una perspectiva Psico-socio-jurídica, con un énfasis en el trabajo intersectorialcomunitario-territorial y que fomente la co-responsabilidad y la participación de entidades públicas y privadas”

Contacto

Dirección : Av. Bernardo O’Higgins Nº 638, Casa de la Familia

Fono : 45- 2410174 y 989066174

Mail : opd.cautincordillera@gmail.com

Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB)

- **Programa Salud Bucal JUNAEB:** Programa de dependiente del Departamento de Salud Municipal, ejecutado en las clínicas móviles y en las postas de salud rural de: Epeukura, Reigolil y Quiñenahuín. El programa tiene como objetivo desarrollar acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud bucal a estudiantes desde Pre-Kinder a

Octavo Básico, a través de charlas y talleres educativos e intervención clínica (aplicación de sellantes, destartraje, profilaxis, exodoncia, restauraciones, aplicación de barniz de flúor, y entrega de kit de higiene: pasta y cepillo).

Población objetivo: niños/as desde pre kínder a 8ª básico, de los establecimientos antes mencionados, exceptuando niños de 6 años (GES), sin importar su previsión de salud y lugar de inscripción, de los establecimientos que se detallan a continuación:

- Establecimiento Educativo Francisco Valdés Subercaseaux
- - Escuela Ruka Ngen.
 - Escuela Particular Catripulli.
 - Escuela Jerónimo Neculpán de Quiñenahuín.
 - Escuela Likankura de Epeukura.
 - Escuela Ruka Manke de Reigolil.
 - Eco Escuela Antu Mawida.

Contacto:

- Ubicada: Av. Bernardo O'Higgins s/n
- Encargada: Catherine León Sepúlveda

Jardines infantiles JUNJI: La misión de la JUNJI consiste en brindar educación inicial de calidad a niños y niñas menores de cuatro años, en situación de vulnerabilidad, garantizando su desarrollo en igualdad de oportunidades, a través de la creación, promoción, supervisión y certificación de salas cuna y jardines infantiles administrados directamente o por terceros.

Nombre de Sala Cuna y Jardín Infantil	Dirección / Email	Teléfono	Niveles de Atención	
Puwanguelen	Arturo Merino Benítez s/n, Curarrehue- puwanguelen@gmail.com	88685021	Sala Heterogénea Nivel Heterogéneo	Cuna Medio
WeKimün	Camino internacional (interior,) Catripulli. wekimuncatripulli@gmail.co	88686488	Sala Heterogénea Nivel Heterogéneo	Cuna Medio
Quiñenahuin	Camino a Reigolil Km. Comuna de Curarrehue	No tiene	Sala Heterogénea Nivel Heterogéneo	Cuna Medio
AmünTrekan	Camino a Reigolil Km. Comuna de Curarrehue	No tiene	Sala Heterogénea Nivel Heterogéneo	Cuna Medio
Rumy Rayen	Sector Reigolil Km 33. Comuna de Curarrehue	No tiene	Sala Heterogénea Nivel Heterogéneo	Cuna Medio
Infantil Calasanz	jardininfanticalasanz@escolapios.cl	68413065	S.Cuna menor A Transición II (kínder)	

Jardines infantiles INTEGRA: El objetivo de los jardines y salas cuna de la Fundación INTEGRA es lograr el desarrollo pleno y aprendizajes significativos de niños y niñas entre tres meses y cuatro años de edad por medio de un proyecto educativo de calidad con participación de los equipos la familia y la comunidad.

Nombre Jardín	Dirección	Teléfono	Niveles de atención	Correo Electrónico
CARRUSEL	Av. Bernardo O'higgins s/n Curarrehue	45-1970969	Sala Cuna eterogénea Nivel Medio Heterogéneo	9.carrusel@fundacion.integra.cl

Mujer- Servicio Nacional de la Mujer y la Equidad de Género SERNAMEG

Programa Mujeres Jefas de Hogar El objetivo del programa es contribuir a la inserción y permanencia en el mercado del trabajo remunerado, de las mujeres jefas de hogar, a través del desarrollo de capacidades, habilidades y competencias que mejoren sus condiciones de empleabilidad, junto a la promoción de procesos de intermediación laboral a nivel local, que sean pertinentes y participativos.

Dirección: Casa de la Familia (O'Higgins 638)

Correo electrónico: mujerescurarrehue@gmail.com

Oficina Municipal De Intermediación Laboral OMIL

El objetivo es asesorar e informar a los usuarios en diferentes áreas, capacitar a través de proyectos SENCE, para mejorar su competitividad en el mercado laboral. Inscribir y derivar a un empleo o trabajo.

Contacto

Dirección : Av. Bernardo O'Higgins N° 638, Casa de la Familia

Fono : 45-2922084

Programa Vivienda e Infraestructura

Su objetivo general es contribuir en la promoción, asesoría, orientación y preparación de proyectos habitacionales y de pavimentación, a personas y comités del sector urbano y rural de la comuna de Curarrehue, siendo sus objetivos específicos los siguientes:

Contacto

Dirección : Av. Bernardo O'Higgins N° 638, Casa de la Familia

Fono : 45-2922084

El Programa Familias: el programa es dependiente del Subsistema de Seguridades y Oportunidades”, brindando atención a personas y familias en condición de pobreza y vulnerabilidad socioeconómica. No es postulable, siendo las familias identificadas a partir de su información en el Registro Social de Hogares.

Su objetivo es contribuir a que las personas y familias superen su situación de pobreza extrema de manera sostenible, mejorando su nivel de bienestar y calidad de vida, a través del desarrollo de capacidades, sus potencialidades y recursos disponibles, tanto personales como de sus comunidades.

Contacto:

Dirección : Av. Bernardo O'Higgins N° 638, Casa de la Familia

Fono : 45- 2922084

Adultos mayores

SENAMA

Centro diurno RUKA WENEY: es un programa del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y consiste en la entrega de prestaciones socio-sanitarias de apoyo a las personas mayores con dependencia leve y situación de vulnerabilidad, sin desarraigarlas de su entorno. Participan personas mayores de 60 años pertenecientes a los tres primeros quintiles de vulnerabilidad, que presenten dependencia leve, deterioro cognitivo o depresión leve. Sus objetivos son los siguientes: - Preservar la independencia y Autovalencia del adulto mayor.

- Preservar un estilo de vida saludable
- Aminorar el deterioro cognitivo (memoria)

Contacto:

Dirección: Av. Estadio

Fono: 45- 2922084

El Programa Vínculos: es un programa del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) que forma parte del “Subsistema de Seguridades y Oportunidades”, está destinado a personas mayores de 65 años de edad, que vivan solas o con una persona y que están en situación de pobreza, promoviendo el ejercicio de sus derechos y su participación activa en redes, reforzando la valorización de esta etapa de su vida. No se postula, pues las nóminas con los potenciales beneficiarios del programa emanan desde el Ministerio de Desarrollo Social a través de la información que entrega el Registro Social de Hogares.

Su objetivo es la generación de condiciones que permitan a los adultos mayores alcanzar mejores condiciones de vida mediante el acceso a prestaciones sociales e integración a la red comunitaria de promoción y protección social, promoviendo su autonomía y participación social.

Contacto:

Dirección : Av. Bernardo O’Higgins N° 638, Casa de la Familia

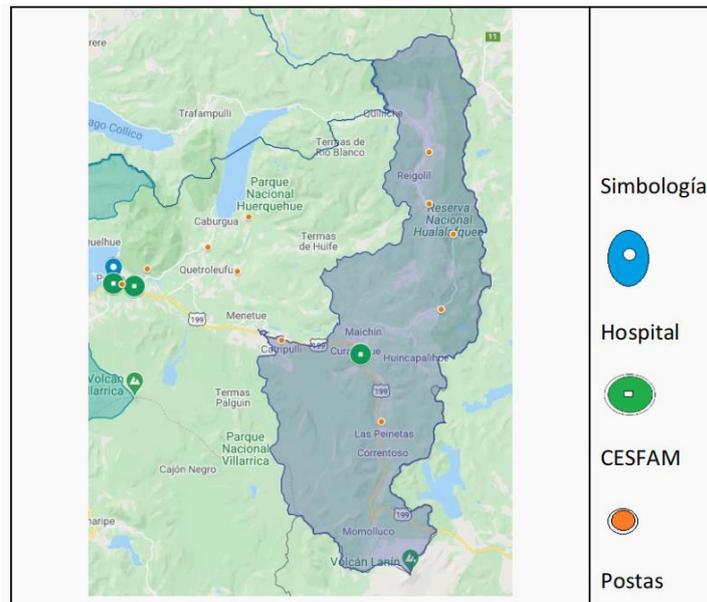
Fono : 45- 2922084

IV. La oferta del sector salud:

C.1 Descripción

DESCRIPCION ESTABLECIMIENTOS

La comuna de Curarrehue cuenta con una oferta de atención del nivel primario basado en establecimientos de administración municipal. Los requerimientos de hospitalización son derivados a la vecina comuna de Pucón.



EL Departamento de Salud Municipal, está conformado por 6 Postas de Salud Rural y una estación Médicos rural, que cuentan con la presencia de un TENS de manera permanente, lo cual brinda una oportunidad y seguridad a la población usuaria.

La población percapitada por cada posta se presenta en el siguiente cuadro.

PSR Maite	543
PSR Reigolil + EMR Flor del Valle	734
PSR Quiñenahuín	343
PSR Epeukura	406
PSR Caren-Trancura	349
PSR Catripulli	1.549

Cada posta cuenta con la presencia permanente de un TENS en horario hábil y en los casos de PSR Maite, Reigolil, Quiñenahuín, Epeukura y Catripulli, se cuenta además con refuerzo de TENS por Equidad Rural permitiendo la extensión del horario hasta las 20 horas. Además existe un sistema de turnos de fin de semana en que se alternan de manera estratégica las postas que tendrán atención.

En cuanto al acceso de las PSR y EMR a solo 2 se accede por camino pavimentado, al resto es por camino de ripio encontrándose entre una distancia de 15 km y 46 km la más alejada.

SINTESIS ANALITICA DE LOS LOGROS Y DESAFIOS RESULTADO DE LA GESTION AÑO 2024

Se presenta una síntesis de los principales Programas Sanitarios año 2024, en función de lo Programado versus los RRHH existentes. También se plantean las Brechas, tanto de recursos Humanos , financieroas e institucionales.

I. - ANALISIS DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES.

PROFESIONAL NUTRICIONISTA AÑO 2024

ACTIVIDAD	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS	%
CONTROL PSCV	460	264	57,0
OTROS PROBLEMAS DE SALUD	No esta considerado planilla SSASUR	56	
OTRAS CONSULTAS	75	122	162,6
CONSULTAS POR MALNUTRICIÓN POR EXCESO	200	301	150,5
CONSULTAS POR MALNUTRICIÓN POR DEFICIT	50	37	74,0
CONSULTA DE LACTANCIA MATERNA	70	51	72,8
CONSEJERIA EN LACTANCIA MATERNA	65	25	38,4
CONSULTA DE EMP DE 15 Y MAS AÑOS	60	180	300
CONSEJERIAS EN ALIMENTACION SALUDABLE	135	44	32,5
CONSULTA DE INFANCIA 5 MES	56	20	35,7
CONSULTA DE INFANCIA 3 años 6 meses	35	10	28,5
CONSULTA POST PARTO 3, 6 y 8 MES	75	No se cuenta con registro P1	No se cuenta con registro P1
Visitas domiciliarias integrales	47	55	117

La tabla refleja que, a pesar de las dificultades presentadas, se han obtenido resultados positivos en diversas actividades trazadoras, destacando especialmente la Visita Domiciliaria Integral, las Consultas de Malnutrición, la aplicación de Exámenes de Medicina Preventiva y las consultas relacionadas con la Lactancia Materna.

En la columna de las consultas post parto destaca una oportunidad de mejora en los registros. Actualmente, se realizan las consultas correspondientes a esta etapa, así como las realizadas al 5º mes y 3 años y 6 meses en el grupo infantil, las cuales son informadas en el anexo REM mensualmente. Sin embargo, es importante optimizar la coordinación y derivación entre los estamentos de enfermería y matrona para garantizar que estos registros se reflejen de manera completa en la producción.

Justificación sobre el incumplimiento de las actividades programadas para 2024

El estamento de Nutricionistas, reconoce la importancia de cumplir con los objetivos establecidos para garantizar una atención integral a la comunidad. Sin embargo, en el transcurso del año 2024, se vieron enfrentadas a diversas limitaciones que afectaron la capacidad para alcanzar el número de actividades programadas.

Entre las principales razones que explican esta situación destacan:

1. Tamaño reducido del Pquipo Profesional

El estamento está compuesto únicamente por dos profesionales. Este número resulta insuficiente para cubrir la creciente demanda de servicios y ejecutar todas las actividades previstas en el calendario anual, especialmente en periodos de alta carga laboral.

2. Falta de espacio físico

La atención se realiza en un box compartido, que debe estar disponible para otros profesionales según las necesidades del servicio. Esta situación limita nuestra capacidad de realizar consultas continuas y afecta directamente la programación.

3. Dificultades en atención en Postas de Salud Rural

La capacidad de los móviles de terreno no es adecuada para cubrir las necesidades actuales. Estamos sujetos a un sistema de priorización que da preferencia a otros profesionales, lo cual ha influido en que en algunos casos no podamos realizar las rondas programadas. Además,

esta falta de acceso constante a las rondas afecta la percepción de la atención nutricional lo que conlleva a una disminución de la asistencia de los usuarios.

4. **Aumento de la Población con Factores de Riesgo post-pandemia**

Tras la pandemia, se ha observado un incremento significativo de la población con factores de riesgo, especialmente en el caso de personas mayores. Este grupo requiere un seguimiento más constante y especializado.

5. **Inasistencia de usuarios**

Se deben considerar aquellas horas asignadas y no ejecutadas dado a la inasistencia de usuarios quienes agendan citas pero no se presenta a las consultas. Esta situación genera un desajuste en la planificación y afecta la capacidad de cumplir con las metas programadas.

6. **Sobrecarga de responsabilidades administrativas**

Se invirtió un gran número de horas de trabajo en tareas administrativas, tales como:

- Gestión y seguimiento de metas asignadas.
- Participación activa en comités institucionales.
- Coordinación de programas específicos asignados a cada profesional.
- Participación activa por parte de Nutricionista con mayor antigüedad, en el cargo a responsabilidades administrativas como: la subrogación de la dirección en su ausencia, la aplicación de investigaciones sumarias y sumarios administrativos, la revisión de carpetas relacionadas con carreras funcionarias y otras asignadas por el alcalde.

7. **Licencias médicas**

El estamento se vio afectado por períodos de licencias médicas, las cuales no fueron cubiertas con reemplazo lo que disminuyó las horas de atención disponibles.

Por estas razones, se solicita comprensión y apoyo para mejorar las condiciones del estamento. Se propone evaluar medidas como la ampliación del equipo profesional, la optimización de los espacios disponibles, la optimización de los recursos de terreno y una distribución más equilibrada de las responsabilidades administrativas y extraordinarias.

ESTAMENTO MATRONAS AÑO 2024

De acuerdo a la Programación realizada para el año 2024, es importante destacar que las Metas Desempeño Colectivo, y las Metas de Índices de Actividad, lograron ser cumplidas, de acuerdo a lo negociado.

Existen actividades que no se lograron cumplir en la cantidad programada, por ejemplo VDI, el principal obstáculo para realizarlas fue el constante déficit de móviles que hubo durante todo el año (averías mecánicas principalmente) Estudios de Casos y presentación de estos, debido a algunas Licencias Médicas prolongadas que no tuvieron reemplazo, fue necesario priorizar las atenciones clínicas tanto, consultas y controles.

Es fundamental destacar que un gran obstáculo, para lograr aumentar la producción de las Matronas, es la falta de otro box de atención, que se entiende, ya que nuestro CESFAM no cuenta con infraestructura suficiente.

Unidad de Farmacia y Bodega de Farmacia - DSM Curarrehue, Análisis 2024

Objetivo General

Garantizar el acceso, la disponibilidad y el uso racional de medicamentos esenciales, cumpliendo con los estándares de calidad y seguridad establecidos por el Ministerio de Salud, enfocados en satisfacer las necesidades de la comunidad durante todo el ciclo vital.

Objetivos Específicos

1. **Abastecimiento Oportuno:**

- Asegurar la disponibilidad de medicamentos esenciales en la comuna.
- Control eficiente de insumos y medicamentos con un gasto total de \$111.744.333 CLP (2024).

Distribución del gasto:

Año	Medicamentos	Insumos	Total
2024	90.000.000	21.744.333	111.744.333

2. **Uso Racional de Medicamentos:**

- Implementar estrategias basadas en indicadores FOFAR.

3. Monitoreo de Consumo:

- Realizar estrategias de abastecimiento y gestión administrativa trimestralmente.

Gestión Territorial (GT) 2024

- **Tareas Principales:**

- Recolección y gestión diaria de solicitudes de recetas de pacientes urbanos, periurbanos y de postas.
- Envío de solicitudes al Hospital Villarrica y apoyo en recetas del Hospital Hernán Henríquez.
- Priorización de personas mayores o con discapacidad.

- **Logística:**

- Retiro semanal de recetas desde los hospitales con un móvil comunal.

Avances en Organización y Optimización (2024)

- Implementación de impresoras térmicas para etiquetas con fechas de vencimiento y lotes.
- Mejora de la trazabilidad y organización del inventario.
- Relevancia de recursos financieros: \$272.100.000 proyectados para 2025.

Indicadores FOFAR

- **Indicador N° 1:**

- **Meta:** 100% de recetas despachadas oportunamente a pacientes con enfermedades crónicas.

- **Frecuencia:** Mensual.

Propuesta de mejora:

- Evaluación de pacientes para deprescripción.
- Prescripciones basadas en atención farmacéutica.
- Firmas de rechazo oficial de medicación.

Cálculo:

Porcentaje Cumplimiento	Brechas Detectadas
100%	Completo
80%	Medicamentos no retirados por efectos adversos

Porcentaje Cumplimiento	Brechas Detectadas
70%	Exceso en prescripción de medicamentos como Paracetamol

Indicador N°1: Porcentaje de recetas con despacho total y oportuno a personas con enfermedades crónicas beneficiarias del Programa de Salud Cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el año.				
COMUNA	Numerador: Número de recetas con despacho total y oportuno a personas con enfermedades crónicas beneficiarias del Programa de Salud Cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el año.	Denominador: Número total de recetas solicitadas por personas con enfermedades crónicas beneficiarias del Programa de Salud Cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el año.	Resultado Formula	Ponderacion
Curarrehue	11998	13406	89,50%	35,80%

- **Indicador N° 2:**
- **Meta:** 100% de pacientes cardiovasculares con despacho completo de medicamentos.
- **Frecuencia:** Semestral.

Propuesta de mejora:

- Educación a pacientes y derivaciones a QF.

Indicador N°2: Porcentaje de personas beneficiarias del Programa de Salud Cardiovascular con despacho de medicamentos en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el año.				
Numerador: Número de personas beneficiarias del Programa de Salud Cardiovascular con despacho total y oportuno de sus medicamentos en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el mes.	Denominador: Número de personas bajo control del Programa de Salud Cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el año.	Resultado Formula	Ponderacion	
1000	1495	66,88%	13,38%	

- **Indicador N° 3:**
- **Meta:** 100% de establecimientos con stock mínimo de medicamentos.
- **Frecuencia:** Semestral.

Verificación: Inspecciones anuales y cumplimiento del 20% del Consumo Promedio Mensual (CPM).

Cumplimiento: Este indicador se cumple en un 100%, donde las TENS de bodega y de Farmacia central, han gestionado tener los porcentajes que se recalculan a inicio de cada año, parámetros entregados por la jefa de Farmacia de los medicamentos FOFAR.

Indicador N°3: Porcentaje de establecimientos que cumplen con el stock mínimo, en el año.				
Numerador: N° de establecimientos que cumplen con el stock mínimo del listado de medicamentos definido por el Programa en el año.	Denominador: N° Total de establecimientos de Atención Primaria de Salud en el año.	Resultado Formula	Ponderacion	
1	1	100%	20%	

- **Indicador N° 4:**
- **Meta:** 50% de cumplimiento en junio y 100% en diciembre de actividades farmacéuticas.
- **Actividades:**
 - Revisión de la medicación con entrevista:** consiste en revisar si el paciente conoce sus medicamentos, uso, horarios, administración, efectos adversos.
 - Revisión de la medicación sin entrevista:** Consiste en revisar sin entrevista la receta de un paciente para luego poder citarlo y revisar presencial. Ésta instancia también sirve para corregir errores de medicación detectados por TENS de Farmacia en la ventanilla.
 - Conciliación de la medicación:** Revisar que el paciente no tenga la misma receta en el establecimiento y en hospitales.
 - Seguimiento Farmacoterapéutico:** Cuando hay atenciones de control, a ala 3ra entrevista ser considera como Seguimiento.
 - Farmacovigilancia:** acá se reportan por sistema SVID, las pesquisas de Efectos adversos a la medicación, Errores de dosis, Errores de administración, errores en la receta, falta o exceso de un medicamento que el paciente necesita o no.
 - Educación farmacéutica:** Educación respecto al conocimiento de sus medicamentos, patologías, dosis, horarios, interacciones con otros medicamentos o con comidas.
 - Visita domiciliaria farmacéutica:** Todas las atenciones anteriores, realizadas en un contexto de domicilio.

Educaciones grupales: Educaciones para grupos de personas según edad, o grupo. Uso racional de medicamentos, prevención de alcohol y drogas en adolescentes, Resistencia a los antimicrobianos (antibióticos), uso de plantas medicinales.

Atenciones Farmacéuticas a personas Dependientes Severas.

Atenciones Farmacéuticas a personas de Cuidados Paliativos Universales (personas que tienen pronóstico de vida limitado)

La profesional QF (química Farmacéutica) ha cumplido con la totalidad de las actividades del programa FOFAR pactadas para 2024. Estas actividades han sido en Curarrehue urbano y periurbano, así como también en las Postas de Salud Rural (PSR) de la comuna

- **Brechas:** Falta de móviles para atenciones periurbanas y rurales.

Cálculo de Ponderación:

Corte Junio	Corte Diciembre	Ponderación
50%	100%	20
40%-49.99%	90%-99.99%	15
<20%	<70%	0

Propuesta General para 2025

1. Ampliar el acceso a móviles para gestionar recetas y realizar atenciones rurales.
2. Continuar fortaleciendo la educación farmacéutica y la farmacovigilancia.
3. Asegurar financiamiento suficiente para mantener y optimizar la logística de abastecimiento.

ANALISIS DE PROGRAMACION DE ACTIVIDADES DEL PROFESIONAL TRABAJADORA SOCIAL AÑO 2024

ACTIVIDAD	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS
Consulta social	300	340
CONSULTA INGRESO INTEGRAL EN DUPLA 5 O MAS CONDICIONES (G3) (TRAZADORA)	20	0
SEGUIMIENTO REMOTO EN APS	150	80
CONTROL DE SALUD MENTAL (0-9 años)	150	5
CONTROL DE SALUD MENTAL (10-19 años)	20	3
CONTROL DE SALUD MENTAL (20 a 64 años)	20	0

CONTROL DE SALUD MENTAL (65 y más)	20	2
INTERVENCION CASO SOCIAL	200	90
INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL GRUPAL (TRAZADORA)	20	0
INTERVENCION COMUNITARIA EN ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES	10	0
INTERVENCION PREVENTIVA EN CONSUMO DE DROGAS Y ALCOHOL	10	0
INTERVENCION EN CRISIS	150	40
Visitas domiciliarias integrales	200	176
Otras visitas domiciliarias	200	135
ELABORACION DE INFORMES SOCIALES (JUDICIALES Y NO JUDICIALES)	50	60
CONSEJERIA EN SALUD MENTAL	20	0
CONSEJERIA INDIVIDUAL (OTRAS)	20	0
EDUCACION GRUPAL EN ADOLESCENTES (PREVENCION SUICIDIO/TR.SALUD MENTAL) (TRAZADORA)	10	0
EDUCACION GRUPAL (OTRAS)	10	0
EVALUACION SOBRECARGA DEL CUIDADOR ZARIT ABREVIADO (CUIDADORES)	20	5
ESTUDIO DE FAMILIA (FAMILIAS CON PLAN DE INTERVENCION)	10	0

Justificación sobre el incumplimiento de las actividades programadas para 2024

La profesional del área social en salud está mandatada, a desarrollar una serie de actividades para abordar de manera integral a la población junto con el equipo multidisciplinario e intersector. Sin embargo, es única profesional del área y de manera transversal recibe derivaciones para ver casos de los distintos programas del CESFAM, siendo mayormente los: Prog. De Discapacidad, Prog. De Salud Mental, Prog. Adulto Mayor Prof. De Dependecnia Severa y Prog. De Infancia (Chile Crece Contigo). Esta profesional además, estuvo a cargo de la meta de Participación hasta junio del 2024, incorporandose desde entonces otra Profesional que se hace cargo de dicha meta (11 horas semanales).

De acuerdo a lo anterior señalar que una de las limitaciones para dar respuesta de manera efectiva tanto a la demanda de la población como a la programación definida por el Servicio de Salud, son las horas insuficientes de profesional, sumado a otras dificultades como es la falta de movilización para ejecutar algunas actividades, el no reemplazo de Licencias Médicas que limita la cantidad de las prestaciones y aumenta la lista de espera de los usuarios, responsabilidades administrativas entre otras.

Las principales dificultades se explican a continuación:

Tamaño reducido del equipo profesional

El estamento está compuesto por una sola profesional (44 horas) que brinda atención directa a los usuarios tanto en CESFAM como en Postas, y una profesional (11 horas) que está a cargo de la meta de Participación. Estas horas son insuficientes para realizar acciones oportunas y de calidad, siendo una intervención que responde a la urgencia, no dando profundidad ni seguimiento a casos sociales de alta complejidad.

Falta de espacio físico

La atención se realiza en un box no apto para atención de público, ya que no cuenta con aislamiento mínimo para reservar la privacidad de los usuarios. Además, se ubica en un espacio donde los pacientes deben pasar por el patio del CESFAM, siendo el único box que no está en la sala principal, si embargo, se priorizan espacios de profesionales que desarrollan trabajos administrativos con una ubicación y acceso más inclusivo.

Dificultades en atención en Postas de Salud Rural

Falta de espacio en el móvil institucional, priorizándose la asistencia de otros profesionales; falta de móvil para realizar visitas domiciliarias, considerando que la mayor demanda de atención es para ejecutar acciones en domicilio.

Responsabilidades administrativas

Un gran número de horas de trabajo se invierte en tareas administrativas, tales como:

- Gestión y seguimiento de metas asignadas.
- Participación en dos sectores (Nagche y Mawidanche) de los tres sectores según la división de equipos por población.

- Coordinación de programas específicos asignados a cada profesional.
- Trabajo de coordinación y reuniones con Programas del intersector

Licencias médicas

Las acciones profesionales del área social en el CESFAM se vieron afectadas por períodos de licencias médicas, las cuales no fueron cubiertas con reemplazo lo que disminuyó la capacidad operativa.

En cuanto a la tabla que hace una comparación de las actividades programadas con las actividades realizadas, se puede visualizar que a pesar de las dificultades se han desarrollado principalmente las actividades de consulta social, visitas domiciliarias, informes sociales, sin embargo, en lo que respecta a casos sociales hay un bajo número ya que como se menciona en un inicio, las acciones toman un enfoque más superficial frente a su abordaje, al igual que otras actividades que están muy bajas de lo programado actividades que simplemente no se logran ejecutar.

Finalmente en atención a lo señalado en este documento, se espera tenga incidencia para mejorar las condiciones del área social en el Establecimiento de Salud. Las sugerencias son mínimas como mejorar el espacio de atención, considerar horas de profesional de apoyo, priorizar la movilización para efectuar visitas domiciliarias integrales ya que es una meta a nivel de Establecimiento pero además, es una necesidad de la población contar con esta prestación de parte de profesional del área.

Programación Salud Mental 2024

Consultas

Curso de vida	Consultas de Salud Mental programadas 2024	Consultas de Salud Mental Ejecutadas 2024
Infantil 0 a 9 años	40 consultas, 27 horas anuales	6 consultas, 4 horas anuales
Adolescente 10 a 19 años	40 consultas, 27 horas anuales	23 consultas, 15 horas anuales
Adultos 20 a 64 años	200 consultas, 134 horas anuales	71 consultas, 45 horas anuales
Personas Mayores 65 años	50 consultas, 33 horas anuales	11 consultas, 7,5 horas anuales

y más		
-------	--	--

Controles

Curso de vida	Controles de Salud Mental programados 2024	Controles de Salud Mental Ejecutados 2024
Infantil 0 a 9 años	15 controles, 10 horas anuales	3 controles, 2 horas anuales
Adolescente 10 a 19 años	25 controles, 17 horas anuales	50 controles, 34 horas anuales
Adultos 20 a 64 años	150 controles, 100 horas anuales	220 controles, 146 horas anuales
Personas Mayores 65 años y más	40 controles, 27 horas anuales	125 controles, 87 horas anuales

Actividades

Actividades	Actividades de Salud Mental programadas 2024	Actividades de Salud Mental Ejecutadas 2024
Intervenciones	220 intervenciones, 120 horas anuales	100 intervenciones, 56 horas anuales
promoción y prevención	204 actividades, 122 horas anuales	30 actividades, 20 horas anuales
Actividades en domicilio y otros espacios	115 actividades, 76 horas anuales	230 actividades, 152 horas anuales
Participación comunitaria e intersectorial	30 actividades, 60 horas anuales	15 actividades, 30 horas anuales
Actividades Administrativas	294 actividades, 528 horas anuales	300 actividades, 532 horas anuales

Total de actividades 1.659 Programadas
Total de actividades 2.309 Ejecutadas

Total horas anuales 1.863 Programadas
Total horas anuales 1.118 Ejecutadas

Conclusiones:

En síntesis, respecto a consultas y controles de Salud Mental, el motivo de ejecución de las actividades, el rendimiento en la población infanto juvenil se explica en torno a que mayoritariamente el desempeño corresponde a colega que está inserta en dicha área.

Por otro lado, respecto a la población adulto y de personas mayores, las actividades ejecutadas responden a mi desempeño en su mayoría apuntan a estos cursos de vida.

En torno a actividades de Participación Comunitaria y de promoción e intervención, el bajo rendimiento responde a que por labores administrativas (por ser encargado del Programa de Salud Mental) y clínicas tanto en box como en domicilio, no permite que se puedan ejecutar más actividades. Ante este escenario, los programas de refuerzo dependientes del Servicio de Salud apoyan en su mayoría en estas temáticas.

Respecto a intervenciones, las actividades ejecutadas responden a la cantidad de requerimientos acontecidos.

Por último, Respecto a actividades en domicilio, el rendimiento se explica en que en su mayoría se ejecutan actividades clínicas.

UNIDAD DE CALIDAD DSM Curarrehue:

La Unidad de Calidad, dispone de Profesional Enfermera desde abril de 2024, con 22 hrs.

Mencionar que en nuestro Centro de Salud se ha trabajado lo siguiente:

a) Reducción de Errores: La implementación de protocolos y guías ha contribuido a la reducción de errores en la atención, mejorando la seguridad del paciente. Se han trabajado y solicitado Protocolos faltantes para cumplir con lo supervisado tanto en Postas como en CESFAM. Por ende, en la última supervisión cumplimos con lo solicitado en POSTAS, sólo con observaciones del Protocolo de limpieza, el cual se solicitó mejorar. .

En cuanto a la Característica INS del Manual de atención abierta de un 0% se avanzó a un 95% en un trabajo conjunto con la Previsionista de riesgo del DSM.

b) Avance en Protocolos solicitados por Programas como el MAIS

- Se trabaja con Previsionista, el proyecto PMI 2024 el cual se orientó en Esterilización, habiendo muchas brechas en cuanto a infraestructura. Nos adjudicamos el proyecto y se ejecutó el año 2024.
- Se trabajó en el AGL 2024 en conjunto con la Previsionista de Riesgos

- Realización de Visitas en Postas Rurales, para pesquisar mejoras.
- Gestión de compras de contenedores de jabón o alcohol gel, que cumplan con los requisitos de calidad.
- Se ha trabajado en la confección del Manual de Funciones del CESFAM.
- Asistencia a diferentes reuniones con la referente del Servicio de Salud, para ir priorizando el trabajo.
- Se ha trabajado con el Comité de Calidad en identificar mejoras para el próximo año.
- Se han realizado presentaciones PowerPoint para demostrar lo avanzado al equipo de salud.

c) **Reducir Brechas Sanitarias para Demostración y Acreditación Sanitaria:**

KINESIOLOGOS

EDAD	EVALUACIONES INICIALES		EVALUACIONES INTERMEDIAS		SESIONES	
	PROGRAMADAS	REALIZADAS	PROGRAMADAS	REALIZADAS	PROGRAMADAS	REALIZADAS
0-9	10	4	10	3	100	28
10-19	25	5	25	3	250	35
20-64	135	75	100	39	550	550
>65	100	60	60	17	600	479
TOTAL	270	144	195	62	1500	1092
BRECHA	-126		-133		-408	

CUADRO DE REHABILITACION

EDAD	EVALUACIONES INICIALES		SESIONES	
	PROGRAMADAS	REALIZADAS	PROGRAMADAS	REALIZADAS
0-9	0	16	0	16
10-19	0	1	0	1
20-64	0	2	0	2
>65	0	8	0	8
TOTAL	0	23	0	23
BRECHA	+27		+27	

CUADRO IRA-ERA

ACTIVIDADES	PROGRAMADAS	REALIZADAS
Visitas domiciliarias integral (vdi)	72	76
Visitas domiciliarias de tratamiento	50	276
Estudio de familia	1	1
Consejería individual respiratorio	10	8
Educación grupal respiratorio	0	1
IVADEC	10	6
TOTAL	143	368

BRECHA

+225

Para el año 2024 se programaron 250 días hábiles. La programación realizada fue a 44 hrs laborales diarias. Mencionar que la jornada laboral de Enero a Abril fue de 22 hrs y desde esa fecha en adelante fue de 33hrs semanales.

Con respecto a las reuniones de sector se realizaron 9 en el año, jornada completa y con respecto a otras reuniones clínicas o administrativas alta participación en Ruralidad, comité paritario (Jornada completa), reunión mensual, con un total de 200 hrs de reuniones anuales, en las cuales estaban programadas 50 hrs.

En los traslados a posta se programó 220 hrs anuales. En los cuales el promedio de traslado fue de 1.30 hora entre ida y vuelta.

b) Rehabilitación:

EDAD	EVALUACIONES INICIALES		EVALUACIONES INTERMEDIAS		SESIONES	
	PROGRAMADAS	REALIZADAS	PROGRAMADAS	REALIZADAS	PROGRAMADAS	REALIZADAS
0-9	4	3	4	2	40	55
10-19	7	6	6	4	60	40
20-64	65	56	67	30	670	576
>65	32	22	32	17	320	255
TOTAL	108	87	109	53	1090	926
BRECHA	-21		-56		-164	

Para el año 2024 se programaron 250 días hábiles, para jornada de 22 horas. Se consideraron actividades en torno a sala de rehabilitación integral (como función principal) y sala IRA-ERA (función secundaria, sujeta a eventos por posibles subrogancias). De lo anterior, en sala respiratoria no se realizó ninguna función. Con respecto a las evaluaciones de ayudas técnicas, no se realizó ninguna. Con respecto a consejerías y educaciones, no se realizó ninguna. Con respecto a estudios de familia, se realizaron 2 en el año. Con respecto a visitas a usuarios oxígeno dependientes por riesgo de muerte por neumonía, no se realizó ninguna. Con respecto a las reuniones de sector, se realizaron 12 en el año (jornada completa) y, con respecto a otras reuniones clínicas o administrativas, participación en las reuniones mensuales del comité paritario (1 jornada completa), comité de aplicación (2 horas, una vez al mes) y los fueros gremiales (4 jornadas en el mes), lo cual da un total de 324 horas anuales y programadas 214, obteniendo una brecha de 110 horas.

De las actividades propias de la sala, reflejadas en el cuadro adjunto, se pueden observar las siguientes brechas:

- Evaluaciones Iniciales: 21 atenciones menos de las programadas.
- Evaluaciones intermedias: 56 atenciones menos de las programadas.
- Sesiones: 164 atenciones menos de las programadas.

PROGRAMACIÓN 2024 ESTAMENTO ENFERMERIA

En lo que respecta a la Programación Enfermería podemos decir que:

- En la Unidad de Inmunizaciones, se cumplió con lo programado respecto a la Vacunación en sus diferentes rangos, infantil, escolar, embarazada, adulto mayor y Campaña Influenza. En esta última se logró un porcentaje del 95,7%, **quedando terceros a nivel regional por lo que recibimos distinción desde la SEREMI y SSASUR.**

Lo que ha disminuido en forma notoria ha sido la inmunización por vacunas COVID. Sin embargo, es importante destacar que ha sido esto, a nivel país. Lo anterior enfocado a que la Emergencia Sanitaria ya no existe como tal y actualmente el COVID es considerada una patología más, y, no una prioridad.

Para la ejecución de esta actividad Extramural hemos contado con arriendo de vehículo por PRAPS Fortalecimiento y apoyo de arriendo desde el Departamento por un tiempo definido,

que si bien no abarca la totalidad del año calendario nos permitió avanzar y dar cumplimiento a nuestra programación.

El PRAPS de Fortalecimiento también nos permitió contar con el apoyo de Enfermero desde abril a agosto, y, posterior extensión a diciembre 2024.

- En el área de Ruralidad, referente a nuestras PSR, mencionar que cada una de ellas cumple con el porcentaje de cobertura de Familias bajo control con Encuestas Familiares vigentes ,correspondiendo al 100% y sólo en una de ellas al 99%.En relación al porcentaje de cobertura de Familias evaluadas con riesgo con Plan de Intervención todas cumplieron superando el 20% de lo esperado.

En esta área hemos tenido la dificultad de movilización para poder realizar la totalidad de las supervisiones y visitas de acompañamiento según lo planificado.

Se ha avanzado en dar cumplimiento a cierre de brechas según lineamientos establecidos y supervisados por SSASUR, sin embargo, debido a los recursos acotados no se ha podido realizar la totalidad.

- En relación a la Planilla de Programación, es importante mencionar que no abarca la totalidad del trabajo realizado anualmente, es así como no queda visibilizada la actividades de, subrogancia de dirección, apoyo técnico administrativo del departamento, gestión de prácticas profesionales, coordinación diálisis, entre otros.

- En relación al control de Salud Infantil, mencionar que se cumplieron las metas de Desempeño Colectivo, e IAAPS año 2024. Respecto a los controles en sector urbano hay una disminución de controles por falta infraestructura. solo contamos con un box de enfermería. Las atenciones en Posta de Salud Rural también han disminuido, por falta de movilización en el CESFAM contando con un solo móvil de terreno. Se fortalecieron los controles con educadora en área urbana y rural desde mayo hasta diciembre, ya que contamos con reemplazo de Educadora titular realizó compras, ya que contamos con reemplazo de educadora titular. Se realizó compra de servicio para dar cumplimiento al taller "*Nadie es Perfecto*", estipulado en el PADBP. El tiempo estipulado de traslado a Posta Rural en la programación no coincide con planilla local. Se incorporó TENS, a partir de septiembre pero sus horas son insuficientes para el apoyo del programa.

- Respecto al SUR, Las horas del delegado de Epidemiología corresponde a 22 hrs según ordinario en servicio de salud. La carga solo tiene 3 horas a la semana en CESFAM, falta de movilización de ambulancia, móviles de terreno convenio solo comodato .Hay un aumento de curaciones por lo que no se alcanza a completar todos los Paciente en un día

.Las curaciones en sectores rurales no se realizan por enfermero ya que la distancia 30 a 42 kilómetros solo ida .Se realiza tratamiento de medicamento endovenosos en domicilio, no existe una sala de procedimiento colapsando urgencia. Los médicos realizan atenciones en Poli y en Urgencia aumentando el tiempo de espera de pacientes.

- El programa de Dependencia Severa, cuenta con 63 Usuarios de 2024 a diciembre, de población mayor es de 43 de los cuales 19 de ellos son de zona rural y 24 personas en zona urbana. Disminución en controles de usuarios ya que no se cuenta con móviles exclusivos para el programa. Descenso de controles de personas mayor por falta de infraestructura del Cesfam. Actualmente la Enfermera encargada está con 22 horas.
- Personas mayores falta de hora asistenciales de enfermería. El programa MASAMA solo se trabajó por 3 horas semanales.
- Considerando que son 4 Enfermeros con 55 hrs semanales dedicadas a labores sindicales, es importante dejar en manifiesto la necesidad de contratar horas de profesional de enfermería para suplir esta baja en la disponibilidad, sumado también a hora dedicada a Comité Paritario, Servicio de Bienestar, MAIS, ECICEP, entre otros.

LABORATORIO

Durante el año 2024, esta unidad cuenta con 1 tecnólogo médico 44 horas y 2 TENS 44 horas c/u, que se despliegan en Toma de Muestras, terreno y trabajo administrativo.

Está ubicado en el CESFAM Curarrehue y atiende la demanda que se genera en el mismo CESFAM, las Postas Rurales y otros establecimientos de la red. A la infraestructura de la Unidad, se le han hecho mejoras a través de los Proyectos PMI y AGL.

Se ofrece la totalidad de la cartera de exámenes establecida en el Decreto N° 31 de 27 de enero de 2017 de MINSAL. Aquellas prestaciones que no se pueden realizar en el nivel local son derivadas al Hospital de Villarrica y en caso de Urocultivo derivado al hospital Pucón, a través de convenios financiados por el Departamento de Salud Municipal.

El hospital de Villarrica, además, sirve como nodo para resolver otros exámenes que son solicitados por médicos de la red y que se realizan solo en el hospital Hernán Henríquez Aravena y en el Consultorio Miraflores.

Respecto a exámenes adicionales a la cartera establecida en el decreto n°31 el laboratorio solo ha implementado el tiempo de tromboplastina parcial activada, TTP-K para dar respuesta a pacientes atendidos por cirujano con indicación de pruebas de coagulación. En el último año ha existido creciente presión por implementar el test de *Helicobacter pylori* en muestra fecal, sin embargo no está financiado y su costo es alto.

A) PROGRAMAS DE RESOLUTIVIDAD / IMAGENOLOGIA

Los Programas de Resolutividad e Imagenología en APS, son responsabilidad del establecimiento quien debe coordinar la realización de las prestaciones, las cuales en se están resolviendo mediante convenios de colaboración con Hospital Villarrica, licitación pública u Hospital Pucón

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<i>OFTALMOLOGIA</i>	100	123	90	100	91	90	120	120	120
<i>OTORRINOLARI NGOLOGIA</i>	40	26	50	50	27	70	70	60	55
<i>GASTROENTERO LOGIA (ENDOSCOPIAS)</i>	30	60	25	25	25	25	25	32	32

CIRUGIAS MENORES	70	70	70	70	70	70	70	45	45

RESOLUTIVIDAD AÑO 2024				
PROCEDIMIENTOS CUTÁNEOS	\$1.360.350	45	100%	CONVENIO HOSPITAL PUCON
GASTROENTEROLOGÍA	\$5.331.968	32	100%	CONVENIO COLABORACION VILLARRICA
OTORRINOLARINGOLOGÍA	\$9.350.000	55	100%	LICITACION
OFTALMOLOGÍA	\$6.000.000	120	100%	LICITACION
TELEDERMATOLOGÍA	\$114.537		100%	COMPRA AGIL MEDICAMENTOS
MÉDICO GESTOR	\$763.303	1	100%	CONVENIO MEDICO DSM CURARREHUE
TOTAL	\$22.920.158	252	100%	

logrando un cumplimiento del 100% en todas estas prestaciones, año 2024

PRESTACIONES	MONTO TRANSFERIDO 100%	TOTAL PRESTACIONES	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO	METODO EJECUCION
RADIOGRAFÍA DE TÓRAX NAC	\$2.081.300	130	98%	CONVENIO HOSPITAL PUCON
ECOGRAFÍAS ABDOMINALES	\$10.575.000	450	100%	LICITACION
RADIOGRAFÍAS DE CADERA	\$637.000	65	84%	CONVENIO HOSPITAL PUCON
ECOGRAFÍAS MAMARIAS	\$3.332.000	155	100%	LICITACION
MAMOGRAFÍAS	\$13.429.200	589	100%	LICITACION
TOTAL	\$30.055.000	1389	96%	

En el caso de las prestaciones **RADIOGRAFÍAS DE CADERA Y RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX**, están sujetas a la demanda vigente, por lo cual no son objetadas, ni consideradas como descuentos en caso no se cumpliera la meta fijada por Resolución Exenta.

Entre ambos programas se logró un **PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DEL 98% a nivel comunal.**

C) PRODUCCIÓN:

Consulta y controles

CONSULTAS POR MEDICO AÑO							
2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
6.901	7.997	8.343	8.137	3159	4.217	6.277	6.927

Fuente: Deis REM- 04

CONTROLES POR MEDICO AÑO							
2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
3.281	3.417	3.244	2.540	2.299	2.817	2.429	2.654

Fuente: Deis REM- 01

CONSULTAS POR MEDICO EN SUR							
2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
3.287	3.899	S/D	6.035	5.398	6.700	8.163	7.473

Fuente: Deis REM- 08

COMUNA	TOTAL DE CONSULTAS DE URGENCIA							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
CURARREHUE	22.870	NA	NA	28.188	18.992	21.657	29.531	30.247

La tendencia de las consultas de urgencias es en aumento, El aumento de consultas, puede deberse a la mayor cantidad de horas médico en el Servicio de Urgencia Rural

INDICADORES RELEVANTES METAS SANITARIAS, Ley N°19.813 que instauró un Sistema de Evaluación denominado Metas Sanitarias, a través del cual los establecimientos de Atención Primaria de Salud son evaluados anualmente, estableciendo un Estímulo al Desempeño colectivo por el cumplimiento de ciertos indicadores. Las metas sanitarias del departamento de Salud de la Municipalidad de Curarrehue son evaluadas por el Servicio de Salud Araucanía Sur, el cual se presenta en el cuadro mostrando cumplimiento de años 2021,2022, 2023 y para el año 2024 el último avance al 30 de septiembre con un 94%

RESUMEN CUMPLIMIENTO METAS SANITARIAS LEY 19.813				
	2021	2022	2023	2024 septiembre
Recuperación de Desarrollo Psicomotor	12,5%	100%	83,3%	100%
Detección precoz del Cáncer de Cuello Uterino	12,5%	100%	90%	99%
Cobertura en Control Odontológico en Población de 0 a 9 Años	6,25%	100%	100%	100%
Niños y Niñas de 6 Años Libres de Caries	6,25%	100%	100%	100%
Cobertura de Tratamiento y Evaluación en personas con DM2	12,5	93,7%	75,1%	81,43%
Evaluación Anual de Pie en Personas con Diabetes bajo control de 15 y más años	12,5%	88,3%	100%	100%
Cobertura Efectiva de Hipertensión Arterial (HTA) en Personas de 15 años y más	12,5%	82,3%	85,9%	85,43%
Porcentaje de niños y niñas que al sexto mes de vida, cuentan con lactancia materna exclusiva	12,5%	91,9%	100%	88,84%
Cobertura de tratamiento en personas con ASMA y EPOC	N/A	N/A	N/A	98,59%
Plan de participación social elaborado y funcionando participativamente	12,5%	100%	100%	98,5%
Cumplimiento Total	93,94%	94,52%	91,79%	94,31%
Tramo asignado	Tramo 1	Tramo 1	Tramo 1	Tramo 1

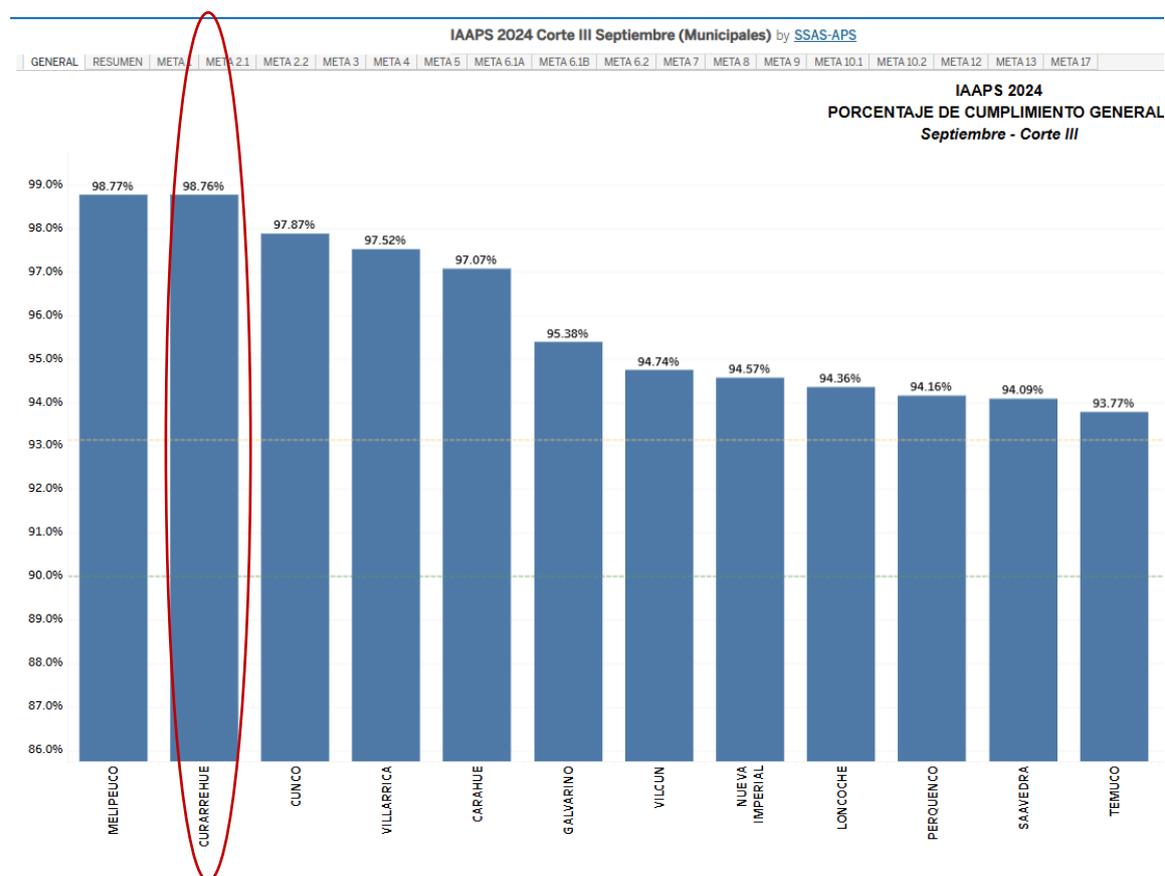
INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA (IAAPS), establece un conjunto de ámbitos a evaluar, con sus respectivos indicadores y funciona aplicando rebajas ante los incumplimientos. Las prestaciones que evalúa se definen en el Decreto N° 82 del 24 de diciembre de 2012, firmado por: el Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y la Subsecretaría de Desarrollo Regional, respectivamente. Estas actividades del departamento

de Salud de la Municipalidad de Curarrehue son evaluadas por el Servicio de Salud Araucanía Sur, el cual se presenta en el cuadro mostrando cumplimiento de años 2021,2022, 2023 y para el año 2024 el ultimo corte evaluado al 30 de septiembre con un 98,76%

RESUMEN CUMPLIMIENTO ÍNDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (IAAPS) 2024				
	2021	2022	2023	2024
Modelo Asistencial, Porcentaje de Centros de Salud autoevaluados MAIS	100%	100%	100%	100%
Nº de establecimientos funcionando de 8:00 AM a 20:00 hrs. de Lunes a Viernes y Sábados de 9 a 13 hrs.	100%	100%	100%	100%
Nº de fármacos trazadores disponibles	100%	100%	100%	100%
Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos, por habitante año	93,1%	90,4%	91,9%	100%
Porcentaje de consultas y controles resueltos en APS (sin derivación nivel secundario).	100%	100%	100%	100%
Tasa de visita domiciliaria Integral	83,3%	100%	89,7%	100%
Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), en mujeres de 20 a 64 años	94,7%	100%	96,4%	94,6%
Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), en hombres de 20 a 64 años				92,4%
Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), en hombres y mujeres mayor de 65 años	100%	99,2%	91,3%	100%
Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control	100%	81,9%	100%	100%
Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 14 años	100%	100%	92,0	93%
Porcentaje de consulta de morbilidad odontológica en población de 0 a 19 años.	100%	100%	100%	100%
Cobertura de controles de atención Integral a personas con trastornos mentales, factores de riesgo y condicionantes de la salud mental	94,4%	99,2%	98,9%	100%
Cobertura de controles de atención Integral a personas con trastornos mentales, factores de	80,1%	100%	100%	100%

riesgo y condicionantes de la salud mental				
Cobertura de vacunación anti influenza en población objetivo definida para el año en curso	100%	100%	100%	100%
Ingreso precoz de mujeres a control de Embarazo	97,6%	100%	98%	98,5%
Porcentaje de adolescentes inscritos de 15 a 19 años bajo control de regulación de fertilidad	100%	97%	100%	100%
Cobertura efectiva de tratamiento en personas de 15 y más años con Diabetes Mellitus tipo 2	76%	93,7%	93%	87,6%
Cobertura efectiva de tratamiento en personas de 15 y más años con Hipertensión Arterial	82,9	82,3%	95,3%	92,8%
Proporción de niñas y niños menores de 3 años libre de caries en población inscrita	100%	100%	100%	100%
Proporción de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal	91%	100%	100%	89,7%
	94,84%	96,64%	96,74%	98,76
	Tramo 1	Tramo 1	Tramo 1	Tramo 1

B) EVALUACIÓN DE METAS IAAPS



v. PLAN DE ACCIÓN

Prioridades Estratégicas Comunes : Se proponen a nivel comunal 3, como prioridades.

A) Objetivos estratégicos Comunes

- Asegurar un acceso cercano, oportuno y de calidad
- Incorporar la salud Intercultural como parte del sistema de salud comunal.
- Promover en los habitantes prácticas y actitudes para una salud preventiva.

Acerca de las prioridades estratégicas comunes: En este contexto, fruto del análisis de estos ámbitos, se desarrollan a continuación:

Objetivo 1: Asegurar un acceso cercano, oportuno y de calidad

Este objetivo en el contexto de nuestra comuna, es extremadamente relevante, ya que por una parte se trata de una comuna rural con gran dispersión de la población (72%), caminos de difícil acceso, 80% de ripio y tierra, en regular y mal estado de conservación. También afecta las conectividades, que se ven alterada gran parte del año por las inclemencias climáticas. Esto por un lado, en lo operativo.

En lo que impacta a la parte clínica, se señalan las prestaciones a través de las cuales se pretende llegar a este importante objetivo.

“Asegurar un Acceso, Oportuno y de Calidad”

- ✓ Activar red intersectorial
- ✓ VDI y procedimientos
- ✓ seguimiento telefónico
- ✓ implementación ley preferencial 20.584
- ✓ capacitación funcionarios de ley 20.584, y trato usuario
- ✓ acceso telefónico para solicitud de horas
- ✓ reserva preferente de hora para usuarios de postas
- ✓ Rondas y VDI
- ✓ Programa paliativo y dependencia severa
- ✓ Rehabilitador Oral
- ✓ Programa Resolutividad
- ✓ PRAPS
- ✓ Uso de redes sociales
- ✓ acceso a postulación credencial de discapacidad

▪ Objetivo 2: Incorporar la salud Intercultural como parte del sistema de salud comunal.

Dado a que la comuna se encuentra en territorio Mapuche, y los Usuarios y Usuarías, presentan cosmovisión y prácticas originarias, es fundamental que los Funcionarios conozcan la Cultura y su sistema de Salud para lograr mayor impacto en las Prestaciones que acá se entregan.

En consecuencia, se han enumerado los pasos que debiéramos seguir para lograr eficiencia en este objetivo.

“Incorporar la Salud Intercultural como parte del sistema de Salud Comunal”

- ✓ Capacitación Funcionarios Ley Salud Intercultural Decreto 21
- ✓ Conformación mesa
- ✓ contar con Facilitador Intercultural
- ✓ Actividades de Prevención y Promoción con enfoque intercultural
- ✓ trabajo con red con hospitales
- ✓ PESPI
- ✓ proyecto nuevo CESFAM con enfoque intercultural

Objetivo 3: Promover en los habitantes prácticas y actitudes para una salud preventiva.

Este Objetivo es extremadamente importante, y se acerca a las estrategias de Promoción, Participación Social y a la Salud Preventiva, donde tenemos un gran desafío, de acuerdo a los lineamientos Ministeriales. También se vinculan con las Metas sea de Desempeño Colectivo e IAAPS.

“Promover en los Habitantes prácticas y actitudes para una Salud Preventiva”

- ✓ actividades en Establecimientos Educativos
- ✓ Ferias de Salud con Intersector
- ✓ Programa Promocion
- ✓ Seguimiento telefónico
- ✓ Consejería
- ✓ Guías Anticipatorias
- ✓ Participación en mesas intersectoriales
- ✓ Sectorización de salud mental
- ✓ Prevención de salud en Usuario Interno

ANALISIS DEL GRADO DE IMPLEMENTACION DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE ACUERDO A LAS NUEVAS ORIENTACIONES 2024

Evaluación de la implementación del MAIS

Según los objetivos del programa para el periodo 2024, la implementación del MAIS presentó cumplimiento considerable en el principio *Centrado en las Personas*, quedando brecha en la alfabetización de personal en el proceso de toma de decisiones compartida. En relación al *principio de integralidad* se debe reforzar la intervención en crisis normativo y no normativa; también la mantención proactiva de las actividades del Programa Saludablemente. En continuidad de la atención se requiere fortalecer el trabajo con el intersector, si bien se ha avanzado en protocolos y solicitudes, la respuesta ha sido pobre (por ejemplo, Hospital de Pucón que a pesar de haber solicitado mediante oficio y una serie de reuniones a lo largo de los últimos años, a la fecha no se logra que derive todas las epicrisis de usuarios correspondientes a este territorio). También se debe fijar una forma estandarizada de realizar seguimiento y evaluación de la programación de los distintos estamentos.

Identificación de Brechas

Uno de los objetivos más relevantes del programa es reducir las brechas existentes en la implementación del MAIS. Las brechas principales son de carácter: **estructurales** (por ejemplo, falta de personal e infraestructura inadecuada), **funcionales** (procesos no alineados con el modelo de atención integral –por ejemplo: Servicio de Urgencia Rural no participa de actividades propias de APS y allí se concentran más de 12 TENS, 44 hrs de Enfermero y hrs Médico que son financiadas por APS-, falta de coordinación entre equipos de salud e intersector), y **de cobertura** (prestaciones que no llegan a toda la población, especialmente en sectores rurales dado que no hay movilización suficiente ni hrs de profesionales). En este sentido, la implementación del instrumento de evaluación permite detectar estas brechas y el equipo avanzará en generar planes de mejora concretos.

Implementación de Estrategia de Cuidados Integrales centrados en la persona según su Nivel de Riesgo

El modelo debe ser implementado con un enfoque de riesgo, lo que implica ofrecer cuidados personalizados a las personas según sus necesidades de salud. Esto es particularmente relevante en el contexto de la cronicidad y la multimorbilidad, problemas de salud que afectan a una proporción significativa de la población de Curarrehue. El cuidado integral debe incluir tanto la atención en salud como la coordinación de los servicios sociales y comunitarios, asegurando que los pacientes reciban un tratamiento continuo y adecuado a sus condiciones más limitado por la oferta local. Según datos proporcionados por la plataforma SSASUR en Curarrehue hay 1838 usuarios categorizados como G1, 2105 en categoría de G2 y 1108 en G3.

Se están ejecutando los ingresos en dupla ECICEP con planes de cuidados consensuados, gestión mensual de casos por equipo y acciones de seguimiento y gestión con el intersector. En conclusión, el grado de implementación del MAIS y la ECICEP en la oferta de salud 2024 muestra avances, pero aún existen desafíos significativos en términos de **equidad en la cobertura, mejora continua en la calidad de atención y adaptación a las necesidades de la población**, especialmente en sectores rurales y altamente vulnerables, como es propio de Curarrehue. La evaluación periódica, la identificación de brechas y la implementación de mejoras continuas han sido claves para lograr la consolidación del modelo y avanzar hacia una atención de salud más integrada, centrada en la persona y de calidad para toda la comunidad.

PLANIFICACION OPERATIVA 2025 Y SUS INDICADORES

En el contexto de nuestra Planificación Operativa 2025, disponemos de mayores RRHH que otros años, ya que se ha intentado ir reforzando los grupos o equipos profesionales, con más horas y en dotación.

Siendo una comuna campesina y rural, tenemos condicionantes que hace más complejo el quehacer diario, principalmente dado por temas vinculados a las conectividades, recursos, medios de transporte e inclemencias climáticas extremas.

Los Programas Asistenciales se ejecutan en 7 Centros de Salud, 1 Cesfam, 6 Postas Rurales y 1 Estación Médico Rural. En el contexto del Modelo Integral, se despliegan las diversas prestaciones, que se contextualizan en una cosmovisión Mapuche en una alta proporción, y características de mayor inequidad de la comuna. Para buscar opciones de concretar un modelo Integral que dé cuenta de la riqueza de los Usuarios y Usuarios, en equilibrio con modelos de atención occidental. Población con riesgos tanto cardiovascular como de Salud Mental.

De acuerdo a las nuevas directrices, se avanzará en la implementación del modelo con enfoque integral, fortaleciendo el trabajo comunitario e Intersectorial.

Con el fin de mejorar la atención y cumplir las normas ministeriales se contrataron horas profesionales y Técnicos, dentro del escaso presupuesto que cuenta el DSM, gracias a esto ha

sido posible dar cumplimiento a los PRAPS, y pudimos implementar la estrategia ESCICEP que otras comunas que cuentan con mayores recursos aún no lo han logrado.

Por otro lado la población per cápita y flotante de la comuna ha ido en aumento, lo que conlleva que los pacientes cardiovasculares (compensados y descompensados), y pacientes de salud mental, deben ser atendidos si o si, con las escasas horas profesionales con las que contamos en nuestros espacios físicos (que ya son insuficientes).

B). Plan de trabajo con la población.

INFANTIL

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	URSO DE VIDA	SE ARTICULA CON	Esencial
1	PROMOCION	Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población.	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	Control de salud desde el recién nacido al 6to mes: - Evaluación de tipo de alimentación y fortalecimiento de la lactancia materna	Porcentaje de niños y niñas con lactancia materna exclusiva controlados al sexto mes.	(N° de niños y niñas con control de salud entre los 5 meses 16 días y los 6 meses 15 días entre enero a diciembre del año en curso que recibieron LME/N° de niños y niñas con control de salud entre los 5 meses 16 días y los 6 meses 15 días entre enero a diciembre del año en curso)x 100	60%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	METAS SANITARIAS ChCC	x
2		Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población.	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	Consultas de lactancia materna de alerta y seguimiento.	Porcentaje de consultas de lactancia materna de alerta y seguimiento a niños y niñas de 0 a 5 meses 29 días.	Nº de consultas de lactancia materna de alerta y seguimiento en niños y niñas de 0 a 5 meses 29 días / Nº de controles en niños y niñas de	Mantener o disminuir en comparación con el año anterior	REM A04 Sección M	SALUD EN LA INFANCIA	METAS SANITARIAS ChCC	x

						0 a 5 meses 29 días * 100					
3		Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población.	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	Consulta nutricional al 5º mes de vida: - Inicio de alimentación complementaria de acuerdo a desarrollo del NN. - Fortalecimiento de Lactancia materna	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 meses a 11 meses 29 días * 100	90%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	Nutrición Infantil	x
4	PROMOCION	Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población.	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida: - Refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.	Población con consulta nutricional a los 3 años y 6 meses (42 y 47 meses)/ Población en control de 3 años y 6 meses (42 y 47 meses) * 100	50%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	Nutrición Infantil	x
5		Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población.	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	Control de Salud Infantil: - Fomentar hábitos de vida saludable (alimentación saludable y actividad física), tempranamente para	Porcentaje de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal.	Nº de niños y niñas menores de 6 años con estado nutricional normal / Nº de niñas y niños menores de 6 años inscritos validados * 100	60%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	IAAPS Nutrición Infantil	x

				prevenir la malnutrición por exceso							
6		Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Fortalecer las habilidades parentales y generar ambientes estimulantes con pertinencia cultural.	Control de salud Infantil a niños y niñas menores de 4 años en los que participa del padre.	Porcentaje de controles de salud Infantil a niños y niñas menores de 4 años en los que participa del 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	ChCC	x
7	PROMOCION	Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Fortalecer las habilidades parentales y generar ambientes estimulantes con pertinencia cultural.	Taller de promoción temprana del desarrollo del lenguaje en el primer año de vida, con pertinencia cultural	Porcentaje de niños y niñas menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan al taller de Promoción del desarrollo del lenguaje.	Nº niños y niñas menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres de Promoción del desarrollo del lenguaje/ Nº de niños (as) bajo control menores de 1 año *100	25%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	ChCC, Programas Migrantes	x

8		Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Fortalecer las habilidades parentales y generar ambientes estimulantes con pertinencia cultural.	Taller de promoción temprana del desarrollo motor en el primer año de vida, con pertinencia cultural	Porcentaje de niños y niñas menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan al taller de Promoción del desarrollo motor	N° niños y niñas menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres de Promoción del desarrollo motor/ N° de niños (as) bajo control menores de 1 año *100	25%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	ChCC, Programas Migrantes	x
9		Mejorar la salud mental de la población en Chile con enfoque en lo promocional y preventivo	Aumentar la cobertura en programas y/o acciones de promoción y prevención con enfoque de equidad.	Talleres promocionales de salud mental a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 10 años, realizados preferencialmente en el ámbito educacional (jardines, escuelas, y liceos)	Porcentaje de niños y niñas menores de 10 años, cuyas madres, padres y/o cuidadores participan en talleres promocionales de salud mental, preferencialmente en el ámbito educacional (jardines, escuelas, y liceos).	N° de NN cuyos padres, madres y/o cuidadores participan en taller (año vigente) / Población inscrita entre 0 y 9 años (año vigente)*100	Aumentar en un 10% en relación a lo realizado el año 2024.	REM	Establecimiento	Salud Mental	x

10	PROMOCION	Mejorar la salud mental de la población en Chile con enfoque en lo promocional y preventivo	Aumentar la cobertura en programas y/o acciones de promoción y prevención con enfoque de equidad.	Talleres promocionales de salud mental a los niños y niñas que pertenecen al Servicio de Protección Especializada "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios).	Porcentaje de niños y niñas del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (programas residenciales y ambulatorios) que participan en talleres promocionales de salud mental.	N° de niños y niñas del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) que participan en talleres promocionales de salud mental (año vigente))/ Población inscrita de 0 a 9 años (año vigente) que pertenecen al Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" * 100	Aumentar en un 10% en relación a lo realizado el año 2024.	REM	Establecimiento	Esencial	x
11	PREVENION	Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Fortalecer las habilidades parentales y generar ambientes estimulantes con pertinencia cultural.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de	Porcentaje de niños(as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres Nadie es Perfecto	N° de madres, padres o cuidadores(as) de niños(as) menores de 5 años que ingresan a talleres Nadie es Perfecto/ Población bajo	7%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	ChCC	x

				niñas y niños menores de 5 años bajo control.		control de niños(as) menores de 5 años*100					
12		Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Asegurar la pesquisa oportuna de alteraciones del desarrollo integral en niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas	Control de Salud a niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas	Porcentaje de niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas bajo control de 0 a 9 años 11 meses y 29 días con diagnóstico nutricional integrado de obesidad	(N° de niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas bajo control de 0 a 9 años 11 meses y 29 días con diagnóstico nutricional integrado de obesidad/N° de niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas bajo control de 0 a 9 años 11 meses y 29 días)x 100	Año 2025 línea base. Luego, disminuir el porcentaje.	REM	SALUD EN LA INFANCIA	Programa Pueblos Indígenas	x
13	PREVENCIÓN	Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Asegurar la pesquisa oportuna de alteraciones del desarrollo integral en niños y niñas con pertinencia cultural	Recuperación del desarrollo integral de niños y niñas en contexto de migración de 0 a 59 meses.	Porcentaje de niños y niñas en contexto de migración de 0 a 59 meses con alteración del desarrollo (riesgo y retraso) y riesgos biopsicosocial es ingresados a MADIS	(N° de niños y niñas en contexto de migración de 0 a 59 meses con alteración del desarrollo (riesgo y retraso) y riesgos biopsicosociales ingresados a MADIS/N° de niños y niñas en contexto de	80%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	CHCC, Programa Migrantes (Plan de acción)	x

						migración de 0 a 59 meses con alteración del desarrollo (riesgo y retraso) y riesgos biopsicosociales) * 100					
14		Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud integral infantil.	Control de salud integral a niños y niñas de 0 a 9 años que pertenecen al Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios)	Cobertura efectiva de niños y niñas de 0 a 9 años bajo control.	Total de niños y niñas de 0 a 9 años en control que pertenecen al Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez"/ Población bajo control de niños y niñas de 0 a 9 años que pertenecen al Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" * 100	95%	REM	Establecimiento	Esencial	x

15		Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Asegurar la pesquisa oportuna de alteraciones del desarrollo integral en niños y niñas con pertinencia cultural	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo de evaluación neurosensorial	Porcentaje de niños y niñas de 1 mes con aplicaciones de protocolo neurosensorial	Nº de niños y niñas de 1 mes con protocolo neurosensorial aplicado / Nº Total de niños y niñas con controles de salud al 1 mes * 100	100%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	ChCC	x
16	PREVENCIÓN	Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Asegurar la pesquisa oportuna de alteraciones del desarrollo integral en niños y niñas con pertinencia cultural	Control de salud integral a los 4 meses con aplicación de Pauta Breve.	Cobertura de la aplicación de pauta breve de niños y niñas a los 4 meses de edad	Nº de Pauta Breve aplicada en el control de salud de los 4 meses / Total de niños y niñas con controles de salud al 4 mes * 100	100%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA	x
17		Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Asegurar la pesquisa oportuna de alteraciones del desarrollo integral en niños y niñas con pertinencia cultural	Control de salud integral con aplicación de instrumento de evaluación de Desarrollo Psicomotor (EEDP) de los 7 a 11 meses de edad	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo de niños y niñas de 7-11 meses en el control de salud (Primera evaluación)	Nº de niños y niñas de 7-11 meses con EEDP realizado en el control de salud (Primera evaluación)/ Población bajo control de 7 a 11 meses de edad* 100	100%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	CHCC	x

18		Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Asegurar la pesquisa oportuna de alteraciones del desarrollo integral en niños y niñas con pertinencia cultural	Control de salud integral a los 12 meses con aplicación de Pauta Breve.	Cobertura de la evaluación del desarrollo psicomotor con pauta breve de niños y niñas de 12 a 17 meses	Nº de Pauta Breve aplicada en el control de salud de los 12 meses / Total de niños y niñas con controles de salud al 12 mes * 100	90%	REM A03 / REM A02	SALUD EN LA INFANCIA	IAAPS	x
19	PREVENCIÓN	Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Asegurar la pesquisa oportuna de alteraciones del desarrollo integral en niños y niñas con pertinencia cultural	Control de salud integral con aplicación de instrumento de evaluación de Desarrollo Psicomotor (EEDP) de los 12 a 23 meses de edad	Cobertura de la evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños y niñas 12 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud infantil	Nº de niños y niñas de 12-23 meses con EEDP realizado en el control de salud (Primera evaluación)/ Población bajo control de 12-23 meses de edad* 100	90%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	IAAPS	x
20		Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Asegurar la pesquisa oportuna de alteraciones del desarrollo integral en niños y niñas con pertinencia cultural	Control de salud integral con aplicación de instrumento de evaluación de Desarrollo Psicomotor (TEPSI) de los 24 a 47 meses de edad	Cobertura de la evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños y niñas de 24 a 47 meses (Primera evaluación) en el control de salud integral	Nº de niños y niñas de 24-47 meses con TEPSI realizado en el control de salud (Primera evaluación)/ Población bajo control de 24-47 meses de edad* 100	90%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA	x

21		Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud integral infantil.	Control de salud integral a niños y niñas de 0 a 9 años que pertenecen al Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios)	Cobertura efectiva de niños y niñas de 0 a 9 años bajo control.	Total de niños y niñas de 0 a a 9 años en control que pertenecen al Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez"/ Población bajo control de niños y niñas de 0 a a 9 años que pertenecen al Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" * 100	95%	REM A01 / P13	Establecimiento	Esencial	x
22	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Control de Salud Infantil a los 2 meses de edad con aplicación de Escala Edimburgo (EPDS) a las madres	Porcentaje de Escalas de Edimburgo aplicadas a todos los controles de salud infantil de 2 meses	Nº de Escalas de Edimburgo aplicadas a los 2 meses postparto/Nº total de controles de salud infantil de 2 meses*100	100%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	PSM	x

		de derechos.									
23		Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Control de Salud Infantil a los 6 meses de edad con aplicación de Escala Edimburgo (EPDS) a las madres	Porcentaje de Escalas de Edimburgo aplicadas a todos los controles de salud infantil de 6 meses	Nº de Escalas de Edimburgo aplicadas a los 6 meses postparto/Nº total de controles de salud infantil de 6 meses*100	100%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	PSM	x
24	PREVENCIÓN	Mejorar la salud mental de la población en Chile con enfoque en lo promocional y preventivo	Aumentar la cobertura en programas y/o acciones de promoción y prevención con enfoque de equidad	Talleres preventivos de salud mental dirigido a los niños y niñas del Servicio de Protección Especializada "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios), sus madres, padres y/o cuidadores.	Porcentaje de niños y niñas del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios), sus madres, padres y/o cuidadores, que participan en talleres preventivos de salud mental.	Nº de niños y niñas del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (programas residenciales y ambulatorios) que participan en talleres preventivos de salud mental / Población inscrita entre 0 y 9 años (año vigente) que pertenece al Servicio de Protección	Aumentar o mantener realizado año 2024	REM	Establecimiento	PSM	x

						Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" * 100					
25		Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Prevenir enfermedades prevalentes en niños y niñas menores de 10 años, a través de su detección precoz	Radiografía pelvis a niños y niñas a los 3 meses de edad realizada (sin screening previo)	Porcentaje de niños y niñas de 3 meses de edad 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	x
26		Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Prevenir enfermedades prevalentes en niños y niñas menores de 10 años, a través de su detección precoz .	Medición de la presión arterial para detectar precozmente niños y niñas portadores de hipertensión arterial	Porcentaje de niños y niñas de 3 a 9 años con evaluación de la presión arterial.	Nº niños y niñas de 3 a 9 años con evaluación de la presión arterial / Población en control de 3 a 9 años * 100	Aumento de 10% sobre Línea base	REM	SALUD EN LA INFANCIA	Salud cardiovascular	x
27	PREVENCIÓN	Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación.	Mantener o mejorar coberturas de inmunización	Administración de dosis única de vacuna Meningocócica recombinante a niños y niñas menores de 12 meses de edad.	Porcentaje de niños y niñas que se le administró dosis única de vacuna Meningocócica recombinante a los menores de 12 meses.	Nº de niños y niñas que se le administró dosis única de vacuna Meningocócica recombinante correspondiente a los menores de 12 meses/ Nº de niños y niñas menores de 12 meses según población INE *	50%	RNI INE	SALUD EN LA INFANCIA	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES	x

						100					
28		Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación.	Mantener o mejorar coberturas de inmunización	Administración de vacuna SRP (Sarampión, Rubeola y Paratoditis) a niños y niñas a los 12 meses de edad.	Porcentaje de niños y niñas que se le administró vacuna SRP a los 12 meses de edad.	Nº de niños y niñas que se administró vacuna SRP correspondiente a los 12 meses/ Nº de niños y niñas de 12 meses según población INE * 100	90%	RNI INE	SALUD EN LA INFANCIA	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES	x
29		Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación.	Mantener o mejorar coberturas de inmunización	Administración de vacuna Hexavalente (H.influenzae tipo b, hepatitis B, difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis) a niños y niñas de 18 meses.	Porcentaje de niños y niñas de 18 meses con vacuna hexavalente (hepatitis B, difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis, enfermedad invasora H.Influenzae tipo b (Hib) administrada.	Nº de niños y niñas de 18 meses con refuerzo de vacuna Hexavalente/ Nº de niños y niñas de 18 meses según población INE * 100	95%	RNI INE	SALUD EN LA INFANCIA	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES	x
30	PREVENCIÓN	Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación.	Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles.	Administración de vacuna fiebre amarilla a los niños y niñas de 18 meses de edad. (Solo en Isla de Pascua)	Porcentaje de niños y niñas de 18 meses de edad con vacuna fiebre amarilla administrada. (Solo se administra en Isla de Pascua)	Nº de niños y niñas de 18 meses de edad con vacuna fiebre amarilla administrada / Nº de niños/as de 18 meses de edad según población INE	90%	RNI INE	SALUD EN LA INFANCIA	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES	x

						*100 (Solo en Isla de Pascua)					
31		Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación.	Mantener o mejorar coberturas de inmunización	Administración de vacuna contra la Varicela en niños y niñas a los 36 meses de edad.	Porcentaje de niños y niñas que se le administró vacuna contra la Varicela a los 36 meses de edad	Nº de niños y niñas que se administró vacuna contra la Varicela correspondiente a los 36 meses/ Nº de niños y niñas de 36 meses según población INE * 100	50%	RNI INE	SALUD EN LA INFANCIA	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES	x
32		Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación.	Mantener o mejorar coberturas de inmunización	Administración de dosis única de vacuna contra el Virus Papiloma Humano (VPH) a niñas y niños que cursan 4º básico	Porcentaje de niños y niñas que cursan 4º básico con dosis única de vacuna VPH administrada.	Nº de niños y niñas que cursan 4º básico con dosis única de vacuna VPH administrada/Nº de niños y niñas matriculados en 4º básico * 100	90%	RNI MINEDUC	SALUD EN LA INFANCIA	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES COMGES	x
33		Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación.	Mantener o mejorar coberturas de inmunización	Administración de vacuna Influenza a los niños y niñas desde los 6 meses a 5 años.	Porcentaje de niños/ as de los 6 meses a 5 años con vacuna anti-influenza administrada.	Nº niños y niñas de los 6 meses de edad a 5 años de edad con vacuna anti-influenza administrada/Nº de niños y niñas de 6 meses a 5 años de edad según proyección INE *100	85%	RNI INE	SALUD EN LA INFANCIA	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES	x

34	PREVENCIÓN	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Promover el manejo adecuado de higiene y cuidado bucal en la población	Educación Grupal Población menor de 10 años	Porcentaje de población menor de 10 años que recibe educación grupal	N° de niños y niñas menor de 10 años que recibe educación grupal)/ Total de población de niños y niñas menor de 10 años inscrita y validada en el establecimiento x100	20%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	ChCC	x
35		Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Fortalecer la cobertura de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	CERO de 0 a 2 años	Porcentaje de niñas/os de 0 a 2 años en control con enfoque de riesgo y pauta CERO aplicada	N° de niños y niñas de 0 a 2 años con evaluación de riesgo odontológico anual (Aplicación de Pauta CERO) / Total de niños y niñas menores de 2 años inscritos y validados en los establecimientos *100	80%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	ChCC	x
36		Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Fortalecer la cobertura de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	CERO 3 a 6 años	Porcentaje de niñas/os de 3 a 6 años en control con enfoque de riesgo y pauta CERO aplicada	N° de niños y niñas de 3 a 6 años con evaluación de riesgo odontológico anual (Aplicación de Pauta CERO) / Total de niños y niñas menores	65%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	ChCC	x

						de 3 a 6 años inscritos y validados en los establecimientos *100					
37		Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Fortalecer la cobertura de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	CERO 7 a 9 años	Porcentaje de niñas/os de 7 a 9 años en control con enfoque de riesgo y pauta CERO aplicada	Nº de niños y niñas de 7 a 9 años con evaluación de riesgo odontológico anual (Aplicación de Pauta CERO) / Total de niños y niñas menores de 7 a 9 años inscritos y validados en los establecimientos *100	55%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	ChCC	x
38	PREVENCIÓN	Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Fomentar los hábitos promotores de la salud bucal asociado a la reducción del consumo de tabaco, alcohol y azúcar	CERO 7-9 años	Porcentaje de niñas/os de 7a 9 años que ingresan a la población bajo control en salud oral (CERO)	Nº de niños y niñas de 7 a 9 años con evaluación de riesgo odontológico anual (Aplicación de Pauta CERO)/ Total de niños y niñas de 7 a 9 años inscritos y validados en los establecimientos *100	35%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	ChCC Programa Odontológico	x

39		Disminuir la morbimortalidad por infecciones respiratorias agudas en la población nacional	Reducir el riesgo de presentar infecciones respiratorias agudas en la población	Educación grupal a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA	Porcentaje de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y/o cuidadores ingresan a educación grupal presencial o remota en prevención de IRA	Nº de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y/o cuidadores ingresan a educación grupal presencial o remota en prevención de IRA/ Nº total de niños menores de 1 año bajo control * 100	60%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	Programa Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	x
40		Disminuir la morbimortalidad por infecciones respiratorias agudas en la población nacional	Reducir el riesgo de presentar infecciones respiratorias agudas en la población	Visitas domiciliaria a niños y niñas menores de 7 meses 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	90%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	Programa Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	x

41	PREVENCIÓN	Disminuir la morbilidad por infecciones respiratorias agudas en la población nacional	Aumentar la calidad de la atención en infecciones respiratorias agudas	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 niños y niñas menores de 9 años fallecidos por neumonía con auditorías clínicas a familiares en domicilio / Nº de niños y niñas menores 9 años que fallecen en domicilio por neumonía * 100	100%	Auditoría de Defunción por Neumonía en Domicilio	SALUD EN LA INFANCIA	Programa Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	x
42		Promover el desarrollo integral y calidad de vida de las personas en el espectro autista y sus familias a lo largo del curso de vida.	Mejorar la detección oportuna, atención integral y continuidad de los cuidados con enfoque de equidad	Tamizaje de Trastorno del Espectro Autista en el control de salud infantil a niños y niñas de 16 a 30 meses con: alteración en el área del lenguaje o social, señales de alerta, hermano o hijo/a de persona en el EA o ante consulta espontánea.	Cobertura de niños y niñas con señales de alerta de EA con M-CHAT-R/F aplicado en el control de salud.	Nº de niños y niñas con Tamizaje Trastorno Espectro Autista (M-CHAT-R/F) realizado / Nº de controles de salud de niños y niñas de 12 a 47 meses *100	Incrementar en un 10% respecto al año anterior.	REM	SALUD EN LA INFANCIA	PSM	x

43	PREVENCIÓN TRATAMIENTO	Fortalecer el cuidado centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud	Establecimientos que entregan a usuarios internos y/o externos medicinas complementarias y/o prácticas de bienestar de la salud	Proporción de Establecimientos que implementan medicinas complementarias y/o prácticas de bienestar de la salud a usuarios internos y/o externos.	N° de establecimientos que implementan la actividad/ N° total de establecimientos x100 **Diferenciar por usuarios internos (funcionarios) y externos (pacientes, familiares o cuidadores pacientes)	Establecer línea base o Incrementar en un 5% respecto al año anterior los establecimientos que cuentan con medicinas complementarias y/o prácticas de bienestar de la salud en su cartera de prestaciones	REM A31	SALUD EN LA INFANCIA	TODOS LOS PROGRAMAS	x
44	DIAGNÓSTICO	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Radiografías Retroalveolares y Bite Wing en niños y niñas menores de 10 años. Actividad efectuada por técnico en odontología	Porcentaje de niños y niñas menores de 10 años con Radiografías Retroalveolares y Bite Wing. Actividad efectuada por técnico en odontología	N° de niños y niñas menores de 10 años con Radiografías Retroalveolares y Bite Wing /Total de población menor de 10 años inscrita y validada en el establecimiento *100	3%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	NINGUNA	x

45	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Fortalecer las intervenciones oportunas, adecuadas y con pertinencia cultural orientadas a la población infantil con alteración del desarrollo.	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas menores de 5 años con déficit en su DSM (riesgo y retraso)	Porcentaje de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña menores de 5 años 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 - CHCC	x
46		Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Fortalecer las intervenciones oportunas, adecuadas y con pertinencia cultural orientadas a la población infantil con alteración del desarrollo.	Reevaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) y rezago en su desarrollo psicomotor de los 7 a 11 meses de edad (EEDP)	Porcentaje de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 7 a 11 meses y recuperadas(os) en la reevaluación.	Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 7 a 11 meses y recuperadas(os) en la reevaluación / Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 7 a 11 meses *100	90%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	METAS SANITARIAS	x

47	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Fortalecer las intervenciones oportunas, adecuadas y con pertinencia cultural orientadas a la población infantil con alteración del desarrollo.	Reevaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) y rezago en su desarrollo psicomotor de los 12 a 23 meses de edad (EEDP)	Porcentaje de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 12 a 23 meses y recuperadas(os) en la reevaluación.	Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 12 a 23 meses y recuperadas(os) en la reevaluación / Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 12 a 23 meses *100	90%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	METAS SANITARIAS	x
48		Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Fortalecer las intervenciones oportunas, adecuadas y con pertinencia cultural orientadas a la población infantil con alteración del desarrollo.	Reevaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) y rezago en su desarrollo psicomotor de los 24 a 47 meses de edad (TEPSI)	Porcentaje de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 24 a 47 meses y recuperadas(os) en la reevaluación.	Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 24 a 47 meses y recuperadas(os) en la reevaluación / Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 24	90%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	METAS SANITARIAS	x

						a 47 meses *100					
49	TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratoria crónica	Aumentar el acceso a la atención en salud por infecciones respiratoria agudas.	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de 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 11 meses 29 días	(Nº de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente o de asma bronquial de 0 a 9 años 11 meses 29 días (año vigente) (MENOS) Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente o de asma bronquial de 0 a 9 años 11 meses 29 días del año anterior/ Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente o de asma bronquial de 0 a 9 años 11 meses 29 días del año anterior)*100	Aumentar 5% con respecto al año anterior	REM	SALUD EN LA INFANCIA	Programa Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	x

50		Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratoria crónica	Aumentar el acceso a la atención en salud por infecciones respiratoria agudas.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA	Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente)	(N° de usuarios con Asma de 5 a 14 años bajo control con nivel de control controlado /N° de usuarios con Asma de 5 a 14 años bajo control)	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año anterior	REM	SALUD EN LA INFANCIA	Programa Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)	x
51		Disminuir la morbimortalidad por infecciones respiratorias agudas en la población nacional	Aumentar el acceso a la atención en salud por infecciones respiratorias agudas	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	N° de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación / N° de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico*100	1	SIGGES	SALUD EN LA INFANCIA	Programa Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) GES	x
52	TRATAMIENTO	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Morbilidad Odontológica en menores de 10 años	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en menores de 10 años	N° de niños y niñas menor a 10 años con consultas de morbilidad odontológica /Total de población menor de 10 años inscrita y validada en el establecimiento* 100	35%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	ChCC	x

53		Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Consulta de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en menores de 10 años	Cobertura de consultas de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en menores de 10 años	N° de niños y niñas menor de 10 años con consultas de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES /Total población menor de 10 años inscritos y validados en los establecimientos x 100	2,0%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	ChCC	x
54		Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a Condiciones Mentales	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Aplicar pauta de monitoreo de resultados de situación de salud mental de niños y niñas de 5 a 9 años en tratamiento por salud mental (Instrumento PSC) al ingreso y egreso a programa.	Porcentaje de personas con aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental al ingreso y egreso (alta clínica) de la atención de salud mental.	N° de personas de 5 a 9 años con instrumento de monitoreo aplicado al ingreso y egreso con alta clínica (año vigente) /N° de personas de 5 a 9 años ingresadas y con alta clínica (suma de personas ingresadas y de personas con alta clínica) a programa salud mental (año vigente) *100	100%	REM	Establecimiento	PSM	x

55	TRATAMIENTO	Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a Condiciones Mentales	Aumentar la cobertura de la demanda de personas con trastornos mentales	Atención integral de niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	Cobertura de atención integral de niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	N° de personas de 0 a 9 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, bajo control / N° de personas con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales de 0 a 9 años, esperados según prevalencia del 22%	2%	REM	Establecimiento	PSM	x
56		Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a Condiciones Mentales	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Altas terapéuticas de niños y niñas entre 0 y 9 años ingresadas a tratamiento por salud mental	Porcentaje de niños y niñas entre 0 y 9 años egresados por alta terapéutica de tratamiento por salud mental	N° niños y niñas entre 0 y 9 años egresados por alta terapéutica (año vigente) / N° niños y niñas entre 0 y 9 años bajo control en salud mental (año vigente)	Alcanzar un 20%	REM	Establecimiento	PSM	x

57		Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a Condiciones Mentales	Aumentar la cobertura de la demanda de personas con trastornos mentales	Atención integral y oportuna a niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Concentración de controles de atención integral a personas de 0 a 9 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Nº de controles de salud mental totales realizados a personas de 0 a 9 años/Nº de personas bajo control en el programa de salud mental de 0 a 9 años **Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorías y consejerías individuales y familiares.	Concentración entre 8 y 12 de controles.	REM	Establecimiento	PSM	x
----	--	--	---	--	---	---	--	-----	-----------------	-----	---

58	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Fortalecer las intervenciones oportunas, adecuadas y con pertinencia cultural orientadas a la población infantil con alteración del desarrollo.	Niños y niñas con presencia de factor de riesgo biopsicosocial que pertenecen al Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios), que ingresan a tratamiento en modalidad de estimulación, para intervenciones y así disminuir posibles alteraciones que afecten el desarrollo normal	Porcentaje de niños y niñas entre 0 y 5 años con presencia de factor de riesgo biopsicosocial, que pertenecen a programas residenciales y ambulatorios del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez", que ingresan a tratamiento en modalidad de estimulación)	N° de niños y niñas con riesgo biopsicosocial u otra vulnerabilidad que pertenecen a programas residenciales y ambulatorios del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez", que ingresan a modalidad de estimulación en el periodo/N° de niños y niñas detectado en control de salud con riesgo biopsicosocial u otra vulnerabilidad en el periodo *100	100%	REM	Establecimiento	PSM-CHCC	x
----	-------------	---	---	---	---	---	------	-----	-----------------	----------	---

59	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Fortalecer las intervenciones oportunas, adecuadas y con pertinencia cultural orientadas a la población infantil con alteración del desarrollo.	Intervenciones de modalidades de apoyo al desarrollo integral y oportuna a niños y niñas de 0 a 5 años que pertenecen al Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez (programas residenciales y ambulatorios), con alteración al desarrollo psicomotor.	Porcentaje de niños y niñas entre 0 a 5 años perteneciente al Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez (programas residenciales y ambulatorios), con alteración al desarrollo psicomotor que ingresa a tratamiento a modalidad de estimulación, para recuperar desarrollo normal.	N° de niños y niñas con alteración al DSM del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez (programas residenciales y ambulatorios) que ingresan a modalidad de estimulación en el periodo/ N° de niños y niñas del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez (programas residenciales y ambulatorios) detectados con alteración en el desarrollo en el periodo *100	100%	REM	Establecimiento	PSM-CHCC	x
----	-------------	---	---	--	---	---	------	-----	-----------------	----------	---

60		Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Fortalecer las intervenciones oportunas, adecuadas y con pertinencia cultural orientadas a la población infantil con alteración del desarrollo.	Niños y niñas con presencia de factor de riesgo biopsicosocial que pertenecen al Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios), que ingresan a tratamiento en modalidad de estimulación, para intervenciones y así disminuir posibles alteraciones que afecten el desarrollo normal	Porcentaje de niños y niñas entre 0 y 5 años con presencia de factor de riesgo biopsicosocial, que pertenecen a programas residenciales y ambulatorios del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez", que ingresan a tratamiento en modalidad de estimulación)	N° de niños y niñas con riesgo biopsicosocial u otra vulnerabilidad que pertenecen a programas residenciales y ambulatorios del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez", que ingresan a modalidad de estimulación en el periodo/N° de niños y niñas detectado en control de salud con riesgo biopsicosocial u otra vulnerabilidad en el periodo *100	100%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	Plan intersectorial de salud integral con énfasis en salud mental (SISI)	x
----	--	---	---	---	---	---	------	-----	----------------------	--	---

61	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Fortalecer las intervenciones oportunas, adecuadas y con pertinencia cultural orientadas a la población infantil con alteración del desarrollo.	Intervenciones de modalidades de apoyo al desarrollo integral y oportuna a niños y niñas de 0 a 5 años que pertenecen al Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez (programas residenciales y ambulatorios), con alteración al desarrollo psicomotor que ingresa a tratamiento a modalidad de estimulación, para recuperar desarrollo normal.	Porcentaje de niños y niñas entre 0 a 5 años perteneciente al Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez (programas residenciales y ambulatorios), con alteración al desarrollo psicomotor que ingresa a tratamiento a modalidad de estimulación, para recuperar desarrollo normal.	N° de niños y niñas con alteración al DSM del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez (programas residenciales y ambulatorios) que ingresan a modalidad de estimulación en el periodo/ N° de niños y niñas del Servicio de Protección Especializada Mejor Niñez (programas residenciales y ambulatorios) detectados con alteración en el desarrollo en el periodo *100	100%	REM Registro Local	SALUD EN LA INFANCIA	METAS SANITARIAS Plan intersectorial de salud integral con énfasis en salud mental (SISI)	x
62		Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población.	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	Consulta Nutricional en población infantil menor a 6 años con Dg. de Malnutrición por exceso.	Porcentaje de población infantil menor a 6 años con Malnutrición por exceso que recibe Consulta Nutricional (CN).	Población infantil menor a 6 años con Dg. de malnutrición por exceso que recibe Control nutricional/ Población infantil menor a 6 años con Dg. de		50%	REM	SALUD EN LA INFANCIA	METAS SANITARIAS

						Malnutrición por exceso) *100					
63		Aumentar la proporción de población infantil con estado nutricional normal	Aumentar los entornos saludables, respecto a la disponibilidad, acceso y exposición.	Consulta Nutricional en población infantil menor a 6 años con Dg. de Malnutrición por defecto.	Porcentaje de población infantil menor a 6 años con Malnutrición por defecto que recibe Consulta Nutricional (CN).	Población infantil menor a 6 años con Dg. de malnutrición por defecto que recibe Control nutricional/ Población infantil menor a 6 años con Dg. de Malnutrición por defecto) *100	Línea base	REM	SALUD EN LA INFANCIA	Departamento de Alimentos y Nutrición	x
64	TRATAMIENTO	Aumentar la proporción de población infantil con estado nutricional normal	Aumentar los entornos saludables, respecto a la disponibilidad, acceso y exposición.	Nº de niños menor a 2 años con mal nutrición por déficit que retiran PNAC Refuerzo	Porcentaje de población infantil menor a 2 años con riesgo de desnutrir o desnutridos que retiran PNAC refuerzo	Población infantil menor a 2 años con Dg. de malnutrición por déficit que retiran PNAC de refuerzo /Población infantil menor a 2 años con Dg. de malnutrición por déficit) * 100	Aumentar en relación al año anterior	REM	SALUD EN LA INFANCIA	PROGRAMAS ALIMENTARIOS	x

65	OTRO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Registro de niños y niñas con dependencia leve y moderada y sus cuidadores en Registro de Cuidadores y Personas con Dependencia (RCD) del Ministerio de Desarrollo Social	Porcentaje de niños y niñas con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control ingresados a RCD	(N° de niños y niñas con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control registrados en RCD/N° de niños y niñas con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control)*100	100% de niños y niñas y sus cuidadores bajo control en establecimiento encuentran registrados en RCD	RCD y REM	Infancia	Sistema Nacional de Cuidados /Ministerio de Desarrollo Social	x
----	------	---	--	---	--	--	--	-----------	----------	---	---

ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

		OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENT	CURSO DE VIDA	SE ARTICULA CON	Indicador Esencial	Indicador Recomendado
1	PROMOCION	Disminuir la prevalencia de consumo de productos de tabaco y sistema electrónicos de administración de nicotina y sin nicotina en la población.	Retardar el inicio del consumo de tabaco.	Realizar consejerías antitabaco y cigarros electrónicos a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años que recibe consejería antitabaco y cigarros electrónicos.	$(N.^{\circ} \text{ de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejerías antitabaco y cigarros electrónicos en el año}) / (\text{Total de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años inscritos en el establecimiento}) * 100$	3%	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA RESPIRATORIO	x	
2		Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes.	Mejorar el bienestar biopsicosocial de las personas en su salud sexual.	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes de 10 a 19 años.	Porcentaje de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva .	$(N.^{\circ} \text{ de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año vigente)}) (\text{MENOS}) N.^{\circ} \text{ de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior)}) / (N.^{\circ} \text{ de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior)}) * 100$	Aumentar o mantener lo realizado el año anterior.	REM	ADOLESCENCIA	PROGRAMA SALUD DE LA MUJER		x

3	PROMOCION	Mejorar la salud mental de la población en Chile con enfoque en lo promocional y preventivo.	Aumentar la oferta y calidad de programas y acciones enfocadas en la promoción de la salud mental en el curso de vida.	Talleres promocionales de salud mental dirigidos a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años.	Porcentaje de Adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que participan en talleres promocionales de salud mental.	(N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que participan en talleres promocionales de salud mental (año vigente))/ (Población inscrita de 10 a 24 años (año vigente)*100	Aumentar en un 10% en relación a lo realizado el año anterior.	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA SALUD MENTAL		X
4		Mejorar la salud mental de la población en Chile con enfoque en lo promocional y preventivo.	Aumentar la oferta y calidad de programas y acciones enfocadas en la promoción de la salud mental en el curso de vida.	Talleres promocionales de salud mental dirigidos a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que pertenecen al Servicio de Protección Especializada "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre).	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre) que participan en talleres promocionales de salud mental.	(N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre) que participan en talleres promocionales de salud mental (año vigente))/ (Población inscrita de 10 a 24 años (año vigente) que pertenecen al Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" y SENAME) *100	Mantener o aumentar lo realizado el año anterior.	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA SALUD MENTAL/ PLAN INTERSECTORIAL DE SALUD INTEGRAL CON ENFASIS EN SALUD MENTAL (SISI)	X	

5	PREVENCIÓN	Mejorar la salud mental de la población en Chile con enfoque en lo promocional y preventivo.	Aumentar la cobertura en programas y/o acciones de promoción y prevención con enfoque de equidad.	Talleres preventivos de salud mental dirigidos a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre).	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre), que participan en talleres preventivos de salud mental.	(N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas en medio libre) que participan en talleres preventivos de salud mental) / (Población inscrita entre 10 y 24 años (año vigente) que pertenece al Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" y SENAME) * 100	Mantener o aumentar lo realizado o el año anterior.	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA SALUD MENTAL/ PLAN INTERSECTORIAL DE SALUD INTEGRAL CON ENFASIS EN SALUD MENTAL (SISI)	X	
6	PREVENCIÓN	Fortalecer el cuidado centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal.	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud Integral Adolescentes de 10 a 19 años.	Porcentaje de Control de Salud Integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años.	(N.º 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	18% población de 10 a 19 años.	REM	ADOLESCENCIA	META IAAPS	X	

7	PREVENCIÓN	Fortalecer el cuidado centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal.	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida.	Control de salud integral a adolescentes de 10 a 19 años que pertenecen al Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME.	Cobertura del control de salud integral en adolescentes de 10 a 19 años que pertenecen al Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre).	(N° de controles de salud integral realizados (año vigente) a adolescentes de 10 a 19 años del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre) / (N° total de adolescentes de 10 y 19 años del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre) bajo control en el período (año vigente))*100	90%	REM	ADOLESCENCIA	PLAN INTERSECTORIAL DE SALUD INTEGRAL CON ENFASIS EN SALUD MENTAL (SISI)	X	
---	------------	--	---	--	---	--	-----	-----	--------------	--	---	--

8	PREVENCIÓN	Fortalecer el cuidado centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal.	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida.	Concentración de consultas y controles de salud en adolescentes y jóvenes de residencias del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre).	Porcentaje de atenciones (controles y consultas) realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre).	(N° total de atenciones (controles y atenciones) realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años del Servicio de Protección Especializada de Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre) / (N° adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años bajo control del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre)) * 100	0%	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	SERVICIO DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADA A LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA "MEJOR NIÑEZ" Y SENAME	X	
9	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 19 años .	Porcentaje de Visitas Domiciliarias Integrales a adolescentes gestantes de 10 a 19 años.	(N° de VDI para prevención del segundo embarazo en adolescentes de 10 a 19 años) / (N° de adolescentes puerparas de 10 a 19 años) * 100	100%	Registro local /REM	ADOLESCENCIA	PROGRAMA SALUD DE LA MUJER	X	

10	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	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.	(N.º de gestantes de 10 a 24 años con riesgo Obstétrico y/o biomédico derivadas al nivel secundario / (N.º total de gestantes de 10 a 24 años con riesgo Obstétrico y/o biomédico)*100	100%	Registro local	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA SALUD DE LA MUJER	X
11	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Asegurar el cumplimiento de la Ley IVE (Interrupción Voluntaria del Embarazo).	Derivación de toda embarazada menor de 14 años al nivel de especialidad para eventual constitución de 3era causal IVE de manera coordinada y asistida dentro de las primeras 24 horas.	Porcentaje de embarazadas menores de 14 años derivadas a nivel secundario o terciario para eventual constitución de 3era causal IVE de manera coordinada y asistida dentro de las primeras 24 horas.	(Nº embarazadas menores de 14 años derivadas a nivel secundario o terciario para eventual constitución de 3era causal IVE de manera coordinada y asistida dentro de las primeras 24 horas)/(N total de personas gestantes menores de 14 años ingresadas)*100	100%	REM	ADOLESCENCIA	PROGRAMA SALUD DE LA MUJER	X

1 2	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos.	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.	(N.º de gestantes adolescentes de 10 a 19 años, a las que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal / (N.º total de ingresos a control prenatal adolescentes de 10 a 19 años)*100	100%	Registro local/REM	ADOLESCENCIA	PROGRAMA SALUD DE LA MUJER	X
1 3	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos.	Ingreso a control prenatal antes de las 14 semanas en gestantes migrantes adolescentes.	Porcentaje de gestantes migrantes de 10 a 19 años que ingresan a Control prenatal antes de las 14 semanas de embarazo.	(Número de gestantes migrantes de 10 a 19 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal) / (Número total de gestantes migrantes de 10 a 19 años en Control prenatal)*100	90%	REM	ADOLESCENCIA	PROGRAMA SALUD DE LA MUJER	X
1 4	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos.	Aplicación de test de pesquisa de Estreptococo Grupo B en Control prenatal.	Porcentaje gestantes menores de 24 años bajo control Prenatal que acceden al test de pesquisa de Estreptococo Grupo B.	(Número de gestantes menores de 24 años bajo control Prenatal con Test pesquisa de Estreptococo Grupo B) / (Número de gestantes menores de 24 años bajo control Prenatal)*100	Aumentar o mantener lo realizado o el año anterior.	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA SALUD DE LA MUJER	X

15	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Proveer de atención multidisciplinaria y servicios asequibles y de calidad con foco en adolescentes, jóvenes, personas mayores y diversidades sexuales.	Control ginecológico a mujeres de 10 a 24 años.	Porcentaje de Controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años.	(N.º de Controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año vigente) (MENOS) N.º de Controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior))/ (N.º de Controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior))*100	Aumentar o mantener lo realizado o el año anterior.	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA SALUD DE LA MUJER	X
16	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos.	Control Preconcepcional	Porcentaje control preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años.	(N.º de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) N.º de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año anterior))/ (N.º de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año anterior))*100	Aumentar o mantener lo realizado o el año anterior.	REM	JUVENTUD	PROGRAMA SALUD DE LA MUJER	X
17	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Proveer de atención multidisciplinaria y servicios accesibles y de calidad con foco en adolescentes jóvenes, personas mayores y diversidades	Control de regulación de fertilidad en adolescentes de 15 a 19 años.	Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad.	(N.º de adolescentes de 15 a 19 años inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ (N.º de adolescentes de 15 a 19 años inscritos en centros de salud) *100	27,5% de adolescentes 15 a 19 años.	REM/FONASA	ADOLESCENCIA	PROGRAMA SALUD DE LA MUJER	X

			sexuales.									
18	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Proveer de atención multidisciplinaria y servicios accesibles y de calidad con foco adolescentes jóvenes, personas mayores y diversidades sexuales.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes mujeres de 15 a 19 años.	Porcentaje de adolescentes mujeres de 15 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad de larga duración (LARC).	(N.º de adolescentes mujeres de 15 a 19 años inscritas en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad de larga duración (LARC))/(N.º de adolescentes mujeres de 15 a 19 años inscritas en centros de salud) *100	Aumentar en un 5%, en base a Población bajo control año anterior.	REM/FONASA	ADOLESCENCIA	PROGRAMA SALUD DE LA MUJER	X	
19	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Proveer de atención multidisciplinaria y servicios accesibles y de calidad con foco adolescentes jóvenes, personas mayores y diversidades sexuales.	Control de regulación de fertilidad en mujeres y hombres de 10 a 24 años.	Porcentaje de mujeres adolescentes de 10 a 24 años, que asisten a control de regulación de la fertilidad acompañadas de su pareja.	(Nº de mujeres de 10 a 24 años, que asisten a control de regulación de la fertilidad acompañadas de su pareja)/(Nº total de mujeres de 10 a 24 años, que asisten a control de regulación de la fertilidad)*100	Línea Base	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA SALUD DE LA MUJER	X	

20	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Proveer de atención multidisciplinaria y servicios accesibles y de calidad con foco adolescentes jóvenes, personas mayores y diversidades sexuales.	Adolescentes y Jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejería con entrega de condones.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejerías con entrega de condones.	(N.º de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejería con entrega de condones (año vigente) (MENOS) N.º de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejería con entrega de condones (año anterior) / (N.º de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejería con entrega de condones (año anterior))*100	Aumentar o mantener lo realizado o el año anterior.	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA PREVENCIÓN Y CONTROL DE VIH/SIDA E ITS	X	
21	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en Salud Sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género y de derechos.	Proveer de atención multidisciplinaria y servicios accesibles y de calidad con foco adolescentes jóvenes, personas mayores y diversidades sexuales.	Control de regulación de fertilidad - Salud sexual en adolescentes hombres de 10 a 19 años.	Porcentaje de adolescentes hombres de 10 a 19 años bajo control que usan preservativo.	(N.º de adolescentes hombres de 10 a 19 años) inscritos en centros de salud, bajo control de regulación de fertilidad - Salud sexual (que usan preservativo) / (N.º de adolescentes de 10 a 19 años inscritos en centros de salud) *100	Aumentar o mantener lo realizado o el año anterior.	REM/FONASA	ADOLESCENCIA	PROGRAMA SALUD DE LA MUJER	X	
22	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en Salud Sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género y de derechos.	Proveer de atención multidisciplinaria y servicios accesibles y de calidad con foco adolescentes	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años en regulación de fertilidad con método de	(N.º de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad con método de regulación de fertilidad más preservativo) / (N.º de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad) *100	Aumentar o mantener lo realizado o el año anterior.	REM	ADOLESCENCIA	PROGRAMA SALUD DE LA MUJER	X	

			jóvenes, personas mayores y diversidades sexuales.		regulación más preservativo.							
2 3	PREVENCIÓN	Disminuir la incidencia de VIH/SIDA en Chile en la población entre 15 a 49 años	Aumentar el acceso a servicios de testeo a toda la población.	Tamizaje para VIH a gestantes adolescentes bajo control.	Porcentaje de gestantes adolescentes de 10 a 19 años en control con 1er VIH.	$(N^{\circ} \text{ de gestantes adolescentes de 10 a 19 años en control con 1er VIH en el semestre}) / (\text{Total de gestantes adolescentes de 10 a 19 años bajo control en el semestre}) * 100$	95%	Registro local/REM	ADOLESCENCIA	PROGRAMA PREVENCIÓN Y CONTROL DE VIH/SIDA E ITS/PROGRAMA SALUD DE LA MUJER	X	
2 4	PREVENCIÓN	Disminuir la incidencia de VIH/SIDA en Chile en la población entre 15 a 49 años	Aumentar el acceso a servicios de testeo a toda la población.	Tamizaje para Sífilis a gestantes adolescentes de 10 a 19 años bajo control.	Porcentaje de gestantes adolescentes de 10 a 19 años en control con 1er tamizaje de Sífilis.	$(N^{\circ} \text{ de gestantes adolescentes de 10 a 19 años en control con 1er tamizaje de Sífilis en el semestre}) / (\text{Total de gestantes adolescentes de 10 a 19 años bajo control en el semestre}) * 100$	95%	Registro local/REM	ADOLESCENCIA	PROGRAMA PREVENCIÓN Y CONTROL DE VIH/SIDA E ITS/PROGRAMA SALUD DE LA MUJER	X	
2 5	PREVENCIÓN	Disminuir la incidencia de VIH/SIDA en Chile en la población entre 15 a 49 años.	Aumentar el acceso a servicios de testeo a toda la población.	Realizar examen de VIH en adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años que consultan por demanda espontánea o morbilidad.	Porcentaje de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados en consultantes por morbilidad o	$(N^{\circ} \text{ total de exámenes para VIH realizados en consultantes de 15 a 24 años por morbilidad o consulta espontánea(año vigente)}) / (\text{MENOS } N^{\circ} \text{ de exámenes para VIH realizados en consultantes de 15 a 24 años por morbilidad o consulta})$	Aumentar o mantener lo realizado el año anterior.	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA PREVENCIÓN Y CONTROL DE VIH/SIDA E ITS	X	

					consulta espontánea a adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años.	espontánea(año anterior)/(N.º total de exámenes para VIH realizados en consultantes de 15 a 24 años por morbilidad o consulta espontánea (año anterior))*100						
26	PREVENCIÓN	Disminuir la incidencia de VIH/SIDA en Chile en la población entre 15 a 49 años.	Aumentar el acceso a servicios de testeo a toda la población.	Realizar examen de VIH en adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años que lo requieran por demanda espontánea o consulta de morbilidad.	Porcentaje de Test Visual Rápido de VIH realizados por demanda espontánea o consulta de morbilidad a adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años.	(N.º total de Test Visual Rápido para VIH realizados a adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años por demanda espontánea o consulta de morbilidad/N.º total de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados a adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años por demanda espontánea o consulta de morbilidad)*100	Aumentar o mantener lo realizado o el año anterior.	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA PREVENCIÓN Y CONTROL DE VIH/SIDA E ITS	X	
27	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en Salud Sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género y de derechos.	Proveer de atención multidisciplinaria y servicios accesibles y de calidad con foco adolescentes jóvenes, personas mayores y diversidades sexuales.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes de 15 a 19 años que pertenecen a Servicio de Protección Especializada a la Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y	Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad que pertenecen al Servicio de Protección Especializada a la Infancia	(N.º de adolescentes de 15 a 19 años que pertenecen a Servicio de Protección Especializada a la Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre) que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ (N.º de adolescentes de 15 a 19 años que pertenecen al Servicio de Protección Especializada la Infancia y Adolescencia "Mejor	47% de adolescentes 15 a 19 años.	REM	ADOLESCENCIA	PLAN INTERSECTORIAL DE SALUD INTEGRAL CON ENFASIS EN SALUD MENTAL (SISI)/ PROGRAMA SALUD DE LA MUJER	X	

				SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre).	y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre).	Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre)*100						
28	PREVENCIÓN	Disminuir la incidencia de VIH/SIDA en Chile en la población entre 15 a 49 años.	Aumentar el acceso a servicios de testeo a toda la población.	Realizar examen de VIH en adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años que pertenecen a Servicio de Protección Especializada la Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre).	Porcentaje de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados en adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años que pertenecen a Servicio de Protección Especializada a la Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre) /	(N.º total de exámenes para VIH realizados en adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años que pertenecen a Servicio de Protección Especializada la Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre) / (Nº total de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años bajo control que pertenecen al Servicio de Protección Especializada a la Infancia y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre)*100	Aumentar o mantener lo realizado o el año anterior.	REM/SURVIH	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	SERVICIO DE PROTECCIÓN ESPECIALIZADO DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA "MEJOR NIÑEZ" Y SENAME/PROGRAMA PREVENCIÓN Y CONTROL DE VIH/SIDA E ITS/PROGRAMA SALUD DE	X	

					ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre).					LA MUJER		
29	DIAGNÓSTICO (PREVENCIÓN)	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población.	Fortalecer la cobertura de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida.	Radiografías Retroalveolares y Bite Wing en población de 10 a 19 años. Actividad efectuada por técnico en odontología.	Porcentaje de Radiografías Retroalveolares y Bite Wing en población de 10 a 19 años. Actividad efectuada por técnico en odontología.	(Número de Radiografías Retroalveolares y Bite Wing en población de 10 a 19 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	3%	REM	ADOLESCENCIA	PLAN DE SALUD FAMILIAR	X	
30	PREVENCIÓN	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población.	Promover el manejo adecuado de higiene y cuidado bucal en la población.	Educación Grupal Población 10 a 19 años.	Porcentaje de población 10 a 19 años que recibe educación grupal.	(Porcentaje de población de 10 a 19 años que recibe educación grupal)/ (Total de población de 10 a 19 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	20%	REM	ADOLESCENCIA	PLAN DE SALUD FAMILIAR	X	
31	PREVENCIÓN	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población.	Fortalecer la cobertura de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida.	CERO 10-19 años.	Porcentaje de adolescentes de 0 a 19 años en control con enfoque de riesgo y pauta CERO	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años con evaluación de riesgo odontológico anual (Aplicación de Pauta CERO)/ Total de adolescentes de 10 a 19 años inscritos y validados en los establecimientos)*100	30%	REM	ADOLESCENCIA	PLAN DE SALUD FAMILIAR	X	

					aplicada.							
3 2	PREVENCIÓN	Fortalecer el cuidado centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal.	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida.	Realizar Examen de Medicina Preventiva en hombres de 20 a 24 años, aplicando pauta de protocolo.	Incrementar cobertura de EMPA en la población de 20 a 24 años inscrita validada.	$(N.º \text{ de EMPA realizados a población de 20 a 24 años inscrita validada}) / (\text{Total población joven inscrita de 20 a 24 años validada}) * 100$	Aumentar la cobertura de EMPA en la población de 20 a 24 años, inscrita validada en un 30%.	REM	JUVENTUD	META IAAPS	X	
3 3	PREVENCIÓN	Mejorar la salud mental de la población en Chile con enfoque en lo promocional y preventivo.	Aumentar la cobertura en programas y/o acciones de promoción y prevención con enfoque de equidad.	Talleres preventivos de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años y a sus madres, padres, cuidadores y profesores.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años y sus madres, padres, cuidadores y profesores, que participan en talleres preventivos de salud mental.	$(Nº \text{ de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que participan en talleres preventivos de salud mental}) / (\text{Total población inscrita entre 10 y 24 años (año vigente)}) * 100$	Aumentar en un 10% en relación a lo realizado o el año anterior.	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA SALUD MENTAL	X	

3 4	PREVENCIÓN	Disminuir la progresión de la enfermedad renal crónica	Aumentar el tamizaje y diagnóstico oportuno en personas con factores de riesgo	Aplicar el "Formulario de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a personas de 15 a 24 años en control de salud cardiovascular	Porcentaje de personas de 15 a 24 años bajo control por condición de salud cardiovascular clasificar según etapa de enfermedad renal crónica (ERC).	(Nº de personas de 15 a 24 años bajo control por condición de salud cardiovascular clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de personas de 15 a 24 años bajo control por condición de salud cardiovascular)* 100	100%	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	X	
3 5	PREVENCIÓN	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus.	Aumentar la pesquisa oportuna y manejo precoz de complicaciones.	Aumentar la prevención y pesquisa precoz de retinopatía diabética en personas de 15 a 24 años con diabetes mellitus 2 (DM2) bajo control, a través de examen de fondo de ojo.	Porcentaje de personas de 15 a 24 años con DM2 bajo control que tienen examen de fondo de ojo vigente.	(Nº de personas de 15 a 24 años con DM2 bajo control que tienen examen de fondo de ojo vigente / (Nº total de personas de 15 a 24 años con DM2 bajo control (MAS) N° total de ingresos de personas de 15 a 24 años con DM2 (MENOS) N° total de egresos de personas de 15 a 24 años con DM2)*100	100%	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	X	
3 6	PREVENCIÓN	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus.	Aumentar la pesquisa oportuna y manejo precoz de complicaciones.	Aumentar la prevención y pesquisa precoz de neuropatía diabética en personas de 15 a 24 años con diabetes mellitus 2 (DM2)	Porcentaje de personas de 15 a 24 años con DM2 bajo control con evaluación del riesgo de ulceración de	(Nº de personas de 15 a 24 años con DM2 bajo control clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / N° total de personas de 15 a 24 años con DM2 bajo control)*100	100%	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	X	

				bajo control, a través de evaluación del riesgo de ulceración de los pies y diseño de plan de manejo según nivel de riesgo.	los pies y plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.						
37	PREVENCIÓN	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares	Aumentar la prevención primaria y secundaria en personas en contexto de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares (IAM, ACV, Enfermedad Arterial Periferica)	Aumentar la prevención secundaria de eventos cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 15 a 24 años	Cobertura de prevención secundaria con estatinas y antiagregantes plaquetarios en personas de 15 a 24 años con antecedentes de IAM o ACV	(Nº de personas de 15 a 24 años con antecedente de IAM o ACV bajo control que están en tratamiento con estatinas y antiagregantes plaquetarios / Nº total de personas de 15 a 24 años con antecedente de IAM o ACV bajo control)*100	Mínimo 90%	SIDRA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	X
38	TRATAMIENTO	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares	Fortalecer la cobertura de rehabilitación a personas con ACV y IAM	Establecer sistema de contrarreferencia de personas de 15 a 24 años que egresan de una hospitalización por ataque cerebrovascular (ACV) o infarto	Porcentaje de personas de 15 a 24 años egresadas del hospital por IAM o ACV con control realizado por profesional	(Nº de personas de 15 a 24 años egresadas del hospital por IAM o ACV con control realizado por profesional médico dentro de los 7 días hábiles post-alta / Nº total de personas de 15 a 24 años egresadas del hospital por IAM o ACV)*100	100%	SIDRA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	X

				agudo al miocardio (IAM)	médico dentro de los 7 días hábiles post-alta.							
39	TRATAMIENTO	Disminuir la progresión de la enfermedad renal crónica	Aumentar la cobertura efectiva del tratamiento integrado de ERC	Aumentar la prevención y/o enlentecimiento de la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) en personas de 15 a 24 años	Cobertura de tratamiento con IECA o ARA II en personas de 15 a 24 años con ERC y DM2 que están bajo control	(Nº de personas de 15 a 24 años con ERC y DM2 bajo control que están en tratamiento con IECA o ARA II / Nº de personas de 15 a 24 años con ERC y DM2 bajo control)*100	Mínimo 90%	SIDRA	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	X	
40	PREVENCIÓN	Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población.	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	Derivación a programa Elige Vida Sana PEVS.	Porcentaje de derivación de adolescentes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso al PEVS.	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso derivados a PEVS) / (Nº de adolescentes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso controlados)*100	Derivar de al menos el 15% de los adolescentes entre 10 y 19 años con malnutrición por exceso.	REM	ADOLESCENCIA	PROGRAMA ELIGE VIDA SANA	X	
41	PREVENCIÓN	Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	Derivación a programa Elige Vida Sana PEVS.	Porcentaje de derivación de jóvenes de 20 a 24 años con	(Nº de jóvenes de 20 a 24 años con malnutrición por exceso derivados a PEVS) / (Nº de jóvenes de 20 a 24 años con malnutrición por exceso controlados)*100	Derivar de al menos el 5% de los jóvenes	REM	JUVENTUD	PROGRAMA ELIGE VIDA SANA	X	

					malnutrición por exceso al PEVS.		entre 20 y 24 años con malnutrición por exceso.					
4 2	PREVENCIÓN	Disminuir la morbimortalidad por infecciones respiratorias agudas en la población.	Aumentar la adopción de medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedades respiratorias agudas.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de adolescentes de 10 a 19 años fallecidos por neumonía en el hogar.	Porcentaje de auditorías realizadas a casos de adolescentes de 10 a 19 años que fallecen en domicilio por neumonía.	(N.º de auditorías realizadas a casos de adolescentes de 10 a 19 años que fallecen en su domicilio por neumonía) / (N.º de casos de adolescentes de 10 a 19 años que fallecen en domicilio por neumonía)* 100	100% de auditorías realizadas.	Auditoría de Defunción por Neumonía en Domicilio	ADOLESCENCIA	PROGRAMA RESPIRATORIO	X	
4 3	PREVENCIÓN	Disminuir la morbimortalidad por infecciones respiratorias agudas en la población.	Aumentar la adopción de medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedades respiratorias agudas.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de jóvenes de 20 a 24 años fallecidos por neumonía en el hogar.	Porcentaje de auditorías realizadas a casos de jóvenes de 20 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonía.	(N.º de auditorías realizadas a casos de jóvenes de 20 a 24 años que fallecen en su domicilio por neumonía) / (N.º de casos de jóvenes de 20 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonía)* 100	100% de auditorías realizadas.	Auditoría de Defunción por Neumonía en Domicilio	JUVENTUD	PROGRAMA RESPIRATORIO	X	
4 4	PREVENCIÓN	Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación, emergentes o reemergentes.	Mantener o mejorar coberturas de inmunización.	Administrar 2º refuerzo de vacuna dTpa a adolescentes que cursan 8º básico.	Cobertura de vacuna dTpa en adolescentes que cursan 8º básico.	(Nº de adolescentes que cursan 8º año básico con vacuna dTpa administrada) / (Población matriculada en 8º año básico)*100	90%	RNI/MINEDUC	ADOLESCENCIA	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES	X	

4 5	PREVENCIÓN	Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación, emergentes o reemergentes.	Mantener o mejorar coberturas de inmunización.	Administración de vacuna dTpa a gestantes adolescentes y jóvenes desde las 28 semanas de gestación .	Cobertura de vacuna dTpa a gestantes adolescentes y jóvenes desde las 28 semanas de gestación.	(N° gestantes adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años con vacuna dTpa administrada) /(Total gestantes adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años desde las 28 semanas de gestación)*100	80%	RNI	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES	X	
4 6	PREVENCIÓN	Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación, emergentes o reemergentes	Mantener o mejorar coberturas de inmunización.	Administración de vacuna Influenza a gestantes adolescentes y jóvenes en cualquier etapa del embarazo.	Cobertura de vacuna influenza en gestantes adolescentes y jóvenes.	(N° de gestantes adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años con vacuna influenza administrada) /(Total gestantes adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años)*100	85%	RNI	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES	X	
4 7	PREVENCIÓN	Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación, emergentes o reemergentes.	Mantener o mejorar coberturas de inmunización.	Administrar 2° refuerzo de vacuna VPH a adolescentes que cursan 5° año básico.	Cobertura de vacuna VPH en adolescentes que cursan 5° año básico.	(N° de adolescentes que cursan 5° año básico con vacuna VPH administrada)/(Población matriculada en 5° año básico) *100	90%	RNI/MI NEDUC	ADOLESCENCIA	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES	X	
4 8	PREVENCIÓN	Reducir la incidencia de TBC en Chile.	Aumentar la oportunidad de pesquisa en población vulnerable.	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población de 15-24 años.	Porcentaje de incremento de casos presuntivos de tuberculosis (CPT) estudiados.	(N.º de CPT estudiados año 2024 en población de 15 a 24 años (MENOS) N.º de CPT estudiados año 2023 en población de 15 a 24 años / (N.º de CPT estudiados año 2023 en población de 15 a 24 años) *100	Aumentar en 5%	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	TUBERCULOSIS		X

49	PREVENCIÓN	Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación, emergentes o reemergentes.	Mantener o mejorar coberturas de inmunización.	Administración de vacuna influenza a adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas.	Cobertura de vacuna influenza en adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas .	(Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años portadores de enfermedades crónicas con vacuna influenza administrada/Nº de adolescentes y jóvenes 10 a 24 años portadores de enfermedades crónicas) *100, **Se debe definir el denominador, ya que no se dispone de un número de personas con patologías crónicas por cohorte de edad que sirva de referencia.	85%	RNI	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES	X	
50	PREVENCIÓN	Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población.	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	Realización y derivación oportuna a Consulta Nutricional en Adolescentes y jóvenes con Dg de Malnutrición por exceso.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes con diagnóstico de Malnutrición por exceso que recibe Consulta Nutricional (CN).	(Nº Adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años con Dg de malnutrición por exceso que recibe CN) /(Nº de Adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años con Dg de Malnutrición por exceso)* 100	Incrementar en al menos 20% respecto al año anterior.	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR	X	
51	PREVENCIÓN TRATAMIENTO	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal.	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida.	Establecimientos que entregan a usuarios adolescentes y jóvenes internos y/o externos medicinas complementarias y/o practicas	Proporción de Establecimientos que implementan medicinas complementarias y/o practicas de bienestar de	(Nº de establecimientos que implementan la actividad)/ (Nº total de establecimientos)*100 Diferenciar por usuarios internos (funcionarios) y externos (pacientes, familiares o cuidadores pacientes).	Incrementar en un 8% respecto al año anterior los establecimientos	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	MEDICINA COMPLEMENTARIA Y PRACTICAS DE BIENESTAR EN SALUD EN ATENCION PRIMARIA		X

				de bienestar de la salud.	la salud a usuarios adolescentes y jóvenes internos y/o externos.		que cuentan con medicamentos complementarios y/o prácticas de bienestar de la salud en su cartera de prestaciones.					
52	TRATAMIENTO	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares.	Aumentar la cobertura y calidad de la atención en personas con hipertensión arterial con equidad de género y perspectiva de curso de vida.	Optimizar el tratamiento de hipertensión arterial (HTA) en personas de 15 a 24 años.	Cobertura de personas de 15 a 24 años con HTA bajo control, en relación a la población inscrita	Cobertura personas con HTA (año vigente) (MENOS) Cobertura personas con HTA (año anterior) /Cobertura personas con HTA (año anterior) Cálculo de cobertura: (Nº de personas de 15 a 24 años con HTA bajo control / Nº total de personas de 15 a 24 años con HTA estimadas en la población inscrita validada según prevalencia)*100	Mínimo 70%	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	X	

53	TRATAMIENTO	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares.	Aumentar la cobertura y calidad de la atención en personas con hipertensión arterial con equidad de género y perspectiva de curso de vida.	Optimizar el tratamiento de hipertensión arterial (HTA) en personas de 20 a 24 años.	Cobertura de personas de 15 a 24 años con HTA bajo control con PA <140/90 mmHg, en relación a población 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 de 15 a 24 años con HTA bajo control con presión arterial <140/90 mmHg / Nº total de personas de 15 a 24 años con HTA bajo control)*100	Mínimo 70%	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	X	
54	TRATAMIENTO	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares.	Aumentar la cobertura y calidad de la atención en personas con hipertensión arterial con equidad de género y perspectiva de curso de vida.	Optimizar el tratamiento de hipertensión arterial (HTA) en personas de 20 a 24 años.	Intensificación de tratamiento en personas de 15 a 24 años con HTA bajo control con PA <140/90 mmHg, según tratamiento protocolizado o iniciativa HEARTS.	(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 de 15 a 24 años con HTA bajo control con presión arterial <140/90 mmHg / Nº total de personas de 15 a 24 años con HTA bajo control)*100	Mínimo 70%	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	X	

55	TRATAMIENTO	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares.	Aumentar la cobertura y calidad de la atención en personas con hipertensión arterial con equidad de género y perspectiva de curso de vida.	Optimizar el tratamiento de hipertensión arterial (HTA) en personas de 15 a 24 años.	Cobertura efectiva de personas de 15 a 24 años con HTA 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 de 15 a 24 años con HTA bajo control con presión arterial <140/90 mmHg / Nº total de personas de 15 a 24 años con HTA estimados en la población inscrita validada según prevalencia)*100	Mínimo 70%	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	X	
56	TRATAMIENTO	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus.	Aumentar la cobertura de tratamiento de personas con DM.	Lograr las metas de HbA1c, colesterol total y presión arterial en personas con diabetes mellitus 2 (DM2) de 15 a 24 años en control PSCV.	Porcentaje de personas de 15 a 24 años con DM2 bajo control que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial.	(Nº de personas con personas de 15 a 24 años con DM2 bajo control que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial / Nº de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control)*100	Mínimo 80%	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	X	

57	TRATAMIENTO	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus.	Aumentar la cobertura de tratamiento de personas con DM.	Optimizar el tratamiento de la diabetes mellitus 2 (DM2) en personas de 15 a 24 años.	Cobertura de personas de 15 a 24 años con DM2 bajo control, en relación a la población inscrita.	(Cobertura de personas con DM2 (año vigente) (MENOS) Cobertura de personas con DM2 (año anterior) / Cobertura de personas con DM2 (año anterior)) Cálculo de cobertura: (Nº de personas de 15 a 24 años con DM2 bajo control / Nº total de personas de 15 a 24 años con DM2 estimados en la población inscrita validada según prevalencia)*100	Mínimo 70%	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	X	
58	TRATAMIENTO	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus.	Aumentar la cobertura de tratamiento de personas con DM.	Optimizar el tratamiento de la diabetes mellitus 2 (DM2) en personas de 15 a 24 años	Cobertura de personas de 15 a 24 años con DM2 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 2024)) Cálculo de proporción: (Nº de personas de 15 a 24 años con DM2 bajo control con HbA1c<7% / Nº total de personas de 15 a 24 años con DM2 bajo control)* 100	Mínimo 70%	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	X	

59	TRATAMIENTO	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus.	Aumentar la cobertura de tratamiento de personas con DM.	Optimizar el tratamiento de la diabetes mellitus 2 (DM2) en personas de 15 a 24 años.	Cobertura efectiva de personas de 15 a 24 años con DM2 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 de 15 a 24 años con DM2 bajo control con HbA1c<7%) / Nº total de personas de 15 a 24 años con DM2 estimados en la población inscrita validada según prevalencia)*100	Mínimo 70%	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	X	
60	TRATAMIENTO	Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a Condiciones Mentales	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Aplicar pauta de monitoreo de resultados de situación de salud mental de adolescentes y jóvenes en tratamiento por salud mental (Instrumento PSC-y o GHQ según corresponda) al ingreso y egreso a programa.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años con aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental al ingreso y egreso (alta clínica) de la atención de salud mental.	(Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años con instrumento de monitoreo aplicado al ingreso y egreso con alta clínica (año vigente))/ (Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas y con alta clínica (suma de personas ingresadas y de personas con alta clínica) a programa salud mental (año vigente)) *100	Aumentar 20%	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA SALUD MENTAL	X	

6 1	TRATAMIENTO	Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad.	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida.	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados por alta terapéutica de tratamiento de salud mental.	(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 de salud mental (año vigente)) * 100	20%.	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA SALUD MENTAL	X	
6 2	TRATAMIENTO	Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a Condiciones Mentales	Aumentar la cobertura de la demanda de personas con trastornos de salud mental.	Atención integral a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales.	Cobertura de atención integral a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales.	N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, bajo control/N° de adolescentes y jóvenes con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, esperados según prevalencia del 22%.	10%	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA SALUD MENTAL	X	

6 3		Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a Condiciones Mentales	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida.	Atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales.	Concentración de controles de atención integral a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales. (Nº de controles de salud mental realizados a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años/Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años bajo control en el programa de salud mental) (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorias y consejerías individuales y familiares)	Concentración entre 8 y 12 controles.	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA SALUD MENTAL	X	
6 4	TRATAMIENTO	Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad.	Aumentar la cobertura de la demanda de personas con trastornos de salud mental.	Atención integral a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales.	Cobertura de atención integral a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales. (N.º de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, bajo control)/(N.º de adolescentes y jóvenes con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, esperados según prevalencia del 22%).	10%	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	META IAAPS	X	

65	TRATAMIENTO	Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad.	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida.	Atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales.	Concentración de controles de atención integral a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales.	(N.º de controles de salud mental realizados a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años)/(N.º de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años bajo control en el programa de salud mental) (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorías y consejerías individuales y familiares)	Concentración entre 8 y 12 controles.	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	META IAAPS	X	
66	TRATAMIENTO	Fortalecer el cuidado centrado en la persona, familia y comunidad, avanzando hacia la cobertura universal.	Fortalecer la implementación en red de la continuidad del cuidado con foco en el fomento de factores protectores.	Realizar actividades de cuidado integral a personas con multimorbilidad crónica en establecimientos de salud. <i>Actividades de cuidado integral (ingreso con plan de cuidado integral consensuado, control integral, gestión de caso y seguimiento).</i>	Porcentaje de Establecimientos que realizan actividades de cuidado integral a personas con multimorbilidad crónica.	(Nº de establecimientos que realizan la actividad) / (Nº total de establecimientos)*100	Establecer línea base y/o Incrementar en un 10% respecto al año anterior.	REM Base de establecimientos (Cesfam, cecosf, PSR, Hospitales comunitarios)	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	ECICEP	X	

67	TRATAMIENTO	Fortalecer el cuidado centrado en la persona, familia y comunidad, avanzando hacia la cobertura universal.	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.	Realizar ingreso integral a personas con multimorbilidad crónica.	Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica ingresadas a atención integral centrado en la persona.	$(N^{\circ} \text{ de personas con multimorbilidad crónica (G2 y G3) que ingresan a atención integral centrado en la persona}) / (N^{\circ} \text{ total de personas con multimorbilidad crónica G2 y G3}) * 100$ <i>Diferenciar por G2 y G3</i>	Incrementar cobertura a en un 12% respecto a lo logrado el año anterior.	REM Reporte estratificación	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	ECICEP	X	
68	TRATAMIENTO	Fortalecer el cuidado centrado en la persona, familia y comunidad, avanzando hacia la cobertura universal.	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.	Realizar control integral a personas con multimorbilidad crónica que fueron ingresadas a cuidado integral centrado en la persona.	Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica ingresadas a Cuidado integral centrado en la persona que reciben control integral.	$(N^{\circ} \text{ de personas con multimorbilidad crónica (G2 y G3) ingresadas a Cuidado integral centrado en la persona que reciben control integral}) / (N^{\circ} \text{ total de personas con multimorbilidad crónica G2 y G3}) * 100$ <i>Diferenciar por G2 y G3.</i>	Incrementar en un 10% respecto a lo logrado el año anterior.	REM Reporte estratificación	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	ECICEP	X	
69	TRATAMIENTO	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal.	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.	Realizar Gestión de caso a personas con multimorbilidad crónica que fueron ingresadas a cuidado integral centrado en la persona.	Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica ingresadas a Cuidado integral centrado en la persona que reciben Gestión de caso.	$(N^{\circ} \text{ de personas con multimorbilidad crónica (G3) ingresadas a Cuidado integral centrado en la persona que reciben Gestión de caso}) / (N^{\circ} \text{ total de personas con multimorbilidad crónica (G3)}) * 100$	Establecer línea base y/o Incrementar en un 8% respecto al año anterior.	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	ECICEP	X	

70	TRATAMIENTO	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal.	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.	Realizar Seguimiento a distancia a personas con multimorbilidad crónica que fueron ingresadas a cuidado integral centrado en la persona .	Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica ingresadas a Cuidado integral centrado en la persona que reciben seguimiento a distancia.	(N° de personas con multimorbilidad crónica ingresadas a Cuidado integral centrado en la persona que reciben seguimiento a distancia) / (N° total de personas con multimorbilidad crónica) *100	Establecer línea base y/o Incrementar en un 8% respecto al año anterior.	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	ECICEP	X	
71	TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratorias crónicas.	Aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación .	Optimizar el tratamiento de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años asmáticos bajo control.	Población adolescente y joven de 10 a 24 años bajo control por asma con nivel de control controlado (año vigente).	(N° de usuarios de 10 a 24 años con Asma bajo control con nivel de control controlado)/(N° de usuarios de 10 a 24 años con Asma bajo control)*100	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año anterior.	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	PROGRAMA RESPIRATORIO	X	
72	TRATAMIENTO	Disminuir la morbimortalidad por infecciones respiratorias agudas en la población.	Aumentar el acceso a la atención en salud por infecciones respiratorias agudas.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica oportuna de patología respiratoria crónica en población adolescente y joven de 10 a 24 años.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años bajo control con asma bronquial.	(Población adolescente y joven de 10 a 24 años bajo control (año vigente) (MENOS) Población adolescente y joven de 10 a 24 años bajo control (año anterior) / (Población adolescente y joven de 10 a 24 años bajo control (año anterior))* 100	Aumentar en un 5% respecto al año anterior.	REM	ADOLESCENCIA Y JUVENTUD	GES, ENS-PROGRAMA RESPIRATORIO	X	

7 3	OTRO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Registro de adolescentes y jóvenes con dependencia leve y moderada y sus cuidadores en Registro de Cuidadores y Personas con Dependencia (RCD) del Ministerio de Desarrollo Social	Porcentaje de adolescentes y jóvenes con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control ingresados a RCD	(N° de adolescentes y jóvenes con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control registrados en RCD/N° de adolescentes y jóvenes con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control)*100	100% de adolescentes y jóvenes y sus cuidadores bajo control en establecimiento encuentran registrados en RCD	RCD y REM	Adolescentes y jóvenes	Sistema Nacional de Cuidados /Ministerio de Desarrollo Social	X	
--------	------	---	--	--	---	--	---	-----------	------------------------	---	---	--

ADULTA

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CURSO DE VIDA	SE ARTICULA CON	Indicador Esencial	Indicador Recomendado
1	PROMOCION	Disminuir la prevalencia de consumo de productos de tabaco y sistema electronicos de administracion de nicotina y sin nicotina en la población	Fortalecer la comunicación de riesgo, focalizadas en grupos de riesgos.	Realizar consejerías programadas y agendadas en población adulta de 20 a 64 años	Porcentaje de Poblacion Inscrita Validada en el establecimiento entre 20 y 64 años que recibe consejeria antitabaco programada	Nº de personas de 20 a 64 años que reciben consejerias antitabaco agendada y programada en el año/ personas de 20 a 64 años inscritas validadas en el establecimiento)	8%	REM 19a sección A1	SALUD EN EDAD ADULTA	ECICEP	x	
2	PROMOCION	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	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 prenatal / Nº total gestantes bajo control)* 100	50%	REM A 27 sección A/REM A05 sección A	SALUD EN EDAD ADULTA	Programa de Salud Mujer-Chile Crece Contigo	x	
3	PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar educaciones grupales en areas transversales de acuerdo a los factores protectores de salud.	Educación Grupal en personas de 25 a 64 años	Porcentaje de personas de 25 a 64 años que reciben educación grupal en areas transversales de acuerdo a los factores protectores de salud.(Respiratorio	(Nº de personas de 25 a 64 años que reciben educación grupal en areas transversales de acuerdo a los factores protectores de salud. / PIV de 25 A 64 años) x100	Aumentar un 20%	REM (A27 sección A)	SALUD EN EDAD ADULTA	PROGRAMA PRENATAL	x	

					, SSR, SM, SO, etc)							
4	PREVENCIÓN	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.	(Nº de EMPA realizados a población adulta de 25 a 64 años inscrita validada /Población Total adulta inscrita de 25 a 64 años validada)*100	Aumentar en un 30%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	IAAPS	x	
5	PREVENCIÓN	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 en hombres 25-64 años/ Nº Total de EMPA realizados en hombres de 25 a 64 años)*100	Aumentar en un 30%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	IAAPS	x	
6	PREVENCIÓN	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Control Odontológico en población de 20 a 64 años	Porcentaje de población de 20 a 64 años en control odontológico	(Nº controles odontológicos en población entre 20 y 64 años/Total de población de 20 a 64 años inscrita y validada en los establecimiento)*100	9%	REM (A09 sección A)	SALUD DEL ADULTO	PROGRAMA ODONTOLÓGICO		x

7	PREVENCIÓN	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares	Fortalecer la cobertura de rehabilitación a personas con ACV y IAM	Establecer sistema de contrarreferencia de personas de 25 a 64 años que egresan de una hospitalización por ataque cerebrovascular (ACV) o infarto agudo al miocardio (IAM)	Porcentaje de personas de 25 a 64 años egresadas del hospital por IAM o ACV con control realizado por profesional médico del PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta.	(Nº de personas de 25 a 64 años egresadas del hospital por IAM o ACV con control realizado por profesional médico dentro de los 7 días hábiles post-alta / Nº total de personas de 25 a 64 años egresadas del hospital por IAM o ACV) x100	100%	SIDRA	PERSONA ADULTA	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	
8	PREVENCIÓN	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares	Aumentar la prevención primaria y secundaria en personas en contexto de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares (IAM, ACV, Enfermedad Arterial Periférica)	Aumentar la prevención secundaria de eventos cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 25 a 64 años	Cobertura de prevención secundaria con estatinas y antiagregantes plaquetarios en personas de 25 a 64 años con antecedentes de IAM o ACV	(Nº de personas de 25 a 64 años con antecedente de IAM o ACV bajo control que están en tratamiento con estatinas y antiagregantes plaquetarios / Nº total de personas de 25 a 64 años con antecedente de IAM o ACV bajo control) x 100	Mínimo 90%	SIDRA	PERSONA ADULTA	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	
9	PREVENCIÓN	Disminuir la progresión de la enfermedad renal crónica	Aumentar el tamizaje y diagnóstico oportuno en personas con factores de riesgo	Aplicar el "Formulario de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a personas de 25 a 64 años	Porcentaje de personas de 25 a 64 años bajo control por condición de salud cardiovascular clasificadas según etapa de	(Nº de personas de 25 a 64 años bajo control por condición de salud cardiovascular clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses	100%	REM	PERSONA ADULTA	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	

				en control de salud cardiovascular	enfermedad renal crónica (ERC).	/ N° total de personas de 25 a 64 años bajo control por condición de salud cardiovascular) x 100						
10	PREVENCIÓN	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus	Aumentar la pesquisa oportuna y manejo precoz de complicaciones	Aumentar la prevención y pesquisa precoz de retinopatía diabética en personas de 25 a 64 años con diabetes mellitus 2 (DM2) bajo control, a través de examen de fondo de ojo	Porcentaje de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control que tienen examen de fondo de ojo vigente	(N° de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control que tienen examen de fondo de ojo vigente / (N° total de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control (MAS) N° total de ingresos de personas de 25 a 64 años con DM2 (MENOS) N° total de egresos de personas de 25 a 64 años con DM2) x 100	100%	REM	PERSONA ADULTA	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	
11	PREVENCIÓN	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus	Aumentar la pesquisa oportuna y manejo precoz de complicaciones	Aumentar la prevención y pesquisa precoz de neuropatía diabética en personas de 25 a 64 años con diabetes mellitus 2 (DM2) bajo control, a través de evaluación del	Porcentaje de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control con evaluación del riesgo de ulceración de los pies y plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	(N° de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / N° total de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control) x 100	100%	REM	PERSONA ADULTA	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	

				riesgo de ulceración de los pies y diseño de plan de manejo según nivel de riesgo								
1 2	PREVENCIÓN	Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación, emergentes o reemergentes	Mantener o mejorar coberturas de inmunización.	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 con vacuna anti-influenza administrada/ Total de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas) *100.	85%	RNI	SALUD EN EDAD ADULTA	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES	x	
1 3	PREVENCIÓN	Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación, emergentes o reemergentes	Mantener o mejorar coberturas de inmunización.	Administración de vacuna Influenza a las mujeres embarazadas de 25 y más años.	Porcentaje de gestantes de 25 y más años con vacunación anti-influenza	(Nº de gestantes de 25 y más años con vacuna anti-influenza administrada / Total gestantes de 25 y más años) *100.	85%	RNI	SALUD EN EDAD ADULTA	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES	x	
1 4	PREVENCIÓN	Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación, emergentes o reemergentes	Mantener o mejorar coberturas de inmunización.	Administración de vacuna dTpa a gestantes de 25 y más años desde las 28 semanas de gestación	Cobertura de vacuna dTpa en gestantes de 25 y más años desde las 28 semanas de gestación	(Nº de gestantes de 25 y más años desde las 28 semanas de gestación con vacuna dTpa administrada/Total gestantes de 25 y más años desde las 28 semanas de gestación) *100	85%	RNI	SALUD EN EDAD ADULTA	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES	x	

15	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por cáncer en población general	Aumentar tamizajes para ciertos tipos de cáncer.	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	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA	x	
16	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 20 a 64 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de 20 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100	50% de auditorías realizadas	Plataforma PVS	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA	x	
17	PREVENCIÓN	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Promover el manejo adecuado de higiene y cuidado bucal en la población	Educación Grupal en persona gestante	Porcentaje de personas gestantes que reciben educación grupal sobre salud bucal	(Nº de personas gestantes que reciben educación grupal sobre salud bucal/ (Total de personas gestantes ingresadas al programa prenatal) x100	50%	REM (A27 sección A)	SALUD DE GESTANTES	PROGRAMA PRENATAL	x	
18	PREVENCIÓN	Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Fomentar los hábitos promotores de la salud bucal asociado a la reducción del consumo de tabaco, alcohol y azúcar	Educación Grupal Población Diabéticos en control PSCV	Porcentaje de Personas Diabéticos en control PSCV DE 20 A 64 AÑOS que reciben educación grupal	(Porcentaje de Personas Diabéticos en control PSCV que reciben educación grupal DE 20 A 64 años/ (Personas Diabéticos en control PSCV de 20 a 64	25%	REM	SALUD DEL ADULTO	PSCV- ECICEP - PROGRAMA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	x	

						años) x100				DEL ADULTO MAYOR		
19	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Realización de 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 P sección D/REM P sección E	SALUD EN EDAD ADULTA	NUTRICIÓN y PROGRAMA DE LA MUJER	x	
20	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Aplicación de test de pesquisa de Streptococo Grupo B a gestantes	Porcentaje gestantes adultas que acceden al test de pesquisa de Streptococo Grupo B	(Número de gestantes adultas con Test pesquisa de Streptococo Grupo B /Número de gestantes adultas ingresadas a control prenatal)	Mantener o aumentar lo realizado	REM A11a, sección H/REM A05 sección A	SALUD EN EDAD ADULTA	PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER		x
21	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Proveer de atención multidisciplinaria y servicios accesibles y de calidad con foco adolescentes jóvenes, personas mayores y diversidades sexuales.	Realización de control de regulación de fertilidad a mujeres con enfermedad cardiovascular (DM-HTA)	Variación de población adulta bajo control de regulación de fertilidad con enfermedad cardiovascular (DM-HTA)	Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad con enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año vigente) (MENOS) (Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad con enfermedad	Mantener o aumentar en 3 %	REM P1, sección A	SALUD EN EDAD ADULTA	PROGRAMA SALUD CARDIOVASCULAR, PROGRAMA DE LA MUJER		x

						cardiovascular (DM-HTA) (año anterior)/ Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad con enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior) *100						
2 2	PREVENCIÓN	Disminuir la incidencia de VIH/SIDA en Chile en la población entre 15 a 49 años	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Realización de consejería en salud sexual y reproductiva a mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años	Porcentaje de mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva	(Nº total de mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva /mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años inscritas *100	Establecer línea base	Registro local	SALUD EN EDAD ADULTA	Programa de Salud de la Mujer-VIH		x
2 3	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por cáncer en población general.	Mejorar el diagnóstico, tratamiento precoz y rehabilitación de forma oportuna y de calidad	Realizar tamizaje de cáncer cervicouterino (CaCu) mujeres que viven con VIH	Porcentaje de tamizaje de cáncer cervicouterino en mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control	(Nº total de población mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control con tamizaje CaCu en el año/mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años en control *100	Establecer línea base	Registro local	SALUD EN EDAD ADULTA	Programa de Salud de la Mujer-VIH		x

2 4	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	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%	Registro local	SALUD EN EDAD ADULTA	Programa de Salud de la Mujer-Chile Crece Contigo	x	
2 5	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Realización de control de puérpera con recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Porcentaje de de puérpera con recién nacido dentro de los 10 días de vida	(Nº de controles de puérpera con recién nacido dentro de los 10 días de vida / (Nº total de controles de puérpera con recién nacido dentro de los 10 días de vida + controles de puérpera con recién nacido entre 11 y 28 días)) * 100	70%	REM 01 Sección A	SALUD EN EDAD ADULTA	Programa de Salud de la Mujer-Chile Crece Contigo	x	
2 6	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Ingreso a control prenatal antes de las 14 semanas en gestantes migrantes adultas	Porcentaje de gestantes migrantes adultas 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 A05 Sección A	SALUD EN EDAD ADULTA	PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER	x	

27	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Consejería en salud sexual y reproductiva	Porcentaje de consejería en salud sexual y reproductiva a personas de 25 a 64	(Nº de consejería en salud sexual y reproductiva a personas de 25 a 64 (año vigente) (MENOS) Nº consejería en salud sexual y reproductiva a personas de 25 a 64 (año anterior/ Nº de consejería en salud sexual y reproductiva a personas de 25 a 64 (año anterior))*100	Aumentar en 5%	REM A19a, sección A	SALUD EN EDAD ADULTA	PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER	x
28	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Control de regulación de fertilidad	Variación 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 P sección A	SALUD EN EDAD ADULTA	PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER	x

29	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Control de regulación de fertilidad	Variación de población adulta migrante bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población de 25 a 49 años migrante bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población de 25 a 49 años migrante bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población de 25 a 49 años migrante bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	Aumentar o mantenerlo alcanzado el año anterior.	REM P sección A	SALUD EN EDAD ADULTA	PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER		x
30	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Control Pre concepcional	Incrementar la cantidad de Control precepcional en mujeres en edad fértil	(Nº de Controles precepcional en mujeres en edad fértil (año vigente) (MENOS) Nº Controles precepcional en mujeres en edad fértil (año anterior)/ Nº de Controles precepcional en mujeres en edad fértil (año anterior))*100	Incrementar en un 15% realizado el año anterior.	REM A01 sección A	SALUD EN EDAD ADULTA	PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER		x

3 1	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Control posparto y posaborto de pérdida reproductiva dentro de los 15 días en el marco de la ley 21.371 de duelo gestacional y perinatal	Porcentaje de controles posparto y posaborto de pérdida reproductiva atendidos en APS	Control posparto y posaborto en relación de pérdida reproductiva atendido en APS/N° de mujeres de alta de Servicios de Obstetricia y Ginecología por pérdidas reproductivas incluidas en listado de egresos hospitalarios pos esta causa	línea base	REM A01 y registro local	SALUD EN EDAD ADULTA	PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER		x
3 2	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por cáncer en población general.	Mejorar el diagnóstico, tratamiento precoz y rehabilitación de forma oportuna y de calidad	Control ginecológico preventivo	Porcentaje de mujeres adultas con controles ginecológicos preventivos	(N° de mujeres adultas en control ginecológico preventivo año actual (MENOS) N° de mujeres adultas en control ginecológico preventivo año anterior/N° de mujeres adultas en control ginecológico preventivo año anterior)*100	Aumentar el 5%	REM A01 sección A	SALUD EN EDAD ADULTA	PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER		x
3 3	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por cáncer en población general.	Mejorar el diagnóstico, tratamiento precoz y rehabilitación de forma oportuna y de calidad	Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 69 años	Porcentaje de cobertura de mujeres de 50 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años	(N° de mujeres de 50 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 2 años/ N° de mujeres de 50 a 69 años inscritas validadas)*100	Aumentar el 5%	REM P12 Sección C/Pob. de mujeres 50 a 69 años Inscrita validada FONASA	SALUD EN EDAD ADULTA	PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER	x	

3 4	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por cáncer en población general.	Mejorar el diagnóstico, tratamiento precoz y rehabilitación de forma oportuna y de calidad	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 (incluye establecimientos municipales, dependientes de SS y delegados)	(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	76%	REM P12 Sección A/pob. de mujeres y trans de 25 a 64 años inscritas validada FONASA	SALUD EN EDAD ADULTA	PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER	x	
3 5	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar el bienestar biopsicosocial de las personas en su Salud Sexual	Control de salud integral de la mujer adulta en etapa de climaterio.	Porcentaje de mujeres adultas bajo control de climaterio	(Nº de mujeres adultas bajo control de salud integral en etapa de climaterio / POB.MUJERES DE 45 A 64 AÑOS INSCRITA VALIDADA FONASA *100	Aumentar en 15 % cobertura año anterior	REM P01 sección F	SALUD EN EDAD ADULTA	PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER		x
3 6	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar el bienestar biopsicosocial de las personas en su Salud Sexual	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 A03 SECCION G/ REM A05 - SECCIÓN D	SALUD EN EDAD ADULTA	PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER	x	

37	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar el bienestar biopsicosocial de las personas en su Salud Sexual	Aplicación de la Escala MRS (Menopause Rating Scale) de ingreso y control de salud de climaterio	Porcentaje de mujeres adultas bajo control con aplicación de MRS que mejoran su calidad de vida según MRS	(Nº de Mujeres que disminuyeron puntaje de MRS o se mantienen en MRS bajo, según MRS de control/ Nº de mujeres adultas bajo control climaterio con aplicación MRS al control)*100	Linea base	REM P1 sección F	SALUD EN EDAD ADULTA	PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER		x
38	PREVENCIÓN	Disminuir la incidencia de VIH/SIDA en Chile en la población entre 15 a 49 años	Aumentar el acceso a servicios de testeo a toda la población	Realizar examen de VIH en hombres de 25-64 años que atendidos por consulta morbilidad	Aumento de la toma examen de VIH (test rápido) en hombres de 25-64 años en consultas de morbilidad	Nº total de test rápido para VIH realizados en hombres de 25-64 años consultantes por morbilidad/Nº total de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados en hombres de 25-64 años por morbilidad*100	Aumentar la línea base	REGISTRO LOCAL	SALUD EN EDAD ADULTA	VIH		x
39	PREVENCIÓN	Disminuir la incidencia de VIH/SIDA en Chile en la población entre 15 a 49 años	Disminuir las conductas sexuales inseguras en la población entre 15 a 49 años	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	Aumentar en un 5% la consejería con respecto al año anterior.	REM 19a sección A1	SALUD EN EDAD ADULTA	VIH		x

						sexo realizadas (año anterior))*100						
40	PREVENCIÓN	Disminuir la incidencia de VIH/SIDA en Chile en la población entre 15 a 49 años	Aumentar el acceso a servicios de testeo a toda la población	Realizar examen de VIH en personas de 25-64 años que son atendidos por demanda espontánea	Aumento de la toma examen de VIH (test rápido) en personas de 25-64 años atendidos por demanda espontánea	Nº total de test rápido para VIH realizados en personas de 25-64 años consultantes por demanda espontánea/Nº total de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados en consultantes de 25-64 años por demanda espontánea*100	Aumentar en un 5%	REM A11 sección F/REM A11 sección c1 y c2 y sección F	SALUD EN EDAD ADULTA	VIH		x
41	PREVENCIÓN TRATAMIENTO	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.	Establecimientos que entregan a usuarios internos y/o externos medicinas complementarias y/o practicas de bienestar de la salud	Proporción de Establecimientos que implementan medicinas complementarias y/o practicas de bienestar de la salud a usuarios internos y/o externos.	(Nº de establecimientos que implementan la actividad/ Nº total de establecimientos)x100 Diferenciar por usuarios internos (funcionarios) y externos (pacientes, familiares o cuidadores pacientes)	Incrementar en un 8% respecto al año anterior	REM A31	SALUD EN EDAD ADULTA	TODOS LOS PROGRAMAS	x	

4 2	TRATAMIENTO	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares	Aumentar la cobertura y calidad de la atención en personas con hipertensión arterial con equidad de género y perspectiva de curso de vida	Optimizar el tratamiento de hipertensión arterial (HTA) en personas de 25 a 64 años	Cobertura de personas de 25 a 64 años con HTA bajo control, en relación a la población inscrita	<p>Cobertura personas con HTA (año vigente) (MENOS)</p> <p>Cobertura personas con HTA (año anterior) / Cobertura personas con HTA (año anterior)</p> <p>Cálculo de cobertura: (Nº de personas de 25 a 64 años con HTA bajo control / Nº total de personas de 25 a 64 años con HTA estimados en la población inscrita validada según prevalencia) x100</p>	Mínimo 70%	REM	PERSONA ADULTA	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	
4 3	TRATAMIENTO	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares	Aumentar la cobertura y calidad de la atención en personas con hipertensión arterial con equidad de género y perspectiva de curso de vida	Optimizar el tratamiento de hipertensión arterial (HTA) en personas de 25 a 64 años	Cobertura de personas de 25 a 64 años con HTA bajo control con PA <140/90 mmHg, en relación a población bajo control	<p>(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) / (Proporción de Metas de compensación (año anterior))</p> <p>Cálculo de proporción: (Nº de personas de 25 a 64 años con HTA bajo control con presión arterial <140/90 mmHg / Nº</p>	Mínimo 70%	REM	PERSONA ADULTA	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	

						total de personas de 25 a 64 años con HTA bajo control) x100						
4 4	TRATAMIENTO	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares	Aumentar la cobertura y calidad de la atención en personas con hipertensión arterial con equidad de género y perspectiva de curso de vida	Optimizar el tratamiento de hipertensión arterial (HTA) en personas de 25 a 64 años	Cobertura efectiva de personas de 25 a 64 años con HTA 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 de 25 a 64 años con HTA bajo control con presión arterial <140/90 mmHg / Nº total de personas de 25 a 64 años con HTA estimados en la población inscrita validada según prevalencia) x100	Mínimo 70%	REM	PERSONA ADULTA	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	

4 5	TRATAMIENTO	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares	Aumentar la cobertura y calidad de la atención en personas con hipertensión arterial con equidad de género y perspectiva de curso de vida	Optimizar el tratamiento de hipertensión arterial (HTA) en personas de 25 a 64 años	Intensificación de tratamiento en personas de 25 A 64 años con HTA bajo control con PA <140/90 mmHg, según tratamiento protocolizado iniciativa HEARTS.	(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 de 25 a 64 años con HTA bajo control con presión arterial <140/90 mmHg / Nº total de personas de 25 a 64 años con HTA estimados en la población inscrita validada según prevalencia) x100	Mínimo 70%	REM	PERSONA ADULTA	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	
--------	-------------	--	---	---	---	--	------------	-----	----------------	---	---	--

4 6	TRATAMIENTO	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de personas con DM	Optimizar el tratamiento de la diabetes mellitus 2 (DM2) en personas de 25 a 64 años	Cobertura de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control, en relación a la población inscrita	(Cobertura de personas con DM2 (año vigente) (MENOS) Cobertura de personas con DM2 (año anterior) / Cobertura de personas con DM2 (año anterior)) Cálculo de cobertura: (Nº de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control / Nº total de personas de 25 a 64 años con DM2 estimados en la población inscrita validada según prevalencia) x100	Mínimo 70%	REM	PERSONA ADULTA	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	
4 7	TRATAMIENTO	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de personas con DM	Optimizar el tratamiento de la diabetes mellitus 2 (DM2) en personas de 25 a 64 años	Cobertura de personas de 25 a 64 años con DM2 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 2023)) Cálculo de proporción: (Nº de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control con HbA1c<7% / Nº total	Mínimo 70%	REM	PERSONA ADULTA	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	

						de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control) x 100						
48	TRATAMIENTO	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de personas con DM	Optimizar el tratamiento de la diabetes mellitus 2 (DM2) en personas de 25 a 64 años	Cobertura efectiva de personas de 25 a 64 años con DM2 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 de 25 a 64 años con DM2 bajo control con HbA1c<7%) / Nº total de personas de 25 a 64 años con DM2 estimados en la población inscrita validada según prevalencia) x 100	Mínimo 70%	REM	PERSONA ADULTA	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	
49	TRATAMIENTO	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de personas con DM	Lograr las metas de HbA1c, colesterol total y presión arterial en personas con (DM2) de 25 a 64 años en control PSCV.	Porcentaje de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial.	(Nº de personas con personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial / Nº de personas de 25 a 64 años con DM2 bajo control) x 100	Mínimo 50%	REM	PERSONA ADULTA	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	

50	TRATAMIENTO	Disminuir la progresión de la enfermedad renal crónica	Aumentar la cobertura efectiva del tratamiento integrado de ERC	Aumentar la prevención y/o enlentecimiento de la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) en personas de 25 a 64 años	Cobertura de tratamiento con IECA o ARA II en personas de 25 a 64 años con ERC y DM2 que están bajo control	(Nº de personas de 25 a 64 años con ERC y DM2 bajo control que están en tratamiento con IECA o ARA II / Nº de personas de 25 a 64 años con ERC y DM2 bajo control) x 100	Mínimo 90%	SIDRA	PERSONA ADULTA	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	
51	TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratorias crónicas	Aumentar el acceso y oportunidad del diagnóstico	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica oportuna de patología respiratoria crónica	Porcentaje de Adultos entre 20 y 64 años bajo control por patología respiratoria crónica.	(Población adulta de 20 a 64 años bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población adulta de 20 a 64 años bajo control Programa ERA (año anterior) / Población adulta de 20 a 64 años bajo control Programa ERA (año anterior))*100	Aumentar en un 10% respecto al año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	ECICEP	x	
52	TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratorias crónicas	Aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 20 a 64 años bajo control en Programa ERA	Población bajo control por asma, con nivel de control controlado (año vigente)	(Nº de usuarios con Asma con evaluación de control "controlado" año 2024 - Nº de usuarios con Asma con evaluación de control "controlado" año anterior) / Nº de usuarios asmáticos con evaluación de control "controlado" año anterior * 100	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	ECICEP	x	

53	TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratoria crónica	Aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación	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)	(N° de usuarios con EPOC con evaluación de control adecuado año 2024 - N° de usuarios con EPOC con evaluación de control adecuado año anterior) / N° de usuarios EPOC con evaluación de control adecuado año anterior * 100	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año anterior	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	ECICEP	x	
54	TRATAMIENTO	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Morbilidad Odontológica en población 20 años a 64 años	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población de 20 a 64 años	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en población de 20 a 64 años/Total población de 20 años a 64 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	30%	REM (A09 sección A)	SALUD DEL ADULTO	PLAN DE SALUD FAMILIAR	x	
55	TRATAMIENTO	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Morbilidad Odontológica en personas gestantes	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en personas gestantes	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en personas gestantes/ Total de personas gestantes ingresadas al programa prenatal) x 100	50%	REM (A09 sección A)	SALUD DE GESTANTES	PROGRAMA PRENATAL	x	

5 6	TRATAMIENTO	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Consulta de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en población de 20 a 64 años	Porcentaje de consultas de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en población de 20 a 59 años	(N° Total de consultas de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en población de 20 a 64 años / (Total población de 20 a 64 años inscritos y validados en los establecimientos) x 100	2,0%	REM (A09 sección A)	SALUD DEL ADULTO	PLAN DE SALUD FAMILIAR	x	
5 7	TRATAMIENTO	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.	Realizar actividades de cuidado integral a personas con multimorbilidad crónica en establecimientos de salud. Actividades de cuidado integral (ingreso con plan de cuidado integral consensuado, control integral, gestión de caso y seguimiento)	Porcentaje de establecimientos que realizan actividades de cuidado integral a personas con multimorbilidad crónica	(N° de establecimientos que realizan la actividad/ N° total de establecimientos)x100	Establecer línea base y/o Incrementar en un 10% respecto al año anterior	REM A05, A01 Base de establecimientos (cesfam, cecosf, PSR, Hospitales comunitarios)	SALUD EN EDAD ADULTA	CON TODOS LOS PROGRAMAS	x	

58	TRATAMIENTO	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.	Realizar ingreso integral a personas con multimorbilidad crónica	Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica ingresadas a cuidado integral centrado en la persona	(N° de personas con multimorbilidad crónica (G2 y G3) que ingresan a atención integral centrado en la persona / N° total de personas con multimorbilidad crónica G2 y G3) *100 Diferenciar por G2 y G3	Incrementar cobertura en un 12%	REM A05 Reporte estratificación	SALUD EN EDAD ADULTA	CON TODOS LOS PROGRAMAS	x	
59	TRATAMIENTO	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.	Realizar control integral a personas con multimorbilidad crónica que fueron ingresadas a cuidado integral centrado en la persona	Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica ingresadas a Cuidado integral centrado en la persona que reciben control integral	(N° de personas con multimorbilidad crónica (G2 y G3) ingresadas a Cuidado integral centrado en la persona que reciben control integral / N° total de personas con multimorbilidad crónica G2 y G3) *100 Diferenciar por G2 y G3	Incrementar en un 10%	REM A01 Reporte estratificación	SALUD EN EDAD ADULTA	CON TODOS LOS PROGRAMAS	x	
60	TRATAMIENTO	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.	Realizar Gestión de caso a personas con multimorbilidad crónica que fueron ingresadas a cuidado integral centrado en la persona	Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica ingresadas a Cuidado integral centrado en la persona que reciben Gestión de caso	(N° de personas con multimorbilidad crónica (G3) ingresadas a Cuidado integral centrado en la persona que reciben Gestión de caso / N° total de personas con multimorbilidad crónica (G3) *100	Establecer línea base y/o Incrementar en un 8%	REM A01	SALUD EN EDAD ADULTA	CON TODOS LOS PROGRAMAS	x	

6 1	TRATAMIENTO	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.	Realizar Seguimiento a distancia a personas con multimorbilidad crónica que fueron ingresadas a cuidado integral centrado en la persona	Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica ingresadas a Cuidado integral centrado en la persona que reciben Seguimiento a distancia	(N° de personas con multimorbilidad crónica ingresadas a Cuidado integral centrado en la persona que reciben seguimiento a distancia / N° total de personas con multimorbilidad crónica *100	Establecer línea base y/o Incrementar en un 8%.	REM A02	SALUD EN EDAD ADULTA	CON TODOS LOS PROGRAMAS	x	
6 2	TRATAMIENTO	Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad	Brindar atención integral de trastornos mentales en población mayor a 24 años	Realizar el control de salud integral a población mayor de 24 años del Servicio de Protección Especializada "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre)	Cobertura del control de salud integral en población mayor a 24 años del Servicio de Protección Especializada "Mejor Niñez" y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre)	(N° total de atenciones (controles y atenciones) realizadas (año vigente) a población mayor a 24 años del Servicio de Protección Especializada "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre) / N° total de personas mayores a 24 años del Servicio de Protección Especializada "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de	10%	REM	Establecimiento	ECICEP	x	

						sanción en medio libre) bajo control en el período (año vigente)						
63	TRATAMIENTO	Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad	Brindar atención integral de trastornos mentales en población mayor de 24 años	Atención integral y oportuna a personas mayores de 24 años del Servicio de Protección Especializada "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre)	Concentración de consultas y controles de salud en personas mayores a 24 años del Servicio de Protección Especializada "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre)	(N° total de atenciones (controles y consultas) realizadas a personas mayores de 24 años que pertenecen al Servicio de Protección Especializada "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre) (año vigente) / N° total de personas del Servicio de Protección Especializada "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre) mayores de 24 años bajo control en el período	Concentración entre 1 y 3 controles	REM	Establecimiento	PSM	x	

64	TRATAMIENTO	Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a Condiciones Mentales	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Atención integral y oportuna por salud mental a personas de 25 a 64 años, que presenten factores de riesgo y condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en población de 25 a 64 años con énfasis en la intervención grupal (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorías y consejerías individuales y familiares)	((N° de controles de Salud Mental totales realizadas (año vigente) / N° de personas bajo control en el programa de salud mental de 25 a 64 años (Factores de riesgo y condicionantes de la salud mental +Trastornos mentales) (año vigente)) (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorías y consejerías individuales y familiares)	Concentración entre 8 y 12 de controles.	REM	Establecimiento	PSM	x	
65	TRATAMIENTO	Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a Condiciones Mentales	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Aplicar pauta de monitoreo de resultados de salud mental población adulta de 25 a 64 años en tratamiento por salud mental (Instrumento	Porcentaje de personas con aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental al ingreso y egreso (alta clínica) de la atención de salud mental.	(N° de personas de 25 a 64 años con instrumento de monitoreo aplicado al ingreso y egreso con alta clínica (año vigente))/ (N° de personas de 25 a 64 años ingresadas y con alta clínica (suma de personas ingresadas y de personas con alta clínica) a	Aumentar en un 20%	REM	Establecimiento	PSM	x	

				GHQ) al ingreso y egreso del programa.		programa salud mental (año vigente)) *100						
66	TRATAMIENTO	Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a Condiciones Mentales	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Brindar atención integral y oportuna a población adulta de 25 a 64 años con problemas o trastornos mentales y/o consumo problemático de alcohol y otras drogas.	Cobertura de atención Integral a personas de 25 a 64 años con trastornos mentales.	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 o de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales	REM	Establecimiento	PSM	x	
67	TRATAMIENTO	Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a Condiciones Mentales	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Brindar atención integral y oportuna a población adulta de 25 a 64 años con problemas o	Porcentaje de personas adultas de 25 a 64 años egresados por alta terapéutica por trastornos de salud mental y/o consumo problemático de	(N° de personas de 25 a 64 años egresados por alta terapéutica (año vigente) / N° de personas adultas de 25 a 64 años bajo control en el programa por	alcanzar un 20%	REM	Establecimiento	PSM	x	

				trastornos mentales y/o consumo problemático de alcohol y otras drogas.	alcohol y otras drogas	trastornos mentales (año vigente)) * 100						
68	TRATAMIENTO	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar el bienestar biopsicosocial de las personas en su Salud Sexual	Prescripción de THM a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Porcentaje de mujeres en control de climaterio que reciben THM, según puntaje MRS	(Nº de mujeres en control de climaterio que reciben THM, según puntaje MRS / Nº total de mujeres que requieren THM según escala MRS)* 100	Aumentar en un 5%	REM P1 - SECCION F MUJERES 45 A 64 AÑOS CON MRS ELEVADO CON APLICACIÓN DE THM/ Nº TOTAL DE MUJERES CON MRS ELEVADO	SALUD EN EDAD ADULTA	PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER		x
69	TRATAMIENTO	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Consulta Nutricional(CN) en Mujeres bajo control del programa de regulacion de fertilidad con Dg de Malnutrición por exceso.	Porcentaje de Mujeres bajo control del programa de regulacion de fertilidad con Dg de Malnutrición por exceso que reciben consulta nutricional	(Población de Mujeres con Dg de Malnutrición por exceso bajo control del programa de regulacion de fertilidad que recibe CN / Población Mujeres bajo control del programa de regulacion de fertilidad con Dg de Malnutricion por exceso)* 100	30%	Registro local/REM P1 sección H	SALUD EN EDAD ADULTA	Programa de Salud de la Mujer- Nutrición		x

70	REHABILITACION	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratoria crónica	Aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación	Realizar programa de rehabilitación pulmonar / Plan de actividad física (presencial, remoto, mixto) en usuarios con EPOC.	Porcentaje de pacientes EPOC de 40 a 64 años y mas que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar o plan de actividad física presencial, remoto o mixto.	(Nº de usuarios de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar o plan de actividad física (presencial, remoto o mixto) finalizado (año vigente) (MENOS) Nº de usuarios de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar o plan de actividad física (presencial, remoto o mixto) finalizado (año anterior) / Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar o plan de actividad física (presencial, remoto o mixto) finalizado (año anterior))*100	Aumentar 25%	REM	SALUD EN EDAD ADULTA	ECICEP	x	
----	----------------	--	---	---	---	--	--------------	-----	----------------------	--------	---	--

7 1	OTRO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Registro de adultos con dependencia leve y moderada y sus cuidadores en Registro de Cuidadores y Personas con Dependencia (RCD) del Ministerio de Desarrollo Social	Porcentaje de adultos con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control ingresados a RCD	(N° de adultos con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control registrados en RCD/N° de adultos con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control)*100	100% de adultos con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control en establecimiento	RCD y REM	Adultos	Sistema Nacional de Cuidados /Ministerio de Desarrollo Social	x	
--------	------	---	--	---	--	--	--	-----------	---------	---	---	--

PERSONAS MAYORES

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	CURSO DE VIDA	SE ARTICULA CON	Indicador Esencial	Indicador Recomendado
1	PROMOCION	Aumentar la seguridad alimentaria y nutricional Chile, a través del curso de vida, considerando diversidad territorial y pertinencia cultural.	Aumentar los ambientes alimentarios saludables y sostenibles.	Consulta Nutricional en población de Personas Mayores con Dg de Malnutrición por exceso .	Porcentaje de población de Personas Mayores con Malnutricion por exceso que recibe Consulta Nutricional (CN)	(Población de Personas Mayores con Dg de malnutricion por exceso que recibe CN / Población de Personas Mayores con Dg. de Malnutrición por exceso)* 100	15% incremento sobre el año 2024	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	ECICEP- CON TODOS LOS PROGRAMAS	x	
2	PROMOCION	Disminuir la prevalencia de consumo de productos de tabaco y sistema electronicos de administración de nicotina y sin nicotina en la población	Fortalecer la comunicación de riesgo, focalizadas en grupos de riesgos.	Realizar consejerías programadas y agendadas en población adulta de 65 y mas años	Porcentaje de Población Inscrita Validada en el establecimiento de 65 y mas años que recibe consejeria antitabaco programada	Nº de personas de 65 y más años que reciben consejerías antitabaco agendada y programada en el año/ personas de mas de 65 años inscritas validadas en el establecimiento)	7%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	ECICEP	x	

3	PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar educaciones grupales en areas transversales de acuerdo a los factores protectores de salud.	Educación Grupal en personas de 65 años y más.	Porcentaje de personas de 65 años y más que reciben educación grupal en areas transversales de acuerdo a los factores protectores de salud. (Respiratorio, SSR, SM, SO, etc)	(N° de personas de 65 años y más años que reciben educación grupal en areas transversales de acuerdo a los factores protectores de salud. / PIV de 25 A 64 años) x100	Aumentar un 20%	REM (A27 sección A)	SALUD EN PERSONAS MAYORES	PROGRAMA PRENATAL	x	
4	PROMOCION	Aumentar la seguridad alimentaria y nutricional en Chile, a través del curso de vida, considerando diversidad territorial y pertinencia cultural.	Aumentar el acceso y la disponibilidad de alimentos para una dieta saludable.	Entrega de productos del PACAM a personas mayores de 70 años	Porcentaje de personas mayores de 70 años que retiran PACAM	(Proporción de personas bajo control > 70 años que reciben BLAD (año vigente)(MENOS) proporción de personas bajo control > de 70 años que reciben BLAD (año anterior))	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año 2024	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	ECICEP- CON TODOS LOS PROGRAMAS	x	
5	PROMOCION	Aumentar la seguridad alimentaria y nutricional en Chile, a través del curso de vida, considerando diversidad territorial y pertinencia cultural.	Aumentar el acceso y la disponibilidad de alimentos para una dieta saludable.	Entrega de PACAM en domicilio	Entrega de Productos de Programas Alimentarios en domicilio a personas mayores	(N° personas mayores inscritas validadas que reciben entrega de productos del Programa de Alimentación Complementaria en domicilio/N° de personas mayores inscritas validadas) *100	Aumentar en un 5% respecto a 2024	Registro Local ; Informe de SS	SALUD EN PERSONAS MAYORES	ECICEP- CON TODOS LOS PROGRAMAS	x	

6	PROMOCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Proveer de atención multidisciplinaria y servicios accesibles y de calidad con foco adolescentes jóvenes, personas mayores y diversidades sexuales.	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva a personas de 65 y más años.	Porcentaje de ingresos de personas de 65 y más años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva.	(Nº de ingresos de personas de 65 años y más a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) N° de ingresos de personas de 65 años y más a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior)/ N° de ingresos de personas de 65 años y más a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior))*100	Mantener o aumentar lo realizado el año anterior	REM A27 sección A	SALUD EN PERSONAS MAYORES	PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER	x
7	PREVENCIÓN	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna antineumocócica, en usuarios de 65 años inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida, a los usuarios de 65 años y más según población inscrita y validada	Porcentaje de personas de 65 años que reciben con una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida según población inscrita y validada	(Nº de personas de 65 años que reciben una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida /Nº Total de personas de 65 años inscritos y validados)*100	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura	RNI/ Población 65 años inscrita y validada	SALUD EN PERSONAS MAYORES	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES	x

8	PREVENCIÓN	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 según población inscrita y validada.	Porcentaje de personas de 65 años y más vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza	(N° de personas de 65 años y más vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/N° Total de personas de 65 años y más inscritos y validados)*100	85% de cobertura	RNI/ Población 65 años inscrita y validada	SALUD EN PERSONAS MAYORES	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES	x	
9	PREVENCIÓN	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Brindar atención integral y centrada en las personas	Ingreso de personas mayores a procesos de educación en salud o talleres de autocuidado que contemplen temáticas de interés y necesidades de las comunidades, favoreciendo el cuidado de las diferentes dimensiones del bienestar, validando la pertinencia territorial y cultural y promoviendo la participación del equipo multidisciplinario de la APS y la gestión con otros sectores según corresponda.	Porcentaje de personas de 60 años y más que ingresan a actividades educativas planificadas participativamente en población inscrita validada de 60 y más años	(N° de personas de 60 años y más que ingresan a actividades educativas planificadas participativamente/ N° de personas de 60 años y más inscritas validadas) *100	Incrementar en un 20% respecto al año anterior	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	ECICEP-TODOS LOS PROGRAMAS	x	
10	PREVENCIÓN	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Promover el manejo adecuado de higiene y cuidado bucal en la población	Educación Grupal en personas de 65 años y más	Porcentaje de personas mayores que reciben educación grupal sobre salud bucal	(N° de personas de 65 años y más que reciben educación grupal sobre salud bucal/ Total población de 65 y más años inscritos y validados en los establecimientos) x100	10%	REM (A27 sección A)	SALUD EN PERSONAS MAYORES	PLAN DE SALUD FAMILIAR	x	

11	PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Aumentar la pesquisa de personas infectadas por el virus de hepatitis C	Realizar el examen de anticuerpos de VHC en personas de 65 y más años con factores de riesgo	Porcentaje de exámenes realizados (anticuerpos de VHC) en la APS	N° de exámenes realizados con anticuerpos de VHC a personas de 65 y más años con factores de riesgo/ N° de exámenes de anticuerpo de VHC realizados el año anterior a personas de 65 y más años con factores de riesgo *100.	Linea base	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES		x	
12	PREVENCIÓN	Disminuir la prevalencia de dependencia severa en la población nacional en todo el curso de vida.	Preservar y aumentar la funcionalidad en la población	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)	Cobertura Controles de Salud de Personas Mayores	(N° de personas de 65 años y más que reciben el EMPAM)/ (N° de personas de 65 años y más según PIV año vigente)	60%	REM/FO NASA	SALUD EN PERSONAS MAYORES	ECICEP- CON TODOS LOS PROGRAMAS	x	

13	PREVENCIÓN	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 del Plan de Atención Integral resultante del EMPAM, a personas de 65 años y más que hayan resultado con clasificación de autovalentes con riesgo y en riesgo de dependencia en el EMPAM, dentro de los primeros 6 meses de realizado el 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 efectuado dentro de los 6 meses posteriores a la realización del EMPAM/ Nº de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con según EMPAM vigente)* 100	80% con control de seguimiento realizado	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	ECICEP- CON TODOS LOS PROGRAMAS	x	
14	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 65 años y mas	Porcentaje de incremento de casos presuntivos de tuberculosis (CPT) estudiados	(Nº de CPT estudiados año 2025 en población de 65 y más años (MENOS) Nº de CPT estudiados año 2024 en población de 65 y más años / Nº de CPT estudiados año 2024 en población de 65 y más años *100	aumentar 5%	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES		x	

15	PREVENCIÓN	Disminuir la progresión de la enfermedad renal crónica	Aumentar el tamizaje y diagnóstico oportuno en personas con factores de riesgo	Aplicar el "Formulario de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular	Porcentaje de personas de 65 años y más bajo control por condición de salud cardiovascular clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica (ERC).	(N° de personas de 65 años y más bajo control por condición de salud cardiovascular clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de personas de 65 años y más bajo control por condición de salud cardiovascular) x 100	100%	REM	PERSONAS MAYORES	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	
16	PREVENCIÓN	Disminuir la prevalencia de enfermedad renal crónica en la población y sus complicaciones	Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas con diabetes mellitus 2(DM2) de 65 y más años en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$) o ERC etapa 3b-5 (VFG estimada $< 45 \text{ mL/min/1.73 m}^2$)	Optimizar el tratamiento farmacológico de las personas 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 con diabetes mellitus 2 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 con DM2 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 con DM2 bajo control en PSCV con Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$) o ERC etapa 3b-5 al corte)* 100	90% de las personas con DM2 de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$) o ERC etapa 3b-5 en tratamiento con IECA o ARA II.	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	ECICEP-PSCV	x	

17	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por cáncer en población general.	Mejorar el diagnóstico, tratamiento precoz y rehabilitación de forma oportuna y de calidad	Realizar control ginecológico preventivo	Porcentaje de mujeres mayores con controles ginecológicos preventivos	(Nº de mujeres mayores con control ginecológico preventivo / Nº total de mujeres mayores inscritas y validadas) * 100	Aumentar o mantener el porcentaje alcanzado el año anterior.	REM A01 sección A/FONASA	SALUD EN PERSONAS MAYORES	PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER		x
18	PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por cáncer en población general.	Mejorar el diagnóstico, tratamiento precoz y rehabilitación de forma oportuna y de calidad	Solicitar mamografía a mujeres de 65 a 69 años	Porcentaje de cobertura de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 2 años	(Nº de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 2 años / Nº de mujeres de 65 a 69 años inscritas validadas) * 100	Aumentar el 5% respecto a la cobertura del año anterior	REM P12 sección C/FONASA	SALUD EN PERSONAS MAYORES	PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER		x
19	TRATAMIENTO	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares	Aumentar la cobertura y calidad de la atención en personas con hipertensión arterial con equidad de género y perspectiva de curso de vida	Optimizar el tratamiento de hipertensión arterial (HTA) en personas de 65 años y más	Cobertura de personas de 65 años y más con HTA bajo control, en relación a la población inscrita	Cobertura personas con HTA (año vigente) (MENOS) Cobertura personas con HTA (año anterior) / Cobertura personas con HTA (año anterior) Cálculo de cobertura: (Nº de personas de 65 años y más con HTA bajo control / Nº total de personas de 65 años y más con HTA estimados en la población inscrita validada según prevalencia) x100	Mínimo 70%	REM	PERSONAS MAYORES	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP		x

20	TRATAMIENTO	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares	Aumentar la cobertura y calidad de la atención en personas con hipertensión arterial con equidad de género y perspectiva de curso de vida	Optimizar el tratamiento de hipertensión arterial (HTA) en personas de 65 años y más	Intensificación de tratamiento en personas de 65 años y más con HTA bajo control con PA <140/90 mmHg, según tratamiento protocolizado iniciativa HEARTS.	Cobertura personas con HTA (año vigente) (MENOS) Cobertura personas con HTA (año anterior) / Cobertura personas con HTA (año anterior) Cálculo de cobertura: (Nº de personas de 65 años y más con HTA bajo control / Nº total de personas de 65 años y más con HTA estimados en la población inscrita validada según prevalencia) x100	Mínimo 70%	REM	PERSONAS MAYORES	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	
21	PREVENCIÓN	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más en Chile	Incrementar la cobertura y calidad en rehabilitación multidisciplinaria precoz y continua asociada a eventos cardiovasculares y cerebrovasculares.	Aumentar la prevención secundaria de eventos cardiovasculares y cerebrovasculares	Incrementar cobertura de prevención secundaria con estatinas y antiagregantes plaquetarios en personas mayores de 65 años con antecedentes de IAM o ACV	(Nº de personas mayores de 65 años con el antecedente de IAM o ACV controlados en el PSCV que están en tratamiento con estatinas y antiagregantes plaquetarios /Nº total de personas mayores a 65 años con antecedente ACV o IAM)* 100	Mínimo el 90% de las personas con antecedente de IAM o ACV, deberá tener tratamiento de prevención secundaria.	SIDRA	SALUD EN EDAD ADULTA	NINGUNA	x	

22	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar el bienestar biopsicosocial de las personas en su Salud Sexual	Realizar examen VIH (todas las técnicas) a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad o EMPAM	Porcentaje de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados en consultantes por morbilidad o por demanda espontánea de 65 años y más o por EMPAM	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad o demanda espontánea o EMPAM en personas de 65 años y más o EMPAM (año vigente) (MENOS) Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad o demanda espontánea o EMPAM en personas de 65 años y más o (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad o demanda espontánea o EMPAM en personas de 65 años y más, (año anterior))*100	aumentar o mantener el porcentaje alcanzado el año anterior.	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	TODOS LOS PROGRAMAS	x	
----	------------	---	--	---	--	---	--	-----	---------------------------	---------------------	---	--

23	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar el bienestar biopsicosocial de las personas en su Salud Sexual	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	aumentar o mantener el porcentaje alcanzado el año anterior.	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	TODOS LOS PROGRAMAS	x	
24	PREVENCIÓN	Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes mellitus.	Aumentar la cobertura de exámenes preventivos de complicaciones.	Personas con DM2 en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	Porcentaje de personas de 65 años y más con DM2 bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente	Nº de personas de 65 años y más con DM2 bajo control en el PSCV que cuentan con fondo de ojo vigente / Nº total de personas de 65 años y más con DM2 bajo control en PSCV *100	Mínimo el 90% cuentan con un fondo de ojo vigente.	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	ECICEP-PSCV	x	
25	PREVENCIÓN TRATAMIENTO	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Brindar atención integral y centrada en las personas	Establecimientos que entregan a usuarios internos y/o externos medicinas complementarias y/o prácticas de bienestar de la salud	Proporción de Establecimientos que implementan medicinas complementarias y/o prácticas de bienestar de la salud a usuarios internos y/o externos.	(Nº de establecimientos que implementan la actividad/ Nº total de establecimientos)x 100 Diferenciar por usuarios internos (funcionarios) y externos (pacientes, familiares o cuidadores pacientes)	Establecer línea base o Incrementar en un 8% respecto al año anterior los establecimientos que cuentan con medicinas	REM A31	SALUD EN PERSONAS MAYORES	ECICEP-TODOS LOS PROGRAMAS	x	

26	TRATAMIENTO	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares	Aumentar la cobertura y calidad de la atención en personas con hipertensión arterial con equidad de género y perspectiva de curso de vida	Optimizar el tratamiento de hipertensión arterial (HTA) en personas de 65 años y más	Cobertura efectiva de personas de 65 años y más con HTA 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 de 65 años y más con HTA bajo control con presión arterial <140/90 mmHg / Nº total de personas de 65 años y más con HTA estimados en la población inscrita validada según prevalencia) x100	Mínimo 70%	REM	PERSONAS MAYORES	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	
27	PREVENCIÓN	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares	Fortalecer la cobertura de rehabilitación a personas con ACV y IAM	Establecer sistema de contrarreferencia de personas de 65 años y más que egresan de una hospitalización por ataque cerebrovascular (ACV) o infarto agudo al miocardio (IAM)	Porcentaje de personas de 65 años y más egresadas del hospital por IAM o ACV con control realizado por profesional médico dentro de los 7 días hábiles post-alta.	(Nº de personas de 15 a 24 años egresadas del hospital por IAM o ACV con control realizado por profesional médico dentro de los 7 días hábiles post-alta / Nº total de personas de 15 a 24 años egresadas del hospital por IAM o ACV) x100	100%	SIDRA	PERSONAS MAYORES	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	

28	PREVENCIÓN	Disminuir la morbimortalidad por Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares	Aumentar la prevención primaria y secundaria en personas en contexto de enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares (IAM, ACV, Enfermedad Arterial Periférica)	Aumentar la prevención secundaria de eventos cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 65 años y más	Cobertura de prevención secundaria con estatinas y antiagregantes plaquetarios en personas de 65 años y más con antecedentes de IAM o ACV	(Nº de personas de 65 años y más con antecedente de IAM o ACV bajo control que están en tratamiento con estatinas y antiagregantes plaquetarios / Nº total de personas de 65 años y más con antecedente de IAM o ACV bajo control) x 100	Mínimo 90%	SIDRA	PERSONAS MAYORES	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	
29	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes mellitus.	Aumentar la cobertura efectiva a tratamiento.	Manejo avanzado de úlceras activas en personas con DM2 (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 con DM2 bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado de heridas	(Nº de personas de 65 años y más con DM2 bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado en los últimos 6 meses/ Nº total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses)*100.	100% reciben manejo avanzado de heridas	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	ECICEP-PSCV	x	

30	TRATAMIENTO	Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a Condiciones Mentales	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Brindar atención integral y oportuna a personas mayores de 65 años y más, con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales.	Cobertura de atención integral a personas de 65 años y más, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales.	N° de personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales bajo control de 65 y más años/N° de personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales de 0 y más años, esperados según prevalencia de 22%	17%	REM	Establecimiento		x	
31	TRATAMIENTO	Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a Condiciones Mentales	•Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Brindar atención integral y oportuna a personas con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Porcentaje de personas mayores de 65 años y más, egresadas por alta terapéutica por trastornos de salud mental, factores de riesgo o condicionantes de la salud mental	N° de personas egresadas por alta terapéutica (año vigente) / N° de personas bajo control en el programa de salud mental (año vigente))*100	Alcanzar un 20%	REM	Establecimiento		x	
32	TRATAMIENTO	Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a Condiciones Mentales	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de	Brindar atención integral y oportuna a personas de 65 años y más,	Atención integral y oportuna a personas de 65 años y más, con factores de riesgo, condicionantes de	Concentración de controles de atención integral a personas de 65 años y más, con factores de riesgo,	(N° de controles de salud mental totales realizados	Concentración entre 8 y 12 de controles.	Establecimiento		x	

			atención y a lo largo del curso de vida	con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	la salud mental y trastornos mentales	condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	os a personas de 65 años y más/Nº de personas bajo control en el programa de salud mental de 65 años y más)						
							(Control es salud mental incluyen : Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultas y consejerías individuales y familiares)						

33	TRATAMIENTO	Reducir la morbilidad y mortalidad en exceso asociada a Condiciones Mentales	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Aplicar pauta de monitoreo de resultados de situación de salud mental en personas de 65 años y más en tratamiento por salud mental (Instrumento GHQ al ingreso y egreso del programa).	Porcentaje de personas con aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental al ingreso y egreso (alta clínica) de la atención de salud mental.	(N° de personas de 65 años y más con instrumento de monitoreo aplicado al ingreso y egreso con alta clínica (año vigente))/ (N° de personas de 65 años y más ingresadas y con alta clínica (suma de personas ingresadas y de personas con alta clínica) a programa salud mental (año vigente)) *100	Alcanzar 20%	REM	Establecimiento		x	
34	TRATAMIENTO	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.	Realizar actividades de cuidado integral a personas con multimorbilidad crónica en establecimientos de salud. Actividades de cuidado integral (ingreso con plan de cuidado integral consensuado, control integral, gestión de caso y seguimiento)	Establecimientos que realizan actividades de cuidado integral a personas con multimorbilidad crónica	(N° de establecimientos que realizan la actividad/ N° total de establecimientos)x 100	Establecer línea base y/o Incrementar en un 10% respecto al año anterior los establecimientos que realizan actividades de cuidado integral a personas con multimorbilidad crónica.	REM A05, A01 Base de establecimientos (cesfam, cecosf, PSR, Hospital es comunitarios)	SALUD EN PERSONAS MAYORES	ECICEP - TODOS LOS PROGRAMAS	x	

35	TRATAMIENTO	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.	Realizar ingreso integral a personas con multimorbilidad crónica	Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica que ingresan a atención integral centrado en la persona	(N° de personas con multimorbilidad crónica (G2 y G3) que ingresan a atención integral centrado en la persona / N° total de personas con multimorbilidad crónica G2 y G3) *100 Diferenciar por G2 y G3	Incrementar cobertura en un 12% respecto a lo logrado el año anterior	REM A05 Reporte estratificación	SALUD EN PERSONAS MAYORES	ECICEP - TODOS LOS PROGRAMAS	x	
36	TRATAMIENTO	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.	Realizar control integral a personas con multimorbilidad crónica	Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica ingresadas a Cuidado integral centrado en la persona que reciben control integral	(N° de personas con multimorbilidad crónica (G2 y G3) ingresadas a Cuidado integral centrado en la persona que reciben control integral / N° total de personas con multimorbilidad crónica G2 y G3) *100 Diferenciar por G2 y G3	Incrementar en un 10% respecto a lo logrado el año anterior.	REM A01 Reporte estratificación	SALUD EN PERSONAS MAYORES	ECICEP - TODOS LOS PROGRAMAS	x	
37	TRATAMIENTO	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.	Realizar Gestión de caso a personas con multimorbilidad crónica que fueron ingresadas a	Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica (G3) ingresadas a Cuidado integral centrado en la persona que	(N° de personas con multimorbilidad crónica (G3) ingresadas a Cuidado integral centrado en la persona que	Establecer línea base y/o Incrementar en un	REM A01	SALUD EN PERSONAS MAYORES	CON TODOS LOS PROGRAMAS	x	

				cuidado integral centrado en la persona	reciben Gestión de caso	reciben Gestión de caso / N° total de personas con multimorbilidad crónica (G3) *100	8% respecto al año anterior.					
38	TRATAMIENTO	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.	Realizar Seguimiento a distancia a personas con multimorbilidad crónica que fueron ingresadas a cuidado integral centrado en la persona	Porcentaje de personas con multimorbilidad crónica ingresadas a Cuidado integral centrado en la persona que reciben Seguimiento a distancia	(N° de personas con multimorbilidad crónica ingresadas a Cuidado integral centrado en la persona que reciben seguimiento a distancia / N° total de personas con multimorbilidad crónica *100	Establecer línea base y/o Incrementar en un 8% respecto al año anterior.	REM A02	SALUD EN PERSONAS MAYORES	CON TODOS LOS PROGRAMAS	x	
39	TRATAMIENTO	Fortalecer la entrega de servicios de salud con equidad, calidad y seguridad a la población a lo largo de su curso de vida	Brindar atención integral y centrada en las personas	Consulta a Célula de Geriátrica de Hospital Digital frente a casos de personas mayores con EMPAM alterado	Porcentaje de consultas a Célula de Geriátrica por profesionales no médicos de la APS	(N° de casos de personas de 65 años y más con EMPAM alterado derivadas por consulta a Célula de Geriátrica en el año/ N° total de personas de 65 años y más con EMPAM alterado en el año)*100	30% de las personas mayores catalogadas con riesgo de dependencia, dependencia leve y dependencia moderada son derivadas a Célula de Geriátrica.	REM/Informe	SALUD EN PERSONAS MAYORES	ECICEP-TODOS LOS PROGRAMAS	x	

40	TRATAMIENTO	Fortalecer la entrega de servicios de salud con equidad, calidad y seguridad a la población a lo largo de su curso de vida	Brindar atención integral y centrada en las personas	Consulta a Célula de Geriatria de Hospital Digital para población de 60 años y más	Porcentaje de personas mayores que reciben consulta por parte de Célula de Geriatria de Hospital Digital	(N° de personas de 60 años y más que reciben consulta por parte de Célula de Geriatria de Hospital Digital/ N° de personas de 60 años y más de la PIV)*100	Aumentar en un 50% respecto del año anterior.	Informe	SALUD EN PERSONAS MAYORES	ECICEP-TODOS LOS PROGRAMAS	x	
41	TRATAMIENTO	Fortalecer la entrega de servicios de salud con equidad, calidad y seguridad a la población a lo largo de su curso de vida	Brindar atención integral y centrada en las personas	Incorporar en esquemas de cuidado integral de personas mayores de los centros de APS, la atención por parte de Célula de Geriatria de Hospital Digital	Porcentaje de establecimientos de APS que incorporan en los esquemas de cuidado integral de personas mayores la atención por parte de Célula de Geriatria de Hospital Digital	(N° de establecimientos de APS que incorporan en esquemas de cuidado integral de personas mayores la atención por parte de Célula de Geriatria de Hospital Digital	Aumentar en un 50% respecto del año anterior. Debe estar incorporado en el 100% de los establecimientos que desarrollan el programa Más AM Autovalentes como parte del producto Esquema de Atención Integral del Componente 1.	Informe	SALUD EN PERSONAS MAYORES	ECICEP-TODOS LOS PROGRAMAS	x	
42	TRATAMIENTO	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Morbilidad Odontológica en población de 65 años y más	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población de 65 años y más	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en población de 65 años y másr/Total de población de 65 años y más inscritos y validados en el establecimiento)*100	30%	REM (A09 sección A)	SALUD EN PERSONAS MAYORES	PLAN DE SALUD FAMILIAR	x	

43	TRATAMIENTO	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Consulta de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en población de 65 años y más	Porcentaje de consultas de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en población de 65 años y más	(N° Total de consultas de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en población de 65 y más años / (Total población de 65 y más años inscritos y validados en los establecimientos) x 100	2,00%	REM (A09 sección A)	SALUD EN PERSONAS MAYORES	PLAN DE SALUD FAMILIAR	x	
44	TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratoria crónica	aumentar el acceso y oportunidad del diagnostico	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica oportuna de patología respiratoria crónica	Porcentaje de Personas de 65 años y más, bajo control por patología respiratoria crónica.	(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 un 10% respecto al año anterior	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	ECICEP	x	
45	TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratoria crónica	aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 65 y mas años bajo control en Programa ERA	Población bajo control por asma, con nivel de control controlado (año vigente)	(N° de usuarios con Asma con evaluación de control "controlado" año 2024 - N° de usuarios con Asma con evaluación de control "controlado" año anterior) / N° de usuarios asmáticos con evaluación de control "controlado" año anterior * 100	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año anterior	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	ECICEP	x	

46	TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratoria crónica	aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación	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)	(N° de usuarios con EPOC con evaluación de control adecuado año 2024 - N° de usuarios con EPOC con evaluación de control adecuado año anterior) / N° de usuarios EPOC con evaluación de control adecuado año anterior * 100	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año anterior	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	ECICEP	x	
47	REHABILITACION	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratoria crónica	aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación	Realizar programa de rehabilitación pulmonar / Plan de actividad física (presencial, remoto, mixto) en usuarios con EPOC.	Porcentaje de pacientes EPOC de 65 años y mas que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar o plan de actividad física presencial, remoto o mixto.	N° de usuarios EPOC que finalizan el programa de rehabilitación pulmonar año vigente - N° de usuarios EPOC que finalizan el programa de rehabilitación pulmonar año anterior / N° de usuarios EPOC que finalizan el programa de rehabilitación pulmonar año anterior * 100	Aumentar en un 25% respecto al año anterior	REM	SALUD EN PERSONAS MAYORES	ECICEP	x	

48	TRATAMIENTO	Disminuir la progresión de la enfermedad renal crónica	Aumentar la cobertura efectiva del tratamiento integrado de ERC	Aumentar la prevención y/o enlentecimiento de la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) en personas de 65 años y más	Cobertura de tratamiento con IECA o ARA II en personas de 65 años y más con ERC y DM2 que están bajo control	(Nº de personas de 65 años y más con ERC y DM2 bajo control que están en tratamiento con IECA o ARA II / Nº de personas de 65 años y más con ERC y DM2 bajo control) x 100	Mínimo 90%	SIDRA	PERSONAS MAYORES	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	
49	TRATAMIENTO	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de personas con DM	Optimizar el tratamiento de la diabetes mellitus 2 (DM2) en personas de 65 años y más	Cobertura de personas de 65 años y más con DM2 bajo control, en relación a la población inscrita	(Cobertura de personas con DM2 (año vigente) (MENOS) Cobertura de personas con DM2 (año anterior) / Cobertura de personas con DM2 (año anterior)) Cálculo de cobertura: (Nº de personas de 65 años y más con DM2 bajo control / Nº total de personas de 65 años y más con DM2 estimados en la población inscrita validada según prevalencia) x100	Mínimo 70%	REM	PERSONAS MAYORES	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	

50	TRATAMIENTO	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de personas con DM	Optimizar el tratamiento de la diabetes mellitus 2 (DM2) en personas de 65 años y más	Cobertura de personas de 65 años y más con DM2 bajo control con (HbA1c<8%)	Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de metas de compensación (año 2024)) Cálculo de proporción: (Nº de personas de 65 años y más con DM2 bajo control con HbA1c<8% / Nº total de personas de 65 años y más con DM2 bajo control) x 100	Mínimo 70%	REM	PERSONAS MAYORES	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	
51	TRATAMIENTO	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de personas con DM	Lograr las metas de HbA1c, colesterol total y presión arterial en personas con diabetes mellitus 2 (DM2) de 65 años y más en control PSCV.	Porcentaje de personas de 65 años y más con DM2 bajo control que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial.	(Nº de personas con personas de 65 años y más con DM2 bajo control que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial / Nº de personas de 65 años y más con DM2 bajo control) x 100	Mínimo 50%	REM	PERSONAS MAYORES	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	

52	PREVENCIÓN	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus	Aumentar la pesquisa oportuna y manejo precoz de complicaciones	Aumentar la prevención y pesquisa precoz de retinopatía diabética en personas de 65 años y más con diabetes mellitus 2 (DM2) bajo control, a través de examen de fondo de ojo	Porcentaje de personas de 65 años y más con DM2 bajo control que tienen examen de fondo de ojo vigente	(Nº de personas de 65 años y más con DM2 bajo control que tienen examen de fondo de ojo vigente / (Nº total de personas de 65 años y más con DM2 bajo control (MAS) N° total de ingresos de personas de 65 años y más con DM2 (MENOS) N° total de egresos de personas de 65 años y más con DM2) x 100	100%	REM	PERSONAS MAYORES	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	
53	PREVENCIÓN	Mejorar la cobertura y la efectividad del manejo de la Diabetes Mellitus	Aumentar la pesquisa oportuna y manejo precoz de complicaciones	Aumentar la prevención y pesquisa precoz de neuropatía diabética en personas de 65 años y más con diabetes mellitus 2 (DM2) bajo control, a través de evaluación del riesgo de ulceración de los pies y diseño de plan de manejo según nivel de riesgo	Porcentaje de personas de 65 años y más con DM2 bajo control con evaluación del riesgo de ulceración de los pies y plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	(Nº de personas de 65 años y más con DM2 bajo control clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / N° total de personas de 65 años y más con DM2 bajo control) x 100	100%	REM	PERSONAS MAYORES	PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR Y ECICEP	x	

54	PREVENCIÓN	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Control Odontológico en población de 65 años y más	Porcentaje de población de 65 años y más	(N° controles odontológicos en población de 65 años y más / Total de población de 65 años y más años inscrita y validada en los establecimiento)* 100	9%	REM (A09 sección A)	SALUD EN PERSONAS MAYORES	PLAN DE SALUD FAMILIAR		x
55	DIAGNÓSTICO	Mejorar el estado de Salud Bucal de la población	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Radiografías Retroalveolares y Bite Wingen en población de 65 años y más. Actividad efectuada por técnico en odontología	Porcentaje de Radiografías Retroalveolares y Bite Wing en población de 65 años y más. Actividad efectuada por técnico en odontología	(Número de Radiografías Retroalveolares y Bite Wing en población de 65 años y más)/ Total de población de 65 años y más inscrita y validada en el establecimiento)* 100	3%	REM (A09sección J)	SALUD EN PERSONAS MAYORES	PLAN DE SALUD FAMILIAR		x
56	OTRO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Registro de personas de 65 y más años con dependencia leve y moderada y sus cuidadores en Registro de Cuidadores y Personas con Dependencia (RCD) del Ministerio de Desarrollo Social	Porcentaje de personas de 65 y más años con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control ingresados a RCD	(N° de personas de 65 y más años con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control registrados en RCD/N° de personas de 65 años y más con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control)*100	100% de personas de 65 años y más con dependencia leve y moderada y sus cuidadores bajo control en establecimiento encuentran registrados en RCD	RCD y REM	Adultos	Sistema Nacional de Cuidados /Ministerio de Desarrollo Social	x	

TRANSVERSALES

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR/FORMULA DE CÁLCULO	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN	Indicador Esencial	Indicador Recomendado
1	PROMOCION	Aumentar la prevalencia de personas con Factores Protectores de Salud	Localizar y representar gráficamente los elementos positivos de los territorios, aquellos que "mejoran la habilidad de individuos, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales y/o instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar y ayudar a reducir las inequidades en salud".	Identificación de activos comunitarios en salud	Acciones de identificación de activos comunitarios en salud	Nº de acciones de identificación de activos comunitarios en salud	Al menos una acción de identificación de activos comunitarios en salud	MIDAS	COMUNAL		X
2	PROMOCION	Mitigar los efectos de las emergencias y desastres* en la salud y bienestar de la población.	Mejorar la comprensión, habilidades y capacidades del sector para el enfrentamiento de las amenazas* y emergencias, según el nivel de dicha emergencia	Implementar Estrategia de Comunicación del riesgo comunal	Plan local de estrategia de comunicación del riesgo	Nº de acciones para la comunicación del riesgo local ejecutadas/Nº de acciones para la comunicación del riesgo local planificadas	60%	Informe comunal	COMUNAL	x	
3	PROMOCION	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	60%	Informe de acciones	COMUNAL	x	

4	PROMOCION	Aumentar la prevalencia de personas con Factores Protectores de Salud	Entregar formación a dirigentes y líderes sociales, en participación ciudadana, ejercicio de derechos y promoción de la salud para su empoderamiento en salud.	Formación de facilitadores en promoción de la salud en entorno Comunal (Ex escuela de gestores comunal)	Escuela de promoción de la salud para líderes comunitarios	N° de Escuelas de promoción de la salud para líderes comunitarios	Al menos una Escuela de promoción de la Salud para líderes comunitarios al año	MIDAS	COMUNAL		X
5	PROMOCION	Aumentar la prevalencia de personas con Factores Protectores de Salud	Generar espacios de participación comunitaria que aumenten el involucramiento de las personas con su entorno físico y social.	Formación de facilitadores en promoción de la salud en entorno educacional	Escuela de promoción de la salud para líderes comunitarios en entorno educacional	N° de Escuelas de promoción de la salud para líderes comunitarios en entorno educacional	Al menos una Escuela de promoción de la Salud para líderes comunitarios en entorno educacional al año	MIDAS	COMUNAL		X
6	PROMOCION	Mitigar los efectos de las emergencias y desastres en la salud y bienestar de la población.	Mejorar la comprensión, habilidades y capacidades del sector para el enfrentamiento de las amenazas y emergencias, según el nivel de dicha emergencia	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 territorial y cultural, considerando temáticas específicas como: Salud Mental en la GRD, Comunicación del Riesgo, Primera Ayuda Psicológica (PAP), Módulo de Emergencias MIDAS, entre otros, de acuerdo al perfil indicado para cada instancia.	Comunidad del establecimiento de salud de atención primaria capacitada en el ámbito 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	x	

7	PREVENCIÓN	Mitigar los efectos de las emergencias y desastres en la salud y bienestar de la población.	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	Análisis de riesgo de emergencias y desastres local	N° de establecimientos con análisis de riesgo/ N° de establecimientos de salud	100%	Informe análisis	COMUNAL	x	
8		Disminuir la exposición de la población trabajadora a condiciones y organización del trabajo desfavorables que generan daños a la salud, afectando su seguridad y bienestar.	Diseñar, implementar y monitorear planes de trabajo que promuevan la protección de la salud, seguridad, buen trato y clima laboral de los/as funcionarios/as en el Sistema Público de Salud.	Desarrollar acciones de prevención, promoción del buen trato y ambientes laborales saludables, fortalecimiento de la salud mental en la organización, y participación/articulación local, para la gestión de los cuidados de la salud mental de los/as funcionarios/as de APS.	Porcentaje de acciones realizadas por centro de salud/ acciones comprometidas en el plan de trabajo comunal.	N° de Establecimientos de APS que desarrollan acciones de cuidado de la salud mental de funcionarios/as de salud en coherencia con lo señalado en el Plan Comunal de Salud/N° total de actividades comprometidas por Establecimientos de APS correspondiente a su gestión territorial	80%	Reportaría e informe al Servicio de Salud con Planes de salud mental funcionarios/as ejecutados	COMUNAL	x	

9	PREVENCIÓN	Fomentar una cultura del cuidado de ambientes laborales saludables en el Sistema Público de Salud.	Mejorar la cobertura de programas de vigilancia ambiental y de salud.	Aplicación CEAL/SM de acuerdo a la normativa vigente en la Ley. 16.744.	Porcentaje de Establecimientos APS que son incluidos en medición vigente de riesgos psicosociales en el trabajo, a través de Cuestionario CEAL/SM SUSESO	N° de Establecimientos APS con CEAL SM SUSESO vigente /N° Total de Establecimientos APS correspondiente a su gestión territorial.	90%	Informe de vigilancia de Riesgos Psicosociales	COMUNAL	x	
---	------------	--	---	---	--	---	-----	--	---------	---	--

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	Indicador Esencial	Indicador Recomendado
10	PROMOCIÓN / PREVENCIÓN / TRATAMIENTO Y	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura	Fortalecer la implementación en Red de la continuidad del cuidado con foco en el fomento de factores protectores	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	(N° visitas domiciliarias integrales realizadas / N° de familias inscritas)*100	0,22	REM y población inscrita	Establecimiento y Comuna	x	

		universal									
1 1	PREVENCIÓN	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Proporcionar apoyo y abordaje a familias con factores de riesgo familiar leve a moderado, con el fin de mejorar sus condiciones de vida, a través de sus capacidades instaladas	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	(N° de familias evaluadas según riesgo familiar/N° total de familias inscritas)*100	0,15	REM y población inscrita	Establecimiento y Comuna	x	
1 2	ATENCIÓN INTEGRAL	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Proporcionar apoyo y abordaje a familias con factores de riesgo familiar leve a moderado, con el fin de mejorar sus condiciones de vida, a través de sus capacidades instaladas	Aplicación de la Encuesta de riesgo familiar según instrumento aprobado por el Servicio de Salud con foco en los determinantes del territorio	Porcentaje de familias identificadas de acuerdo al riesgo o priorización según instrumento aprobado por el Servicio de Salud con foco en los determinantes del territorio.	Número de familias evaluadas mediante screening de riesgo /Número de familias inscritas/Adscritas *100	Mantener o aumentar respecto al año anterior	REM	Establecimiento y Comuna	x	
1 3	ATENCIÓN INTEGRAL	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4	Porcentaje de familias de riesgo intervenidas	(N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4/N° de familias	Mantener o aumentar respecto al año	REM	Establecimiento y Comuna	x	

		participación social hacia la cobertura universal				evaluadas con cartola o encuesta familiar)*100	anterior				
1 4	ATENCION INTEGRAL	Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Capacitación a funcionarios de establecimientos de APS en la estrategia mhGAP (disminución de brechas de salud mental).	Número de funcionarios capacitados en la estrategia mhGAP por establecimiento	(N° de funcionarios capacitados en la estrategia mhGAP/ N° de funcionarios comprometidos a capacitar)*100	80%	Informe Servicio de Salud	Establecimiento	x	
1 5	TRATAMIENTO	Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Consultorías de Salud Mental a lo largo del curso de vida	Porcentaje de cobertura de Consultorías de Salud Mental en el establecimiento de APS.	(N° de actividades de consultorías realizadas en el periodo / N° de actividades de consultorías esperadas en el periodo) x 100.	10 consultorías infantiles, 10 consultorías adultas	REM	Establecimiento	x	
1 6	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/ N° de Consultorios Generales Urbano - Rural y CESFAM) *100	1	Local	Servicio de Salud	x	

INDICADORES PROGRAMA DE TUBERCULOSIS EN APS

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN	Indicador Esencial	Indicador Recomendado
17	PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Prevenir la enfermedad por tuberculosis en contactos < de 2 años	Quimioprofilaxis en los contactos < de 2 años	Porcentaje de contactos < de 2 años que completan quimioprofilaxis	Nº de contactos < de 2 años que completan quimioprofilaxis / Nº de contactos < 2 años con indicación de quimioprofilaxis *100	100%	Informe de evaluación de estudio de contacto	COMUNAL	x	
18	PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Prevenir la enfermedad por tuberculosis en contactos entre 2 y 15 años	Quimioprofilaxis en los contactos entre 2 y 15 años	Porcentaje de contactos entre 2 y 15 años que completan quimioprofilaxis	Nº de contactos de 2 a 15 años que completan quimioprofilaxis / Nº de contactos de 2 a 15 años con indicación de quimioprofilaxis *100	100%	Informe de evaluación de estudio de contacto	COMUNAL	x	
19	PREVENCIÓN	Reducir la incidencia de Tuberculosis en la población en Chile.	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis	Realizar pesquisa de casos presuntivos de tuberculosis (CPT)	Incremento de la pesquisa en establecimientos de APS (%)	$[(\text{N}^\circ \text{ CPT estudiados} - \text{N}^\circ \text{ CPT estudiados el año anterior}) \times 100] / \text{N}^\circ \text{ CPT estudiados el año anterior}$	Mayor o igual a 5%	Libro de seguimiento de CPT del establecimiento	Establecimiento	x	

20	PREVENCIÓN	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, otros grupos vulnerables según norma técnica.	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	x	
21	PREVENCIÓN	Reducir la incidencia de Tuberculosis en la población en Chile.	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 casos presuntivos de tuberculosis (CPT) en la población privada de libertad (PPL)	Incremento de la pesquisa en recintos penitenciarios (%)	[(Nº CPT estudiados en PPL - Nº CPT estudiados en PPL el año anterior) x 100] / Nº CPT estudiados en PPL el año anterior	Mayor o igual a 5%	Registro de laboratorio	COMUNAL	x	
22	PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (baciloscopia, PCR o cultivo).	Porcentaje de contactos estudiados	(Nº de contactos estudiados / Nº de contactos censados) *100	90%	Informe de Evaluación del programa	COMUNAL	x	
23	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	x	

2 4	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 visitas domiciliarias realizadas / Nº de pacientes ingresados a tratamiento)*100	100%	Tarjeta de Tratamiento	COMUNAL	x	
2 5	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	x	
2 6	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	x	

27	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	(Nº de visitas domiciliarias realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente inasistente)/Nº de inasistencias a tratamiento)*100	100% *para proyección de denominador, en caso que el basal sea cero (usando como referencias de años anteriores), programar como mínimo 1 VD al año.	Tarjeta de tratamiento	COMUNAL	x	
28	TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pérdida 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	% pacientes inasistentes por 1 semana continuada	(Nº de visitas domiciliarias realizadas a pacientes con inasistencia continuada dentro de la primera semana) /Nº de pacientes inasistentes continuados por una semana *100	100% *para proyección de denominador, en caso que el basal sea cero (usando como referencias de años anteriores), programar como mínimo 1 VD al año.	Tarjeta de tratamiento.	COMUNAL	x	

INDICADORES PROGRAMA DE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS (PESPI)

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN	Indicador Esencial	Indicador Recomendado
38	PROMOCION	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Mejorar el acceso a la salud integral de la población indígena con enfoque de derechos e interculturalidad.	Elaboración de lineamientos técnicos de capacitación para la transversalización del enfoque intercultural en la red asistencial.	Programas de capacitación en interculturalidad y salud de los pueblos indígenas disponible para la red asistencial.	(N° de establecimientos que priorizan programas de capacitación en interculturalidad y salud de los pueblos indígenas /N° total de establecimientos que cuentan con Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas)*100	Linea base	Reporte Programa de Capacitación de APS, en el Componente de Desarrollo de Recursos Humanos.	COMUNAL (comunas que ejecuta el Programa Pueblos Indígenas)	x	
39	PROMOCION	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Mejorar el acceso a la salud integral de la población indígena con enfoque de derechos e interculturalidad.	Diseño e implementación de programas de formación y capacitación 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 formación y capacitación en salud intercultural /N° total de profesionales en ciclo de destinación del Servicio de Salud)*100	60%	Informe Servicio de Salud (Informe de corte al 30 de agosto)	SERVICIO DE SALUD	x	

4 0	PROMOCION	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Aumentar información sobre población inscrita perteneciente a pueblos indígenas a través de la aplicación de la pregunta por pertenencia según ley 19.253.	Diseño e implementación de estrategias locales para incentivar el registro de la variable de pertenencia a pueblo indígena en Sistema de Información en Salud (Decreto N° 231/2023)	Aumento del registro de la variable de pertenencia a pueblos originarios en los sistemas de información en salud	(N° de Establecimiento o de Salud que aumentan la identificación de personas o beneficiarios pertenecientes a pueblos indígenas/N° Total de Establecimiento o de Salud con Programa Pueblos Indígenas) *100	50%	Reporte de la Unidad o Depto de Estadística de los Servicio de Salud	COMUNAL (comunas que ejecuta el Programa Pueblos Indígenas)	x	
4 1	PROMOCION	Transversalizar el enfoque intercultural en los Programas de Salud	Planificar acciones de salud intercultural en programas de salud regulares	Gestión y articulación de acciones de salud intercultural según 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	En a lo menos 1 programas de salud	Protocolos de atención de salud con enfoque intercultural	SERVICIO DE SALUD	x	
4 2	PROMOCION	Promover la participación de pueblos indígenas en el diseño de modelos de salud intercultural	Participar en el desarrollo de modelos de salud intercultural en coordinación las instancias de participación	Formulación, ejecución, monitoreo de los modelos de salud intercultural en conjunto con representantes de pueblos indígenas.	Porcentaje de Establecimientos de Salud que formulan y evalúan los modelos de salud intercultural en conjunto con representantes	(N° de Establecimientos de Salud con programa PESPI formulan y evalúan los modelos de salud intercultural en conjunto	80%	Reporte REM de la Unidad o Depto de Estadística de los Servicio de Salud	SERVICIO DE SALUD	x	

					de pueblos indígenas	con representantes de pueblos indígenas /N° total de Establecimientos de Salud)*100						
4 4	PREVENCIÓN	Contribuir a mejorar la calidad, oportunidad y acceso a la atención en salud de los pueblos indígenas, considerando su cosmovisión y sus sistemas de sanación.	Diseñar y validar un modelo de salud intercultural que garantice y asegure una atención de salud con pertinencia cultural, considerando su realidad territorial, comunitaria y perfil epidemiológico local.	Elaboración de pauta de evaluación de los siguientes aspectos; modelo de atención en salud con pertinencia cultural; esquema de gestión técnico y administrativo, instancias de participación territorial y protocolos de atención disponibles en establecimientos de salud, entre otros.	Porcentaje de establecimientos de salud que implementan modelo de atención con pertinencia cultural	(N° 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/N° total de Establecimientos de Salud) *100	línea base	Informe Servicio de Salud	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	x		

**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	Indicador Esencial	Indicador Recomendado
4 5	PREVENCIÓN /TRATAMIENTO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Educación y entrenamiento para prevención de lesiones por presión. Tratamiento de lesiones por presión. Abordaje en red para la prevención y manejo de lesiones por presión	Pocentaje de Población bajo control del PADDs que no presentan lesiones por presión (LPP)	(Nº de personas sin LPP del PADDs /Nº de población bajo control en el PADDs)*100	92% y más de la población bajo control en el PADDs no presentan LPP	REM	Centro de Salud/comunal	X	
4 6	TRATAMIENTO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Atención nutricional en Domicilio a usuarios con Dependencia severa y con indicación de NED.	Pocentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de Nutrición Enteral Domiciliaria (NED) reciben atención Nutricional en Domicilio	(Nº de personas del PADDs que reciben atención nutricional en domicilio/Nº de personas bajo control en PADDs con indicación de NED)*100	El 100% de las Personas Dependientes Severas con indicación de NED, reciben atención Nutricional en domicilio.	REM	Centro de Salud/comunal	X	

4 7	TRATAMIENTO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Evaluación del nivel de sobrecarga de cuidadores para el diseño y ejecución de Plan de Cuidados al Cuidador.	Porcentaje de Cuidadores del PADDs que mantienen evaluación de sobrecarga vigente	(N° de cuidadores del PADDs con valoración de sobrecarga vigente/N° de cuidadores del PADDs)*100	Al menos el 80% de los cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria mantienen vigente la valoración de sobrecarga	REM	Centro de Salud/comunal	X	
4 8	TRATAMIENTO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Capacitación de cuidadores(as) para el cuidado de la persona con dependencia severa, para su propio autocuidado y para prevención y abordaje del síndrome de sobrecarga del cuidador/a.	Porcentaje de cuidadores(as) del PADDs capacitados	(N° de Cuidadores(as) del PADDs capacitados/ N° Total de cuidadores del PADDs) *100	90% de los cuidadores del PADDs son capacitados.	REM	Centro de Salud/comunal	X	
4 9	TRATAMIENTO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Visita Domiciliaria Integral de Ingreso a PADDs : Evaluación integral y planificación del cuidado centrado en la persona con dependencia severa	Porcentaje de personas con dependencia ingresadas al PADDs que cuentan con Plan de Cuidado Elaborado	(N° de personas con dependencia severa con planes de cuidado elaborado ingresadas al PADDs/N° de personas con dependencia severa ingresadas al PADDs)*100	100% de las personas con dependencia severa ingresadas al PADDs cuentan con Plan de Cuidado Elaborado	REM	Centro de Salud/comunal	x	

50	TRATAMIENTO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Visita Domiciliaria Integral de Ingreso a PADDs: Evaluación integral y planificación del cuidado centrado en la persona cuidadora.	Porcentaje de cuidadores ingresados al PADDs que cuentan con Plan de Cuidado Elaborado	(N° de cuidadores de personas no institucionalizadas (ELEAM) con Planes de Cuidado Elaborado/N° de personas con dependencia ingresadas al PADDs)*100	100% de los cuidadores ingresados al PADDs de personas no institucionalizadas (ELEAM) cuentan con Plan de Cuidado Elaborado	REM	Centro de Salud/comunal	x	
51	TRATAMIENTO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Visita Domiciliaria Integral para continuidad del cuidado.	Pocentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que reciben la segunda visita domiciliaria integral	(N° de Segundas Visitas Domiciliares Integrales/ N° de personas con dependencia severa bajo control en PADDs)*100	100% de las personas bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa reciben la segunda visita domiciliaria integral anual.	REM	Centro de Salud/comunal	x	

5 2	PREVENCIÓN	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Evaluación de cuidadores de personas con dependencia severa con examen de medicina preventiva	Porcentaje de cuidadores (as) del PADDs con examen de medicina preventiva vigente	(N° de cuidadores del PADDs con examen de medicina preventivo vigente/N° de cuidadores bajo control en PADDs)*100	80% de cuidadores del PADDs cuentan con examen de medicina preventivo.	REM	Centro de Salud/comunal	x	
5 3	TRATAMIENTO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Visitas con fines de Tratamiento y Seguimiento a personas con dependencia severa	Promedio de Visitas de Tratamiento y Seguimiento a personas con dependencia severa del PADDs	(N° de Visitas de Tratamiento y Seguimiento/ N° de personas con dependencia severa bajo control en PADDs)*100	Contar con un promedio de al menos 8 visitas de tratamiento y seguimiento a personas con dependencia severa bajo control en PADDs.	REM	Centro de Salud/comunal	x	
5 4	OTRO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Registro de personas con dependencia severa y cuidadores en Registro de Cuidadores y Personas con Dependencia (RCD) del Ministerio de Desarrollo Social	Porcentaje de personas con dependencia severa y cuidadores bajo control en PADDs ingresados a RCD	(N° de personas con dependencia severa y cuidadores bajo control en PADDs registrados en RCD/N° de	100% de las personas con dependencia severa y cuidadores bajo	RCD y REM	Centro de Salud/comunal	x	

						personas con dependencia severa y cuidadores bajo control en PADDs)*100	control en PADDs se encuentran registrados en RCD				
5	PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO,	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Diseño y ejecución de Plan de Implementación de Ley de Atención Preferente en el Servicio de Salud	Porcentaje de Servicios de Salud que cuentan con Plan de Implementación de Ley de Atención Preferente	(N° de Servicios de Salud con Plan de Implementación de Ley de Atención Preferente/N° de Servicios de Salud)*100	100%	Informe Servicio de Salud	Servicio de Salud		X
6	PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO	Disminuir la Discapacidad Severa y la Dependencia	Fortalecer las acciones de cuidados para las personas con discapacidad y dependencia	Diseño e implementación de protocolos de atención preferente en los centros de atención primaria	Porcentaje de centros de APS con protocolo de atención preferente	(N° de establecimientos de APS que cuentan con protocolo de atención preferente/N° total de establecimientos de APS)*100	100%	Informe Servicio de Salud	Establecimiento de APS	X	

PROGRAMA DE REHABILITACION INTEGRAL (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	Indicador Esencial	Indicador Recomendado
48	PREVENCIÓN	Disminuir la prevalencia de dependencia severa en la población en todo el curso de vida	Mejorar el funcionamiento de las personas ingresadas a las estrategias de rehabilitación en APS	Conjunto de acciones terapéuticas y de coordinación en el territorio que faciliten la inclusión social de las personas atendidas.	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	30% de las personas ingresadas al programa recuperan su participación en comunidad	REM A28, secciones A.1 y A,10	ESTABLECIMIENTO	x	
49			Abordar déficit, deficiencias y restricciones de participación basado en el modelo de la Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud , OMS.	Diseñar el proceso de atención de las personas que ingresan a rehabilitación en APS elaborado Plan de Tratamiento Integral, el cual corresponde al plan de trabajo consensuado entre el equipo tratante, las personas y sus familias. Debe contener objetivos claros y alcanzables, tener principio y fin, pudiendo modificarse ante reevaluaciones del equipo.	Porcentaje de personas ingresadas que cuenta con Plan de Tratamiento Integral consensuado e informado.	Nº de personas ingresadas que cuenta con PTI/ Total de personas ingresadas *100	75% de las personas ingresadas a rehabilitación cuenta con PTI consensuado e informado	REM A 28 sección A.1	ESTABLECIMIENTO	x	

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

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN	Indicador Esencial	Indicador Recomendado
50	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevivencia 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 técnicos capacitados en la estrategia	(N° de personas Certificadas en la capacitación HEARTS /N° 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	x	

INDICADORES DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL MATERNO INFANTIL

N°	Nivel	Objetivo de impacto estrategia	Objetivo	Actividad	Nombre indicador	Indicador	Meta	Fuente	NIVEL DE APLICACIÓN	Indicador Esencial	Indicador Recomendado
51	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	N° total de mujeres atendidas por causa de parto y aborto que fueron estudiadas para sífilis durante el embarazo/ N° total de mujeres atendidas por causa de parto y aborto*100	95%	Informe al Minsal Registro Local. REM	ESTABLECIMIENTO ATENCIÓN PRIMARIA Y Terciaria	x	
52	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	N° total de mujeres que son testeadas para VIH en semana 32-34/ N° total de mujeres atendidas por causa de parto*100	95%	Informe al Minsal Registro Local	ESTABLECIMIENTO ATENCIÓN PRIMARIA Y Terciaria	x	

5 3	PREVENCIÓN	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 (informado) durante el control prenatal/ N° total de mujeres que ingresa a control prenatal*100	95%	REM A11 sección G/REM A05 sección A	ESTABLECIMIENTO ATENCIÓN PRIMARIA	x	
5 4	PREVENCIÓN	Reducir la transmisión de la Enfermedad de Chagas	Reducir la transmisión maternoinfantil de Chagas	Diagnóstico de Enfermedad de Chagas en mujeres de edad fértil	Cobertura en el diagnóstico de enfermedad de Chagas en mujeres en edad fértil durante control preconcepcional	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	Línea base	REM A11 sección G/registro local	ESTABLECIMIENTO ATENCIÓN PRIMARIA		x
5 5	PREVENCIÓN	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	Confirmación diagnóstico de enfermedad de Chagas en mujeres durante control prenatal	N° de mujeres en control prenatal confirmadas con enfermedad de Chagas/N° total de mujeres en Estudiadas para enfermedad de Chagas en control prenatal	Línea base	REM A11 sección G	ESTABLECIMIENTO ATENCIÓN PRIMARIA	x	

5 6	PREVENCIÓN	Reducir la transmisión de la Enfermedad de Chagas	Reducir la transmisión de Chagas	Estudios de contacto familiar frente a un caso índice confirmado	N° de contactos familiares estudiados frente a un caso índice confirmado	N° total de casos contactos familiares estudiados para ECh/ N° total de casos contactos familiares declarados	90%	REM A11 sección K/ registro local	ESTABLECIMIENTO ATENCIÓN PRIMARIA		x
5 7	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	95%	Informe al Minsal Registro Local	ESTABLECIMIENTO ATENCIÓN PRIMARIA.	x	
5 8	PREVENCIÓN	Reducir la transmisión maternoinfantil de la hepatitis B	Reducir la transmisión maternoinfantil de la hepatitis B	Tamizaje para hepatitis B durante el embarazo	Cobertura de tamizaje de hepatitis B en el embarazo	N° total de mujeres atendidas por causa de parto y aborto que fueron estudiadas para hepatitis B durante el embarazo/ N° total de mujeres atendidas por causa de parto y aborto*100	95%	REGISTRO LOCAL	ESTABLECIMIENTO ATENCIÓN PRIMARIA		x

PROGRAMA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA

59	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Realización de Ecografía Obstétrica a gestantes en el Primer trimestre S gestación	Porcentaje de gestantes con Ecografía Obstétrica del Primer Trimestre	(Nº de gestantes con Ecografía Obstétrica del primer, trimestre / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal menor a 14 semanas)* 100	90%	REM BM18 - SECCIÓN A/REM A01 SECCIÓN A	ESTABLECIMIENTO APS	X	
60	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Realización de Ecografía Obstétrica a gestantes en el segundo trimestre de gestación	Porcentaje de gestantes con Ecografía Obstétrica del Segundo trimestre	(Nº de gestantes con Ecografía Obstétrica del segundo, trimestre / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal)* 100	90%	REM BM18 - SECCIÓN A/REM A01 SECCIÓN A	ESTABLECIMIENTO APS	X	

6 1	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Realización de Ecografía Obstétrica a gestantes en el Tercer trimestre de gestación	Porcentaje de gestantes con Ecografía Obstétrica del Tercer Trimestre	(Nº de gestantes con Ecografía Obstétrica del tercer trimestre / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal)* 100	90%	REM BM18 - SECCIÓN A/REM A01 SECCIÓN A	ESTABLECIMIENTO APS	X	
6 2	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2º control prenatal.	Porcentaje de gestantes que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal	(Nº de gestantes que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal / Nº total de ingresos de mujeres a control prenatal)* 100	100%	REM A03/REM A05	ESTABLECIMIENTO APS	X	
6 3	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Ingreso a Regulación de Fertilidad de mujer que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas	Porcentaje de mujeres que ingresan a regulación de fertilidad que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas derivadas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología	(Nº de mujeres que ingresan a control de regulación de fertilidad postaborto u otras pérdidas reproductivas/Nº total de mujeres post aborto u otras pérdidas reproductivas referidas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología) *100	90%	REM A05 y registro local	ESTABLECIMIENTO APS		x

64	PREVENCIÓN	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Proveer de atención multidisciplinaria y servicios accesibles y de calidad con foco adolescentes jóvenes, personas mayores y diversidades sexuales.	Control de regulación de fertilidad	Variación de población migrante bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población migrante bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población migrante bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población migrante bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	Aumentar o mantener lo alcanzado el año anterior	REM P1	ESTABLECIMIENTO APS	x	
65	PREVENCIÓN	Disminuir la incidencia de VIH/SIDA en Chile en la población entre 15 a 49 años	Aumentar el acceso a servicios de testeo a toda la población	Realizar examen de VIH en hombres de 20-49 años que atendidos por morbilidad	Porcentaje de toma examen de VIH (todas las técnicas) en hombres de 20-49 años consultantes de morbilidad	Nº total de examen de VIH (todas las técnicas) realizados en hombres de 20-49 años consultantes por morbilidad/Nº total de consultas de morbilidad realizados en hombres de 20-49 años *100	Aumentar o mantener lo alcanzado el año anterior	REGISTRO LOCAL	ESTABLECIMIENTO APS		x

66	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de violencias que afectan a las personas, familias y comunidades de manera diferenciada, según su género, curso de vida, etnia, nacionalidad, entre otras.	Mejorar el abordaje integral de la violencia desde la promoción, prevención e intervención en el sector salud.	Ingreso de gestantes víctimas de violencia de género al programa de salud mental detectadas en el EPsA	Porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género ingresadas al programa de salud mental	(N° de gestantes víctimas de violencia de género que ingresan al programa de salud mental/ N° de gestantes con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA)	Aumentar el porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género detectadas en el EPsA ingresadas al programa de salud mental en relación al año anterior.	REM A05 sección N7/REM A05 sección A	ESTABLECIMIENTO APS	x	
----	-------------	---	--	--	--	---	---	--------------------------------------	---------------------	---	--

BRECHAS DE HORAS DE ATENCION

ESTAMENTO	DISPONIBILIDAD 2025		HORAS REQUERIDAS			BRECHA HORAS DISPONIBLES/ HORAS REQUERIDAS
			ACTIVIDAD DIRECTA	ACTIVIDAD INDIRECTA	TOTAL HORAS PROGRAMADAS	
	HRS. DIARIAS	HRS. ANUALES	HRS. ANUALES	HRS. ANUALES	HRS. ANUALES	
MÉDICO APS	44,6	10.257	8.995	1.874	10.869	-612
ENFERMERA(O)	33,2	7.730	5.070	2.559	7.629	101
MATRÓN(A)	22,7	5.169	5.781	114	5.895	-726
NUTRICIONISTA	8,3	1.868	808	357	1.165	702
ODONTÓLOGO(A)	31,0	6.920	8.796	3.689	12.485	-5.565
PSICÓLOGO(A)	22,7	5.304	4.546	864	5.410	-106
ASISTENTE SOCIAL	8,3	1.909	2.635	468	3.103	-1.194
KINESIÓLOGO(A)	45,9	10.972	6.567	3.977	10.543	429
TERAPEUTA OCUPACIONAL	0,0	0	642	0	642	-642
EDUCADORA (PROF. MADIS)	0,0	0	0	0	0	0
FONOAUDIÓLOGO/A	0,0	0	991	0	991	-991
QUÍMICO FARMACÉUTICO	8,3	1.859	0	194	194	1.666
TECNÓLOGO MÉDICO	0,0	0	0	0	0	0
TÉCNICO ENFERMERÍA (TENS)	0	0	0	0	0	0
TOTAL		51.987	44.831	14.095	58.926	-6.939

DISPONIBILIDAD 2025	Las columnas Hrs. diarias y Hrs. anuales se obtienen automáticamente con la información ingresada en las pestañas Horas Indirectas de cada estamento.
HORAS REQUERIDAS	<p>Atención Directa: Se traspasa automáticamente el total "Horas Diarias Directas" de la hoja "PROGRAMACIÓN 2025" por instrumento. Las horas anuales se calculan automáticamente.</p> <p>Atención Indirecta: Se traspasa automáticamente el total "Horas Diarias Indirectas" de las Hojas "HRS INDIRECTAS" por instrumento. Las horas anuales se calculan automáticamente.</p> <p>El total de "Horas Requeridas" se obtiene automáticamente, así como también la Brecha.</p>
HORAS INDIRECTAS	Un contrato de 44 horas semanales es igual a 8.8 horas diarias de trabajo. La planilla de Hrs.Indirectas resta automáticamente el tiempo de colación.

CATASTRO PROYECTOS DE INVERSION 2024.

Se mencionan a continuación los Proyectos de Inversión de la Comuna de Curarrehue año 2024. Última información obtenida, se trabajó con la Unidad de Proyectos del SSAS

1. Reposición CGR Curarrehue y adecuación a CESFAM

Se informa a funcionarios de la Municipalidad de Curarrehue que actualmente el proyecto se encuentra en gestiones para realizar Trato Directo por adecuación al Diseño.

2. Reposición PSR Maite

Profesional Secpla señala que se encuentran retomando el proyecto para dar respuesta a las observaciones de RATE FI de fecha 12/05/2022. En paralelo, se está gestionando la subdivisión del terreno y elaborando la carpeta para su ingreso al SAG.

La reposición se realizará en el mismo terreno donde funciona la posta actual, por lo que el Municipio deberá contemplar la elaboración de un plan de contingencia visado por este Servicio de Salud, según señalan los Requisitos de Información para la postulación de la iniciativa.

3. Reposición PSR Quiñenahuin

Debido a que terreno actual no da cabida al diseño prototipo de Posta, el Municipio se encuentra en gestiones para la adquisición de un nuevo terreno ubicado en el mismo sector de Quiñenahuín a unos 400 metros de distancia de la posta actual. La infraestructura actual se destinará en comodato a organizaciones del sector.

4. Reposición PSR Reigolil

El proyecto se encuentra pausado por conflicto con comunidades del sector. En gestiones para esclarecer propiedad del terreno para la reposición. En caso de no resolver lo anterior mencionado y debido al estado actual de la infraestructura, se estima postular a conservación.

5. Reposición PSR Catripulli

El Municipio envió oficio a DA-MOP para que se constituyan como Unidad Técnica para el proyecto en junio del año 2024. A la fecha sin respuesta.

6. Construcción PSR Flor del Valle

Mediante Ord. C44 N°2326 de fecha 20/08/2024 la Subsecretaría de Redes Asistenciales otorgó validación de PMA a PSR Flor del Valle.

El terreno propuesto para la construcción se encuentra en trámite para la subdivisión de éste.

7. Reposición de ambulancia CESFAM Curarrehue

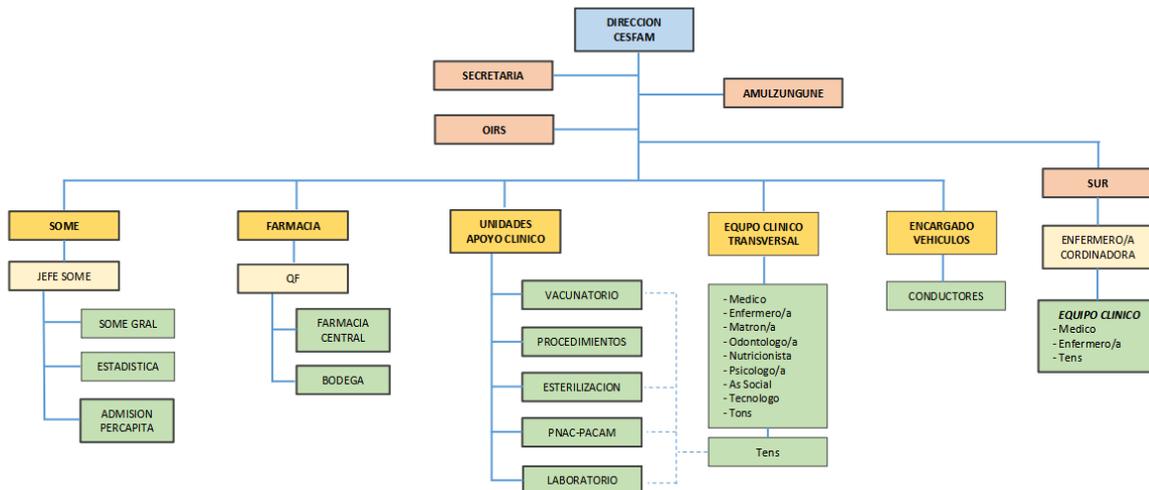
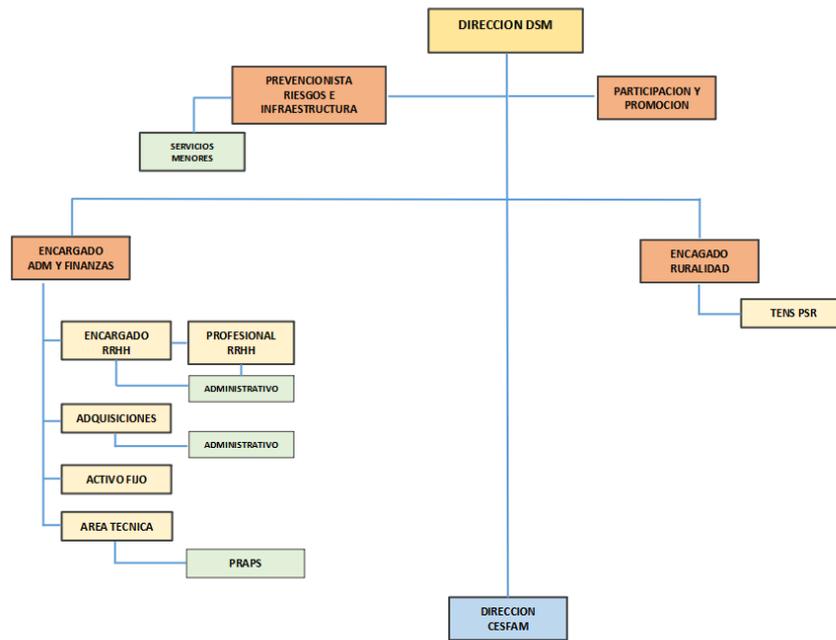
Se remitió este Proyecto al GORE, ingresando digitalmente la carpeta de postulación con oficio respectivo. Se está a la espera de observaciones.

8. - Proyecto Adquisición Camioneta de Epeukura

Se encuentra en etapa final para presentación al GORE.

9. -Construcción Planta de Tratamiento aguas servidas (todas las Postas) para Mejorar temas sanitarios. Fondos FNDR.

VI ORGANIGRAMA DEL DESAM CURARREHUE



Se presenta nuestro Organigrama Local, el cual puede quedar estructurado en su mayor proporción el primer semestre 2025. Siendo un Departamento pequeño, con recursos acotados, hemos estado gradualmente completando nuestra oferta de RRHH. existiendo brechas para 2025, que debieran integrarse en la Dotación como por ejemplo: Jefatura Técnica.

Tenemos un CESFAM y 6 Postas de Salud Rural, más 1 Estación Médico Rural que funciona como Posta, en estricto rigor con TENS jornada completa de 44 hrs. por tratarse del Centro de Salud más alejado de la cabecera comunal, y, donde se está trabajando en un Proyecto de Creación de nueva POSTA de Salud Rural.

Respecto de Prestadores Privados, éstos sólo se vinculan a los Convenios Extrapresupuestarios o PRAPS, de los que, se licitan en algunos casos, como sería Resolutividad e IMagenología, y Profesionales externos prestan servicios en el CESFAM, a través de Prestaciones tipo Operativos muy específicos como: oftalmología, Otorrino, Ecos Mamarias.

Así mismo licitaciones de PMI o AGL, que involucran convenios para edificaciones, mejoras, etc. también puede considerarse como prestadores privados.

Respecto de Prestadores Comunitarios o intersectoriales, no tenemos.

Asiste a través de un Convenio de Colaboración con el Hospital de Villarrica, la asistencia de un rehabilitador Oral, quien atiende 22 hrs. en la Posta de Salud de Catripulli, asistiendo Usuarios de toda la comuna.

- Para el Programa de Salud Mental, asiste 1 vez al mes el apoyo de Psiquiatra a Consultoría al CESFAM. Para adulto 2 veces al mes e Infantil 1 vez al mes.
- Asiste Profesional Pediatra, Bimensual para la atención de Niños y niñas desde el Hospital de Villarrica
- Asiste Especialista Neuróloga bimensual

Se presenta además Organigrama de la Municipalidad con su respectivo decreto aprobatorio

VII. PROPUESTA PROYECTO DE PRESUPUESTO 2024

Se adjunta Proyecto de Presupuesto año 2025, Departamento de Salud Curarrehue, aprobado mediante decreto N° 124 de fecha 20-12-2024.-

Los ingresos reflejados en esta herramienta de Planificación, provienen de 2 fuentes de financiamiento:

- ✓ Servicio de salud con un percápita mensual, y Programas de apoyo a los Programas clínicos (conocidos comunmente como Programas Extrapresupuestarios)
- ✓ Traspasos Municipales con un total de 400 millones los que serán utilizados en su mayoría, para el pago de parte de la deuda histórica previsional que tiene este Departamento. (300 millones). El diferencial se divide en compromisos con el personal y traspaso legal de Servicio de Bienestar.

El Departamento de Salud cubre sus gastos de funcionamiento con recursos percápita

El 90% de los recursos provenientes del percápita, son utilizados para el pago de remuneraciones.

Por otro lado, y de acuerdo a la Ley 19.378, se cancela Art, 27 por Responsabilidad de Programas de acuerdo a la siguiente tabla.

RESPONSABILIDAD	PORCENTAJE	MOTIVO DE LA ASIGNACIÓN
Dirección del CESFAM de Curarrehue	30%	Por cumplir la Función de Director/a del CESFAM de Curarrehue.
Jefa de Programa Nacional de la Mujer	10%	Directrices técnicas y organización para el cumplimiento del índice de Actividad de la Atención Primaria y de Metas Sanitarias consideradas en la Ley N° 19.378.
Jefe de Laboratorio	10%	Directrices técnicas y organización para el cumplimiento del índice de Actividad de la Atención Primaria y de

		Metas Sanitarias consideradas en la Ley N° 19.378.
Jefa de Programa Cardiovascular	10%	Directrices técnicas y organización para el cumplimiento del índice de Actividad de la Atención Primaria y de Metas Sanitarias consideradas en la Ley N° 19.378.
Jefa del Programa Nacional de Alimentación PNAC PACAM	10%	Programación y distribución de Alimentación complementaria a grupos objetivos según lineamientos ministeriales contribuyendo a la promoción de estilos de vida saludable para el logro del óptimo estado nutricional de la población.
Jefa de Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)	10%	Directrices técnicas y organización para el cumplimiento del índice de Actividad de la Atención Primaria y de Metas Sanitarias consideradas en la Ley N° 19.378.

Cabe hacer presente que en este Departamento se cancela Asignación transitoria contenida en el Art 45 de la ley 19.378, dada las condiciones y características de la Comuna, que amerita reforzar para asegurar oferta laboral que permita la continuidad de los cuidados de la Poblacion Usuaría

N° Funcionarios	CATEGORIA	Valor Asignación (\$) X 1	Valor Mensual multiplicado por Funcionarios	Valor Anual (\$)
1 3	C (TENS Postas Rurales)	\$95.000	\$4.450.000	\$53.400.000
3	A (Médico CESFAM)	\$800.000	\$2.400.000	\$28.800.000
1	B (Dirección DSM)	\$100.000	\$100.000	\$1.200.000
2	C (TENS Farmacia)	\$50.000	\$100.000	\$1.200.000
1	A (Dentista)	\$100.000	\$100.000	\$1.200.000
1 2	C (TENS Urgencia)	\$130.000	\$1.560.000	\$18.720.000
1	B (Nutricionista Promoción)	\$120.000	\$120.000	\$1.440.000
1	B (Enfermera Coord. Rural)	\$130.000	\$130.000	\$1.560.000
1 1	F (Conductores)	\$130.000	\$1.430.000	\$17.160.000
1	B (Unidad Administración y Finanzas)	\$200.000	\$200.000	\$2.400.000
1	E (Unidad Adquisiciones)	\$150.000	\$150.000	\$1.800.000
2	B (Unidad Personal)	\$200.000	\$400.000	\$4.800.000
1	A (Químico Farmacéutico)	\$500.000	\$500.000	\$6.000.000
1	B (Prevencionista de Riesgos)	\$200.000	\$200.000	\$2.400.000
1	E (Unidad de Activo Fijo)	\$150.000	\$150.000	\$1.800.000
TO TAL		\$3.055.000	\$11.990.000	\$143.880.000

VIII. DOTACION DSM Curarrehue

Se adjunta Resolución N° 26186 de fecha 04-11-2024, que Aprueba la Propuesta Dotación de Atención Primaria Municipal año 2025, Municipalidad de Curarrehue, con su respectivo decreto aprobatorio N° 2564 de fecha 08-11-2024.-

Se conformó mesa de Trabajo con representantes de Asociaciones Gremiales ATRASAM y AFUSAM, Dirección, Unidad de Personal y Finanzas, representantes del equipo técnico y Dirección

Finalmente se presenta propuesta al Alcalde y al Concejo Municipal.

DOTACIÓN DE RECURSO HUMANO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD AÑO 2025

ANEXO N° 1: PERCÁPITA			
TIPO DE DESCRIPCION	CANTIDAD	HORAS SEMANALES	OBSERVACIONES (indicar incorporación y rebaja de cargos)
CATEGORIA			
Director Depto. de Salud	1	4 4	Se mantiene
CATEGORIA A o B			
Jefe o Asesor Técnico	1	2 2	Se mantiene
Abogado	0	0	
Profesional Gestión de Convenio	0	0	
Prevencionista de Riesgos	1	4 4	Se mantiene
Profesional TIC	0	0	
Encargo de Infraestructura y Mantenimiento	0	0	
Profesional de Comunicaciones	0	0	
Jefe de Finanzas	1	4 4	Se mantiene

Jefe de Recursos Humanos	1	4 4	Se mantiene
Jefe de Abastecimiento	0	0	
Psicólogo Laboral	0	0	
Encargado de Calidad Comunal	0	0	
CATEGORIA A o B			
Director de Consultorio	1	4 4	Se mantiene
Subdirector Técnico o Administrativo	0	0	
Jefe de SOME	1	4 4	Se mantiene
Profesional Estadístico	0	0	
Encargado de Calidad	1	2 2	Se mantiene
Encargado de Promoción/Participación	1	4 4	Se mantiene
Encargado de SIGGES y Lista de Espera	0	0	
Encargado de OIRS	0	0	
Profesional o Técnico TIC	0	0	
CATEGORIA A			
Médico	3	1 3 2	Se mantiene
Odontólogo	3	1 3 2	Se mantiene
Químico Farmacéutico	1	4 4	Se mantiene
CATEGORIA B			
Asistente Social/Trabajadora Social	3	1 3 2	Se mantiene
Enfermera	7	3 0 8	Se mantiene
Matrona	3	1 3 2	Se mantiene
Nutricionista	3	1 3 2	Se mantiene
Kinesiólogo	4	1 7 6	Se incorpora 22 horas
Tecnólogo Médico	1	4 4	Se mantiene
Psicólogo	3	1	Se

		3 2	mantiene
Parvularia	0	0	
Educador(a) Diferencial	1	4 4	Se incopora
Profesora de Educación Física	1	2 2	Se mantiene
Terapeuta Ocupacional	0	0	
Fonoaudiólogo	0	0	
CATEGORIA B Otros Profesionales			
Contador Auditor	1	4 4	Se mantiene
Ingeniero Comercial	0	0	
Ingeniero Constructor, Constructor Civil o Arquitecto	0	0	
Ingeniero Administrativo	1	4 4	Se mantiene
Ingeniero en Informática	1	1 1	Se mantiene
CATEGORIA C:			
Técnicos de Nivel Superior en Administración de Salud	7	3 0 8	Se aumenta 88 horas
Técnico de Nivel Superior en Contabilidad	0	0	
Técnico de Nivel Superior en Estadística	0	0	
Técnico de Nivel Superior Higienista Dental	0	0	
Técnico de Nivel Superior Laboratorista Dental	0	0	
Técnico de Nivel Superior en Podología	1	4 4	Se mantiene
Técnico de Nivel Superior en Secretariado Ejecutivo	0	0	
Técnico de Nivel Superior en Enfermería	4 1	1 8 0 4	Se rebaja 440 horas
Técnico de Nivel Superior en Servicio Social	0	0	
Técnico de Nivel Superior en Odontología	6	2 6 4	Se mantiene
Técnico de Nivel Superior en Farmacia	1	4 4	Se mantiene
CATEGORIA D:			

Auxiliares Paramédicos de Alimentación	0	0	
Auxiliares Paramédicos de Enfermería	0	0	
Auxiliares Paramédicos de Farmacia	0	0	
Auxiliares Paramédicos de Laboratorio	0	0	
Auxiliares Paramédicos de Dental	0	0	
CATEGORIA E:			
Administrativos	1 0	3 9 6	Aumenta 44 horas
Secretaria	1	4 4	Se mantiene
CATEGORIA F			
Auxiliar de Servicio	6	2 6 4	Se mantiene
Chofer	1 1	4 8 4	Se mantiene
Nochero	1	4 4	Se mantiene
Calderero	1	4 4	Se mantiene
Bodeguero	1	2 2	Se incorpora 22 horas
Guardia Seguridad	1	4 4	Se mantiene
TOTAL	1 3 3	5. 6 8 7	
TOTAL, DE CARGOS DE LA DOTACIÓN PERCAPITADA AÑO 2025	TOTAL, DE HORAS SEMANALES DE LA DOTACIÓN AÑO 2025		
132	5687		

DOTACIÓN DE RECURSO HUMANO PRAPS AÑO 2025

ANEXO N° 2: PRAPS			
Coordinador CECOSF	0	0	
CATEGORIA A			
Médico	3	1 3 2	Se rebaja 44 horas
Odontólogo	4	1 7 6	Se mantiene
Quimico Farmaceutico	1	4 4	Se mantiene
CATEGORIA B			
Asistente Social	0	0	Se rebaja 44 horas
Enfermera	3	1 3 2	Se rebajan 88 horas
Matrona	1	4 4	Se mantiene
Nutricionista	2	8 8	Se mantiene
Kinesiólogo	3	1 3 2	Se mantiene
Tecnólogo Médico	0	0	
Psicólogo	3	1 3 2	Se mantiene
Educadora de parvulo	1	4 4	Se mantiene
Terapeuta Ocupacional	1	4 4	Se incorpora
Fonoaudiólogo	1	4 4	Se incorpora
Profesora de Educación Física	1	2 2	Se mantiene
CATEGORIA C: (Técnicos de Nivel Superior)			
Técnico de Nivel Superior en Enfermería	1 2	5 2 8	Se rebaja 88 horas
Técnico de Nivel Superior en Odontología	4	1 7 6	Se mantiene
CATEGORIA D:			

Auxiliares Paramédicos de Enfermería			
CATEGORIA F			
Auxiliar de Servicio			
Conductor	1	4 4	Se mantiene
CATEGORIA E:			
Administrativo	2	8 8	Se rebajan 44 horas
Asesor Cultural Mapuche	1	4 4	Se mantiene
TOTAL	4 4	1. 9 1 4	

TOTAL, DE CARGOS DE LA DOTACIÓN PRAPS AÑO 2025	TOTAL, DE HORAS SEMANALES DE LA DOTACIÓN AÑO 2025
44	1914

Auto cuidado de los Equipos de Salud.

El Depto. de Salud de la comuna de Curarrehue incluye dentro del Plan de Salud fomentar estrategias tendientes a mejorar el clima laboral de los Equipos de Salud, en concordancia con los principios insertos en el Modelo de Salud Familiar. Dentro de este ámbito se realizan anualmente celebraciones institucionales, actividades de recreación, participación en capacitaciones y programas preventivos:

1. Celebración del “Día Nacional de la Atención Primaria de Salud Municipal” y “Actividades Aniversario”, que contempla:

- ✓ Actividades locales.
- ✓ Actividad de reconocimiento a funcionarios acogidos a retiro voluntario, cumplimiento de 30 años de servicio y a aquellos elegidos como mejores compañeros.

2. Celebración del “Día de los respectivos estamentos” que conforman el Equipo de Salud, a los cuales se les otorga autorización para participar en actividades de camaradería de carácter comunal.

3. Actividad Anual de Esparcimiento fuera del lugar de trabajo, resguardando la atención de usuarios y organizado por el personal.
4. Actividades de “Pausas Saludables” durante la jornada laboral.
5. Capacitación Anual de Auto cuidado.
6. Conformación de Comité de Auto cuidado y/o Comité de Aplicación
7. Plan Preventivo Laboral a cargo de Comité Paritario.

En esta misma temática, se han establecido mecanismos de comunicación permanente y formal entre la Dirección de Dpto. de Salud y los representantes gremiales, de estamentos profesionales, u otros, con el fin de atender sus requerimientos, dar respuesta a sus planteamientos y favorecer la participación de todos los funcionarios.

IX INDICADORES DE SALUD LABORAL 2024

Se anexa Informe Aplicación Encuesta CEAL.

Durante el año 2024, el Comité de Aplicación del DSM, aplicó la Encuesta CEAL, para detectar el estado de Riesgo del Centro de Trabajo, tendiente a reducir los factores de Riesgo que permitan disminuir la incidencia de enfermedades mentales y profesionales y mejorar el desempeño de la Organización.

Esta aplicación tuvo una tasa de participación del 63% del Universo Total. Resultando un Riesgo Medio.

X.- PROGRAMA SALUDABLEMENTE

Se adjunta Plan de trabajo Programa saludablemente año 2025

En el Departamento coordina este Programa la Prevencionista de Riesgos, y además, es parte integrante del Comité de Aplicación y Comité Paritario.

Este Programa ha ido sumándose a la oferta hacia el Usuario Interno y ha permitido tener un conocimiento de las agresiones de parte del Usuario externo. Lo que ha permitido llevar un acompañamiento y un registro minucioso de estos hechos. Así mismo, el Departamento postuló a un AGL durante el año 2024, tendiente a fortalecer los ámbitos de desenvolvimiento del Trabajador, en temas tales como: cámaras de seguridad, botones de pánico, mejoramiento de los accesos, iluminación, cierre perimetral, entre otros.



XI. CARTERA DE SERVICIOS

I. SALUD DE NIÑOS Y NIÑAS

- Control de salud del niño sano.
- Evaluación del desarrollo psicomotor.
- Control de malnutrición.
- Control de lactancia materna.
- Educación a grupos de riesgo.
- Consulta nutricional.
- Consulta de morbilidad.
- Control de enfermedades crónicas.
- Consulta por déficit del desarrollo psicomotor.
- Consulta kinésica.
- Consulta y consejería de salud mental.
- Vacunación.
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
- Atención a domicilio.
- Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales.
- Examen de salud odontológico. Educación grupal odontológica.
- Consulta Odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario, sellantes).
- Consulta tratamiento odontológico (incluye: obturaciones, pulpotomías).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia).
- Radiografías odontológicas.

II. SALUD DE ADOLESCENTES

- Control de salud.
- Consulta morbilidad.
- Control crónico.
- Control prenatal Control de puerperio.
- Control de regulación de fecundidad.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Control ginecológico preventivo.
- Educación grupal. Consulta morbilidad obstétrica.
- Consulta morbilidad ginecológica.
- Intervención Psicosocial. Consulta y/o consejería en salud mental.
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
- Atención a domicilio.
- Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales. Examen de salud odontológico.
- Educación grupal odontológica.
- Consulta Odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario, sellantes).
- Consulta tratamiento odontológico (incluye: obturaciones, detartraje).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase).

- Radiografías odontológicas.

III. SALUD DE LA MUJER

- Control prenatal.
- Control de puerperio.
- Control de regulación de fecundidad.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio en mujeres de 45 a 64 años.
- Educación grupal.
- Consulta morbilidad obstétrica.
- Consulta morbilidad ginecológica.
- Consulta nutricional.
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
- Atención integral a mujeres mayores de 15 años que sufren violencia intrafamiliar.
- Examen de salud odontológico en gestante.
- Educación grupal odontológica en gestante.
- Consulta Odontológica preventiva gestante (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario).
- Consulta tratamiento odontológico gestante (incluye: obturaciones, detartraje).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase).
- Radiografías odontológicas. En proceso de implementación

IV. SALUD DE ADULTOS Y ADULTAS

- Consulta de morbilidad.
- Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto de 20 años y más.
- Consulta nutricional.
- Control de salud.
- Intervención psicosocial.
- Consulta y/o consejería de salud mental.
- Educación grupal.
- Atención a domicilio.
- Atención de podología a pacientes con diabetes mellitus.
- Curación de pie diabético.
- Intervención grupal de actividad física.
- Consulta kinésica.
- Consulta Odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario).
- Consulta morbilidad odontológica (incluye: examen de salud odontológico, obturaciones, detartraje y pulido coronario).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase).

- Radiografías odontológicas. En proceso de implementación

V. SALUD DE ADULTOS Y ADULTAS MAYORES

- Consulta de morbilidad.
- Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de control de enfermedades respiratorias del adulto mayor de 65 años y más.
- Consulta nutricional.
- Control de salud.
- Intervención psicosocial.
- Consulta de salud mental.
- Educación grupal.
- Consulta kinésica.
- Vacunación anti influenza.
- Atención a domicilio.
- Programa de alimentación complementaria del adulto mayor.
- Atención podología a pacientes con diabetes mellitus.
- Curación de pie diabético.
- Consulta Odontológica preventiva (incluye: educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario).
- Consulta morbilidad odontológica (incluye: examen de salud odontológico, obturaciones, detartraje y pulido coronario).
- Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia, endodoncia primera fase).
- Radiografías odontológicas. En proceso de implementación

VI. ACTIVIDADES CON GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD ASOCIADAS A PROGRAMAS

- Diagnóstico y tratamiento de hipertensión arterial primaria o esencial: consultas de morbilidad y controles de crónicos para personas de 15 años y más, en programas de adolescente, adulto y adulto mayor.
- Diagnóstico y tratamiento de Diabetes Mellitus tipo 2: consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño, adolescente, adulto y adulto mayor, considerando tratamiento farmacológico.
- Acceso a evaluación y alta odontológica integral a niños y niñas de 6 años: prestaciones del Programa odontológico.
- Acceso a tratamiento de epilepsia no refractaria para los beneficiarios desde un año a menores de 15 años: Consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y adolescente.
- Acceso a tratamiento de IRA baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años: consultas de morbilidad y kinésica en programa del niño.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más: consultas de morbilidad y kinésica en programa del adulto mayor.

- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la depresión de manejo ambulatorio en personas de 15 años y más: consulta de salud mental, consejería de salud mental, intervención psicosocial y tratamiento farmacológico.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: consultas de morbilidad y controles de crónicos; espirometría, atención kinésica en personas de 40 y más años.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en menores de 15 años:
- consultas de morbilidad y controles de crónicos en programas del niño y del adolescente; espirometría y atención kinésica en programa del niño y del adolescente.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento del asma bronquial moderada en personas de 15 y más años: consultas de morbilidad, controles de crónicos, espirometría y atención kinésica en programas del adulto y adulto mayor.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de presbicia en personas de 65 y más años: consultas de morbilidad, controles de salud y control de crónicos en programa del adulto mayor.
- Acceso a tratamiento médico en personas de 55 años y más, con artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada.
- Acceso a diagnóstico y tratamiento de la urgencia odontológica ambulatoria.
- Acceso a tratamiento de hipotiroidismo en personas de 15 años y más.
- Tratamiento de erradicación de helicobacterpílori.
- Acceso a Tratamiento Salud Oral integral de la embarazada.

VII. ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS

- Educación grupal ambiental.
- Consejería familiar.
- Consejerías individual.
- Visita domiciliaria integral.
- Consulta social.
- Tratamiento y curaciones.
- Extensión horaria. Intervención familiar psicosocial.
- Diagnóstico y control de la tuberculosis.

Exámenes de laboratorio básico conforme el siguiente detalle:

Exámenes
HEMATOLOGÍA
HEMATOCRITO
HEMOGRAMA
RECUENTO DE LEUCOCITOS
RECUENTO DE PLAQUETAS
TIEMPO DE PROTROMBINA
VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN
BIOQUÍMICA
A) SANGRE
ÁCIDO ÚRICO
BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA
PERFIL LIPÍDICO (INCLUYE COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL, VLDL Y TRIGLICERIDOS)
ELECTROLITOS PLASMÁTICOS (SODIO, POTASIO, CLORO) C/U

CREATININA (1 VEZ AL AÑO)
DEPURACIÓN DE CREATININA
FOSFATASAS ALCALINAS
GLUCOSA
GLUCOSA POST- CARGA
HEMOGLOBINA GLICOSILADA
PROTEÍNAS TOTALES
TRANSAMINASAS OXALOACETICA/PIRUVICA (GOT/AST y GPT/ALH)
TSH- T4 LIBRE -T4
UREA
DETERMINACIÓN DE NIVELES PLASMÁTICOS DE DROGAS Y/O MEDICAMENTOS
B) ORINA
CREATINURIA
DETECCIÓN DE EMBARAZO
ORINA COMPLETA / SEDIMENTO URINARIO/ ALBUMINA
MICROALBUMINURIA CUANTITATIVA
C) DEPOSICIONES
LEUCOCITOS FECALES
SANGRE EN DEPOSICIONES
INMUNOLOGÍA
FACTOR REUMATOIDEO
MICROBIOLOGÍA
A) BACTERIOLOGÍA
ANTIBIOGRAMA CORRIENTE
BACIOSCOPIA ZIEHL NIELSEN (TOMA DE MUESTRA)
EXÁMEN DIRECTO AL FRESCO
GONOCOCO, MUESTRA, SIEMBRA, DERIVACIÓN
RPR O DERIVAR PARA VDRL
UROCULTIVO, RECUENTO DE COLONIAS, ANTIBIOGRAMA
B) PARASITOLOGÍA
COPROPARASITOLÓGICO SERIADO
EX. DIRECTO AL FRESCO C/S TINCIÓN
EXAMEN DE GRAHAM
EXAMEN GUSANOS, MACROSCÓPICO
TRICOMONA VAGINALIS (EX DIRECTO)
VIRUS HEPATITIS C, ANTICUERPOS DE (ANTI HCV)
EXÁMENES ESPECÍFICOS PARA ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIA (NO CONSIDERADOS EN CUADRO ANTERIOR)
PERFIL BIOQUÍMICO (DETERMINACIÓN AUTOMATIZADA DE 12 PARÁMETROS)
PERFIL HEPÁTICO (INCLUYE TIEMPO DE PROTROMBINA, BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA, FOSFATASAS ALCALINAS TOTALES, GGT, TRANSAMINASAS GOT/AST Y GPT/ALT)
VRDL
HIV
PERFIL BIOQUÍMICO (DETERMINACIÓN AUTOMATIZADA DE 12 PARÁMETROS)
PERFIL HEPÁTICO (INCLUYE TIEMPO DE PROTROMBINA, BILIRRUBINA TOTAL Y CONJUGADA, FOSFATASAS ALCALINAS TOTALES, GGT, TRANSAMINASAS GOT/AST Y GPT/ALT)
VITAMINA B12 POR INMUNOENSAYO
ELECTROCARDIOGRAMA

ANALISIS DE LA CARTERA DE SERVICIOS

RESUMEN DE LA PROGRAMACION OPERATIVA POR ESTAMENTO PARA EL AÑO 2025

XII. PLAN DE CAPACITACIÓN.

Se adjunta en planilla excel con el Programa Anual de Capacitación 2025, personal Estatuto de Atención Primaria, Ley 19.378, Serviciod e salud Araucania Sur, Comuna de Curarrehue.

La propuesta de Capacitación año 2025, se trabajó con el Comité de Capacitación y los funcionarios en reuniones mensuales y técnicas, segun las orientaciones técnicas y metodologicas, dando énfasis en calidad e Interculturalidad .

Se presenta al Alaclde y al Concejo, como estrategia de Buenas Practicas.

XIII. PLAN DE TRABAJO SALUD COMUNITARIA

Se anexa Plan de Trabajo Salud Comunitaria.

XIV EQUIPO GESTOR DE PLANIFICACION COMUNAL EN SALUD

Se anexa decreto 102 d efeccha 27-01-2025 que nobra integrantes Equipo gestor de Planificacion en salud.

XV.- CALIDAD

Se adjunta Política de Calidad, objetivos, Misión y Visión