I. MUNICIPALIDAD DE
QUINTERO

DECRETO ALCALDICIO N° 003998

QUINTERO, 29 NOV. 2022

V I S T O S :

1. *El Plan de Salud Comunal realizado por el Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Quintero para el año 2022;*

2. *La Sesión Ordinaria N° 50 del Concejo Municipal de fecha 23 de noviembre del 2022 que aprueba el Plan de Salud Comunal para el año 2023;*

3. *Las atribuciones que me confiere la Ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades.*

DECRETO

APRUEBESE, *en su totalidad, El Plan de Salud Comunal para la Comuna de Quintero 2023 documento el cual consta de 151 páginas entre las cuales se detalla: Diagnostico de la Situación Comunal, Plan de Cuidados de Salud de la Población y Plan de Capacitación.*

Anótese, comuníquese, cúmplase y archívese

I. MUNICIPALIDAD DE QUINTERO
SECRETARIO MUNICIPAL

YESMINA GUERRA SANTIBAÑEZ
SECRETARIO MUNICIPAL

I. MUNICIPALIDAD DE QUINTERO
ALCALDE

MAURICIO CARRASCO PARDO
ALCALDE

Distribución:

1. *Contraloría Regional*
2. *Alcaldía.*
3. *Administrador Municipal.*
4. *Secretaría Municipal.*
5. *Personal*
6. *Dirección Administración y Finanzas*
7. *Control.*
8. *Departamento de Salud.*
9. *Interesado*

MCP/YGS/AGC/agc.-

PLAN SALUD COMUNAL QUINTERO







I. MUNICIPALIDAD DE
QUINTERO
DEPARTAMENTO DE SALUD

2023

NOVIEMBRE 2022

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I.- Antecedentes Generales.

II.- Introducción

- Historia de Quintero
- Departamento de Salud de Atención Primaria Municipal

III.-Diagnóstico de la Situación Comunal

1. **Caracterización Poblacional**
   1.1. Tamaño Poblacional
   1.2. Distribución por Sexo y estructura por grupos etarios
2. **Factores Condicionantes y Determinantes Sociales**
   2.1. Geográficos
   2.2. Medio Ambientales
   2.3. Acceso y Comunicación
   2.4. Étnicos
   2.5. Culturales
   2.6. Socioeconómicos
   2.7. Educacionales
   2.8. Vivienda
   2.9. Servicios Básicos y Saneamiento
   2.10. Seguridad Social
   2.11. Desarrollo Comunitario
   2.12. Sector Salud
      2.12.1. Organización de la Red Asistencial
      2.12.2. Flujos de Derivación
      2.12.3. Recursos Materiales
      2.12.4. Recursos Financieros
      2.12.5. Recursos Humanos
3. **Daño en Salud**
   3.1. Tasas de Mortalidad
      3.1.1. Mortalidad General
      3.1.2. Mortalidad Infantil
      3.1.3. Mortalidad de la Niñez y Adolescencia
      3.1.4. Mortalidad del Adulto
      3.1.5. Mortalidad del Adulto Mayor
      3.1.6. Mortalidad por Causas

3.2. Esperanza de Vida al nacer
3.3. Años de vida ajustados por Discapacidad (AVISA)
3.4. Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)
3.5. Indicadores de Prestación de Salud
3.6. Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)
3.7. Consultas Médicas
3.8. Exámenes de Salud
3.9. Pensiones de Invalidez
3.10. Indicadores comunales del SARS-COV 2
3.11. Emergencia Medioambiental
3.12. Consejo Local de Salud
3.13. Problemas de Salud Percibidos por la Población.
3.14. Problemas de Salud Prioritarios

IV.- Plan de Cuidados de Salud de la Población

V.- Plan de Capacitación

VI.- Referencias Bibliográficas

I.- ANTECEDENTES GENERALES.

I. MUNICIPALIDAD DE
QUINTERO

Alcalde	**Mauricio Carrasco Pardo**
Dirección	Avenida Normandie 1916
Teléfono	32 – 2379600
Web	www.muniquintero.cl
Mail	contacto@muniquintero.cl

Concejo Municipal
Tamara Tello Gallo
Mario González Ahumada
José Varas Zúñiga
Antonio Aguayo Suárez
Rolando Silva Fuentes
Alejandro Sepúlveda Santander

II.- INTRODUCCIÓN

- **HISTORIA DE QUINTERO**

La bahía de Quintero, fue descubierta a fines de 1536 por el capitán español don Alonso de Quintero, quien al mando de la nave Santiaguillo acompañaba con hierro, telas y otros materiales a las huestes del descubridor don Diego de Almagro. Alonso de Quintero recala en esta bahía a mediados de 1536, en busca del Adelantado y al ver tan hermoso lugar le coloca su nombre, y así lo establece en la carta de navegación que dibuja.

Cerca de Quintero, en el área de Chilicauquén, pasaba el Camino del Inca, obra de la ciencia de ingeniería indígena, que nacía en la ciudad del Cuzco, en Perú para llegar a la zona central de Chile.

Esta bahía no vuelve a ser visitada hasta 1587, año en que llega el corsario inglés Thomas Cavendish, este se abastece de agua, leña y algunos alimentos, pero su tranquilidad se rompe cuando soldados enviados desde Santiago por el corregidor Alonso Campofrío de Carvajal que, al tomar conocimiento de la llegada de los extranjeros, los envía a desalojar, produciéndose la primera batalla de este tipo en tierra chilena.

Los ingleses son vencidos, algunos de ellos mueren y otros son tomados prisioneros y llevados a Santiago, los más logran huir y refugiarse en el roquerío frente a Loncura, desde donde son rescatados por las embarcaciones inglesas.

En 1601, estos terrenos fueron entregados en Encomienda al soldado español de noble linaje Simón Diez de Hidalgo, natural de Toledo, y que se había destacado en la guerra de Arauco. Este desarrolla la agricultura, especialmente la plantación de vides. Vive en el sector hasta 1624, fecha en que enferma y muere en Quillota. En 1615 recala en la bahía otro corsario, esta vez es el marino alemán Joris Spilpergen, al mando de una flota de seis buques.

Los primeros en habitar Quintero como puerto de mar fueron los jesuitas, quienes lo empezaron a utilizar como tal para sacar por este punto la producción de sus haciendas que iban desde Viña del Mar hasta sus tierras de Ocoa.

En 1822, llega a Quintero el ilustre vicealmirante Tomás Alejandro Cochrane, Conde Dundonald, quien había adquirido una hacienda al sudeste de la península que cierra por el sur de la bahía de Quintero. Se construye una casa de dos pisos en la ladera oriente del Cerro Centinela, trae nuevas semillas para la actividad agrícola, abre los potreros a los pescadores. En esa época recibe a su amiga la escritora Mary Graham en su casa, y ella vive el terremoto de 1822, el que describe en su libro Diario de Mi Residencia en Chile. También describe las bellezas de Quintero, en especial su avifauna.

El 24 de noviembre de 1865, el Presidente José Joaquín Pérez dicta un Decreto Ley que dice " Créase el Puerto Mayor de Quintero, en la bahía que lleva su nombre".

En 1870 el intendente de Valparaíso, admirador de Lord Cochrane impulsa la idea de convertir este lugar en Población Cochrane, pero la idea no prospera.

En 1891, en la extensa playa de la herradura de Quintero las tropas Congresistas contrarias a Balmaceda al mando del capitán de navío Jorge Montt, desembarcan en plena guerra civil para dirigirse a Concón y Placilla, lugares en que se desarrollan dos cruentas batallas.

Antes en 1871, Luis Cousiño Squella motivado por Benjamín Vicuña Mackenna había comprado la península y amplias franjas de terreno de su zona rural. La familia Cousiño inicia la formación de Quintero como ciudad, y mediante decreto 4.004 el Presidente Barros Luco aprueba el 7 de septiembre de 1912 el plano de la población de Quintero " que forma parte de los planos presentados por don Alberto Cousiño, concesionario del ferrocarril de San Pedro a Quintero".

Creación de la comuna y su municipalidad:

El 22 de diciembre de 1891, nace la Ilustre Municipalidad de Quintero, cuando mediante el Decreto 2297 del Ministerio del Interior, el Presidente Montt crea las 195 Comunas Autónomas con sus propias Municipalidades, el número 55 de ese decreto es Quintero.

Tiene en sus inicios el territorio de tres subdelegaciones 17 Quintero, 18 Puchuncaví y 19 Boco.
En 1921 se establece la Armada, y en 1930 en su lugar se instala la Fuerza Aérea de Chile.

- **DEPARTAMENTO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPAL**

En abril del año 2010 se formó el Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Quintero, el cual contempló la implementación de un centro de salud en Loncura. La Posta Rural de Salud inaugurada un día martes 25 de octubre 2011, el costo aproximado de la obra fue de aproximadamente 220 millones de pesos.

El Departamento de Salud con la Posta de Salud Rural son una entidad joven, con proyecciones humanitarias, enfocadas al trato eficiente, eficaz y con calidez hacia la población, lo cual ha significado la migración continua de usuarios desde otras dependencias de salud.

Visión: Ser un establecimiento de atención primaria de salud incorporado a un sistema y con alianzas de trabajo con su comunidad y el sector para potenciar el auto cuidado y así contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas, la familia, la comunidad y su entorno.

Misión: Equipo de salud que otorga atención de salud a su población beneficiaria con un modelo de enfoque familiar continuo y articulado a una red asistencial, a través de acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de las personas y de su entorno natural, con el fin de contribuir a mejorar su calidad de vida.

Objetivo: La Posta de Salud Rural de Loncura tiene como objetivo aportar en la mantención de la salud de la población, desarrollando principalmente acciones preventivas, promocionales con enfoque familiar y comunitario, en coordinación con la red asistencial mejorando el acceso, oportunidad y resolución de los problemas de salud de su comunidad.

III.- DIAGNÓSTICO DE LA SITUACIÓN COMUNAL

1.- CARACTERIZACION POBLACIONAL

1.1 Tamaño Poblacional

La comuna de Quintero según la Proyección Poblacional tendrá un crecimiento mayor en 6 puntos porcentuales al crecimiento poblacional a nivel regional.

Tabla nº 1: Censo 2017 y Proyección 2023.

Unidad Territorial	Censo 2017	Proyección 2023	Variación (%)
Comuna Quintero	31.923	38.040	16
Región Valparaíso	1.815.902	.2.010.849	10
País	17.574.004	19.960.889	12

Fuente: Censos de Población y Vivienda, Proyecciones de Población 2002-2035, INE.

1.2 Distribución por Sexo y Estructura por Grupos Etarios.

En la distribución de la población según las proyecciones poblacionales INE, se aprecia que en la comuna de Quintero existe un predominio de la población femenina. Por otra parte, el rango etario (grupo de edad) que prevalece es entre los 45 a 64 años.

Tabla nº 2: Población por sexo e índice de Masculinidad.

Unidad Territorial	Censo 2017		Proyección 2023		Índice masculinidad (IM)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Censo 2017	Proyección 2023
Comuna Quintero	15.834	16.089	18.796	19.244	98.4	97.6
Región Valparaíso	880.215	935.687	983.195	1.027.654	94.1	95.6
País	8.601.989	8.972.014	9.848.466	10.112.423	96	97

Fuente: Censos de Población y Vivienda, Proyecciones de Población, INE.

Tabla nº 3: Población por grupos de Edad.

Grupo Edad	Población x grupo (nº)		Distribución de la población entre grupos etarios (%) Proyección 2023		
	Censo 2017	Proyección 2023	Comuna	Región	País
0 a 14	6.624	7.321	19	18	19
15 a 29	6.964	7.446	19	21	21
30 a 44	6.177	7.933	21	21	23
45 a 64	7.900	9.365	25	24	24
65 o más	4.258	5.975	16	16	13
Total	31.923	38.040	100	100	100

Fuente: Censos de Población y Vivienda, Proyecciones de Población, INE. (Indicadores 2021. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile)

Tabla nº 4: Índice de Dependencia Demográfica (IDD) e Índice de Adultos Mayores (IAM)

El primero es un índice que recoge datos sobre la población activa y la población dependiente. El segundo, expresa la relación entre la cantidad de personas adultas **mayores** y la cantidad de niños y jóvenes.

Unidad Territorial	Índice de Dependencia Demográfica		Índice de Adultos Mayores	
	Censo 2017	Proyección 2021	Censo 2017	Proyección 2021
Comuna Quintero	51,72	52,47	64,28	74,59
Región Valparaíso	48,52	49,81	71,39	82,75
País	45,88	46,05	56,85	65,64

Fuente: Censos de Población y Vivienda, Proyecciones de Población, INE. (Indicadores 2021. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile)

2.- FACTORES CONDICIONANTES Y DETERMINANTES SOCIALES

2.1 GEOGRÁFICOS.

La comuna de Quintero se encuentra localizada en la V Región, específicamente en el litoral norte de la Provincia de Valparaíso. Se ubica a 50 kilómetros de Valparaíso y a 41 kilómetros Viña del Mar. Se accede a través de las Rutas F-30 E, F-210. Dista a 170 Kilómetros de Santiago, a través de las Rutas 5, F-20, E- 30 F y F- 210. De Mendoza (República Argentina) dista a 484 Kilómetros y se accede a través de las Rutas 60, 5, F - 30 E y 210. Asimismo, dista a 141 Kilómetros, de Los Andes, a 45 Kilómetros de Quillota y a 22 Kilómetros de Concón.

Sus Límites corresponden a: al norte, con la comuna de Puchuncaví, al Este con la comuna de Quillota, al sur con la comuna de Concón de la cual la separa el río Aconcagua y al Oeste limita con el Océano Pacífico.

Se extiende sobre una planicie litoral entre la Cordillera de la Costa y el mar, cuenta con una superficie de 174 kilómetros cuadrados, lo que representa el 1,43 % de la superficie regional.

2.2 MEDIO AMBIENTALES

Principales Unidades Geomorfológicas

En términos geomorfológicos, se extiende sobre una planicie litoral entre la Cordillera de la Costa y el océano Pacífico, la cual constituye una formación rocosa denominada Horcón, que sustenta formaciones dunarias.

En general, el relieve es llano, con escasas pendientes; en la zona litoral se presentan dos accidentes geográficos determinantes para la habitabilidad y el desarrollo económico de la comuna: una península y una bahía; hacia el oriente de la comuna, existen zonas de relleno fluvial relacionadas con la cuenca del río Aconcagua.

La comuna de Quintero posee dos de las seis cuencas de mayor extensión de la V región, lo que implica que, en sus zonas rurales, haya un gran potencial agrícola, considerando los rellenos acuíferos respectivos.

Clima

Climáticamente, se encuentra en la zona mediterránea, asociada a biomas subtropicales por sus condiciones climáticas y geográficas, especialmente al bosque esclerófilo. Posee una temperatura media de 14,8°C, con precipitaciones medias de 300 mm/año. Su tipo climático según clasificación Köppen-Geiger, corresponde al Csb oceánico mediterráneo (verano suave), caracterizado por temperaturas templadas cálidas con lluvias invernales, estación seca prolongada y gran nubosidad. La evaporación máxima absoluta de 14.000 ml/m2 y su mínima absoluta de 100 ml/m2. Los vientos Suroeste son los predominantes, con una velocidad media de 26 km/h (Rojas, 2008).

Humedales

Quintero sorprende con verdaderos oasis llenos de vida silvestre y de exuberante vegetación. Humedales que muestran un rostro prácticamente desconocido de la comuna, ubicados en distintos lugares de la comuna, El Bato, Loncura, Ritoque y Mantagua

En el Bato, dentro de la planta de lubricantes Copec. Ubicada en el camino costero de Loncura, se encuentra un pequeño humedal en donde se pueden avistar aves tales como el famoso siete colores que viven en la mayoría de los humedales del sector. Patos silvestres, águilas, entre otras aves. La flora del lugar, compuesta

por nalcas o pangue, colas de zorro, familias de hongos, canelos, palqui, y enormes árboles que rodean el lugar brindando protección al humedal.

El humedal bosque de Petras, declarado santuario de la naturaleza, por estar bajo la protección de la fuerza aérea, tiene una superficie que abarca aproximadamente 42 hectáreas de terreno, de los cuales 5,6 Hc. lo constituye un área boscosa de petras, canelos y peumos, entre otros árboles nativos. Hay también pajonales y lagunas, en que habitan unas 60 especies de aves. Rodeando el pajonal, se extiende un conchal, evidencia de los antiguos habitantes de la zona; en él se encuentran restos de moluscos y bivalvos, fragmentos cerámicos, ceniza y piedras de antiguos fogones.

La actual permanencia del bosque se debe al afloramiento de aguas subterráneas que otorgan la humedad suficiente a las especies que lo componen, propia de latitudes más sureñas, lo que avala la hipótesis de un clima más húmedo para la zona en tiempos geológicos recientes. El afloramiento de la napa freática, permite apreciar una transición de la vegetación, lo que permite observar variedades, típicas de zonas más húmedas, como la nalca, junto a la conocida totora y el trome, también se observa el contraste entre la pradera silvestre y el bosque.

El bosque se constituye en un refugio natural adecuado para la alimentación, descanso y reproducción de un número importante de especies nativas. (www.ualberta.ca)

El humedal de Ritoque, por la cercanía de este humedal con el bosque de petras, existe la posibilidad que compartan sus napas.

2.3 ACCESO Y COMUNICACIÓN

Acceso

Las principales vías de acceso a la comuna de Quintero corresponden a las siguientes: las rutas F-20 y F160, F-30-E, F-210 y F-212 ejes que unen los centros urbanos del borde costero de la bahía con centros urbanos de mayor jerarquía como Viña del Mar, Concón, etc.

La ruta F-30-E se enlaza con la ruta F-210 que conecta la localidad de Loncura y la ciudad de Quintero. La ruta F-30-E sigue hacia el norte, conectando los balnearios de Maitencillo, Zapallar y Cachagua.

Complementariamente a lo anterior, los medios de transporte, en la ciudad de Quintero, permiten el traslado tanto a centros urbanos intermedios como Concón y Puchuncaví, como a centros urbanos regionales y metropolitanos, como Valparaíso y Santiago. No obstante, la cantidad de líneas para estos traslados se limitan a las siguientes: Costa Azul y Sol del Pacífico para las rutas Quintero – Concón – Viña del Mar –

Valparaíso (F-210 y E-30-E, Ruta 60); y Pulman Bus, Palmira, Golondrina y Cóndor Bus, para la ruta Quintero – Santiago (F-210 y E-30-E, Ruta 60 y Ruta 68).

Por otra parte, el sector rural de Quintero no cuenta con medio de transporte hacia el interior de la zona, solo en la localidad de Loncura existe presencia de transporte público y taxis colectivos que circula constantemente, pero con una frecuencia irregular.

Comunicación

Los medios de comunicación televisivos presentes en la comuna corresponden a señales nacionales abiertas, televisión por cable y de tipo satelital. En cuanto a las radioemisoras, existen cuatro radios comunales (Radio Quintero 105.7 MHz FM - Radio Favorita 107.3 MHz FM, Radio Loncura 93.7 MHz FM, Radio Las Petras FM), sumado a aquellas radioemisoras que transmiten a nivel nacional y regional; misma situación acontece a nivel de prensa escrita, donde existen solo aquellos medios de circulación nacional y regional.

Los medios de mayor presencia en la zona se encuentran:

- Medios escritos: Diario "El Observador" y "El Contraplano".
- Radio emisoras: Radio Quintero, Radio Favorita, Radio Loncura, Radio Petras.
- Canales de televisión: "Canal de la Costa".
- Sitios web: http://www.muniquintero.cl/ (portal de noticias municipal).

2.4 ÉTNICOS

Tabla nº 5: Población según Etnia declarada, Comuna de Quintero, Región del Valparaíso 2017.

Pueblo Originario	Total 2002	% 2002	Total 2017	% 2017
Kawésqar/Alacalufe	1	0,0	3	0,01
Atacameño/LikanAntai	7	0,03	8	0,03
Aimara	21	0,1	86	0,28
Colla	0	0,0	19	0,06
Mapuche	266	1,26	1.926	6,27
Quechua	0	0,0	17	0,06
Rapa Nui	6	0,03	20	0,07
Yámana/Yagán	0	0,0	3	0,01
Diaguita	0	0,0	70	0,23
Otro pueblo	0	0,0	133	0,43
Total pueblos originarios	301	1,42	2.285	7,44
Total no p. originarios	20.873	98,58	28.431	92,56
Total población comuna	21.174	100,0	30.716	100,0

Fuente: Censos de Población y Vivienda, INE. (Indicadores 2017. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile)

2.5 CULTURALES

En el mes de Noviembre del 2013, en la comuna de Quintero se crea la Corporación Municipal de Cultura y Turismo, la cual se plantea desafíos en el área de Cultura y Patrimonio de la Municipalidad que están directamente relacionados con el rescate del "Patrimonio Cultural Quinterano", el conocer y reconocer su historia, mitología y su difusión para la comunidad, no sólo lograr que sea consciente de la misma, sino también esperar ser parte de un presente comunitario que reconozca y valore su propia tradición.

Una de las particularidades de Quintero, es que tiene mucha tradición a destacar, desde arquitectura patrimonial, patrimonio natural y ambiental e historia, todo este capital cultural es una fuente de vida y desarrollo de la comuna.

Otro aspecto importante es el relacionado con identidad histórica, a través de la difusión e incentivo a que los quinteranos y quinteranas conozcan su historia y sus patrimonios culturales a través del "Museo comunal", la "Casa Estación", la "Puntilla de San Fuentes" y la "Cueva del Pirata", los cuales cobijan parte importante de la historia de la comuna.

En la Comuna de Quintero existen dos Monumentos Nacionales declarados que se identifican a continuación:

- **Casa y Bodega ex Hacienda Santa Rosa de Colmo**, desde el año 1987
- **Santuario de la Naturaleza Bosques de Petras**, desde el año 1993

Dentro de las fiestas tradicionales de la comuna se encuentran:
"Cristo Sumergido Rey del Universo": celebración devota que la I. municipalidad de Quintero realiza en conjunto con la Parroquia Santa Filomena y que convoca a más de 20 bailes religiosos de todo el país.
La **"Fiesta de San Pedro"** festividad en que pescadores celebran a su santo patrono San Pedro con bailes religiosos
La **"Fiesta de la Primavera"** celebración que se reactiva desde el año 2015 ya que no se realizaba desde hace 40 años.

2.6 CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

De acuerdo a los Reportes Comunales de 2014, proporcionados por el Ministerio de Desarrollo Social, "se observa que en la comuna la población de 20 años de edad y más que está afiliada al seguro de cesantía (25,4%) supera levemente el porcentaje observado a nivel regional pero está bajo el valor alcanzado a nivel nacional (24,9% y 32, 9 % respectivamente) además en Quintero, una mayor proporción de los afiliados tienen contrato de plazo fijo, lo que implica que una menor proporción tiene contrato indefinido.

La alta tasa de trabajadores por cuenta propia, revela la precariedad laboral, y, por ende, bajos ingresos y ausencia de previsión social, frente a lo cual el municipio ha implementado de manera permanente programas de inserción laboral, a través de su Oficina de Intermediación Laboral.

Tipo	Porcentaje
Empleados/obreros asalariados	60,40%
Trabajadores por cuenta propia: carpinteros, albañiles, gasfitería, pescadores artesanales.	31,70%

Ocupación y Cesantía

Según Encuesta CASEN 2017, es posible determinar que la tasa de pobreza según ingresos, de la comuna de Quintero, es de 5.3 puntos porcentuales. La Tasa de pobreza multidimensional corresponde a un 26.91%, muy superior a las tasas a nivel regional y nacional.

Tabla N° 6: Tasas de Pobreza año 2017, por Ingresos y Multidimensional (%)

Unidad Territorial	Por Ingresos	Multidimensional
Comuna Quintero	5,29	26,91
Región Valparaíso	7,1	19,0
País	8,6	20,7

Encuesta CASEN 2017, MDS.

Tabla Nº 7: Ingreso promedio de los hogares. Comuna de Quintero, 2017

Territorio	Ingreso Autónomo	Subsidios Monetarios	Ingreso Monetario
Comunal	S/R	S/R	S/R
Nacional	915.484	31.113	946.597

Fuente: Encuesta CASEN, Ministerio de Desarrollo Social,2017. Reporte Estadístico Comunal. BCN Chile.

Tabla Nº 8: Trabajadores según rubro económico, años 2017, 2018, 2019, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso.

Rubro	Comuna			Región			País		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Agricultura, ganadería, silvicultura y pesca	1.094	447	384	80,270	71.659	75,255	1.078.083	982,870	1.009.864
Explotación de minas y canteras	0	7	10	3.422	2,960	3.143	101,188	111,249	109,357
Industria manufacturera	346	325	365	64.068	57.195	51,412	1.061.686	880,255	816,040

Suministro de electricidad, gas, vapor y aire acondicionado	4	1	4	3,021	2.405	2.572	52,531	29,971	28,351
Suministro de agua; evacuación de aguas residuales, gestión de desechos y descontaminación	14	20	39	4.593	6.774	7.412	33,055	59.413	50,802
Construcción	3,501	3,046	3200	92,736	84,711	89,353	1,387,683	1,283,446	1,301,678
Comercio al por mayor y al por menor; reparación de vehículos automotores y motocicletas	757	805	715	86,761	72,577	73,340	1,502,332	1,413,878	1,286,285
Transporte y almacenamiento	416	291	369	48.144	54.997	54.423	443,606	496,017	506.062
Actividades de alojamiento y de servicio de comidas	368	450	559	30,282	38.637	38,826	341,501	442,659	467,314
Información y comunicaciones	39	25	28	7.117	6.024	6.745	183,125	189,552	203,340
Actividades financieras y de seguros	7	5	5	6.340	5.670	4,997	280,282	249,885	249,863
Actividades inmobiliarias	124	114	50	13,692	7.792	6.654	109,553	83,739	73,778
Actividades profesionales, científicas y técnicas	55	188	305	30,446	20,520	21.602	410,885	424,920	427,340
Actividades de servicios administrativos y de apoyo	246	950	354	32,837	62,845	57,217	705,386	1.051.125	1,133,779

Administración pública y defensa; planes de seguridad social de afiliación obligatoria	878	968	1.007	45.598	55.305	55,376	422,982	538,945	590,156
Enseñanza	360	446	415	45,206	63,641	51,982	506.022	651,741	603,099
Actividades de atención de la salud humana y de asistencia social	40	48	46	27,048	30,332	39,940	271,505	327,314	341,612
Actividades artísticas, de entretenimiento y recreativas	50	65	48	7.200	5.442	5.676	50,462	61,512	55,381
Otras actividades de servicios	68	62	67	18.459	20,752	19,621	262,572	277,742	298,875
Sin información	4	2	2	814	1.324	1.850	4.391	7.520	10,214
Actividades de los hogares como empleadores; actividades no diferenciadas de los hogares	0	0	0	4	17	23	56	72	98
Actividades de organizaciones y órganos extraterritoriales	Sin dato	Sin dato	Sin dato	12	20	13	448	511	547

Fuente: Biblioteca de Congreso, Indicadores 2021 (Servicio de Impuestos Internos (SII)).

2.7 EDUCACIONALES

Tabla Nº 9: Años de Escolaridad Promedio. Comuna de Quintero, Región del Valparaíso 2017.

Territorio	Promedio Escolaridad
COMUNA	11.8
REGIÓN	11.4
PAÍS	11.2

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2017, Ministerio de Desarrollo Socia

Tabla Nº 10: Establecimientos educacionales por dependencia. Comuna de Quintero, Región del Valparaíso.

Dependencia Administrativa	Comuna		Región		País	
	2018	2020	2018	2020	2018	2020
Municipal	6	6	453	451	4.925	4.670
Particular Subvencionada	9	9	674	656	5.665	5.575
Particular Pagada	0	1	103	95	678	626
Corporación de Administración Delegada	0	0	6	6	70	70
Servicio Local de Educación	0	0	0	0	236	401
Total	15	16	1.236	1.208	11.574	11.342

Fuente: Reporte Comunal Biblioteca Congreso Nacional 2021.

Tabla N° 11: Resultados SIMCE Cuarto Básico 2016, 2017, 2018.Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

4to Básico	Comuna			Región			País		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Lectura	257	258	256	263	264	266	267	269	271
Matemática	253	259	254	259	258	255	262	261	260

http://reportescomunales.bcn.cl/

Tabla N° 12: Resultados SIMCE Sexto Básico 2015, 2016, 2018.Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

6to Básico	Comuna			Región			País		
	2015	2016	2018	2015	2016	2018	2015	2016	2018
Lectura	240	236	245	246	246	247	247	249	250
Matemática	249	236	244	252	249	247	252	252	251
Naturaleza	N/A	N/A	248	N/A	N/A	248	N/A	N/A	253
Sociedad	248	240	N/A	249	246	N/A	250	249	N/A

Fuente: Agencia de Calidad de la Educación, MINEDUC

Tabla N° 13: Resultados SIMCE Octavo Básico 2014, 2015, 2017.Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

8vo Básico	Comuna			Región			País		
	2014	2015	2017	2014	2015	2017	2014	2015	2017
Lectura	238	235	240	239	241	242	240	243	244
Matemática	255	249	259	259	261	258	261	263	260
Sociedad	248	N/A	N/A	260	N/A	N/A	261	N/A	N/A
Naturaleza	N/A	255	251	N/A	263	256	N/A	266	258

Fuente: Agencia de Calidad de la Educación, MINEDUC

Tabla N° 14: Resultados SIMCE Segundo Medio 2016, 2017, 2018. Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

2° Medio	Comuna			Región			País		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Lectura	235	254	244	248	252	250	247	252	249
Matemática	261	272	260	266	266	262	266	266	264
Sociedad	N/A	247	N/A	N/A	251	N/A	N/A	251	N/A
Naturaleza	230	N/A	237	241	N/A	243	242	N/A	243

Fuente: Agencia de Calidad de la Educación, MINEDUC

Tabla N°15: Porcentaje de puntajes PSU >= 450 es establecimientos, subvencionados y particulares años 2018-2019. Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

Dependencia del Establecimiento		
	2018	2019
Municipal	25.97	19.67
Particulares Subvencionados	65.38	68.18
Particulares Pagados	0.0	0.0

Fuente: SINIM datos desde DEMRE, U. de Chile

2.8 VIVIENDA

En el ámbito de la vivienda, según información proveniente de último Censo 2017, en la comuna la proporción de hogares cuyas viviendas están en condiciones de hacinamiento medio o crítico es menor que el porcentaje de hogares en esta misma situación que los datos a nivel país, pero mayor a nivel regional.

Tabla Nº 16: Calidad de la vivienda. Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2017.

	COMUNAL	NACIONAL
IM Aceptables	81%	83%
IM Recuperables	18%	15%
IM Irrecuperables	1%	2%

Fuente: Censo 2017. (IM: índice de materialidad)

2.9 SERVICIO BASICO Y SANEAMIENTO

De acuerdo a los datos recopilados es posible observar que la zona urbana de la comuna de Quintero cuenta con los servicios básicos de Agua Potable, Electricidad y Alcantarillado. La escasez de estos servicios se explica por la ausencia de ellos en la parte rural de la comuna, las localidades de Valle Alegre, Santa Julia, Mantagua, San Ramón, Santa Adela, El Mirador, Las Gaviotas y Santa Rosa de Colmo que cuentan con el servicio de agua potable rural.

En sector rural de Loncura desde marzo del 2021 se inauguró la nueva red de agua potable y alcantarillado que en su primera etapa beneficiara a más de 1.000 familias de la localidad. La nueva red de

alcantarillado permitirá brindar un servicio continuo para la recolección y tratamiento de las aguas servidas domiciliarias a una población estimada de más de 5.000 hogares.

Tabla N°17: Cobertura de Servicios básicos de la Comuna de Quintero.

Antecedentes de Infraestructura	
Cobertura de Agua potable (%)	**68,24%**

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

Tabla Nº 18: Población carente de servicios básicos y hogares hacinados (% totales, a Junio 2020)

Unidad Territorial	Personas en hogares carentes de servicios básicos	Hogares hacinados
Comunal	22,5	15,0
Regional	11.7	12.4
País	13,8	14,6

Fuente: SIIS – T MDS

2.10 SEGURIDAD SOCIAL

La información sobre denuncias por delitos de mayor connotación social (DMCS)(delitos en contra de la propiedad, además de homicidio, violación y lesiones) y denuncias de violencia intrafamiliar (VIF) se registran en forma separada y además las denuncias corresponden a reportes voluntarios de la población sobre hechos delictuales, por tanto las estadísticas de denuncia de delitos no contemplan la totalidad de los hechos delictuales registrados sino solamente aquellos que han sido denunciados.

En términos de evolución, en el país, desde el año 2017 al 2018 las DMCS disminuyen, pero el año 2019 aumentan en un pequeño porcentaje llegando a 2.431, lo que significa 2 denuncias por cada 100.000 habitantes; sin embargo, las denuncias de VIF entre el año 2018 y 2019 aumenta considerablemente a 524,7 denuncias por cada 100.000 habitantes y en el caso de Quintero este número llega a 888,3.

Desde ya hace algunos años, la comuna de Quintero ha implementado su oficina de seguridad ciudadana y consta de vehículos para el monitoreo constante de los distintos acontecimientos de la ciudad.

Tabla N° 19: Tasa de denuncias (c/100.000 hab.) de Delitos de Mayor Connotación Social (DMCS, Total)

Territorio	2017	2018	2019
Comuna de Quintero	4.265,9	3.872,2	3.577,8
Región de Valparaíso	2.620,7	2.458,3	2.405,0
País	2.483,7	2.397,8	2.431,2

Fuente: Subsecretaría Prevención del Delito, Min. Interior.

Tabla N° 20: Tasa de denuncias (c/100.000 hab.) de violencia intrafamiliar (VIF, Total)

Territorio	2017	2018	2019
Comuna de Quintero	642,6	655,9	888,3
Región de Valparaíso	470,7	450,7	482,4
País	502,8	484,1	524,7

Fuente: Subsecretaría de Prevención del Delito, Min. Interior

Tabla Nº 21: Numero Delitos por grupo Delictual, comuna de Quintero, año 2022

GRUPO DELICTUAL / DELITO	2020	2021	2022
Delitos de mayor connotacion social	**1097**	**836**	**734**
Abigeato	**0**	**1**	**1**
Abusos sexuales y otros delitos sexuales	**32**	**56**	**24**
Violencia intrafamiliar	**352**	**518**	**260**
Receptacion	**28**	**20**	**25**
Robo frustrado	**24**	**13**	**35**

Fuente: http://cead.spd.gov.cl

2.11 DESARROLLO COMUNITARIO

Tabla N° 22: Número de organizaciones Sociales y Comunitarias, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso. 2020

Tipo de Organización	Cantidad
Centros Culturales	29
Centros de Madres	5
Centros de Padres y Apoderados	6
Centros u Organizaciones del Adulto Mayor	31
Clubes Deportivos	40
Compañías de Bomberos	2
Juntas de Vecinos	30
Otras Organizaciones Comunitarias Funcionales	48
Uniones Comunales	4
Total Organizaciones Comunitarias	195

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

2.12 SECTOR SALUD

2.12.1 Organización de la Red Asistencial

La Red Asistencial de la comuna de Quintero está constituida por un Hospital de baja complejidad con un consultorio adosado, el cual es de administración del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, y una Posta de Salud Rural, la cual es el primer centro de Atención Primaria de Salud (APS) de administración municipal, y está ubicado en la Localidad de Loncura. Esta Micro-red está inserta en la Red Asistencial del Servicio de Salud de Viña del Mar-Quillota que es el quinto servicio más grande del país y está constituida por centros de distintos niveles de complejidad organizados en base a redes de referencia y contrarreferencia conformadas por Centros de Atención primaria de Salud, Hospitales Comunitarios, de Baja Complejidad y Hospitales Autogestionados en Red (hospitales de alta complejidad) insertos en las Áreas de Salud definidas administrativamente por el Servicio de Salud.

2.12.2 Flujo de Derivación

Las derivaciones de pacientes desde Hospital Adriana Cousiño, tanto atención abierta como cerrada, son al Hospital de mayor complejidad de la red asistencial que es el Hospital Dr. Gustavo Fricke, ubicado en Viña del Mar.

La Posta de Salud Rural de Loncura realiza sus derivaciones al nivel secundario y terciario de salud por medio de interconsultas otorgadas por los profesionales durante la atención al Hospital Dr. Gustavo Fricke, y sus derivaciones de urgencia al Hospital Adriana Cousiño.

Por otro lado, el Hospital deriva pacientes a una red asistencial extra servicio que comprende las derivaciones hacia y desde otros hospitales regionales y nacionales como, por ejemplo:

.-Hospital Van Buren, Valparaíso

.-Hospital Psiquiátrico Putaendo.

.-Hospital El Salvador, Valparaíso.

.-Vínculos con otras instituciones relacionadas, como el Instituto de Salud Pública e Instituto Médico Legal.

Además, existe una Red Privada a la cual se accede a las prestaciones de las instituciones privadas a través de las compras de servicios por licitación y, en el caso de la compra de camas, a través de la plataforma de la UGCC (Unidad de Gestión de Camas Críticas) del MINSAL.

Establecimiento
Hospital Naval "Almirante Neff"
Clínica Reñaca
Clínica Los Carrera
Clínica Niños y Cunas
Clínica Ciudad del Mar
Hospital Clínico Viña del Mar
Instituto de Seguridad del Trabajo IST Viña del Mar
Clínica Los Abetos
Serviclinica (ex Clínica Nueva Los Leones)
Clínica Miraflores
Hospital Valparaíso.
Hospital del Trabajador ACHS de Valparaíso

En relación a la Red Privada, la Posta de Salud de Loncura también accede a ella a través de compra de servicios por licitación, gracias a los convenios entre el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota y la I. Municipalidad de Quintero con lo cual se otorga a la comunidad mayor resolutividad, acceso y equidad para las prestaciones de oftalmología, otorrino y exámenes (Mamografías, radiografías, ecotomografías, endoscopias).

2.12.3 Recursos Materiales

En la comuna de Quintero existe un hospital de baja complejidad con un consultorio adosado y una Posta de Salud Rural de administración Municipal. En diciembre del año 2020 fue autorizada la construcción del primer CESFAM y a mediados del 2022 ya llevaba más del 50% de su construcción, atenderá a más de 20.000 personas. El proyecto contempla la ejecución de una obra de aproximadamente 2.474 m2, en dos niveles, y se encuentra emplazado en un terreno de 5.771 m2.

El Hospital Adriana Cousiño cuenta con **Servicios Clínicos** de medicina, urgencia, maternidad, pediatría y dental; un **Consultorio** que otorga prestaciones de Atención Primaria de Salud; **Unidades de Apoyo** como esterilización, lavandería, alimentación, laboratorio clínico, equipo de radiografía, farmacia, unidad de salud mental, pabellón de cirugía menor; **Servicios y Unidades Administrativas** como movilización, abastecimiento, contabilidad, informativa, archivo.

El Departamento de Salud Municipal tiene a su cargo la **Posta de Salud Rural de Loncura**, que tiene 12 años de funcionamiento otorgando las 103 prestaciones de **Atención Primaria de Salud**, cuenta con **Unidades de Apoyo** como Farmacia, compra de servicio de esterilización y exámenes, **Unidad de Servicio de Urgencia Rural** (SUR) con **Ambulancia** que se encuentra operativa y su funcionamiento es de 24 horas del día de lunes a domingo. También cuenta con vehículos para las visitas domiciliarias, tanto en el sector urbano como rural, de pacientes postrados y otras.

Desde diciembre del 2017 la comuna de Quintero cuenta con la primera "Botica Popular" y desde su inauguración hasta la noviembre del 2022 hay 3.295 personas inscritas que han sido beneficiados con este servicio municipal. Esta Farmacia está abierta a todos los sistemas de salud, lo cual más personas han podido a acceder a descuentos considerables de sus medicamentos. Para su inscripción y beneficios asociados, los usuarios deben ingresar una fotocopia de su carnet de identidad por ambos lados, certificado de residencia de Quintero y la receta médica por al menos 6 meses con sus dosis y nombre del medicamento.

Hasta noviembre del año 2022 se vendieron $114.404.384 millones de pesos en medicamentos lo cual supera considerablemente la venta realizada en el año anterior. Esto genero un ahorro estimado en la compra de tratamientos médicos de $266.943.563 millones de pesos, siendo alrededor de un 70% .

2.12.4 Recursos Financieros

Tabla N° 23: Principales Ingresos y Gastos de Salud Municipal, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso

PROYECTO PRESUPUESTO AREA "SALUD" AÑO 2023

INGRESOS

SUB TITULO	ITEM	ASIGNACION	SUB ASIGNACION	DENOMINACION	TOTAL (M$)
05				*TRANSFERENCIAS CORRIENTES*	***2.717.270***
05	**03**			**DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS**	**2.717.270**
05	03	006		Del Servicio de Salud	**2.480.270**
05	03	101		De la Municipalidad a Servicios Incorporados a su Gestión	**237.000**
08				*OTROS INGRESOS CORRIENTES*	***150.500***
08	**01**			**RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MEDICAS**	**50.500**

08	01	001		Reembolso Art. 4° Ley N ° 19.345 y Ley N°19.117 Articulo Unico	**500**
08	01	002		Recuperaciones Art. 12 Ley N° 18.196 y Ley N°19.117 Articulo Unico	**50.000**
08	**99**			**OTROS**	**100.000**
08	99	999		Otros	**100.000**
13				***CXC TRANSFERENCIAS PARA GASTOS DE CAPITAL***	***23.861***
13	**03**			**DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS**	**23.861**
13	03	099		De Otras Entidades Públicas	**23.861**
15				***SALDO INICIAL DE CAJA***	**40.000**
				TOTAL INGRESOS.....M$	***2.931.631***

PROYECTO PRESUPUESTO AREA "SALUD" AÑO 2023

GASTOS

SUB TITULO	ITEM	ASIGNACION	SUB ASIG.	SUB SUB ASIG.	DENOMINACION	TOTAL (M$)
21					***GASTOS EN PERSONAL***	***1.853.495***
21	**01**				**PERSONAL DE PLANTA**	**601.766**
21	**01**	**001**			**Sueldos y Sobresueldos**	**509.526**
21	01	001	001		Sueldos Bases	240.363
21	01	001	009		Asignaciones Especiales	5.800
21	01	001	009	007	Asignación Especial Transitoria, Art. 45, Ley N°19.378	5.800
21	01	001	019		Asignación de Responsabilidad	1.800
21	01	001	019	002	Asignación de Responsabilidad Directiva	1.800
21	01	001	028		Asignación de Estímulo Personal Médico y Profesores	17.100
21	01	001	028	002	Asignación por Desempeño en Condiciones Difíciles, Art. 28, Ley N° 19.378	17.100
21	01	001	031		Asignación de Experiencia Calificada	2.000
21	01	001	031	002	Asignación Post-Título, Art. 42, Ley N° 19.378	2.000
21	01	001	044		Asignación de Atención Primaria Municipal	240.363
21	01	001	044	001	Asignación Atención Primaria Salud, Arts. 23 y 25, Ley N° 19.378	240.363
21	01	001	999		Otras Asignaciones	2.100
21	**01**	**002**			**Aportes del Empleador**	**10.040**
21	01	002	001		A Servicios de Bienestar	40
21	01	002	002		Otras Cotizaciones Previsionales	10.000
21	**01**	**003**			**Asignaciones por Desempeño**	**60.800**
21	01	003	002	002	Asignación Variable por Desempeño Colectivo	52.300
21	01	003	003		Desempeño Individual	3.000

21	01	003	003	005	Asignación por Mérito, Art. 30 de la Ley N°19.378, agrega Ley N°19.607	8.500
21	**01**	**004**			**Remuneraciones Variables**	**10.200**
21	01	004	005		Trabajos Extraordinarios	8.200
21	01	004	006		Comisiones de Servicios en el País	1.000
21	01	004	007		Comisiones de Servicios en el Exterior	1.000
21	**01**	**005**			**Aguinaldos y Bonos**	**11.200**
21	01	005	001		Aguinaldos	2.000
21	01	005	001	001	Aguinaldo de Fiestras Patrias	1.000
21	01	005	001	002	Aguinaldo de Navidad	1.000
21	01	005	002		Bono de Escolaridad	700
21	01	005	003		Bonos Especiales	8.000
21	01	005	003	001	Bono Extraordinario Anual	8.000
21	01	005	004		Bonificación Adicional al Bono de Escolaridad	500
21	**02**				**PERSONAL A CONTRATA**	**1.191.802**
21	**02**	**001**			**Sueldos y Sobresueldos**	**987.462**
21	02	001	001		Sueldos Bases	460.931
21	02	001	009		Asignaciones Especiales	27.000
21	02	001	009	007	Asignación Especial Transitoria, Art. 45, Ley N°19.378	27.000
21	02	001	018		Asignación de Responsabilidad	1.500
21	02	001	018	001	Asignación de Responsabilidad Directiva	1.500
21	02	001	027		Asignación de Estímulo Personal Médico y Profesores	27.000
21	02	001	027	002	Asignación por Desempeño en Condiciones Difíciles, Art. 28, Ley N° 19.378	27.000
21	02	001	030		Asignación de Experiencia Calificada	2.100
21	02	001	030	002	Asignación Post-Título, Art. 42, Ley N° 19.378	2.100
21	02	001	042		Asignación de Atención Primaria Municipal	464.931
21	02	001	042	001	Asignación de Atención Primaria Salud, Art. 23 y 25, Ley N°19.378	460.931
21	02	001	999		Otras Asignaciones	4.000
21	**02**	**002**			**Aportes del Empleador**	**50.040**
21	02	002	001		A Servicios de Bienestar	40
21	02	002	002		Otras Cotizaciones Previsionales	50.000
21	**02**	**003**			**Asignaciones por Desempeño**	**69.000**
21	02	003	002		Desempeño Colectivo	60.000
21	02	003	002	003	Asignación de Desarrollo y Estímulo al Desempeño Colectivo, Ley N°19.813	60.000
21	02	003	003		Desempeño Individual	9.000
21	02	003	003	004	Asignación de Mérito, Art. 30 de la Ley N°19.378, agrega Ley N°19.607	9.000
21	**02**	**004**			**Remuneraciones Variables**	**46.000**
21	02	004	005		Trabajos Extraordinarios	45.000
21	02	004	006		Comisiones de Servicios en el País	500
21	02	004	007		Comisiones de Servicios en el Exterior	500
21	**02**	**005**			**Aguinaldos y Bonos**	**39.300**

21	02	005	001		Aguinaldos	11.500
21	02	005	001	001	Aguinaldo de Fiestras Patrias	8.000
21	02	005	001	002	Aguinaldo de Navidad	3.500
21	02	005	002		Bono de Escolaridad	2.000
21	02	005	003		Bonos Especiales	25.000
21	02	005	003	001	Bono Extraordinario Anual	25.000
21	02	005	004		Bonificación Adicional al Bono de Escolaridad	800
21	**03**				**OTRAS REMUNERACIONES**	**59.927**
21	03	001			Honorarios a Suma Alzada - Personas Naturales	59.927
22					***BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO***	***945.636***
22	**01**				**ALIMENTOS Y BEBIDAS**	**2.000**
22	01	001			Para Personas	**2.000**
22	**02**				**TEXTILES, VESTUARIO Y CALZADO**	**6.500**
22	02	001			Textiles y Acabados Textiles	500
22	02	002			Vestuario, Accesorios y Prendas Diversas	4.000
22	02	003			Calzado	2.000
22	**03**				**COMBUSTIBLES Y LUBRICANTES**	**27.500**
22	03	001			Para Vehículos	27.500
22	**04**				**MATERIALES DE USO O CONSUMO**	**438.946**
22	04	001			Materiales de Oficina	10.146
22	04	002			Textos y Otros Materiales de Enseñanza	50
22	04	003			Productos Químicos	500
22	04	004			Productos Farmacéuticos	300.000
22	04	005			Materiales y Utiles Quirúrgicos	100.000
22	04	007			Materiales y Utiles de Aseo	15.050
22	04	008			Menaje para Oficina, Casino y Otros	200
22	04	009			Insumos, Repuestos y Accesorios Computacionales	2.000
22	04	010			Materiales para Mantenim. y Reparaciones de Inmuebles	5.000
22	04	011			Repuestos y Acces. para Manten. y Repar. de Vehículos	2.000
22	04	012			Otros Materiales, Repuestos y Utiles Diversos	1.000
22	04	013			Equipos Menores	500
22	04	015			Productos Agropecuarios y Forestales	500
22	04	999			Otros	2.000
22	**05**				**SERVICIOS BASICOS**	**41.690**
22	05	001			Electricidad	24.200
22	05	002			Agua	4.440
22	05	003			Gas	1.500
22	05	004			Correo	50
22	05	006			Telefonía Celular	9.000
22	05	007			Acceso a Internet	500

22	05	008			Enlaces de Telecomunicaciones	2.000
22	**06**				**MANTENIMIENTO Y REPARACIONES**	**26.700**
22	06	001			Mantenimiento y Reparación de Edificaciones	10.000
22	06	002			Mantenimiento y Reparación de Vehículos	6.500
22	06	003			Mantenimiento y Reparación Mobiliarios y Otros	100
22	06	004			Mantenimiento y Reparación de Máquinas y Equipos de Oficina	100
22	06	006			Mantenimiento y Reparación de Otras Maquinarias y Equipos	10.000
22	**07**				**PUBLICIDAD Y DIFUSION**	**3.500**
22	07	001			Servicios de Publicidad	1.000
22	07	002			Servicios de Impresión	2.500
22	**08**				**SERVICIOS GENERALES**	**356.000**
22	08	001			Servicios de Aseo	77.000
22	08	002			Servicios de Vigilancia	118.000
22	08	007			Pasajes, Fletes y Bodegajes	6.000
22	08	008			Salas Cunas y/o Jardines Infantiles	5.000
22	08	999			Otros	150.000
22	**09**				**ARRIENDOS**	**12.500**
22	09	002			Arriendo de Edificios	1.000
22	09	003			Arriendo de Vehículos	4.000
22	09	999			Otros	7.500
22	**10**				**SERVICIOS FINANCIEROS Y DE SEGUROS**	**7.050**
22	10	002			Primas y Gastos de Seguros	7.000
22	10	999			Otros	50
22	**11**				**SERVICIOS TECNICOS Y PROFESIONALES**	**23.100**
22	11	001			Estudios e Investigaciones	100
22	11	002			Cursos de Capacitación	8.000
22	11	003			Servicios Informaticos	10.000
22	11	999			Otros	5.000
22	**12**				**OTROS GASTOS EN BIENES Y SERVICIOS DE CONSUMO**	**150**
22	12	002			Gastos Menores	50
22	12	004			Intereses, Multas y Recargos	50
22	12	999			Otros	50
24					***TRANSFERENCIAS CORRIENTES***	***500***
24	**01**				**AL SECTOR PRIVADO**	**500**
24	01	008			Premios y Otros	500
26					***OTROS GASTOS CORRIENTES***	***30.000***
26	**01**				**DEVOLUCIONES**	30.000
29					***ADQUISIC. DE ACTIVOS NO FINANCIEROS***	***62.000***
29	**02**				**EDIFICIOS**	**5.000**

29	**03**				**VEHICULOS**	**30.000**
29	**04**				**MOBILIARIO Y OTROS**	**6.000**
29	**05**				**MAQUINAS Y EQUIPOS**	**7.000**
29	05	001			Máquinas y Equipos de Oficina	1.000
29	05	999			Otras	6.000
29	**06**				**EQUIPOS INFORMATICOS**	**3.000**
29	06	001			Equipos Computacionales y Periféricos	2.500
29	06	002			Equipos de Comunicaciones para Redes Informáticas	500
29	**07**				**PROGRAMAS INFORMATICOS**	**11.000**
29	07	001			Programas Computacionales	10.000
29	07	002			Sistemas de Información	1.000
35					***SALDO FINAL DE CAJA***	***40.000***
					TOTAL GASTOS .....M$	***2.931.631***

Fuente: Sistema Nacional de Información Municipal, Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo.

2.12.4 Recursos Humanos

DOTACION AÑO 2023

Comuna: QUINTERO				Horas por Centros de Salud		
Categoría	Cargos	N° de funcionarios	Total horas	POSTA DE SALUD RURAL LONCURA	CESFAM QUINTERO	DESAM
A	Médicos	9	396	132	264	0
	Químico Farmacéutico	2	88	44		44
	Odontólogos	6	231	66	165	
B	Matron/a	6	242	88	154	
	Asistente Social	3	132	88	44	
	Kinesiólogo/a	6	253	165	44	44
	Nutricionista	3	132	88	44	
	Enfermero/a	7	308	176	88	44
	Psicólogo/a	4	176	132	44	
	Encargado de Participacion	1	44	44		
	Administrador Publico	1	44			44
	Profesor Ed. Física	1	33	33		
	Terapeuta Ocupacional	2	88	88		
	Fonoaudiolo/a	1	22	22		
	Educadora de Parvúlo	1	22	22		
	Ingenieros	5	220			220
	Directores	2	88		44	44
C	TNS Enfermería	18	792	616	176	
	TNS Farmacia	4	176	132	44	
	TNS Administracion - Mantenimiento	2	88	44	44	
	TNS Odontológico	6	242	66	176	
D	Técnico Farmacia	2	88	44	44	
E	Administrativos	14	616	132	176	308
F	Conductores	10	484	308	88	88
	Auxiliares de Servicio	4	176	88	44	44

3.- DAÑO EN SALUD

3.1 Tasa de Mortalidad

3.1.1 Mortalidad General (Índice de Swaroop)

La tasa de mortalidad general e índice de Swaroop, en la comuna de Quintero cuenta con una tasa menor al índice regional y mayor al nacional de mortalidad general. Según el índice Swaroop la población de la comuna de Quintero fallece a mayor edad que la regional y nacional. (Tabla Nº 24)

Tabla Nº 24: Tasa de Mortalidad General e Índice de Swaroop según sexo, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso, Chile 2019

TERRITORIO	TASA DE MORTALIDAD GENERAL			INDICE DE SWAROOP		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
COMUNA	6.1	7.5	5.5	40.39	37.79	43.88
REGION	6.9	7.1	6.6	41.36	39.38	43.41
PAIS	5.7	6.1	5.4	39.99	37.63	42.62

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL
* Por 1.000 habitantes

Tabla nº 25: Tasa de Natalidad y Mortalidad, Comuna de Quintero, Región del Valparaíso 2019.

TERRITORIO	Tasas	
	Tasa de Natalidad	Tasa de Mortalidad General
PAÍS	11.01	6.1
REGION	10.15	6,9
COMUNA	10.89	6.5

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL
* Por 1.000 habitantes

3.1.2 Mortalidad Infantil

Tabla Nº 26: Tasa de Mortalidad Infantil y Neonatal, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso, 2019

Territorio	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa de Mortalidad Neonatal	Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz	Tasa de Mortalidad Post Neonatal
COMUNA	**7.79**	**5.19**	**5.19**	**2.6**
REGIÓN	6.82	5.09	4.12	1.73
PAÍS	6.52	4.79	3.69	1.73

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL
* Por 1.000 habitantes

3.1.3 Mortalidad de la Niñez y Adolescencia

Tabla Nº 27: Tasas de Mortalidad de la Niñez y Adolescencia, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2014

Territorio	Tasa de Mortalidad de la Niñez	Tasa de Mortalidad de la Niñez	Tasa de Mortalidad de la Adolescencia	Tasa de Mortalidad de la Adolescencia
	1-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años
COMUNA	**6.4**	**0.0**	**0.0**	**5.2**
REGIÓN	2.2	0.8	1.2	3.7
PAÍS	2.9	1.4	1.6	4.3

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2014
* Tasa por 100.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

3.1.4 Mortalidad del Adulto

Tabla Nº 28: Tasa de Mortalidad del Adulto, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2014

Territorio	Tasa de Mortalidad del Adulto 20-44 años		Tasa de Mortalidad del Adulto 45-64 años
	Hombre	Mujer	Hombre
COMUNA	**10.4**	**14.7**	**37.7**
REGIÓN	11.9	5.9	62.5
PAÍS	13.7	5.6	60.5

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2014
* Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

Tabla Nº 29: Tasa de Mortalidad del Adulto, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso. 2017

Territorio	Tasa de Mortalidad por Rango de Edad			
	20 a 44 años	45 a 64 años	65 a 79 años	80 y más años
COMUNA	**1**	**8**	**20**	**75**

Fuente: https://redatam-ine.ine.cl/redbin/RpWebEngine.exe/Portal?BASE=EV&lang=esp
* Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad

3.1.5 Mortalidad del Adulto Mayor

Tabla Nº 30: Tasa de Mortalidad del Adulto Mayor, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2014

Territorio	Tasa de Mortalidad del Adulto Mayor 65-79 años		Tasa de Mortalidad del Adulto Mayor 80 y más años
	Hombre	Mujer	Hombre
COMUNA	**26.3**	**21.3**	**121.2**
REGIÓN	30.4	17.4	134.0
PAÍS	28.7	17.6	128.6

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL 2014
* Tasa por 1.000 habitantes de cada grupo de edad y sexo.

3.1.6 Mortalidad por Causas

Tabla Nº 31: Mortalidad General según principales grupos de causas, Región de Valparaíso 2018

Código CIE-10	Gran grupo de causas de muerte y sexo	Defunciones	Tasa *
C00-D48	**Tumores (neoplasias)**	3.498	180,73
	Hombres	1.793	189,42
	Mujeres	1.705	172,42
E00-E90	**Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas**	529	27,33
	Hombres	252	26,62
	Mujeres	277	28,01
I00-I99	**Enfermedades del sistema circulatorio**	3.688	190,55
	Hombres	1.808	191,00
	Mujeres	1.880	190,11
J00-J99	**Enfermedades del sistema respiratorio**	1.562	80,70
	Hombres	808	85,36
	Mujeres	754	76,25
K00-K93	**Enfermedades del sistema digestivo**	853	44,07
	Hombres	465	49,12
	Mujeres	388	39,24
V01-Y98	**Causa Externa de mortalidad**	771	39,84
	Hombres	543	57,36
	Mujeres	228	23,06
Código CIE-10	Grupo específico de causas de muerte y sexo		
B20-B24	**Infecciones por VIH y SIDA**	**42**	**2,2**
	Hombres	36	3,85
	Mujeres	6	0,61
C16.-	**Tumor maligno del estómago**	**328**	**17,17**
	Hombres	222	23,77
	Mujeres	106	10,86
C33-C34	**Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón**	**433**	**22,67**
	Hombres	256	27,41
	Mujeres	177	18,13
E10-E14	**Diabetes mellitus**	**396**	**20,73**
	Hombres	198	21,2

	Mujeres	198	20,28
I10-I13	**Enfermedades hipertensivas**	**675**	**35,33**
	Hombres	262	28,05
	Mujeres	413	42,3
I20-I25	**Enfermedad isquémica del corazón**	**1.087**	**56,9**
	Hombres	637	68,2
	Mujeres	450	46,09
I60-I69	**Enfermedades cerebrovasculares**	**1.063**	**55,64**
	Hombres	465	49,78
	Mujeres	598	61,25
J12-J18	**Neumonía**	**522**	**27,32**
	Hombres	244	26,12
	Mujeres	278	28,47
J40-J44	**Bronquitis, enfisema y otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas**	**352**	**18,43**
	Hombres	185	19,81
	Mujeres	167	17,11
K70-K76	**Cirrosis hepática y otras enfermedades crónicas del hígado**	**376**	**19,68**
	Hombres	244	26,12
	Mujeres	132	13,52
V01-V99**	**Accidentes de tránsito**	**157**	**8,22**
	Hombres	115	12,31
	Mujeres	42	4,3
X60-X84	**Lesiones autoinfligidas intencionalmente**	**211**	**11,04**
	Hombres	164	17,56
	Mujeres	47	4,81
Código CIE-10	**Grupo específico de causas de muerte y edad**		
G30.-	**Enfermedad de Alzheimer (10.000 habitante)**		
	70 a 74 años	16	24,48
	75 a 79 años	35	72,96
	80 y más años	222	340,17
Q00-Q99	**Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas en menores de un año (10.000 habitante)**	**48**	**22,64**

Fuente: DEIS - MINSAL / * Tasa por 100.000 habitantes

3.2 Esperanza de Vida al nacer

La Esperanza de Vida al Nacer (EVN) es un indicador que nos permite saber cuántos años viviría una persona al momento de nacer.

En Chile la Esperanza de Vida al Nacer se ha triplicado. En 1900 se estimaba en 23,6 años para las mujeres y 23,5 años para los hombres y para el año 2019 es de 84.4 mujeres y 77,9 para los hombres.

Tabla N° 32: Esperanza de vida al nacer, comuna de Quintero. Región de Valparaíso 2019

	PAIS	REGION	COMUNA
Esperanza de vida al nacer de mujeres, 2019. Epidemiología, Ministerio de Salud	83.4	83.6	79,9
Esperanza de vida al nacer de hombres, 2019. Epidemiología, Ministerio de Salud	77.9	78.2	74,6

Fuente: Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSAL

3.3 Años de vida ajustados por Discapacidad (AVISA)

Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad miden la pérdida de salud producto de la enfermedad, discapacidad y muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (medido en años). Esta característica permite cuantificar y adicionar el impacto de cada una de estas condiciones, logrando un indicador sintético, que se utiliza para la identificación de los problemas de salud prioritarios.

Según el **Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, Minsal, Julio 2008**, se observa el comportamiento de los AVISA por causa específica para Chile. La primera causa específica de AVISA en Chile corresponde a la Enfermedad hipertensiva, la que está compuesta por hipertensión arterial y enfermedad cardiaca hipertensiva. Estos resultados son coherentes con la alta magnitud de la prevalencia de hipertensión en Chile. En el segundo lugar se sitúan los trastornos depresivos unipolares, los trastornos de las vías biliares y vesícula, la dependencia al alcohol y la cirrosis hepática. Todas patologías que se deben prevenir y pesquisar a tiempo en Atención Primaria de Salud

3.4 Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)

El indicador Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida. Se construye con la suma de los AVPP de las personas que en un año determinado fallecieron antes de alcanzar los 80 años de edad, por 100.000 habitantes

Tabla N° 33: Años de Vida Potencialmente Perdidos, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2019

Territorio	AÑO		
	2019		
	Defunciones	AVPP	Tasa AVPP
COMUNA	229	2.430	70.9
REGIÓN	13.264	129.968	69.6
PAIS	109.658	1.227.809	66.1

Fuente: DEIS

Tabla N° 34: Años de Vida Potencialmente Perdidos, Región de Valparaíso.2018

TERRITORIO	AÑO 2019		
	HOMBRES	MUJERES	Tasa AVPP
COMUNA	**97.1**	**45**	**70.9**
REGIÓN	**86.7**	**52.1**	**69,6**
PAIS	84,1	48	66.1

Fuente: DEIS - MINSAL / * Tasa por 1.000 habitantes

3.5 Indicadores de Prestación de Salud

La OMS ha definido indicadores como "variables que sirven para medir los cambios".

Los indicadores de salud son instrumentos de evaluación que pueden determinar directa o indirectamente modificaciones dando así una idea del estado de situación de una condición. Existen diversos rubros relacionados con la salud en los cuales con frecuencia se elaboran indicadores. Uno de estos rubros son las prestaciones de atención de salud (de actividad), los cuales se visualizan a continuación:

Tabla N°35: Índice de Atención Primaria de Salud (IAAPS), 2021

	2021
	CUMPLIMIENTO
AUTOEVALUACION MAIS	100%
TASA MORBILIDAD	100%
TASA INTERCONSULTA	95.1%
TRASTORNOS MENTALES	100%
EMPA MUJERES Y HOMBRES	15%
COBERTURA CONTROL SALUD INTEGRAL ADOLESCENTES DE 10-14AÑOS	61.4%
EMPAM	37.5%
INGRESO A CONTROL EMBARAZO, ANTES DE LAS 14 SEMANAS	98.2%
PROPORCIÓN DE MENORES DE 20 AÑOS CON ALTA ODONTOLÓGICA TOTAL	100%
COBERTURA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS Y NIÑAS DE 12 A 23 MESES BAJO CONTROL	74.1%
TASA DE VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL.	100%
PORCENTAJE DE ADOLESCENTES INSCRITOS DE 15 A 19 AÑOS BAJO CONTROL DE REGULACIÓN DE FERTILIDAD.	63.6%
COBERTURA EFECTIVA DE TRATAMIENTO EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS 2, DE 15 Y MÁS AÑOS	85.8%
COBERTURA DE ATENCIÓN DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PERSONAS DE 15 Y MÁS AÑOS.	96.5%
PROPORCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS LIBRE DE CARIES EN POBLACIÓN INSCRITA	100%
PROPORCIÓN DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS CON ESTADO NUTRICIONAL NORMAL.	100%

Tabla N° 36: Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Atención Primaria Ley 19.813.

	2021
	CUMPLIMIENTO ALCANZADO
RECUPERACION DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.	50%
REDUCCION DEL NUMERO DE MUJERES DE 25 A 64 AÑOS SIN PAP VIGENTE.	78%
COBERTURA EN CONTROL ODONTOLÓGICO EN POBLACION DE 0 A 9 AÑOS	100%
LINEA BASE DE NIÑOS Y NIÑAS DE 6 AÑOS LIBRES DE CARIES	100%
AUMENTO COBERTURA EFECTIVA DE PERSONAS DE 15 Y MAS AÑOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 CONTROLADA	88%
AUMENTO COBERTURA EFECTIVA DE PERSONAS DE 15 Y MAS AÑOS CON HTA CONTROLADA.	100%
COBERTURA DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA(LME) EN MENORES DE 6 MESES DE VIDA	100%
CONSEJOS DE DESARROLLO DE SALUD FUNCIONANDO REGULARMENTE	100%
EVALUACION ANUAL PIE EN PERSONAS CON DIABETES EN CONTROL DE 15 Y MAS AÑOS.	68%

Hipertensión Arterial es un problema de salud relevante por nuestro perfil epidemiológico, fue incorporada al sistema GES en el año 2005 La importancia de la Hipertensión Arterial como problema de salud pública radica en su rol causal de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Es el de mayor importancia para la enfermedad coronaria y el de mayor peso para la enfermedad cerebro vascular. La principal orientación del trabajo en atención primaria está dirigida a la contribución que el equipo de salud puede hacer al fortalecimiento de los factores protectores; la pesquisa precoz de las personas con hipertensión en la población a cargo y el manejo de acuerdo a protocolo de esta patología logrando la compensación en el tiempo de la presión arterial, siendo esta significativa en la prevención del daño.

Tabla N° 37: Cobertura Efectiva de personas de 15 y más años con Hipertensión controlada.

HIPERTENSION	TOTAL		
		15 a 64 años	65 años y mas
Menor a 140/90 mmHg	645	284	367
Mayor o igual a 140/90 mmHg	473	162	311
Sin clasificar	37	27	10
TOTAL	**1155**	473	688

Fuente: Censo Junio 2022, Serie P

La diabetes es una condición crónica con consecuencias devastadoras para la salud. Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de sufrir un infarto, ataque cerebral, falla renal terminal, retinopatía diabética, neuropatía diabética y pie diabético, es por esto que se requiere que los establecimientos de salud hagan esfuerzos adicionales no solo para mejorar el control metabólico de aquellos diabéticos que están bajo control, sino también el identificar a las personas diabéticas que desconocen su condición.

Tabla N° 38: Cobertura Efectiva de personas de 15 y más años con Diabetes controlada

DIABETES MELLITUS	TOTAL		
		20 a 64 años	65 años y mas
Menor de 7 HbA1c	118	48	70
de 7 a 8,9 HbA1c	148	55	93
9 y más HbA1c	142	66	76
Sin clasificar	217	111	106
Total	**625**	280	345

Fuente: -Censo junio del 2022, Serie P

Las dislipidemias es uno de los factores de riesgo mayor y modificable de enfermedades cardiovasculares (CV), especialmente de la enfermedad coronaria (EC).

Tabla N° 39 Población de Dislipidémicos bajo control, según nivel de Colesterol Total

DISLIPIDEMICOS			
	TOTAL	20 a 64 años	65 años y mas
Menor 200	311	99	212
Desde 201 a 239	73	38	35
240 y más	51	37	14
Sin clasificar	394	164	230
Total	829	338	491

Fuente: Censo junio del 2022, Serie P

Tabla N° 40: Población bajo control en Programa Cardiovascular, según Riesgo Cardiovascular

RIESGO CARDIOVASCULAR			
	TOTAL	20 a 64 años	65 años y mas
BAJO	134	78	56
MODERADO	406	141	265
ALTO	727	330	397
Total	**1267**	549	718

Fuente: Censo junio del 202, Serie P

El Examen Anual de Medicina Preventiva del Adulto Mayor, nos permite identificar el indicador que mejor nos entrega una visión del estado de salud del adulto mayor a través de la medición de funcionalidad.

Los objetivos del examen son: Evaluar la salud integral y la funcionalidad del adulto mayor, identificar y controlar los factores de riesgo de pérdida de la funcionalidad, Y elaborar un plan de atención y seguimiento, para ser ejecutado por el equipo de salud.

Tabla N° 41: Población Adulto Mayor según Evaluación de Funcionalidad (EFAM)

GRADO DE FUNCIONALIDAD	TOTAL	Hombres	Mujeres
AUTOVALENTE SIN RIESGO	442	220	222
AUTOVALENTE CON RIESGO	46	20	26
RIESGO DE DEPENDENCIA	4	3	1
DEPENDIENTE LEVE	39	12	27
DEPENDIENTE MODERADO	32	15	17
DEPENDIENTE GRAVE	29	15	14
TOTAL ADULTOS MAYORES ENCONTROL	492	285	207

Fuente: Censo diciembre del 2018, Serie P

La obesidad es un importante problema de la salud pública en la mayor parte de los países, disminuyendo la esperanza de vida y generando altos costos sociales y económicos. La preocupación por la obesidad radica no solo por sus efectos directos sobre la salud y calidad de vida de las personas, sino además por su fuerte asociación con las principales enfermedades no trasmisibles de nuestro tiempo: cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, osteoarticulares y algunos tipos de cáncer. La obesidad puede llegar a reducir la esperanza de vida hasta en diez años y representa una elevada carga económica para el individuo y la sociedad. Estudios del Ministerio de Salud demuestran que representa la segunda causa de años de vida perdidos por muerte o por discapacidad prematura y la sexta causa de muerte a nivel nacional.

El 61% de la población infantil menor de 6 años bajo control en la Posta de Salud Rural Loncura tiene un estado nutricional normal y el 33% presenta algún grado de mal nutrición por exceso.

Tabla N° 42: Población Infantil (0 a 6 años) bajo control, según estado nutricional

PARAMETROS NUTRICIONALES	TOTAL	Hombres	Mujeres
RIESGO / BAJO PESO	24	13	11
DESNUTRIDO	2	0	2
SOBREPESO / RIESGO OBESIDAD	101	54	47
OBESO	53	33	20
NORMAL	283	139	144
TOTAL	463	239	224

Fuente: Censo Junio del 2022, Serie P

En las últimas décadas Chile ha mejorado considerablemente sus indicadores biomédicos de salud materno infantil. Sin embargo, un desafío pendiente es lograr condiciones de equidad que favorezcan el desarrollo óptimo e integral de niños y niñas. De acuerdo a lo anterior, el Plan Nacional de Salud contempla dentro de las prioridades en infancia disminuir la prevalencia de rezagos del desarrollo en menores de 5 años. Por ello la pesquisa precoz de los distintos factores que no permiten o dificultan el normal desarrollo de las potencialidades de los niños y niñas es relevante, en este contexto este es un indicador que responde a esta necesidad por cuanto se relaciona con el desarrollo integral y se focaliza en el niño y niña de 12 a 23 meses.

Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control en la posta de Salud rural Loncura es de 74% a diciembre 2021.

Tabla N° 43: Población Infantil menor de 5 años, bajo control, con pauta de Desarrollo Psicomotor aplicada.

ACTIVIDAD	RESULTADO	TOTAL			POR EDAD											
					Menor 7 meses		7 - 11 meses		12 - 17 meses		18 - 23 meses		24 - 47 meses		48 - 59 meses	
		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
APLICACIÓN TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR		249	141	108	2	2	24	39	0	0	36	23	61	37	18	7
PRIMERA EVALUACIÓN	NORMAL	188	93	95	0	1	22	35	0	0	26	21	32	31	13	7
	NORMAL CON REZAGO	8	6	2	1	0	0	1	0	0	3	0	2	1	0	0
	RIESGO	15	11	4	1	1	0	1	0	0	2	1	6	1	2	0
	RETRASO	10	7	3	0	0	0	1	0	0	3	1	4	1	0	0

Fuente: Censo Octubre 2022

La evaluación del DSM a los 18 meses está inserta en el control de salud del niño/a, lo que refuerza su integralidad.

Esta meta de impacto involucra diversas estrategias de promoción, prevención y tratamiento, considerando a la recuperación de los niños y niñas con déficit de desarrollo psicomotor como prioritario, focalizando en el riesgo.

En las últimas décadas, ha cambiado el perfil epidemiológico de las principales causas de morbimortalidad infantil, lo que se ha expresado en la emergencia de problemas de salud pública como: accidentes, rezagos del desarrollo, maltrato, obesidad, anomalías congénitas y enfermedades crónicas. Estos problemas condicionan un deterioro de la calidad de vida del niño, al limitar su desarrollo biopsicosocial armónico e impedir el acceso a una estimulación apropiada y a una escolaridad normal.

En el contexto actual con una baja mortalidad infantil, es relevante el plantear intervenciones que impacten en mejorar la calidad de vida de los niños y en establecer las bases sólidas para el desarrollo infantil temprano, junto con el evidente impacto en carga de enfermedad, que generan las discapacidades adquiridas a temprana edad.

Tabla N° 44 Población Infantil menor de 5 años, bajo control, con Reevaluación de Pauta de Desarrollo Psicomotor.

ACTIVIDAD	RESULTADO	TOTAL			POR EDAD											
					Menor 7 meses		7 - 11 meses		12 - 17 meses		18 - 23 meses		24 - 47 meses		48 - 59 meses	
		Ambos Sexos	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
REEVALUACIÓN	NORMAL (desde normal con rezago)	4	4	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0
	NORMAL (desde riesgo)	3	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0
	NORMAL (desde retraso)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	NORMAL CON REZAGO (desde riesgo)	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
	NORMAL CON REZAGO (desde retraso)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	RIESGO (desde retraso)	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	NORMAL CON REZAGO (desde normal con rezago)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	RIESGO (desde riesgo)	10	8	2	0	0	0	0	0	0	0	0	6	2	2	0
	RIESGO (desde normal con rezago)	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	RETRASO (desde retraso)	2	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	RETRASO (desde riesgo)	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	RETRASO (desde normal con rezag	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
DERIVADOS A ESPECIALIDAD	RIESGO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	RETRASO	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0

Fuente: Censo Octubre 2022

La Organización Mundial de Salud (OMS) destaca que la salud mental tiene una importancia primordial en lo concerniente al bienestar personal, las relaciones familiares y en contribución al desarrollo de la sociedad y de los países. También destaca la importancia de abordar los trastornos de salud mental en la atención primaria de salud, reducir las barreras de acceso, aumentar la cobertura y disminuir las brechas de tratamiento.

El último estudio de carga de enfermedad en Chile muestra que las condiciones neuropsiquiátricas son las causas con mayor carga de enfermedad entre las enfermedades no transmisibles, estas incluyen trastornos depresivos, dependencia alcohol, trastornos ansiosos, esquizofrenia, entre otros.

Tabla N° 45: Población bajo control de Atención Integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años.

TRASTORNOS MENTALES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
	385	87	298

Fuente: Censo junio 2022, Serie P

En Chile las consultas más frecuentes por patologías respiratorias crónicas son el Asma Bronquial en todas las edades, y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC).

El Asma Bronquial es la enfermedad crónica no transmisible más común en niños, y una de las principales en adultos. Los síntomas recurrentes causan insomnio, cansancio, ausentismo escolar y laboral, y son capaces de alterar la calidad de vida de quienes la padecen. Por otra parte, la EPOC, dentro de las

enfermedades respiratoria crónicas en Chile, corresponde a la causa de mayor carga de enfermedad, con aumento de tendencia en mortalidad y descenso en la tasa de egresos hospitalarios.

Tabla N° 46: Población con Enfermedades Respiratorias bajo control.

PROGRAMAS		TOTAL		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVA RECURRENTE (SBOR)	LEVE	14	8	6
	MODERADO	0	0	0
	SEVERO	0	0	0
ASMA BRONQUIAL	LEVE	102	37	65
	MODERADO	15	6	9
	SEVERO	2	2	0
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	TIPO A	75	35	40
	TIPO B	20	15	5
OTRAS RESPIRATORIAS CRONICAS		1	1	0
OXIGENO DEPENDIENTE		10	4	6

Fuente: Censo junio 2022, Serie P

Uno de los fenómenos que tiene mayor impacto en la trayectoria de vida de las y los jóvenes es el embarazo adolescente. Este fenómeno es de preocupación pública, en la medida en que se relaciona directamente con la deserción escolar, las dificultades de inserción y desarrollo en el ámbito del trabajo. La tasa de fecundidad adolescente muestra un progresivo ascenso en las adolescentes de 15 a 19 años siendo de 48,77 por 1.000 mujeres de esa edad en el 2004 y llegando a 54,52 por 1.000 mujeres de 15-19 años en el 2009. De igual manera, en el 2005, la tasa de fecundidad de adolescentes de entre 10 y 14 años era de 1,28 por cada 1.000 mujeres de ese rango etario, al 2009 observamos un leve ascenso llegando a 1,57 x 1000 (Minsal, 2009a).

En la Posta de Salud Rural Loncura de un total de 93 mujeres ingresadas a control prenatal durante el año 2021, 6 de estas correspondían a adolescentes entre 15 a 19 años.

Tabla N° 47: Total de Gestantes ingresadas a control prenatal, año 2021

AÑO 2020	TOTAL	10 a 14 años	15 a 19 años	20 años y mas
Gestantes	93	0	6	87

Fuente: Censo Diciembre 2021

3.6 Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)

En relación a las enfermedades de notificación obligatoria, Se solicitó el registro comunal a la Unidad de Epidemiologia de la SEREMI de salud. Se puede observar la falta de registro o pesquisa de las enfermedades de notificación obligatorias.

Con los datos presentes, se observa que las enfermedades que se han notificado en todos los años evaluados son la Tuberculosis, Gonorrea y sífilis y concuerda con los esfuerzos que se realizan en la Atención Primaria de Salud.

Tabla Nº 48: Número y Tasa de Enfermedades de Notificación Obligatoria, Comuna de Quintero, Región de Valparaíso 2010-2014.

Enfermedad	Número de Casos por años									
	2010		2011		2012		2013		2014	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa	Nº	Tasa
De transmisión alimentaria										
Meningitis Meningoencefalitis Listeriana	0	0	1	3.9	0	0	1	3.7	2	7.3
De transmisión respiratoria										
Tuberculosis	2	7.9	11	42.6	4	15.2	1	3.7	2	7.3
De transmisión sexual										
Gonorrea	0	0	4	15.5	9	34.2	4	15	1	3.7
Sífilis	3	11.8	6	23.2	14	53.2	14	52.4	7	25.7
Prevenibles por inmunización										
Tos ferina (Coqueluche)	1	3.9	1	3.9	2	7.6	3	11.2	0	0
Hepatitis víricas										
Hepatitis B	2	7.9	1	3.9	2	7.6	0	0	0	0
Hepatitis C	0	0	1	3.9	0	0	1	3.7	2	7.3
Zoonosis y Vectoriales										
Enfermedad de Chagas	1	3.9	0	0	1	3.8	0	0	0	0
Otras										
Enfermedad de Creutzfeld-Jacob	0	0	0	0	1	3.8	0	0	0	0

Tabla Nº 49: Número casos de Enfermedades de Notificación Obligatoria, Región de Valparaíso 2017.

	Número de Casos por año
	2017
	Nº
De transmisión alimentaria	
Diarrea aguda	20.431
Listeriosis	1
Gastroenteritis por Vibrioparahaemolytico	2
Fiebre tifoidea y paratifoidea	3
Enfermedad trasmitidas por alimentos (ETAS)	213
Hepatistis A	107
Enfermedad Meningococica	5
Enfermedades Respiratorias (ETI y IRAG)	137

CASOS POR QUINQUENIO	Años 2012 -2016
Hepatitis B	**466**
Hepatitis C	**205**

Fuente: Boletín Epidemiológico semestral, región de Valparaíso. Unidad de Epidemiologia. Seremi Edición N°1 año 2017

3.7 Consultas Médicas

Consultas de Morbilidad

La I. Municipalidad de Quintero solo administra un centro de Atención Primaria de Salud el cual ha ido incrementando sus atenciones de consulta de morbilidad hasta el año 2019.

Debido a la Pandemia, durante los años 2020 -2021 se redujo el rendimiento de las atenciones médicas con el objetivo de mantener las normativas sanitarias evitando así el contagio del COVID-19. Se buscaron estrategias para facilitar el acceso a las atenciones de salud para las personas, a través de la

implementación de la categorización de las atenciones (TRIAGE), aumento de horas profesional médico para realizar atenciones en domicilio.

	AÑOS			
NUMERO DE CONSULTA POR MORBILIDAD	2018	2019	2020	2021
	7.164	10.073	8.427	11.524

En la tabla siguiente se pueden identificar los tipos de consulta de morbilidad que se presentaron durante el año 2022, siendo de mayor proporción Otras Morbilidades aportando con 66% del total, seguida por Otras Respiratorias que alcanza un 2% y las EPOC con un 0.4%.

Es importante destacar los controles de Salud Mental y Cardiovascular realizados por medico durante el año 2022, alcanzan un 31% del total de atenciones.

Tabla Nº 50: Número y tipo de consultas de morbilidad, realizadas en la Posta de Salud Rural Loncura, a octubre del año 2022

TIPO DE CONSULTA	N°
IRA ALTA	18
SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVO	14
NEUMONÍA	18
ASMA	6
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	31
OTRAS RESPIRATORIAS	166
INFECCIÓN TRANSMISIÓN SEXUAL	0
VIH-SIDA	1
SALUD MENTAL	380
CARDIOVASCULAR	1920
OTRAS MORBILIDADES	4678
TOTAL	7232

3.8 Exámenes de Salud

Tabla N° 51: Total de gasto realizado en Exámenes de Salud realizados, Comuna de Quintero, Región Valparaíso .2021

Territorio	EXÁMENES DE LABORATORIO	IMAGENES DIAGNOSTICAS	RESOLUTIVIDAD
	Compra de servicio	Compra de servicio	Compra de servicio
COMUNA	**$ 89.948.500**	**$ 4.771.761**	**$ 7.256.550**

3.9 Pensiones de Invalidez

Tabla Nº 52: Pensión Básica Solidaria, período Julio 2008 – Marzo 2019, Comuna de Quintero, Región del Valparaíso

	Período Julio 2008-Marzo 2019
	Nº Beneficiarios Promedio
COMUNA	**1.076**
REGIÓN	58.954
PAÍS	1.528.111

Fuente: Subsecretaría de Previsión Social 2019.

3.10 Indicadores comunales del SARS-COV 2.

La Pandemia de COVID-19 es una pandemia derivada de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), ocasionada por el virus SARS-CoV-2 (coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave tipo 2). Se identificó por primera vez en diciembre de 2019 en la República Popular China, al reportarse casos de un grupo de personas enfermas con un tipo de neumonía desconocida. La mayoría de individuos afectados tenían vinculación con trabajadores del Mercado Mayorista de Mariscos del Sur de China de Wuhan. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconoció como una **Pandemia** el 11 de marzo de 2020.

Hasta noviembre del año 2022, el número de casos confirmados de Covid-19 a nivel mundial se situaba en torno a los 638 millones. Todas las regiones del mundo ya han sido afectadas, destacando América con alrededor de 180.912.898 casos acumulados de contagiados.

La comuna de Quintero, al igual que todo el mundo, ha sido afectada por la pandemia. Y siendo la municipalidad la responsable de velar por el bienestar de la comunidad a su cargo, se implementaron medidas sanitarias orientadas a la prevención del contagio por COVID-19, estableciendo estrategias como barreras sanitarias, monitores de salud, arriendo residencia sanitaria, toma de pcr en diferentes lugares de la comuna y trazabilidad de los casos, personal municipal como comisionados para seremi de salud, lavamanos públicos en diferentes puntos de la comuna, sanitización de espacios públicos, ordenanza municipal sobre uso obligatorio de mascarilla, restricción en el horario de funcionamiento del comercio, señalética, cierre de espacios públicos, apoyo social, proceso de vacunacion covid-19 y re-estructuracion del sistema de atencion en la posta de salud rural loncura (implementación de área exclusiva de atención para pacientes con síntomas respiratorios, rotación en sistema de turnos del personal de salud, aforos, ampliación de horarios de atención de la posta loncura, refuerzo de rrhh (medico, tens, enfermera), implementación de barreras físicas, atenciones domiciliarias, entrega de medicamentos y alimentación complementaria a domicilio.)

Durante el año 2022 ha sido un proceso de tratar de volver a la normalidad y comenzar a convivir con el COVID-19. Se reinician las clases presenciales, aumentan los aforos, cambian las directrices de atención en salud volviendo a los rendimentos normales, se suspende el uso de mascarilla en casi todo los ámbitos (se mantiene uso obligarotio en los centrosde salud y como sugerencia en la locomoción colectiva), entre otras medidas.

Desde la Salud Primaria Municipal se matiene la estrategia de vacunación comunal COVID-19, la toma de PCR y Test de Antigeno, la trazabilidad y seguimiento de los casos positivos, visitas domiciliarias de aquellas personas que se encuentren positivas con COVID-19 y requieren evaluación de su estado de salud

Tabla Nº 53 Número de casos confirmados de COVID-19, al 10 de Noviembre de 2022.

Territorio	Número de casos Confirmados	Número de Casos Actuales
PAÍS	**4.859.241**	**14.724**
REGIONAL	**455.391**	**1.865**
COMUNAL	**9.130**	**64**

Fuente: https://covid.visorterritorial.cl

Tabla Nº 54 Cobertura de Vacunación SARS-COV-2 por grupo edad, Comuna de Quintero, Región del Valparaíso. Noviembre 2022.

	TERRITORIO		
	PAIS	REGION	COMUNA
Grupo edad	%Cobertura vacunación	%Cobertura vacunación	%Cobertura vacunación
3-5	65,9%	67,2%	55,6%
6-11	90,7%	92,4%	78,9%
12-17	98,6%	98,5%	91,3%
18-29	95,2%	95,2%	93,7%
30-39	93,7%	99,3%	91,9%
40-49	92,1%	95,8%	87,2%
50-59	97,5%	99,7%	93,9%
60-69	94,1%	97,0%	96,7%
70-79	94,7%	96,5%	90,7%
80 y más años	88,0%	88,9%	93,3%
Total	93,2%	95,5%	89,7%

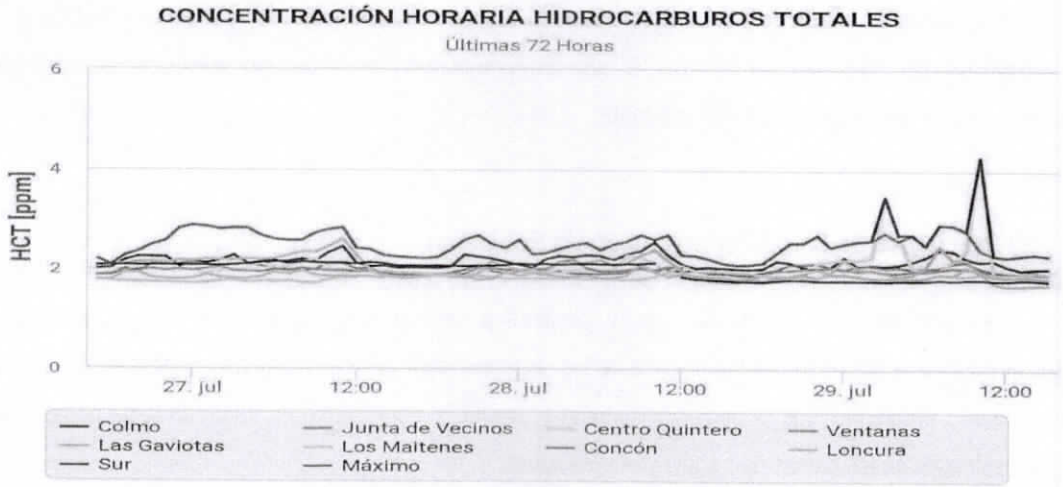
Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud. MINSA.

3.11 Emergencia Medioambiental

En la comuna de Quintero se encuentran ubicado un cordon industrial, el cual ha causado episodios de emergencia mediombiental producto de emisiones provenientes de procesos industriales, o fallas de los sistemas de alerta de los mismos procesos. Durante los años 2018 y 2019 se han reportado diversos incidentes y emergencias vinculados a contaminantes del aire que han generado alarma pública y preocupación en las autoridades sanitaria y ambiental.

Durante el año 2022 se presentaron 11 episodios críticos en diversos colegios, salas cuna y jardín infantin de la comuna, entre los meses de junio, julio y agosto.

Siendo la municipalidad responsable del bienestar de la comunidad, el equipo de APS municipal en conjunto con equipo de mergencia comunal, y equipo clínico del Hospital Adriana Cousiño realizaron las atenciones de mas 300 alumnos y docentes que presentaron sintomatología como cefalea, nauseas, dolor abdominal, entre otros.



3.12 Consejo Local de Salud

Desde el año 2015, el Consejo de Salud de la Posta Loncura, tiene personalidad jurídica y participan personas que pertenecen a las Juntas de Vecinos del Sector, además del encargado de Participación Ciudadana del Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de Quintero.

El objetivo de este Consejo, es canalizar cuáles son las necesidades o problemas que la población usuaria presenta, y de esta forma, la autoridad local podrá incluir esas necesidades en los planes de trabajo y orientaciones del Departamento de Salud. Los representantes de esta organización, son los interlocutores entre la comunidad y la dirección.

Es importante, tener presente que las políticas públicas deben estar dirigidas hacia la mejora de la calidad de vida de los usuarios, lo cual es necesario conocer el proceso que permite evidenciar estas necesidades de la comunidad mediante el diálogo, las distintas experiencias y realidad local. Por esta razón, es de suma importancia la elaboración de un Plan de Participación Social y Comunitario que contemple como objetivo principal la realización de un Diagnóstico Participativo considerando a toda la comunidad de Quintero, representada a través de las organizaciones sociales de nuestra comuna, y es aquí en donde el Consejo Local de Salud cumple un rol protagónico en la integración y participación de los vecinos y vecinas de Quintero en la construcción de alternativas que apunten a la equidad en materias de salud de las personas, de manera de abordar eficazmente las determinantes sociales que afectan la calidad de vida de las personas, y por tanto, como viven, su salud y su proceso de enfermedad.

Una de las repercusiones del COVID-19 fue la suspencion de la gran mayoría de las actividades en las organizaciones sociales, por lo cual el año 2022 tubieron como desafío volver a reencontrarse, reestructrurarse y planificar para seguir adelante.

3.13 Problemas de Salud Percibidos por la Población.

Las políticas públicas de salud están dirigidas a mejorar el grado de satisfacción usuaria para contribuir positivamente en la calidad de vida de los usuarios, para ello es necesario conocer cuáles son las necesidades o problemas que la población usuaria presenta. Y esta forma, la autoridad local podrá incluir esas necesidades en los planes de trabajo y orientaciones.

El diagnóstico participativo es un proceso que permite evidenciar estas necesidades de la comunidad desde su experiencia y realidad. Mediante el diálogo hace posible identificar problemas, causas y efectos dentro de un contexto determinado, permitido identificar y priorizar temas que son la base de un plan de acción para trabajar como Atencion Primaria de Salud Municipal en conjunto con la comunidad.

Una de los objetivos para los años 2022 – 2023 es realizar un diagnostico participativo comunal, iniciando con una encuenta online abierta a toda la comunidad quinterana, seguirdo de reuniones de trabajo con las diversas organizaciones comunitarias.

En forma preliminar, dentro de los resultados que ha arojado la encuesta online que se encuentra en proceso, se visulaizan problemas como la delincuencia, venta de drogas y/o alcohol (cerca de su vivienda), consumo de drogas y alcohol, falta de tenencia responsable de animales, microbasurales, contaminación entre otras.

3.14 Problemas de Salud Prioritarios

Priorizamos los siguientes ámbitos, que recogen tanto los problemas de salud, como las demandas sentidas de la comunidad y las definiciones de la propia organización.

Tasa de Mortalidad infantil de la comuna es superior a los indicadores de la region y del pais lo que significa que en la comuna de Quintero la probabilidda de que los niños fallecara es alta, por lo que se vuelve fundamental trabajar todos los aspectos de la salud de los niños, desde la gestante hasta la salud infantil,

revisando y apoyando a la comunidad en los ámbitos de crianza saludable y prevención de la Violencia Intrafamiliar.

Tasa de Mortalidad Adolescente de 15 a 19 años de la comuna superando la tasa regional y nacional, nos evidencia que es prioritario trabajar potenciando la accesibilidad en la atención, implementar estrategias que permitan establecer el vínculo con el adolescente y su familia.

Tasa de Mortalidad del adulto. A pesar que se observa una baja en la tasa de mortalidad del adulto 2014 – 2017, sin duda se requiere realizar plan de trabajo con enfoque de salud familiar y de las determinantes sociales, con las redes comunales, regionales.

Baja Cobertura de Empa de Mujeres y Hombres. Establecer estrategias de promoción, educación y participación, a través de un equipo de salud que este en contacto estrecho con la comunidad de las zonas rurales, establecimientos educacionales, grupos comunitarios y club deportivos, con el objetivo de promocionar e incentivar a la población sana a realizarse el examen de medicina preventivo y así de fortalecer los factores protectores y la pesquisa precoz de diversas patologías

Baja Cobertura del Examen Preventivo del Adulto Mayor. Establecer estrategias que permitan facilitar el acceso a la atención de salud del adulto mayor.

Baja Cobertura efectiva de la Diabetes Mellitus. Establecer estrategias de Salud Familiar a través de la implementación de los controles de multimorbilidad con el objetivo de lograr la compensación y control de los usuarios diagnosticados con enfermedades crónicas y así prevenir consecuencias devastadoras para su vida.

Cobertura evaluación Pie diabético. Siendo un indicador de atención primaria y estando con una cobertura por debajo a la cobertura nacional (90%) es prioritario establecer estrategias como la implementación de los controles de multimorbilidad realizado por profesional médico y de enfermería, facilitar el acceso para los controles de salud ampliando horarios de atención.

Baja Cobertura de efectiva de la Hipertensión Arterial. Establecer estrategias de Salud Familiar a través de la implementación de los controles de multimorbilidad con el objetivo de lograr la compensación y control de los usuarios diagnosticados con enfermedades crónicas y así prevenir consecuencias devastadoras para su vida.

Bajo Porcentaje de Adolescentes en control de Regulación de Fertilidad. Buscar estrategias en conjunto a los establecimientos educacionales con el objetivo de educar tanto a los adolescentes como a sus apoderados en la importancia del control de salud periódico y preventivo.

Aumento del Embarazo Adolescente. Sin duda se requiere el trabajo conjunto del equipo de salud para establecer estrategias de prevención del embarazo adolescente, consumo de alcohol y drogas, violencia, entre otros.

Obesidad Infantil. Mantener Plan de trabajo con la red comunal (educación, salud, social, deporte) es fundamental para lograr bajar la prevalencia de la Obesidad. Aumentar las intervenciones educativas a nivel familiar por el equipo multidisciplinario de salud.

Enfermedades de Notificación Obligatoria. A nivel comunal se observan que la Tasa Enfermedad de Transmisión sexual y la Tuberculosis son las más altas, por lo cual se hace necesaria estrategia de prevención y control de estas.

Cobertura de Trastornos de Salud Mental. El aumento de las consultas de salud mental, especialmente como resultado de la pandemia que estamos enfrentando (trastornos depresivos, dependencia alcohol, trastornos ansiosos, esquizofrenia, entre otros), hace necesario buscar estrategias para reducir las barreras de acceso, aumentar la cobertura y disminuir las brechas de tratamiento.

Episodios de Emergencia Medioambiental. Los eventos que se presentaron durante el año 2022 evidencia la necesidad de mantener actualizado los planes de emergencia en los distintos niveles de intervención, como también su periodica revisión e integracion de los distintos actores comunales. La falta de intervención en crisis por profesionales preparados para dar contención de los afectados y sus familias, la falta de equipamiento adecuado, falta de personal capacitado, falta de vehículos para traslado son situaciones que se requieren con urgencia solucionar.

Sección IV.- PLAN DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN

(Documento adjunto)

Los municipios cumplen un papel clave como agentes promotores del desarrollo de su comunidad, deben ser capaces de ver el presente y sobre todo el futuro de su comuna, con una mirada desde los

determinantes sociales. Y así orientar el desarrollo de planes estratégicos con la participación ciudadana para conocer cuáles son las necesidades de las personas, cuáles son sus intereses y problemas.

Para el año 2023 la Ilustre Municipalidad de Quintero tiene grandes desafíos desde el punto de vista de salud.

- **Departamento de Salud**

  Debido a la pronta puesta en marcha del Cesfam de Quintero el trabajo del DESAM durante el año 2022 y 2023 esta enfocado en :

- Revisión de las bases administrativas y tecnicas clínicas que rigen a la Atencion Primaria de Salud Municipal con el objetivo de utilizar los recursos económicos y RRHH de forma eficiente y eficaz para el bienestar de la comunidad.
- Planificacion presupuestaria, en relación al RRHH, insunos, equipamiento y logística, necesaria para la puesta en marcha del CESFAM y además mantener en funcionamiento los otros establecimientos de salud que dependen del DESAM.
- Plan de trabajo para realizar reclutamiento del personal para el CESFAM.
- Plan de trabajo para mejorar las condiciones laborales de los funcionarios del DESAM.
- Bases técnicas para licitación de insumos y sevicios (mantención, guaradias, aseo, laboratorio , entre otros) .
- Reforzamiento de la atención de salud en las zonas rurales de la comuna (Aumento de horas RRHH, movilizacion, insumos clínicos, insumos administrativos).
- Gestionar los recursos para la adquisicion de vehículos (camioneta – ambulania) para el CESFAM.

- **Nuevo CESFAM**

  Desde marzo del año 2022 se realizan reuniones con el SSVQ, Hospital Adriana Cousiño y DESAM con el objetivo de planificar un proceso de traspaso seguro y eficiente para los usuarios adcritos en la APS del servicio de salud hacia el APS municipal (CESFAM). En abril 2022 se da inicio al proceso de percapitacion para el CESFAM logrando inscribir solo 7.000 mil beneficiarios de Fonasa aproximadamente. Durante el año 2023 se continuara con la estrategia de inscripción, y a la vez se realizara un proceso de revisión de los inscritos en la Posta de Salud Rural Loncura.

  Se proyecta iniciar funcionamiento del Cesfam en el segundo semestre del 2023, para lo cual se envia una propuesta de dotación al Minsal de 1.683 horas semanales de RRHH (Categoría A-B-C-D- E y F) para iniciara las prestaciones de salud.

❖ **Posta de Salud Rural Loncura**

Durante el año 2022 se inician trabajos de reparacion y mantenimiento de infraestructura del establecimiento, logrando realizar la conexión del alcantarillado. Para el año 2023 se dará continuidad a la mantencion faltante de infraestructura, ampliación de box clínicos, bodegas de insumos clínicos y medicamentos, pavimentacion del estacionamiento y habilitación de áreas verdes para los funcionarios y comunidad.

En la atención clinica los desafíos para el año 2023 estan orientados en fortalecer las estrategia ECICEP , Hospital Digital, teledermatologia, telediabetes, en otras. Implementacion del programa del los Cuidados Paliativos Universales y del programa de Rehabilitacion Infantil.

❖ **Promoción en Salud y Participación Ciudadana**

Para el año 2023 el desafio es fortalecer el equipo comunal de promocion y participación atraves de la elaboración de un Programa anual de Promoción en Salud y Participación Ciudadana, con acciones programadas en conjunto con las diferentes unidades municipales y otras organizaciones comunales, asi como también con SEREMI de Salud y el Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota.

Y dar continuidad al **Diagnostico Participativo Comunal** iniciado en noviembre del año 2022.

❖ **Salud Laboral**

En Chile, la legislación para riesgos laborales considera la ergonomía, seguridad e higiene de salud en el trabajo y salud ocupacional. La Ley 16.744 es la que regula los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, pero con una visión más fisiológica, enfocándose en las condiciones sanitarias, ambientales básicas y/o uso de implementos de seguridad. Pero en las organizaciones también existe el ámbito psicosocial el cual no había sido considerado como un factor importante de influir en la salud mental de los trabajadores.

Desde el inicio de la pandemia el ámbito psicosocial en el trabajo se fue agudizando, lo cual se visualiza en el aumento de la licencias medicas, verbalización de los trabajadores de sentirse cansados, temor a contagiarse y contagiar a sus familias, aumento de carga laboral , entre otras.

Por estos motivos a fines de año 2021, nace la preocupación de la administración de abordar las necesidades psicosociales que tienen los funcionarios públicos no solo a traves del Plan de Intervencion Psicosocial a raíz de la necuenat SUSESO /ISTAS 21, sino además de un programa piloto "Programa Vida Laboral" enfocado en la prevención, intervención, seguimiento y posible solución, de diversas problemáticas que pudiesen tener los funcionarios a raíz del trabajo.Durante el año 2022 se da inicio al programa trabajando en forma tranversal con todas las unidades municipales (Salud, Educacion y Municipal) en la ejecución de diversas actividades de promoción y prevencion de la salud en el ámbito del trabajo.

Se proyecta mantener el programa para el año 2023 se reforzando con profesionales del área psicológica y social.

ACCIONES DE SALUD

Programar acciones de salud integral e integrada para la población de los territorios y comunidades sectorializadas permite ofrecer prestaciones de salud coherentes a cada realidad territorial y cultural, donde la continuidad del cuidado y el enfoque de curso de vida son fundamentales para acompañar adecuadamente a las personas y comunidades en las distintas etapas de la vida, de manera respetuosa y participativa, principalmente con acciones preventivas y de vigilancia de salud, considerando además la incorporación de nuevas estrategias que permitan entregar prestaciones adecuadas y efectivas a los usuarios y usuarias de la red, abordando los determinantes sociales de la salud, a modo de evitar que sean una limitante al ejercicio de su derecho a la atención. Es por este motivo la importancia de potenciar la atención de salud en las localidades rurales de nuestra comuna, acercando las atenciones de salud a sus hogares y comunidad.

SALUD EN LA INFANCIA

Las prestaciones salud de la infancia considera el abordaje de las principales necesidades biopsicosociales que determinarán el crecimiento y desarrollo de niños y niñas. Cada una de las prestaciones considera énfasis en promover las dimensiones de calidad vinculadas al acceso, oportunidad, equidad, eficiencia, eficacia y continuidad. Con un abordaje integral biopsicosocial, el acompañamiento continuo, respetuoso, participativo y consensuado, junto con la implementación de estrategias basadas en la evidencia científica y/o buenas prácticas en salud que permitan la efectividad de las intervenciones orientadas a la promoción de la salud, prevención de factores de riesgo y pesquisa oportuna de problemas de salud.

El Programa Nacional de Salud de la Infancia es fortalecido en sus prestaciones por el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP) que es el Componente de Salud del Subsistema de Protección

Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo y en el ámbito odontológico, por el Programa Sembrando Sonrisas y el Programa CERO, incorporado al Plan de Salud Familiar de APS.

SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

La Atención Primaria de Salud tiene la misión de influir en la mejora de las prácticas de salud de adolescentes y jóvenes con el protagonismo compartido de equipos de salud, familia, escuelas y otras instituciones, sobre materias sensibles como alimentación, actividad física, sexualidad, diversidad sexual, perspectiva de género, derechos, adicciones, salud mental, salud bucal, convivencia y otras situaciones emergentes, como la violencia de género en estas edades y el uso correcto de las tecnologías de la información, a través de intervenciones a nivel individual, comunitario e institucional.

Optimizar los contactos del equipo de salud con este grupo, desde una perspectiva más integral y como una oportunidad para resolver la mayor cantidad de problemas de salud que presenten, evitando la fragmentación por morbilidad o programas y asegurando la confidencialidad y privacidad en la atención. En aquellos adolescentes con vulneración de derechos y que se encuentran en programas de la Red SENAME, se recomienda un abordaje intersectorial, articulado y continuo en el tiempo, a modo de resguardar el acceso oportuno a controles de salud, detectar tempranamente factores de riesgo o enfermedades de salud, realizar acciones preventivas y dar continuidad a los cuidados e intervenciones psicosociales.

SALUD EN EDAD ADULTA

El modelo de atención de salud para este grupo etario debe estar enfocado en la entrega de una atención integral para mujeres y hombres de 25 a 64 años que responda a sus necesidades específicas mediante estrategias de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación que cuenten con la mejor evidencia disponible y de forma oportuna, expedita y de calidad, considerando el principio de equidad a lo largo del curso de vida.

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

La accesibilidad a la salud bucal como parte de la atención integral de salud, entendiendo su estrecho vínculo con enfermedades crónicas desde el concepto de multimorbilidad, la atención en salud sexual y reproductiva implica ofrecer a las personas el acceso a un continuo de servicios que respondan a las necesidades de cada etapa de su ciclo vital.

Otro desafío para las actuales políticas públicas es el aumento de la esperanza de vida, con un aumento cada vez mayor de mujeres en edad mediana y vejez. Entre las circunstancias y problemas que afectan la salud de este grupo, están: la menopausia, o cambios en la función ovárica que marcan el fin de la etapa reproductiva y conllevan un importante impacto en la salud, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, incontinencia urinaria, tumores malignos y problemas de salud mental, que se pueden ver acrecentados en el contexto de pandemia actual, con confinamientos y aislamientos prolongados.

En Chile el Cáncer Cervicouterino (CaCU) continúa siendo un importante problema de salud pública como en la mayoría de los países en desarrollo, con una incidencia estimada para el quinquenio 2003-2007 de 14.6 por 100 mil habitantes, es decir cerca de 1300 casos nuevos por año. De ahí la importancia de promover la sexualidad segura y saludable, fomentar la prevención primaria con la vacunación de acuerdo al Programa Nacional de Inmunizaciones y asegurar la prevención secundaria mediante la realización de Papanicolau en los centros de salud para detectar y brindar tratamiento a las personas de manera precoz y oportuna

SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES

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

Resulta un desafío el logro de un diseño diferenciado de atenciones en salud para la población de personas mayores, que incluya la evaluación integral y el seguimiento por parte del equipo de salud, teniendo en cuenta las características comunes de este grupo y al mismo tiempo, la heterogeneidad presente en la vejez.

Debido a la prevalencia de condiciones crónicas de salud del adulto mayor, se deben optimizar los contactos del equipo de salud con este grupo, desde una perspectiva más integral y como una oportunidad para resolver la mayor cantidad de problemas de salud que presenten, evitando la fragmentación por morbilidad o programas.

Es responsabilidad de cada equipo de sector identificar dentro de su población a cargo a las personas mayores para la ejecución de actividades de salud según el riesgo presente como la polifarmacia, el

diagnóstico funcional, de redes de apoyo, y eventos como caída u hospitalización reciente, pudiendo incorporar otros criterios de priorización según las características propias de las comunidades locales.

El monitoreo constante de la población de personas mayores mediante la realización del examen de medicina preventiva (EMPAM) cada 12 meses, con el correspondiente plan de atención es una herramienta fundamental para promover el envejecimiento saludable.

Sección V.- PLAN DE CAPACITACION (Documento adjunto)

Sección VI. - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- INE, Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, Censo Poblacional 2002. 2012
- INE, Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, Censo Poblacional 2017
- Minsal, DEIS. Indicadores epidemiológicos de Salud.
- Orientaciones Programáticas 2023. Minsal.
- Encuesta Casen. Mideplan.
- www.minsal.cl
- Reportes Comunales de la Biblioteca del Congreso.

PLAN DE CAPACITACIÓN
DEPARTAMENTO DE SALUD
I.MUNICIPALIDAD DE QUINTERO
2023

INTRODUCCIÓN

La Capacitación es considerada como un proceso educativo, el cual utiliza un procedimiento planeado, sistemático y organizado a través del cual se adquieren conocimientos, desarrollo de habilidades y técnicas necesarias para acrecentar la eficacia en el logro de las metas y un mejor desempeño en los diversos ámbitos de la atención de salud.

El Plan de Capacitación garantizará que los funcionarios adquieran los conocimientos y habilidades que le permitan desarrollar de forma íntegra las labores específicas de su función, lo que permitirá modificar actitudes frente a diversos aspectos de la organización, el puesto de trabajo o el ambiente laboral, uno de los principales objetivos es potenciar al funcionario en sus habilidades y mejore sus conocimientos que aplicará en su puesto de trabajo, contribuyendo con el Modelo de Atención de Salud Familiar y Comunitaria.

Este Plan de Capacitación se estructura en base a las necesidades del Departamento de Salud, el desarrollo personal y laboral de sus funcionarios y en base a los nueve ejes prioritarios que tiene el MINSAL para desarrollo y potenciar estas áreas, esto con la finalidad de potenciar el talento humano de una manera directa y eficaz. Se orienta principalmente a generar un cambio de actitud en aquellos funcionarios que lo requiera, creando un clima laboral satisfactorio, aumentando la motivación, el trabajo en equipo y que estos conocimientos adquiridos repercutan directamente en la atención de los Usuarios del Departamento de Salud.

FUNDAMENTACIÓN

Desde fines del año 2019 el mundo entero ha tenido que enfrentar una enfermedad desconocida la cual es producida por un agente viral llamado SARS-CoV-2 (coronavirus del síndrome respiratorio agudo grave tipo 2). El día 11 de marzo del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció como una Pandemia derivada de la enfermedad por coronavirus, lo que ocasiono un cambio en todas las acciones de salud que se realizan en APS, repercutiendo no solo a la comunidad sino también al recurso mas importante en cualquier organización, los funcionarios. Esto es de especial importancia en la organización que presta servicios, en la cual los conocimientos, la conducta y rendimiento de los individuos influye directamente en la calidad y optimización de los servicios que se brindan. Un personal capacitado, motivado y trabajando en equipo, son los pilares fundamentales en los que las organizaciones sustentan sus logros.

Los Ejes Estratégicos PAC año 2023 están orientados en el marco de los Objetivos Sanitarios de la década y del Modelo Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Y situados en el contexto actual de salud debido al COVID-19.

ALCANCE

El Plan de Capacitación incluye a todo el personal contratado por el Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de Quintero.

OBJETIVO

Promover e instruir al personal con conocimientos, prácticas y actitudes que contribuyan a mejorar su desempeño técnico y de gestión, la capacitación contribuirá a desarrollar los conocimientos necesarios, habilidades y destrezas de los funcionarios para mejorar el desempeño en su puesto laboral. Desarrollando conocimientos y habilidades específicas que beneficien la consolidación del proceso de implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

Objetivos Específicos

1. Potenciar y desarrollar los nueve ejes prioritarios que ha propuesto el MINSAL para planes de capacitación.
2. Reforzar los valores, la comunicación, el trabajo en equipo.
3. Potenciar el desarrollo personal en el puesto laboral.
4. Fomentar los conocimientos del personal, en el progreso de su campo laboral.
5. Entregar herramientas teórico-prácticas que permitan cerrar brechas de conocimientos entre funcionarios de una misma categoría.
6. Desarrollo de competencias y destrezas personales cimentado en principios éticos y morales sustentados en la transparencia, honorabilidad, responsabilidad social y trabajo en equipo.

ESTRATEGIA

El plan de capacitación se abordará desde:

1. **Capacitación Preventiva**, es aquella orientada a prever los cambios que se producen en los funcionarios pues su desempeño puede variar con los años, sus destrezas pueden deteriorarse y la tecnología hacer obsoletos sus conocimientos. Tiene por objeto la preparación del personal para enfrentar con éxito la adopción de nuevas

metodologías de trabajo, nueva tecnología o la utilización de nuevos equipos. Se incluye la capacitación en seguridad.

2. **Capacitación Correctiva**, está orientada a solucionar "problemas de desempeño". Su fuente original de información es la Evaluación de Desempeño, pero también los estudios de diagnóstico de necesidades dirigidos a identificarlos y determinar cuáles son factibles de solución a través de acciones de capacitación.

3. **Capacitación por Programas Auto gestionados** que sean atingentes al cargo y funciones que desempeña el funcionario al momento de realizarlas. Orientado para todo el personal del Departamento de Salud. El programa de aprendizaje auto gestionado a distancia (SIAD) pone a disposición variados cursos on – line auto gestionados, con el objetivo de contribuir a la capacitación y actualización permanente de los conocimientos de los funcionarios de la red asistencial de salud en las temáticas relacionadas al sector salud y su puesto laboral. Además de otras entidades de capacitación que entregan cursos on line gratuitos como Educa Transparencia, Minsal, IST, Iplacex, SEREMI, entre otros.

4. **Capacitación profesional y técnica impartida por otras instituciones**, está orientada a reconocer en este plan de capacitación todos los cursos, charlas, post títulos (diplomado, magister, doctorado, especialización) como así también seminarios, congresos, simposium, mesas de trabajo u otros que estén vinculados en la actividad laboral en que el funcionario se desempeña y que sean impartidas por organismos locales, municipales, nacionales o internacionales, universidades, servicios públicos o privados. Adecuándose a las orientaciones y lineamientos estratégicos entregados por el Minsal, para el programa anual de capacitación año 2023.

Los Ejes Estratégicos (EE) para Gestión de la Capacitación en los Establecimientos de Atención Primaria Municipal para el año 2023, recomienda priorizar actividades de capacitación que puedan ser realizadas bajo la modalidad no presencial y aquellas actividades que deben tener un carácter eminentemente presencial deben realizarse respetando las condiciones de distanciamiento social necesarias, como también tomando las medidas de protección con los funcionarios que participen de ellas. Con el objetivo de evitar la exposición y propagación al interior de los establecimientos del COVID-19, como también garantizar la continuidad del servicio.

EE1.- Medio Ambiente y Entornos Saludables

EE2.- Estilos de Vida

EE3.- Enfermedades Transmisibles

EE4.- Enfermedades Crónicas no Transmisibles y Violencia

EE5.- Funcionamiento y discapacidad

EE6.- Emergencias y Desastres

EE7.- Gestión, calidad e Innovación

Bajo el mismo contexto anteriormente mencionado, la priorización de contenidos temáticos está orientados a:

1.-Manejo y Resolución de Conflictos – Manejo de Situaciones de Crisis.

El actual contexto de pandemia COVID 19 ha propiciado una situación de estrés sostenido y agudo que afecta tanto a la población como a los trabajadores y trabajadoras de salud de atención primaria que forman parte de las comunidades afectadas. Esto expone a los equipos de salud a condiciones de al menos, una doble exigencia: mantener los cuidados de la población a cargo expuesta a estresores específicos y el propio cuidado para cumplir con el desarrollo de sus funciones en las mejores condiciones de calidad posible.

2.-Reforzamiento del Acceso a la Capacitación de los Técnicos de Enfermería de Nivel Superior de Salud Rural.

En el marco del Protocolo de Acuerdo suscrito por el Ministerio de Salud en la Mesa Tripartita de Atención Primaria, se ha acordado dar prioridad al mejoramiento del acceso a la capacitación de los Técnicos de Enfermería de Nivel Superior de Postas Rural, en todas sus modalidades y estrategias (Programas Anuales de Capacitación de Atención Primaria – PAC APS-, Sistema de Aprendizaje a Distancia –SIAD-, Desarrollo de Recursos Humanos, entre otros). Esto permitirá reforzar el trabajo en red con Postas de Salud Rural, a través de la Capacitación del Equipo de Salud responsable, con énfasis en los Técnicos de Enfermería de Nivel Superior de las Postas de Salud Rural y de la Salud Rural en los Servicios de Salud para reforzar conocimientos y desarrollar habilidades y destrezas técnicas necesarias para el desempeño de sus funciones. Ejemplos de ámbitos de requerimiento: RCP Básico y Avanzado, Normativa Legal, Trato Usuario, Modelo de Salud Familiar, entre otros.

3.- Profundizar Herramientas para la Implementación del Cuidado Integral centrado en la persona, con énfasis en la multimorbilidad.

En el marco de la Estrategia de cuidado integral centrado en la persona, para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad con énfasis en la multimorbilidad, se requiere de

fortalecer competencias específicas en el equipo de salud para apoyar a las personas y familias en el manejo de sus condiciones crónicas de salud, así como prevenir y disminuir complicaciones, el impacto que estas tienen en la red asistencial y en la calidad de vida de las personas. Esto, en un contexto de acciones centradas en las necesidades de las personas, sistematizadas y organizadas en coherencia con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

4.-. Capacitación mhgap (Programa para la reducción de brechas en Salud Mental de APS)

Desde el año 2015, el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) asumió la tarea de fortalecer las competencias de los equipos de la Atención Primaria de Salud (APS) para el abordaje de los problemas de salud mental, neurológicos y por abusos de sustancias, a través de la estrategia de capacitación y guía mhGAP (mental health Gap Accion Programme) del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental de la OPS/OMS. Bajo una metodología de capacitaciones en cascada se han formado cerca de 100 entrenadores a nivel nacional, han logrado capacitar a más de 3000 miembros de equipos de salud de la APS, con el modelo y guías de intervención mhGAP, desde 2016 a la fecha. En este sentido, las capacitaciones que realizan los Servicios de Salud y las comunas en la estrategia mhGAP fortalecerán las competencias de salud mental en el Equipo de salud general, y deben ser priorizadas en los Centros de Atención Primaria de Salud, resguardando las horas necesarias de los miembros del Equipo para que se capaciten en esta materia. Para este año, se continuará avanzando en la formación de Entrenadores ToT (Entrenador de Entrenadores), para luego avanzar en las comunas del país en la formación ToHP (Entrenamiento para el Prestador de Salud). Junto a lo anterior, las actividades presenciales serán complementadas con estrategias de formación remotas, según las condiciones sanitarias actuales del país

5.- Capacitación Estrategia HEARTS1

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica controlable, multifactorial que disminuye tanto la calidad como la expectativa de vida de las personas, siendo responsable del 7.7% del total de años de vida saludables perdidos por mortalidad prematura o discapacidad en Chile. Es el principal factor de riesgo aislado, al cual se atribuye la mayor carga de muertes en Chile, particularmente de la enfermedad cardiovascular, cerebrovascular y renal. Se estima que 56,4% de las muertes por enfermedad isquémica cardíaca, 56,3% de la enfermedad cerebrovascular, 100% de la enfermedad hipertensiva del corazón, y 55.6% de la enfermedad renal crónica son atribuibles a la presión arterial (PA) sistólica elevada y que reducciones de tan sólo 10 con 5 mmHg en la PA sistólica y diastólica, se asociaría a reducciones de 32% de ACV, 45% de insuficiencia cardíaca y 18% de infarto agudo al miocardio. En virtud de esta situación, Chile priorizó entre los objetivos estratégicos para el decenio 2000 y 2011, el control de la presión arterial elevada, con la

formulación en esta última, de una meta sanitaria que se compromete a incrementar en un 50% la proporción de personas con presión arterial controlada. Bajo este contexto, es que en Chile se promueve la implementación de la estrategia HEARTS, nombrados por la OPS como paquetes técnicos.

6.- Fortalecimiento de Competencias en Manejo y Prevención de COVID en Atención Primaria de Salud

En Chile, el 3 de marzo año 2020 fue detectado el primer caso de COVID positivo, en el Hospital de Talca, el cual fue en aumento lineal y nos ha llevado a implementar distintas estrategias a nivel de APS para hacer frente a la Pandemia.

Dentro de las estrategias aplicables a la población y con buenos resultados en reducir los riesgos de contagio por COVID-19 es tomar las medidas necesarias de autocuidado. Está en cocimiento que cada contacto con otra persona aumenta el riesgo de contagio, por eso, es importante que a medida que se levantan las cuarentenas y las medidas restrictivas, se tengan incorporados hábitos para cuidarnos y cuidar a otros, fomentando el autocuidado en nuestros lugares de trabajo, nuestros hogares y comunidades.

En todo este tiempo, se ha ido aprendiendo de estas acciones básicas, pero fundamentales, como son el lavado de manos frecuente o el uso de mascarilla, sin embargo, dentro de los establecimientos en APS, se debe fomentar ciertas medidas de seguridad para disminuir la probabilidad de contagio, entre funcionarios y durante la atención a usuarios, así las actividades presenciales deben garantizar la calidad y seguridad asistencial de la atención, tanto para los pacientes como para los equipos de salud.

7.- Sensibilización y formación del personal de salud para la atención respetuosa a población con genero no conforme y LGTBIQA+.

La atención a personas trans o género no conforme puede generar cierta inseguridad dentro del equipo de salud por desconocimiento o falta de competencias. Debido a ello, se puede tender a minimizar e invisibilizar lo referido a la identidad de género. Sin embargo, en la medida en que exista sensibilización y formación de competencias para un acompañamiento adecuado y oportuno, se genera un impacto positivo en la vida personal de NNNA, en su salud y en el entorno.

Para la disminución de estas barreras, las acciones de formación y sensibilización deberán alcanzar a todas las personas que trabajen en el establecimiento de salud. Lo anterior, como una forma de promover una acogida sensible en cualquier punto de contacto que exista entre las personas trans y GNC, y el centro de salud.

Al mismo tiempo, se espera con esto disminuir el riesgo de actitudes ofensivas, despreciativas, desconsideradas, voluntarias o involuntarias que ocurren todos los días, y que transmiten mensajes hostiles y derogatorios hacia personas trans y GNC sobre la base de su identidad o expresión de género; y que pueden impactar negativamente en su salud, bienestar y calidad de vida.

Estas acciones apuntan a generar actitudes acogedoras en quienes trabajan en los establecimientos de salud, y avanzar hacia el logro de un cambio cultural en el establecimiento, camino a ser un espacio seguro y afirmativo para la diversidad de género y sexual. Las acciones formativas en este ámbito buscan que las personas logren:

Entender la diversidad de género y sexual;

Promover la visibilización de todas las orientaciones sexuales e identidades de género en el curso de vida, y en diversos ámbitos o acciones cotidianas;

Desarrollar competencia cultural, que apunte a: valorar la diversidad, auto-monitorearse para disminuir el riesgo de discriminación explícita o implícita, adaptarse a la diversidad, gestionar las diferencias y promover acciones afirmativas en diversos ámbitos.

Se recomienda incentivar acciones de formación continuas, recurrentes y progresivas, que permitan ir avanzando en el logro de un cambio positivo y estable en las capacidades institucionales.

N° EJE	RESULTADOS ESPERADOS (Objetivos)	ACTIVIDAD CAPACITACION	N° PARTICIPANTES POR CATEGORIA							N° HRS.	FINANCIADO CON APORTES DE				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA
			A Méd - Odont. - QF	B Otros Prof.	C TENS	D Téc. de Salud	E Administrativo	F Aux. de Servicio	TOTAL PARTIC		ITEM CAPACITAC SSVQ $	MUNICIPIO $	OTRO $	TOTAL COSTO ESTIMADO $			
2	Que el equipo de salud Adquiera los conocimiento para Brindar una atención integral centrada en las personas con multimorbilidad crónicas, con base en el Modelo de Atención de Salud Familiar y Comunitaria.	Multimorbilidad (Polifarmacia ,Trastornos de la conducta alimenticia, entre otros)	6	10	6	1	0	0	23	18		x		$1.000.000	Externo	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Mayo
2	.Fortalecer las competencias del equipo de salud para el abordaje de los problemas de salud mental.	Estrategia mhGAP	2	6	4	0	0	0	12	16		x		$850.000	Externo	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Abril
2	Fomentar el cuidado y trato a pacientes, con capacidades diferentes en todos sus ámbitos. (Dismovilizados, Postrados, Problemas motores e intelectuales, entre otros)	Inclusión	2	6	5	1	4	2	20	8		x		$320.000	Interno	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Sep
7	Reforzar al equipo, en las orientaciones e instrucciones al interior del centro de salud, información clara para	Gestión de la Información y la Demanda	6	24	16	1	5	12	64	8		X		$320.000	Interno	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Enero

	funcionarios y posterior orientación al paciente.																
9	Formar y capacitar al equipo de Salud en obtener las herramientas y conocimientos vitales	Urgencias: - PHTLS - ACLS - Maternidad - Electro-Cardiografía - Reanimación - Monitoreo	2	4	13	0	0	0	6	25			x		Externo	SSVQ	
8	Fortalecer las competencias de los funcionarios en el buen trato al usuario, la comunicación, mediación, identificación y resolución de conflictos al interior del establecimiento de salud.	Trato al Usuario y Resolución de conflictos Control y manejo del estrés. Comunicación efectiva	6	24	16	1	5	12	64	8	x			$1.000.000	Externo	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Julio
4	Promover los estilos de vida saludable dentro del equipo y entregar técnicas de relajación y pausas en la jornada laboral, disminuyendo el estrés y fomentar las buenas prácticas laborales.	Pausa Saludable	6	24	16	1	5	12	64	4			x	$400.000	Interno	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	Marzo – junio - oct
4	Fomentar las actividades grupales y de cuidados personales para el funcionario, otorgando educación e instancias de recreación.	Autocuidado para el Equipo	6	24	16	1	5	12	64	9		x		$1.500.000	Interno	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	oct

7	Proporcionar la información a los funcionarios sobre los procesos de compra, adquisición y abastecimiento del centro. Ley de compras públicas y procesos internos.	Procesos adquisición y abastecimiento.	2	4	0	0	4	0	10	8		x		$320.000	Interno	Comisión de Capacitación, Dirección y Adquisiciones.	feb
2	Capacitar y actualizar al equipo de salud en Enfermedad de Tipo no Transmisibles.	Estrategia HEARTS	5	10	13	1	0	0	29	20		x			Externo	Comisión de Capacitación, Dirección	enero
9	Capacitar al equipo de APS en temáticas de gestión del riesgo de desastres en salud	GRD en salud	6	24	16	1	5	12	64	10		x			Externo	Comisión de Capacitación, Dirección	junio
1	Capacitar al personal del recinto de salud en las condiciones sanitarias básicas para el óptimo funcionamiento del centro, enfocado en la seguridad del paciente.	Infecciones asociadas a la atención en salud.	0	0	13	0	0	1	14	8		x			Interno	Comisión de Capacitación, Dirección	enero

8	Actualizar a los funcionarios de Salud, sobre los principales programas entregados en el centro de Atención Primaria	Actualización en Programas de APS. (Rayen, PNAC, FONASA, Procesos, PSCV)	6	12	16	1	5	12	52	10		x			Interno	Comisión de Capacitación, Dirección	
	Poder Capacitar al equipo de salud en diversas áreas dependiendo de la necesidad y del contexto epidemiológico actual	Necesidades emergentes de capacitación	6	24	16	1	5	12	64		x	x					

N° EJE	RESULTADOS ESPERADOS (Objetivos)	ACTIVIDAD CAPACITACION	N° PARTICIPANTES POR CATEGORIA							N° HRS.	FINANCIADO CON APORTES DE				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA
			A Méd - Odont. - QF	B Otros Prof.	C TENS	D Téc. de Salud	E Administrativo	F Aux. de Servicio	TOTAL PARTIC		ITEM CAPACITAC SSVQ $	MUNICIPIO $	OTRO $	TOTAL COSTO ESTIMADO $			
1	Reducir la población expuesta a condiciones sanitario ambientales desfavorables que afectan la salud y la calidad de vida, priorizando la población vulnerable, con enfoque territorial y considerando la pertinencia cultural.	Condiciones sanitario ambientales	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Enero
1	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal.	Salud familiar y comunitaria	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Enero
1	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	Salud Ocupacional	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Enero

2	Disminuir la prevalencia de inactividad física en población en Chile, a través del curso de vida.	Actividad Física	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Febrero
2	Aumentar la seguridad alimentaria y nutricional en Chile, a través del curso de vida considerando diversidad territorial y pertinencia cultural.	Alimentación Saludable e inocua	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Febrero
2	Reducir el consumo de alcohol en población general y sus consecuencias sociales y sanitarias.	Consumo de alcohol	9	36	26	2	12	14	99			x			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Febrero
2	Disminuir el consumo de drogas en la población de Chile reduciendo sus consecuencias sociales y sanitarias.	Consumo de Drogas	9	36	26	2	12	14	99			x			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Marzo
2	Disminuir la prevalencia de consumo de productos de tabaco y sistemas electrónicos de administración de nicotina y sin nicotina en la población.	Consumo de Tabaco	9	36	26	2	12	14	99			x			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Marzo
2	Mejorar la salud mental de la población en Chile con enfoque en lo promocional y preventivo.	Salud mental	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Marzo
2	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	Salud Sexual y reproductiva	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Abril

3	Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación, emergentes o reemergentes	Enfermedades Transmisibles en eliminación	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Abril
4	Minimizar la transmisión de zoonosis y enfermedades vectoriales y controlar eventos de la convivencia con animales que afecten la salud de la población del país y que puedan provocar epidemias.	Enfermedades Zoonóticas y vectoriales	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Abril
4	Disminuir la Morbimortalidad por Infecciones Respiratorias Agudas en la población a nivel nacional.	Infecciones Respiratorias Agudas	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Mayo
4	Reducir el riesgo de emergencia y diseminación de Resistencia a los antimicrobianos	Resistencia a los Antimicrobianos	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Mayo

4	Reducir la incidencia de Tuberculosis en la población en Chile	Tuberculosis	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Mayo
4	Disminuir la incidencia de VIH/SIDA en Chile en la población entre 15 a 49 años.	VIH/SIDA	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Junio
5	Disminuir la tasa de morbimortalidad por accidentes de tránsito en la población.	Accidentes de tránsito	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Junio

5	Disminuir la prevalencia e incidencia de Alteraciones Músculo Esqueléticas, que genera dolor crónico y/o alteraciones funcionales en la población.	Alteraciones Musculoesqueléticas	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Junio
5	Mantener y propiciar el funcionamiento de las personas con AR optimizando bienestar y calidad de vida disminuyendo discapacidad y dependencia.	Artritis Reumatoidea	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Julio
5	Disminuir la prevalencia de dependencia severa en la población en todo el curso de vida.	Dependencia severa	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Julio

5	Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad	Desarrollo Integral Infantil	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Julio
6	Disminuir el impacto negativo en la salud de la población por efecto del cambio climático	Cambio climático	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Agosto
6	Mitigar los efectos de las emergencias y desastres en la salud y bienestar de la población.	Gestión del riesgo, emergencia y desastres	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Agosto

7	Disminuir la tasa de morbimortalidad y mejorar la calidad de vida de las personas que requieren uno o más trasplantes de órganos y/o tejidos.	Donación y trasplantes de órganos y tejidos	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Agosto
7	Mejorar el financiamiento público destinado a salud.	Financiamiento del sector	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Septiembre
7	Fortalecer la infraestructura y equipamiento del sector con enfoque de equidad dando respuesta a las necesidades de salud de la población.	Infraestructura y equipamiento	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Septiembre

7	Aumentar la equidad territorial en la distribución de recursos humanos en el Sistema Público de Salud Fortalecer el Diseño, Implementación y Monitoreo de un Modelo integral de Gestión y Desarrollo de Personas en el Sistema Público de Salud. Favorecer el desarrollo y capacitación del RRHH en la Atención Primaria de Salud, en los ámbitos de competencias técnicas, habilidades profesionales, administrativas y conocimiento jurídico de las actuales normativas vigentes.	Gestión del personal	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Septiembre
7	Fortalecer un modelo de gestión participativa en el área de la salud.	Participación Social	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Octubre

7	Desarrollar un modelo de atención de Salud Digital sostenible, que aporte al acceso, la atención oportuna y la información a los pacientes en sus contextos territoriales/culturales, de manera articulada, coordinada y que complemente al modelo de atención de salud presencial vigente.	Salud Digital	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Octubre
7	Fortalecer la entrega de servicios de salud con equidad, calidad y seguridad a la población a lo largo de su curso de vida	Calidad de la atención	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Noviembre
7	Contar con Sistemas de información de salud sostenibles, suficientes, integrados y alineados con las necesidades del sector.	Sistemas de información en salud	9	36	26	2	12	14	99			X			Externo	Dirección DESAM Comité de Capacitación	Noviembre

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACCIONES TRIMESTRALES	1	2	3	4
Planificación	x			
Análisis e instalación	x			
Ejecución General	x	x	x	x
Evaluación General Parcial		x		
Evaluación General				x

RECONOCIMIENTO DE LA CAPACITACIÓN

La capacitación tiene carácter integral y participativo, propiciando las correcciones y ajuste necesarios para el fortalecimiento y consecución de los objetivos planteados. Este enfoque le otorga a la capacitación un carácter formativo y permanente, centrado fundamentalmente en la distancia existente entre lo que el funcionario puede realizar de forma adecuada y las exigencia de actuación establecidas para su desempeño. Dicha distancia debe constituir un espacio de actuación educativa que permita establecer las mejoras de la actuación de los funcionarios y debe regirse por el reglamento de la Carrera Funcionaria.

MATRIZ DE CUIDADOS A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA 2023

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META
1	PROMOCION	Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población.	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva y riesgos de no amamantar. Realizar control precoz de alta, para el seguimiento e instalación de la lactancia materna en el recién nacido. Fortalecer las consultas de lactancia materna durante el primer mes. En cada control de salud pesquisar factores de riesgos y/o problemas reales que pudieran afectar la mantención y extensión de la LM. Manejar problemas de lactancia materna que se presenten en los controles de salud, fortaleciendo las clínicas de lactancia.	Porcentaje de niños y niñas con lactancia materna exclusiva controlados al sexto mes.	Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida / Nº de lactantes controlados al 6to mes * 100	Disminuir a lo menos un 15% de la brecha hasta alcanzar la cobertura de referencia país del 60%
2	PROMOCION	Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población.	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	Consejería individual de actividad física entregada a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años.	Porcentaje niñas y niños menores de 10 años que reciben consejerías individuales en actividad física entregadas a ellos y/o junto a padres o cuidadores	Nº de niños y niñas menores de 10 años con consejería individual en actividad física / Total de población bajo control menor de 10 años * 100	10%
3	PROMOCION	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, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional al 5º mes	Población con consulta nutricional al 5º mes / Total de población bajo control de 5 meses a 11 meses 29 días * 100	80%
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, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta 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%
5	PROMOCION	Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población.	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	Fomentar hábitos de vida saludable (alimentación saludable y actividad física), tempranamente para prevenir la malnutrición por exceso o déficit.	Porcentaje de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal.	N° de niños y niñas menores de 6 años con estado nutricional normal / N° de niñas y niños menores de 6 años inscritos validados * 100	60%
6	PROMOCION	Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo	Fortalecer las habilidades parentales y generar ambientes estimulantes con	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa del padre.	Porcentaje de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre.	Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre / Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años) * 100	10%

		integral acorde a su potencialidad.	pertinencia cultural.				
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	Porcentaje de niños y niños menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan al taller de Promoción del desarrollo del lenguaje.	N° niños y niñas menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres de Promoción del desarrollo del lenguaje/ N° de niños (as) bajo control menores de 1 año *100	25%
8	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 motor en el primer año de vida	Porcentaje de niños y niños 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%
9	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 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	Aumentan en un 10% en relación a lo realizado el año 2021.
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 Especializa a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" * 100	Establecer línea base
11	PREVENCION	Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población.	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud integral infantil que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia.	Porcentaje de niños y niñas eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente	Nº de niños y niñas eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente/Nº de niños y niñas eutróficos bajo control, en cada control correspondiente * 100	60%
12	PREVENCION	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 niñas y niños menores de 5 años bajo control.	Porcentaje de niños(as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres Nadie es Perfecto	Nº de madres, padres o cuidadores(as) de niños(as) menores de 5 años que ingresan a talleres Nadie es Perfecto/ Población bajo control de niños(as) menores de 5 años*100	7%
13	PREVENCION	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 a niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas	Total de niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas bajo control 0 a 9 años 11 meses y 29 días según estado nutricional	Número de niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas bajo control año 2022- número de niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas bajo control año 2021/ Número de niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas bajo control año 2021 * 100	Aumentar o mantener el porcentaje de niños y niñas pertenecientes a pueblos indígenas bajo control en relación al año anterior

14	PREVENCION	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 a niños y niñas migrantes	Total de niños y niñas migrantes bajo control 0 a 9 años 11 meses y 29 días según estado nutricional	Número de niños y niñas migrantes bajo control año 2022-número de niños y niñas migrantes bajo control año 2021/ Número de niños y niñas migrantes bajo control año 2021 * 100	Aumentar o mantener el porcentaje de niños y niñas migrantes bajo control en relación al año anterior
15	PREVENCION	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 71 meses	Cobertura de niños y niñas de 0 a 71 meses bajo control.	Total de niños y niñas de 0 a 71 meses en control/Población inscrita validada de 0 a 71 meses *100	70%
16	PREVENCION	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 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 ciclo vital de niñas y niños de 1 mes * 100	100%
17	PREVENCION	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 evaluación de Pauta Breve.	Cobertura de la evaluación del desarrollo psicomotor con pauta breve de niños y niñas de 4 meses	Nº de niños y niñas con Pauta Breve aplicada en el control de salud de los 4 meses en el periodo/ Población inscrita validada de 0 a 11 meses 29 días en el periodo* 100	80%
18	PREVENCION	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 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo de niños y niñas de 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)	Nº de niños y niñas de 7-11 meses con test de evaluación del desarrollo psicomotor realizado en el control de salud integral de los 8 meses (Primera evaluación)/ Población inscrita validada de 0 a 11 meses 29 días en el periodo* 100	80%
19	PREVENCION	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 de evaluación del desarrollo psicomotor.	Cobertura de la evaluación del desarrollo psicomotor con pauta breve de niños y niñas de 12 a 17 meses	Nº de niños y niñas de 12 a 17 meses con pauta breve aplicada en el control de salud integral infantil en el periodo / Población inscrita validada de 1 año a 1 año 11 meses 29 días en el periodo* 100	80%
20	PREVENCION	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 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	Cobertura de la evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños y niñas 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud infantil de los 18 meses.	Nº de niños y niñas de 18 a 23 meses con aplicación de test de evaluación del desarrollo psicomotor en el control de salud integral de los 18 meses en el periodo (Primera evaluación)/ Población inscrita validada de 1 año a 1 año 11 meses 29 días en el periodo* 100	90%

21	PREVEN CION	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 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. (Primera evaluación)	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 de los 36 meses.	Nº de niños y niñas de 24 a 47 meses con aplicación de test de evaluación de desarrollo psicomotor (Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses en el periodo / Población inscrita validada de 3 años en el periodo*100	90%
22	PREVEN CION	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	Evaluación del desarrollo infantil a niños y niñas de 0 a 5 años que pertenecen al Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios)	Cobertura de evaluación del desarrollo infantil en población entre 0 y 5 años que pertenecen al Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas ambulatorios y residenciales)	N° total de niños y niñas entre 0 y 5 años del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) con evaluaciones del desarrollo infantil realizados (año vigente) / N° total de niños y niñas de 0 y 5 años del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) bajo control en el período (año vigente) X 100	100%
23	PREVEN CION	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 la Escala Edimburgo (EPDS) a las madres en el control de salud infantil de los 2 meses.	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%
24	PREVEN CION	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 de prevención de condiciones 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 a talleres preventivos de condiciones 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	Aumentan en un 10% en relación a lo realizado el año 2021.
25	PREVEN CION	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.	N° 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 Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" * 100	Establecer línea base
26	PREVEN CION	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	Toma de Radiografía pelvis a niños y niñas a los 3 meses	Porcentaje de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas	Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA * 100	90%

			su detección precoz				
27	PREVEN CION	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 36 a 71 meses con evaluación de la presión arterial.	Nº niños y niñas de 36 a 71 meses con evaluación de la presión arterial / Población en control de 36 a 71 meses) * 100	Incrementar en un 30 % respecto al año anterior
28	PREVEN CION	Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación.	Mantener o mejorar coberturas de inmunización	Administración de esquema primario completo en niños y niñas menores de 1 año con vacuna Hexavalente (H.influenzae tipo b, hepatitis B, difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis)	Porcentaje de niños/ as menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna Hexavalente (hepatitis B, difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis, enfermedad invasora H. Influenzae tipo b (Hib).	N° de niños y niñas menores de 1 año con esquema primario completo vacuna Hexavalente (H.influenzae tipo b, Hepatitis B, Difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis) administrada/ N° de niños y niñas de 2, 4 y 6 meses *100	95%
29	PREVEN CION	Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación.	Mantener o mejorar coberturas de inmunización	Administración de esquema completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños y niñas de 1 año.	Porcentaje de niños y niñas de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada administrada (El esquema completo es 2m, 4m y 12m (refuerzo))	Nº de niños y niñas de 1 año con administración de 1 refuerzo de vacuna Neumocócica conjugada) / Nº de niños y niñas de 1 año)*100	95%
30	PREVEN CION	Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación.	Mantener o mejorar coberturas de inmunización	Administración de vacuna Meningocócica conjugada a niños y niñas a los 12 meses de edad	Porcentaje de niños y niñas que se le administró vacuna Meningocócica conjugada a los 12 meses de edad	Nº de niños y niñas que se administró vacuna Meningocócica conjugada correspondiente a los 12 meses/Nº de niños y niñas de 12 meses * 100	90%
31	PREVEN CION	Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación.	Mantener o mejorar coberturas de inmunización	Administración de vacuna Tres Vírica a niños y niñas a los 12 meses de edad	Porcentaje de niños y niñas que se le administró vacuna Tres Vírica a los 12 meses de edad	Nº de niños y niñas que se administró vacuna Tres Vírica correspondiente a los 12 meses/ Nº de niños y niñas de 12 meses) * 100	90%
32	PREVEN CION	Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación.	Mantener o mejorar coberturas de inmunización	Administración de vacuna hepatitis A a los /as niños y niñas a los 18 meses de edad	Porcentaje de niños y niñas que se le administró vacuna Hepatitis A a los 18 meses de edad	Nº de niños y niñas que se administró vacuna Hepatitis A correspondiente a los 18 meses/Nº de niños y niñas de 18 meses * 100	90%

33	PREVEN CION	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 los/as niños y niñas a los 18 meses de edad	Porcentaje de niños y niñas que se le administró vacuna contra la Varicela a los 18 meses de edad	Nº de niños y niñas que se administró vacuna contra la Varicela correspondiente a los 18 meses/ Nº de niños y niñas de 18 meses) * 100	90%
34	PREVEN CION	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.	N° de niñas/os de 18 meses con refuerzo de vacuna Hexavalente (H.influenzae tipo b, Hepatitis B, Difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis) * 100	95%
35	PREVEN CION	Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación.	Mantener o mejorar coberturas de inmunización	Administración de vacuna Tres vírica en niñas/os 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 Tres Vírica correspondiente a los 36 meses/Nº de niños y niñas de 36 meses * 100	90%
36	PREVEN CION	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	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 *100 (Solo se en Isla de Pascua)	90%
37	PREVEN CION	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.	N° niños y niñas de los 6 meses de edad a 5 años de edad con vacuna anti-influenza administrada/N° de niños y niñas de 6 meses a 5 años de edad según proyección INE *100	85%
38	PREVEN CION	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 niños y niñas desde 1° hasta 5°básico.	Porcentaje de niños y niñas desde 1º hasta 5°básico con vacuna anti-influenza administrada.	N° niños y niñas de 1º a 5º básico con vacuna anti-influenza administrada /Población matriculada Mineduc de niños y niñas desde 1º a 5º básico *100	85%
39	PREVEN CION	Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en	Mantener o mejorar coberturas de inmunización	Administración de segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas y niños que cursan 5º básico.	Porcentaje de niños y niñas que cursan 5º básico con segunda dosis de vacuna VPH administrada.	Nº de niños y niñas que cursan 5° básico con 2° dosis de vacuna VPH administrada/Nº de niños y niñas matriculados en 5º básico * 100	90%

		vías de eliminación.					
40	PREVENCION	Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación.	Mantener o mejorar coberturas de inmunización	Administración de vacuna dTpa en niñas/os que cursan 1º básico.	Porcentaje de niñas/os que cursan 1º básico vacuna dTpa administrada.	N° de niñas/os de que cursan 1° básico con vacuna dTpa administrada/N° de niños y niñas matriculados en 1° año básico * 100	90%
41	PREVENCION	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 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%
42	PREVENCION	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 < 2años	Porcentaje de niñas/os menores de 2 años que ingresan a la población bajo control en salud oral (CERO)	Nº de niños y niñas menores de 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%
43	PREVENCION	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 2 y 3 años	Porcentaje de niñas/os de 2 y 3 años que ingresan a la población bajo control en salud oral (CERO)	Nº de niños y niñas de 2 y 3 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	70%
44	PREVENCION	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 4 a 6 años	Porcentaje de niñas/os de 4 a 6 años que ingresan a la población bajo control en salud oral (CERO)	Nº de niños y niñas menores de 4 a 6 años con evaluación de riesgo odontológico anual (Aplicación de Pauta CERO)/ Total de niños y niñas de 4 a 6 años inscritos y validados en los establecimientos*100	50%
45	PREVENCION	Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso	Fomentar los hábitos promotores de la salud bucal asociado a la	CERO 7-10 años	Porcentaje de niñas/os niñas/os de 7a 10 años que ingresan a la población bajo control en salud oral (CERO)	Nº de niños y niñas de 7 a 10 años con evaluación de riesgo odontológico anual (Aplicación de Pauta CERO)/ Total de niños y niñas de 7 a 10 años inscritos y validados en los establecimientos*100	35%

		de vida con enfoque de equidad en salud.	reducción del consumo de tabaco, alcohol y azúcar				
46	PREVENCION	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%
47	PREVENCION	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%
48	PREVENCION	Disminuir la morbimortalidad 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%
49	PREVENCION	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.	Atención integral y oportuna a niños y niñas de 0 a 9 años que pertenecen a programas residenciales del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez"	Concentración de consultas y controles de salud en niños y niñas de 0 a 9 años que pertenecen al Servicio de Protección Especializada "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios)	N° total de atenciones (controles y consultas) realizadas a niños y niñas de 0 a 9 años que pertenecen al Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" (año vigente) (programas residenciales y ambulatorios) / N° total de niños y niñas de residencias del Servicio de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez", entre 0 y 9 años bajo control en el período	Concentración entre 1 y 3 controles
50	PREVENCIÓN	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 36 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.	N° de niños y niñas con Tamizaje Trastorno Espectro Autista (M-CHAT-R/F) realizado con alteración del área de lenguaje y/o Social en el control de los 18 meses / N° de niños y niñas con alteración de área Lenguaje y/o Social en Control de los 18 meses *100	Incrementar en un 10% respecto al año anterior.
51	DIAGNÓSTICO	Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	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.	Porcentaje de niños y niñas menores de 10 años con Radiografías Retroalveolares y Bite Wing	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%

52	TRATA MIENTO	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 desarrollo	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%
53	TRATA MIENTO	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.	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	Porcentaje de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación.	Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación / Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses *100	90%
54	TRATA MIENTO	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 población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud.	Porcentaje de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años	(Nº de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente o de asma bronquial de 0 a 9 años (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 (año 2019)/ Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente o de asma bronquial de 0 a 9 años (año 2019))*100	Aumentar o mantener conn respecto al año 2019
55	TRATA MIENTO	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)	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año 2019) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año 2019)) Calculo de proporción: (Nº de personas asmáticas controladas de 0-9 años bajo control /Nº de personas asmáticas de 0-9 años bajo control)*100	Incrementar en 10% con respecto a cumplimiento año base
56	TRATA MIENTO	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	Nº de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación / Nº de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico*100	100%
57	TRATA MIENTO	Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	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%

58	TRATA MIENTO	Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	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	2,5%
59	TRATA MIENTO	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	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%
60	TRATA MIENTO	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 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 o a 9 años, esperados según prevalencia del 22%	17%
61	TRATA MIENTO	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	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%
62	TRATA MIENTO	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 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.
63	TRATA MIENTO	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.	Niñas y niños con déficit (categoría de riesgo retraso en test de desarrollo psicomotor) / rezago en su desarrollo debe ingresar a sala de estimulación (u otra modalidad de estimulación)	Porcentaje de niños y niñas con rezago u otra vulnerabilidad que ingresan a sala de estimulación en el Centro de Salud (u otra modalidad de estimulación)	N° de niños y niñas con rezago, riesgo, retraso que ingresan a sala de estimulación en el Centro de Salud (u otra modalidad de estimulación) / N° de niños y niñas evaluados, con resultado rezago, riesgo, retraso en el DSM, por primera vez *100	100%

64	TRATA MIENTO	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.	Ingreso a sala de estimulación (u otra modalidad de estimulación) de niños y niñas con presencia de factor de riesgo biopsicosocial para intervenciones y así disminuir posibles alteraciones que afecten el desarrollo normal	Porcentaje de niños y niñas con presencia de factor de riesgo biopsicosocial que afecte su desarrollo y que ingresan a sala de estimulación en el Centro de Salud (u otra modalidad de estimulación)	N° de niños y niñas con riesgo biopsicosocial u otra vulnerabilidad que ingresan a sala de estimulación en el Centro de Salud (u otra 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 x100	80%
65	TRATA MIENTO	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%
66	TRATA MIENTO	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%
67	TRATA MIENTO	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 5 años con Dg. de Malnutrición por exceso.	Porcentaje de población infantil menor a 5 años con Malnutrición por exceso que recibe Consulta Nutricional (CN).	Población infantil menor a 5 años con Dg. de malnutrición por exceso que recibe CN / Población infantil menor a 5 años con Dg .de Malnutrición por exceso) *100	50%
68	TRATA MIENTO	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 o mantener el en relación al año anterior
69	PREVEN CION TRATA MIENTO	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 linea 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

	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META
1	PROMOCION	Disminuir la prevalencia de consumo de productos de tabaco y sistema electronicos de administrcion de nicotina y sin nicotina en la población	Retardar el inicio del consumo de tabaco.	Realizar consejerías programadas y agendadas en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Porcentaje de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años que recibe consejeria antitabaco programada	Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejerias antitabaco agendada y programada en el año/adolescentes y jóvenes de 10 a 24años inscritas en el establecimieto)	1%
2	PROMOCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes.	Mejorar el bienestar bio psico socila de las personas en su salud sexual.	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva 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.	(Nº de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) Nº de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior)/ Nº de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior))*100	Mantener o aumentar lo realizado el año 2022
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 a adolescentes y jovenes de 10 a 24 años.	Porcentaje de Adolescentes y jovenes 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 2021.
4	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 a adolescentes y jovenes 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 Proteción 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 jovenes 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 Especializa a la Niñez y Adolescencia "Mejor Niñez" y SENAME *100	Establecer línea base
5	PREVENCION	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 adolescentes y jóvenes de 10 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), sus madres, padres y/o cuidadores.	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), sus madres, padres y/o cuidadores, 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	Establecer línea base

6	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 Adolescentes de 10 a 19 años.	Porcentaje de Control de Salud Integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años.	(Nº de Controles de Salud Integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años/ Población adolescente de 10 a 19 años inscrita en el establecimiento de salud)*100	10% población de 10 a 19 años.
7	PREVENCION	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 el 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° total 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))	90%
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 jovenes 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 jovenes 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 jovenes 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 jovenes 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)	90%
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 adolescentesde 10 a 19 años / N° de adolescentes de 10 a 19 años) * 100	100%
10	PREVENCION	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) para adolescentes de 10 a 19 años con antecedente de embarazo.	Porcentaje de Visitas Domiciliarias Integrales para adolescentes de 10 a 19 años con antecedente de embarazo.	(N° de Visitas Domiciliarias Integrales para adolescentes de 10 a 19 años con antecedente de embarazo/ N° de total de adolescentes de 10 a 19 años que hayan tenido un parto en el ultimo año) * 100	100%

11	PREVENCION	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.	(Nº de gestantes de 10 a 24 años con riesgo Obstétrico y/o biomédico derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes de 10 a 24 años con riesgo Obstétrico y/o biomédico)*100	100%
12	PREVENCION	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 atención 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	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	Linea Base
13	PREVENCION	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.	(Nº de gestantes adolescentes a las que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal / Nº total de ingresos a control prenatal adolescente)*100	100%
14	PREVENCION	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 24 años que ingresan a Control prenatal antes de las 14 semanas de embarazo.	Número de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal/Número total de gestantes migrantes de 10 a 24 años en Control prenatal*100	90%
15	PREVENCION	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 en Control prenatal	Porcentaje gestantes menores de 24 años bajo control Prenatal que acceden al test de pesquisa de Streptococo Grupo B	(Número de gestantes menores de 24 años bajo control Prenatal con Test pesquisa de Streptococo Grupo B /Número de gestantes menores de 24 años bajo control Prenatal)	Mantener o aumentar lo realizado el año anterior
16	PREVENCION	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 sevicios aseccesibles y de calidad con foco en adolescentes, jóvenes, pesonas mayores y	Control ginecológico a mujeres de 10 a 24 años.	Porcentaje de Controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años.	(Nº de Controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de Controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior)/ Nº de Controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior))*100)	Mantener o aumentar lo alcanzado el año 2019.

			deiversidades sexuales.				
17	PREVENCION	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.	(Nº de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año anterior))/ Nº de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año anterior))*100)	Mantener o aumentar lo alcanzado el año 2022.
18	PREVENCION	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 de 15 a 19 años.	Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad.	(Nº de adolescentes de 15 a 19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes de 15 a 19 años) inscritos en centros de salud) *100	30% de adolescentes 15-19 años
19	PREVENCION	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).	(Nº 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))/ Nº 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 2019 .
20	PREVENCION	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.	(Nº de adolescentes y jovenes de 10 a 24 años que reciben consejería con entrega de condones (año vigente) (MENOS) Nº de adolescentes y jovenes de 10 a 24 años que reciben consejería con entrega de condones (año anterior) / Nº de adolescentes y jovenes de 10 a 24 años que reciben consejería con entrega de condones (año anterior))*100	Aumentar en un 10% respecto año 2022 .
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	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.	(Nº de adolescentes hombres de 10 a 19 años) inscritos en centros de salud, bajo control de regulación de fertilidad -Salud sexual que usan preservativo/ Nº de adolescentes de 10 a 19 años) inscritos en centros de salud) *100	Aumentar en un 5%, en base a Poblacion bajo control año 2019.

			diversidades sexuales.				
22	PREVENCION	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.	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años en regulación de fertilidad con método de regulación más preservativo.	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad con "método de regulación de fertilidad más preservativo") / Nº de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad) *100	100% de adolescentes de 10 a 19 años.
23	PREVENCION	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 -24 años que consultan por demanda espontanea o morbilidad.	Porcentaje de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados en consultantes por morbilidad o consulta espontanea a adolescentes y jóvenes de 15 -24 años.	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes de 15-24 años por morbilidad o consulta espontánea(año vigente) (MENOS) Nº de exámenes para VIH realizados en consultantes de 15-24 años por morbilidad o consulta espontánea(año anterior))/Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes de 15-24 años por morbilidad o consulta espontánea (año anterior))*100)	Aumentar en un 20% respecto año 2022
24	PREVENCION	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 15-24 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	Nº total de Test Visual Rápido para VIH realizados a adolescentes y jóvenes de 15-24 años por demanda espontanea consulta de morbilidad o consulta de morbilidad/Nº total de exámenes para VIH (todas las técnicas) realizados a adolescentes y jóvenes de 15-24 años por demanda espontanea*100	Aumentar o Mantener lo realizado el 2022
25	PREVENCION	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 SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre).	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 y Adolescencia "Mejor Niñez" (programas residenciales y ambulatorios) y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre).	(Nº 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)/ (Nº de adolescentes de 15 a 19 años que pertenecen al 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) *100	30% de adolescentes 15-19 años.

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 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).	Nº 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) / N° 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 ambulatoriosl y SENAME (CIP-CRC y programas de sanción en medio libre) * 100	Aumentar en un 20% respecto año 2019
27	DIAGNÓSTICO (PREVENCION)	Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicos de salud bucal a lo largo del curso de vida	Radiografías Retroalveolares y Bite Wing en población de 10 a 19 años	Porcentaje de Radiografías Retroalveolares y Bite Wing en población de 10 a 19 años	(Número de Radiografías Retroalveolares y Bite Wing en población de 10 a 19 años)/ Total de población de 10 a 19 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	3%
28	PREVENCION	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 10 - 19 años	Porcentaje de población 10-19 años que recibe educación grupal	(Porcentaje de población de 10 - 19 años que recibe educación grupal)/ (Total de población de 10 - 19 años inscrita y validada en el establecimiento) x100	35%
29	PREVENCION	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 10-19 años	Porcentaje de niñas/os niñas/os y adolescentes de 10 a 19 años que ingresan a la población bajo control en salud oral (CERO)	(Nº de niños y niñas y adolescentes de 10 a 19 años con evaluación de riesgo odontológico anual (Aplicación de Pauta CERO)/ Total de niños y niñas y adolescentes de 10 a 19 años inscritos y validados en los establecimientos)*100	35%
30	PREVENCION	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.	Porcentaje de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años.	(Nº de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años (año 2019)/ Nº de EMPA realizados a hombres 20 a 24 años (año 2019))*100.	Aumentar o mantener número de EMP realizado año 2019.
31	PREVENCION	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 jovenes de 10 a 24 años y a sus madres, padres, cuidadores y profesores.	Porcentaje de adolescentes y jovenes de 10 a 24 años y sus madres, padres, cuidadores y profesores, que participan en talleres preventivos de salud mental.	(N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que participan en talleres preventivos de salud mental / (Población inscrita entre 10 y 24 años (año vigente)*100	Aumentar en un 10% en relación a lo realizado el año 2021.

32	TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más en chile	Aumentar la cobertura y calidad en rehabilitación multidisciplinaria precoz y continua asociada a eventos cardiovasculares y cerebrovasculares.	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el adolescente o joven de 15 a 24 años egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Porcentaje de adolescentes o jóvenes de 15-24 años, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV con control por profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	(Nº de adolescentes y jovenes de 15 a 24 años egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de adolescentes y jovenes de 15 a 24 años con diagnóstico de ACV o IAM)* 100	El 100% con control dentro de 7 días del alta.
33	PREVENCION	Disminuir la prevalencia de enfermedad renal crónica en la población y sus complicaciones	Mejorar la comunicación estratégica sobre los ERC, factores de riesgo y complicaciones en la población general.	Aplicar el "Formulario de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a adolescentes y jóvenes de 15-24 años con antecedentes y/o patologías de salud cardiovascular bajo control.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 15-24 años en PSCV clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(Nº de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años con antecedentes de salud cardiovascular bajo control, en PSCV y/o ECICEP, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de adultos bajo control en PSCV y/o ECICEP al corte)* 100	Al menos el 90% de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con antecedentes y/o patologías de salud cardiovascular clasificados.
34	PREVENCION	Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes	Aumentar la detección precoz de Diabetes Mellitus Tipo 2.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes mellitus 2 y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT vigentes del MINSAL.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes mellitus tipo 2 en PSCV con evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	(Nº de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes mellitus tipo 2 bajo control)*100	Al menos el 90% de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes mellitus 2 con evaluación y plan de manejo.
35	PREVENCION	Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes	Aumentar la detección precoz de Diabetes Mellitus Tipo 2.	Pacientes adolescentes y jóvenes de 15-24 años con DM2 en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con DM2 bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente.	(Nº de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con DM2 bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente / (Nº total de adolescentes y jóvenes de 15-24 añoscon DM2 bajo control en PSCV)*100	70 % cuentan con un fondo de ojo vigente.
36	PREVENCION	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 derivacion de adolescentes de10 a 19 años con malnutrición por exceso al PEVS.	(N° de adolescentes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso derivados a PEVS/ N° 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.
37	PREVENCION	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 derivacion de jòvenes de 20 a 24 años con malnutrición por exceso al PEVS.	(N°de jóvenes de 20 a 24 años con malnutrición por exceso derivados a PEVS/ N° de jóvenes de 20 a 24 años con malnutrición por exceso controlados)*100	Derivar de al menos el 5% de los jóvenes entre 20 y 24 años con malnutrición por exceso.
38	PREVENCION	Disminuir la morbimortalidad por infecciones respiratorias agudas en la población.	Aumentar la adopción de medidas de promoción de la salud y prevención de enfermedades	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.	(Nº de auditorías realizadas a casos de adolescentes de 10 a 19 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de adolescentes de 10 a 19 años que fallecen en domicilio por neumonía)* 100	100% de auditorías realizadas.

			respiratorias agudas.				
39	PREVENCION	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.	(Nº de auditorías realizadas a casos de adolescentes y jóvenes de 20 a 24 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de adolescentes y jóvenes de 20 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonía)* 100	75% de auditorías realizadas.
40	PREVENCION	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/N° 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%
41	PREVENCION	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 dTpa a adolescentes que cursan 8° básico	Cobertura de vacuna dTpa en adolescentes que cursan 8° básico	(N° de adolescentes que cursan 8° año básico con vacuna dTpa administrada/Población matriculada en 8° año básico)*100	90%
42	PREVENCION	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 con vacuna dTpa administrada/Total gestantes adolescentes y jóvenes desde las 28 semanas de gestación)*100	80%
43	PREVENCION	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 con vacuna influenza administrada/Total gestantes adolescentes y jóvenes)*100	85%
44	PREVENCION	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%

45	PREVENCION	Reducir la incidencia de TBC en Chile	Aumentar la oportunidad de pesquiza en población vulnerable.	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población de 15-24 años	Porcentaje de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar)	(Nº de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar) año 2022 en población de 15 a 24 años (MENOS) N° de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar) año 2021 en población de 15 a 24 años / N° de muestras de esputo procesadas año 2021 (diagnostico TBC pulmonar) en población de 15 a 24 años *100	aumentar 5%
46	PREVENCION 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 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.	(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 linea base o Incrementar en un 5% respecto al año anterior los establecimientos que cuentan con medicinas complementarias y/o practicas de bienestar de la salud en su cartera de prestaciones
47	PREVENCION	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 con Dg de Malnutrición por exceso.	Porcentaje de adolescentes con diagnóstico de Malnutricion por exceso que recibe Consulta Nutricional (CN)	N° Adolescentes con Dg de malnutricion por exceso que recibe CN /N° de Adolescentes con Dg de Malnutricion por exceso)* 100	Incrementar en al menos 20% respecto al año anterior
48	TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más en chile	Aumentar la Tasa de Control de hipertensión Arterial a nivel poblacional.	Optimizar el tratamiento de hipertensión arterial en personas de 20-24 años.	Cobertura de personas con hipertensión arterial de 20-24 años bajo control.	Cobertura de hipertensión arterial (año vigente) (Menos) Cobertura Hipertensión arterial (año 2019)/ Cobertura Hipertensión arterial (año 2019) Cálculo de cobertura: (Nº de personas con hipertensión arterial de 20 a 24 años bajo control / Nº de personas con hipertensión arterial de 20 a 24 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	Incrementar en al menos 20% respecto al año 2019.
49	TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más en chile	Aumentar la Tasa de Control de hipertensión Arterial a nivel poblacional.	Optimizar el tratamiento de hipertensión arterial en personas de 20 a 24 años.	Cobertura de personas con hipertensión arterial de 20 a 24 años bajo control con PA <140/90, en relación al bajo control.	(Proporción de metas de compensación (año vigente)(MENOS) Proporción de Metas de compensación (año 2019)/(Proporción de Metas de compensación (año 2019)) Cálculo de proporción: (Nº de personas con hipertensión arterial de 20 a 24 años bajo control con presión arterial <140/90 mmHg/Nº de personas con hipertensión arterial de 20 a 24 años bajo control en PSCV) *100	Mantener meta a diciembre año 2019.

50	TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más en chile	Aumentar la Tasa de Control de hipertensión Arterial a nivel poblacional.	Optimizar el tratamiento de hipertensión arterial en personas de 20-24 años.	Cobertura efectiva de personas con hipertensión arterial de 20 a 24 años bajo control.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año 2019) /Proporción de metas de compensación (año 2019)) Cálculo de proporción: (Nº de personas con hipertensión arterial de 20 a 24 años con presión arterial <140/90 mmHg /Nº de personas con hipertensión arterial de 20 a 24 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	Mantener la población inscrita diciembre año 2019.
51	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes	Aumentar la Cobertura efectiva a tratamiento.	Optimizar el tratamiento de la diabetes mellitus en personas de 20-24 años.	Cobertura de personas con diabetes mellitus 2 de 20 a 24 años bajo control, en relacion a la población inscrita.	(Cobertura de Diabetes mellitus 2 (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabetes mellitus 2 (año anterior/ Cobertura Diabetes mellitus 2 (año 2019)) Cálculo de Cobertura: (Nº de personas con DM2 de 20 a 24 años bajo control/Nº de personas con DM2 de 20-24 años estimados en la población inscrita validada segun prevalencia)	Mantener la población inscrita diciembre año 2019.
52	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes	Aumentar la Cobertura efectiva a tratamiento.	Optimizar el tratamiento de la DM2 en personas de 20-24 años.	Cobertura de personas con DM2 de 20 a 24 años bajo control con (HbA1c<7%).	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas con DM2 de 20-24 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas con DM2 de 20-24 años bajo control en PSCV)	lograr 80% compensación en este grupo etario.
53	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes	Aumentar la Cobertura efectiva a tratamiento.	Lograr las metas de HbA1c, colesterol total y presión arterial en personas con diabetes mellitus 2 de 20 a 24 años en control PSCV.	Personas con DM2 de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial.	Personas con DM2 de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial. /Personas con DM2 en control PSCV.	Incrementar en un 20% las personas con DM2 de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial con respecto a meta alcanzada en año 2019.
54	TRATAMIENTO	Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicos de salud bucal a lo largo del curso de vida	Morbilidad Odontológica en población de 10 a 19 años	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población de 10 a 19 años	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en población de 10 a 19 años/Total de población de 10 a 19 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	35%
55	TRATAMIENTO	Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicos de salud bucal a lo	Consulta de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en población de 10 a 19 años	Porcentaje de consultas de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en población de 10 a 19 años	(N° Total de consultas de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en población de 10 - 19 años / (Total población de 10 a 19 años inscritos y validados en los establecimientos) x 100	2,5%

			largo del curso de vida				
56	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	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 personas con aplicación de instrumento de monitoreo de resultados de salud mental al ingreso y egreso (alta clínica) de la atencion de salud mental.	(N° de personas de 10 a 24 años con instrumento de monitoreo aplicado al ingreso y egreso con alta clínica (año vigente))/ (N° de personas 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	100%
57	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de violencias que afectan a las personas, familias y comunidades de manera diferenciada, según su género, curso de vida, pertenecia a pueblos origianrios, nacionalidad, entre otros	Mejorar el abordaje integral de la violencia desde la promoción, prevención e intervención en el sector salud.	Mejorar la atención de mujeres adolescentes y jòvenes de 10 a 24 años víctimas de violencia de género.	Ingreso de mujeres adolescentes y jòvenes de 10 a 24 años a atención integral por violencia de género.	(Nº de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) Nº de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ Nº de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	Aumentar en un 5%, los ingresos de mujeres adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años a atención integral por violencia de género en relación al año 2021
58	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 jòvenes 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	Alcanzar un 20%.
59	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 jòvenes 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 jòvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales.	Nº de adolescentes y jòvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, bajo control/Nº de adolescentes y jòvenes con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, esperados según prevalencia del 22%	17%
60	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 jovenes 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 jòvenes de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales.	(Nº de controles de salud mental totales realizados a adolescentes y jòvenes de 10 a 24 años/Nº de adolescentes y jòvenes 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 consejerias individuales y familiares)	Concentración entre 8 y 12 controles.

61	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 cronica en establecimientos de salud. *Actividades de cuidado integral (ingreso con plan de cuidado integral consensuado, control integral 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 linea base y/o Incrementar en un 8% respecto al año anterior los establecimientos que realizan actividades de cuidado integral a personas con multimorbilidad cronica
62	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 progamas 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 10% respecto a lo logrado el año anterior
63	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 progamas de salud.	Realizar control integral a personas con multimorbilidad crónica	Porcentaje de Personas con multimorbilidad crónica que reciben control integral centrado en la persona	(N° de personas con multimorbilidad cronica (G2 y G3) que reciben control integral centrado en la persona / N° total de personas con MM crónica G2 y G3) *100 Diferenciar por G2 y G3	Incrementar en un 8% respecto a lo logrado el año anterior
64	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 de 10 a 19 años asmáticos bajo control	Población adolescente de 10 a 19 años bajo control por asma con nivel de control controlado (año vigente)	(Proporción de población de 10 a 19 años bajo control asmática controlada (año vigente)) (MENOS) Proporción de población de 10 a 19 años bajo control asmática controlada (año anterior) / (Proporción de población de 10 a 19 años bajo control asmática controlada(año anterior)) Cálculo de proporción: (Nº de población 10 a 19 años asmática controlada bajo control /Nº de personas de 10 a 19 años asmáticas años bajo control)*100	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año base (2021).
65	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 de 10 a 19 años.	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años bajo control con asma bronquial.	(Población adolescente de 10 a 19 años bajo control (año vigente) (MENOS) Población adolescente de 10 a 19 años bajo control (año anterior) / Población adolescentes bajo control de 10 a 19 años (año anterior))* 100	Aumentar o mantener respecto al año 2019
66	REHABILITACION	Disminuir la prevalencia de dependencia severa en la población en todo el curso de vida	Avanzar en la detección de necesidades de la población adolescente con capacidades especiales (discapacitados).	Identificar el número de adolescentes (10 a 19 años) insertos en programas de rehabilitación.	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación tanto en el ámbito de las alteraciones musculo esqueléticas como de salud mental.	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación / Nº de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad inscritos en el centro de salud)*100	Incrementar la población adolescente en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación en relación al año anterior.

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META
1	PROMOCION	Disminuir la prevalencia de consumo de productos de tabaco y sistema electronicos de administrcion de nicotina y sin nicotina en la población	Fortalecer la comunicación de riesgo, focalizadas en grupos de riesgos.	Realizar consejerías programadas y agendadas en població 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)	5%
2	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	Realización de talleres promoción de salud mental a población adulta de 25 a 64 años	Taller de promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	(N° de personas que participan en taller (año vigente))/ (Población inscrita entre 25 y 64 años (año vigente)*100	Aumentar en un 5% en relación a lo realizado el año 2021.
3	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	80%
4	DIAGNÓSTICO (PREVENCION)	Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicos de salud bucal a lo largo del curso de vida	Radiografías Retroalveolares y Bite Wing	Porcentaje de Radiografías Retroalveolares y Bite Wing en personas entre 20 y 64 años años	(Número de Radiografías Retroalveolares y Bite Wing en población de 20 a 64 años)/ Total de población de 20 a 64 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	3%
5	PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	Incrementar cobertura de EMPA en la población inscrita validada.	(Cobertura EMPA (año vigente)(MENOS) Cobertura EMPA (año 2019) / Cobertura EMPA (año 2019)) Calculo de cobertura: (Nº de EMPA realizados a población adulta inscrita validada /Población Total adulta inscrita validada)*100	Aumentar la cobertura de EMPA en la población inscrita validada según meta alcanzada año 2019

6	PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 25 a 64 años aplicando pauta de protocolo.	Incrementar cobertura de EMPA en hombres de 25-64 años.	(Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año vigente) (MENOS) Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año 2019)/ Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año 2019))*100 Calculo de proporción: (Nº de EMPA realizados en hombres 25-64 años/ Nº Total de EMPA realizados en hombres de 25 a 64 años)*100	Mantener número de EMPA en hombres de 25-64 años realizado el año 2019.
7	PREVENCION	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.	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito la persona egresada del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Porcentajes de adultos de 25 a 64 años, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV con control por profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	(Nº de personas egresadas del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de personas adultas con ACV o IAM)* 100	El 100% de las personas egresados por IAM o ACV, deberá tener control dentro de 7 días del alta.
8	PREVENCIÓN	Disminuir la prevalencia de enfermedad renal crónica en la población y sus complicaciones	Mejorar la comunicación estratégica sobre ERC, factores de riesgo y complicaciones en la población general.	Aplicar el "Formulario de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a los adultos de 25 a 64 años en control de salud cardiovascular.	Porcentaje de personas adultas en PSCV clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(Nº de adultos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de adultos bajo control en PSCV al corte)* 100	100% de las personas adultas en el PSCV clasificadas según etapa de ERC
9	PREVENCION	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 adultas de 25 a 64 años con diabetes mellitus en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente	Porcentaje de personas de 25 a 64 años con diabetes mellitus bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente	(Nº de personas de 25 a 64 años con diabetes mellitus bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente / (Nº total de personas de 25 a 64 años (MAS) ingresos a PSCV por diabetes mellitus) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes mellitus))*100	80 % cuentan con un fondo de ojo vigente.
10	PREVENCION	Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de exámenes preventivos de complicaciones	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes mellitus y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	Porcentaje de Personas de 25-64 años con diabetes mellitus tipo 2 en PSCV con evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	(Nº de personas con diabetes mellitus tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de personas con diabetes mellitus tipo 2 bajo control)*100	70% de las personas de 25-64 años con diabetes mellitus con evaluación y plan de manejo
11	PREVENCION	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%

12	PREVENCION	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	(N° de gestantes de 25 y más años con vacuna anti-influenza administrada / Total gestantes de 25 y más años) *100.	85%
13	PREVENCION	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	(N° 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%
14	PREVENCION	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 la detección de colelitiasis en población general
15	PREVENCION	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
16	PREVENCION	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 GES Salud Oral embarzadas	Porcentaje de embarazadas GES Salud Oral que reciben educación grupal	(Porcentaje de embarazadas GES Salud Oral que reciben educación grupal)/ (Total de embarazadas GES Salud oral) x100	50%
17	PREVENCION	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 PSV DE 20 A 59 AÑOS que reciben educación grupal	(Porcentaje de Personas Diabéticos en control PSVque reciben educación grupal DE 20 A 59 años/ (Personas Diabéticos en control PSV de 20 a 59 años) x100	25%
18	PREVENCION	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 otras drogas) y violencia de género a población adulta de 25 a 64 años.	Porcentaje de personas de 25 a 64 años que participan en actividades preventivas de salud mental (Incluye alcohol y otras drogas) y violencia de género realizadas.	N° de personas que participan en taller (año vigente))/ (Población inscrita de 25 a 64 años (año vigente)*100	Aumentar en un 5% en relación a lo realizado el año 2021.
19	PREVENCION	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 de 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)* 100	100%

20	PREVENCION	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%
21	PREVENCION	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 en Control prenatal	Porcentaje gestantes adultas bajo control Prenatal que acceden al test de pesquisa de Streptococo Grupo B	(Número de gestantes adultas bajo control Prenatal con Test pesquisa de Streptococo Grupo B /Número de gestantes adultas bajo control Prenatal)	Mantener o aumentar lo realizado el año anterior
22	PREVENCION	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 que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año vigente) (MENOS) (Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior)/ Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior)) *100	Aumentar en 3 %
23	PREVENCION	Disminuir la incidencia de VIH/SIDA en Chile en la población entre 15 a 49 años	Facilitar la vinculación a servicios por parte de personas mayormente expuestas a riesgo.	Realización de Control de regulación de fertilidad a mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	Porcentaje de mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad /mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años inscritas *100	Aumentar el porcentaje alcanzado el año anterior.
24	PREVENCION	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

25	PREVENCION	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%
26	PREVENCION	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 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%
27	PREVENCION	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 adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal	(Nº de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal / Nº total de ingresos de mujeres adultas a control prenatal)* 100	100%
28	PREVENCION	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%
29	PREVENCION	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%

30	PREVENCION	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%
31	PREVENCION	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 mantener lo alcanzado el año anterior.
32	PREVENCION	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 preconcepcional en mujeres en edad fértil	(Nº de Controles preconcepcional en mujeres en edad fértil (año vigente) (MENOS) Nº Controles preconcepcional en mujeres en edad fértil (año anterior)/ Nº de Controles preconcepcional en mujeres en edad fértil (año anterior))*100	Incrementar en un 15% Controles preconcepcional en mujeres en edad fértil respecto a lo realizado el año anterior.
33	PREVENCION	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	linea base
34	PREVENCION	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 acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas/Nº total de mujeres post aborto u otras pérdidas reproductivas referidas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología) *100	100%
35	PREVENCION	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	(Nº de mujeres adultas en control ginecológico preventivo /Nº total de mujeres adultas inscritas y validadas)*100	Aumentar el 5%

36	PREVENCION	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	(Nº de mujeres de 50 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ Nº de mujeres de 50 a 69 años inscritas validadas)* 100	Alcanzar al menos 70%
37	PREVENCION	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	(Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años / Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas)* 100	80%
38	PREVENCION	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	(N° de mujeres adultas bajo control de salud integral en etapa de climaterio (año vigente) (MENOS) N° de mujeres adultas bajo control de salud integral en etapa de climaterio el (año anterior)/ N° de mujeres adultas bajo control de salud integral en etapa de climaterio (año anterior))*100	Aumentar en 15 %
39	PREVENCION	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%
40	PREVENCION	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 con aplicación de MRS que mejoran su calidad de vida según MRS	(Nº de mujeres adultas con MRS alto al control/ Nº de mujeres adultas con MRS alto al ingreso)*100	Linea base
41	PREVENCION	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 linea base

42	PREVENCION	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 sexo realizadas (año anterior))*100	Aumentar en un 5% la consejería con respecto al año anterior.
43	PREVENCION	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 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	Aumentar o mantener lo alcanzado el año anterior
44	PREVENCION	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 morbilidad	Porcentaje de toma examen de VIH (todas las técnicas) en hombres de 25-64 años consultantes de morbilidad	Nº total de examen de VIH (todas las técnicas) realizados en hombres de 25-64 años consultantes por morbilidad/Nº total de consultas de morbilidad realizados en hombres de 25-64 años *100	10%
45	PREVENCION	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 10%

46	PREVENCION 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.	(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 linea base o Incrementar en un 5% respecto al año anterior los establecimientos que cuentan con medicinas complementarias y/o practicas de bienestar de la salud en su cartera de prestaciones
47	TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más en Chile	Aumentar cobertura de tratamientos efectivos para las Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovascular	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control	Cobertura hipertensos (año vigente) (Menos) Cobertura Hipertensos (año 2019)/ Cobertura Hipertensos (año 2019) Cálculo de cobertura: (Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	mantener cobertura año 2019
48	TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más en Chile	Aumentar cobertura de tratamientos efectivos para las Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovascular	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control con PA <140/90, en relación al bajo control	(Proporción de metas de compensación (año vigente)(MENOS) Proporción de Metas de compensación (año 2019)/(Proporción de Metas de compensación (año 2019)) Cálculo de proporción: (Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control con presión arterial <140/90 mmHg/Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control en PSCV) *100	Mantener meta a diciembre año 2019
49	TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más en Chile	Aumentar cobertura de tratamientos efectivos para las Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovascular	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año 2019 /Proporción de metas de compensación (año 2019)) Cálculo de proporción: (Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años con presión arterial <140/90 mmHg /Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	mantener cobertura año 2019

50	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control, en relacion a la población inscrita	(Cobertura Diabéticos (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabéticos (año 2019/ Cobertura Diabéticos (año 2019)) Cálculo de Cobertura: (Nº de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada segun prevalencia)	mantener cobertura año 2019
51	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control con (HbA1c<7%)	Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de metas de compensación (año 2019)/ (Proporción de metas de compensación (año 2019)) Cálculo de proporción (Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control en PSCV)	mantener cobertura año 2019
52	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura efectiva de personas con DM2 de 25 a 64 años bajo control.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año 2019) / Proporción de metas de compensación (año 2019)) Cálculo de proporción (Nº de personas diabéticas de 25-64 años con HbA1c<7%) / Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada segun prevalencia)	mantener cobertura año 2019
53	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes	mejorar el control metabolico integral de las personas diabeticas tipo 2	Lograr las metas de HbA1c, colesterol total y presion arterial las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV.	Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial. /Personas diabeticos en control PSCV	Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial. /Personas diabeticos en control PSCV	Mantener las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial, respecto al año 2019.

54	TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratoria crónica	Aumertar el acceso y opotunidad del diagnostico	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 2019) / Población adulta de 20 a 64 años bajo control Programa ERA (año 2019))*100	Aumentar o mantener con respecto al año 2019
55	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 20 a 64 años bajo control en Programa ERA	Población bajo control por asma, con nivel de control controlado (año vigente)	(Proporción de población bajo control por asma con nivel de control controlado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control por asma con nivel de control controlado (año 2019) / Proporción de población bajo control por asma con nivel de control controlado (año 2019))	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año base
56	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)	(Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año 2019) / Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año 2019))	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año base
57	TRATAMIENTO	Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicos 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%
58	TRATAMIENTO	Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicos de salud bucal a lo largo del curso de vida	Morbilidad Odontológica en Población GES Salud Oral Embarazadas	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en embarazadas	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en Población GES Salud Oral embarazadas/ Total de gestantes que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a control Prenatal) x 100	50%
59	TRATAMIENTO	Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicos de salud bucal a lo largo del curso de vida	Morbilidad Odontológica en personas diabéticas en control PSCV de 20 a 59 años	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en personas diabéticas en control PSCV de 20 a 59 años	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en población diabéticos en control PSCV de 20 a 59 años/Total de población diabéticos en control PSCVde 20 a 59 años)*100	25%

60	TRATAMIENTO	Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicos 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	2,5%
61	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 cronica en establecimientos de salud. Actividades de cuidado integral (ingreso con plan de cuidado integral consensuado, control integral 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)x100	Establecer linea base y/o Incrementar en un 8% respecto al año anterior los establecimientos que realizan actividades de cuidado integral a personas con multimorbilidad cronica
62	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 10% respecto a lo logrado el año anterior
63	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	Personas con multimorbilidad crónica que reciben control integral centrado en la persona	(N° de personas con multimorbilidad cronica (G2 y G3) que reciben control integral centrado en la persona / N° total de personas con MM crónica G2 y G3) *100 Diferenciar por G2 y G3	Incrementar en un 8% respecto a lo logrado el año anterior
64	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 sanción en medio libre) bajo control en el período (año vigente)	90%

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	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
66	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de violencias que afectan a las personas, familias y comunidades de manera diferenciada, según su género, curso de vida, pertenecia a pueblos origianrios, nacionalidad, entre otros	Mejorar la atención y derivación de gestantes que vivan o hayan vivido violencia de género	Mejorar la atención y derivación de gestantes víctimas de violencia de género detectadas en el EPsA en población adulta de 25 años en adelante.	Porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante ingresadas al programa de salud mental en relación a las gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA.	(N° de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante que ingresan al programa de salud mental (año vigente)/ N° de gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA)	Aumentar el porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante detectadas en el EPsA ingresadas al programa de salud mental en relación al año anterior.
67	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 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.
68	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	Aplicar pauta de monitoreo de resultados de salud mental población adulta de 25 a 64 años 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 atencion 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 programa salud mental (año vigente))*100	100%

69	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 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 de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en adultos (25 a 64 años) del 22% de prevalencia
70	TRATAMIENTO NUEVO	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 población adulta de 25 a 64 años con problemas o trastornos mentales y/o consumo problemático de alcohol y otras drogas.	Porcentaje de personas adultas de 25 a 64 años egresados por alta terapéutica por trastornos de salud mental y/o consumo problemático de alcohol y otras drogas	(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 trastornos mentales (año vigente))* 100	alcanzar un 20%
71	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 TRH a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Porcentaje de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS	(Nº de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS / Nº total de mujeres que requieren TRH según escala MRS)* 100	Aumentar en un 5%
72	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, enre 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 en población adulta de 25 años en adelante.	Porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años y más ingresadas al programa de salud mental	(N° de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante que ingresan al programa de salud mental (año vigente)/ N° de gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA)	Aumentar el porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años y más detectadas en el EPsA ingresadas al programa de salud mental en relación al año anterior.
73	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%

74	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 fisica (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 fisica presencial, remoto o mixto.	(Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar o plan de actividad fisica (presencial, remoto o mixto) finalizado (año vigente) (MENOS) Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar o plan de actividad fisica (presencial, remoto o mixto) finalizado (año 2019) / Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar o plan de actividad fisica (presencial, remoto o mixto) finalizado (año 2019))*100	Aumentar 20%

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META
1	PROMOCION	Aumentar la seguridad alimentaria y nutricional en 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 2019
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 població adulta de 65 y mas años	Porcentaje de Poblacion 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 consejerias antitabaco agendada y programada en el año/ personas de mas de 65 años inscritas validadas en el establecimiento)	7%
3	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 2019
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 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 2021
5	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 en personas mayores de 65 años y más.	Porcentaje de personas mayores de 65 años y más que participan en actividades promocionales de salud mental.	(N° de personas que participan en taller)/ Población inscrita de 65 años y más (año vigente)*100	Incrementar en un 10% en relación al año 2021.
6	PREVENCION	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)	55%

7	PREVENCION	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM)	Realizar control de seguimiento 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
8	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 muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar)	(Nº de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar) año 2022 en población de 65 años y mas (MENOS) N° de muestras de esputo procesadas (diagnostico TBC pulmonar) año 2021 en población de 65 años y mas / N° de muestras de esputo procesadas año 2021 (diagnostico TBC pulmonar) en población de 65 años y mas *100	aumentar 5%
9	PREVENCION	Disminuir la prevalencia de enfermedad renal crónica en la población y sus complicaciones	Aumentar tamizaje (creatinina plasmática y RAC) y diagnóstico oportuno de las personas con factores de riesgo	Aplicar el "Formulario de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular.	Porcentaje de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses	(Nº de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de personas de 65 años y más bajo control en PSCV al corte)* 100	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.
10	PREVENCION	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 ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 (VFG estimada < 45 mL/min/1.73m2)	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 ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 al corte)* 100	70% de las personas con DM2 de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 en tratamiento con IECA o ARA II.
11	PREVENCION	Disminuir la mortalidad prematura por cáncer en población general.	Mejorar el diagnóstico, tratamiento precoz y rehabilitación de forma oportuna y de calidad	Control ginecológica preventivo	Porcentaje de mujeres adultas mayores con controles ginecológicos preventivos	(Nº de mujeres adultas mayores con control ginecológico preventivo /Nº total de mujeres adultas mayores inscritas y validadas)*100	aumentar o mantener el porcentaje alcanzado el año anterior.

12	PREVENCION	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	% de cobertura de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años	(Nº de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ Nº de mujeres de 65 a 69 años inscritas validadas)* 100	Alcanzar al menos 50%
13	PREVENCION	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.	Establecer un sistema de notificación y articulación de la red, entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito la persona egresada del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Porcentaje de personas de 65 años y más egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta	(Nº de personas de 65 años y más egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM)*100	El 100% de las personas de 65 años y más, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.
14	PREVENCION	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 espontanea de 65 años y más o por EMPAM	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad o demanda espontanea 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 espontanea 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 espontanea o EMPAM en personasde 65 años y más, (año anterior))*100	aumentar o mantener el porcentaje alcanzado el año anterior.
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.	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.
16	PREVENCION	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 en personas mayores de 65 años y más.	Porcentaje de personas mayores de 65 años y más que participan en talleres preventivos de salud mental .	(N° de personas de 65 años y más que participan en taller (año vigente))/ (Población inscrita mayor de 65 años (año vigente)*100	Incrementar en un 10% en relación al año 2021.

17	TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más en chile	Aumentar cobertura de tratamientos efectivos para las Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares.	Optimizar el tratamiento de hipertensión arterial en personas de 65 años y más.	Cobertura de personas con hipertensión arterial de 65 años y más bajo control	Cobertura HTA (año vigente) (Menos) Cobertura HTA(año 2019)/ Cobertura HTA (año 2019) Cálculo de cobertura: (Nº de personas con HTA de 65 años y más bajo control / Nº de personas con HTA de 65 años y más estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	mantener cobertura año 2019
18	TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más en chile	Aumentar cobertura de tratamientos efectivos para las Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años en el PSCV.	Cobertura de personas hipertensas de 65 años y más, en relación al bajo control	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año 2019)) Cálculo proporción de compensación de metas: N° de hipertensos con presión arterial <140/90 mmHg en personas de 65 a 79 años y presión arterial <150/90 mmHg en personas de 80 y más años/N° de hipertensos de 65 y mas años bajo control en PSCV	Mantener la cobertura alcanzada a diciembre 2019
19	TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más en chile	Aumentar cobertura de tratamientos efectivos para las Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovasculares.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años.	Cobertura efectiva de personas con HTA de 65 años y más bajo control.	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año 2019)/ (Proporción de Metas de compensación (año 2019)) Cálculo proporción de compensación de metas N° de personas con HTA con presión arterial <140/90 mmHg en personas de 65 a 79 años y presión arterial <150/90 mmHg en personas de 80 y más años/N° de personas con HTA de 65 y más años estimados según prevalencia en poblacion inscrita validada	Mantener la cobertura efectiva dic año 2019.
20	TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes	Aumentar la cobertura efectiva a tratamiento.	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado de heridas	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado 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

21	PREVENCION	Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes	Aumentar la cobertura de exámenes preventivos de complicaciones.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente	Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV que cuentan con fondo de ojo vigente / Nº total de personas de 65 años y más con diabetes bajo control en PSCV *100	90% cuentan con un fondo de ojo vigente.
22	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 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, condiconantes de salud mental y trastornos mentales de 0 y más años, esperados según prevalencia de 22%	17%
23	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 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%
24	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 personas de 65 años y más, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Atención integral y oportuna a personas de 65 años y más, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Concentración de controles de atención integral a personas de 65 años y más, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	(Nº de controles de salud mental totales realizados a personas de 65 años y más/Nº de personas bajo control en el programa de salud mental de 65 años y más) (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorias y consejerias individuales y familiares)
25	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	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 atencion 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	100%

26	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 cronica en establecimientos de salud. Actividades de cuidado integral (ingreso con plan de cuidado integral consensuado, control integral 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)x100	Establecer linea base y/o Incrementar en un 8% respecto al año anterior los establecimientos que realizan actividades de cuidado integral a personas con multimorbilidad cronica
27	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	Personas con multimorbilidad crónica que reciben control integral centrado en la persona	(N° de personas con multimorbilidad cronica (G2 y G3) que reciben control integral centrado en la persona / N° total de personas con MM crónica G2 y G3) *100 Diferenciar por G2 y G3	Incrementar en un 8% respecto a lo logrado el año anterior
28	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 10% respecto a lo logrado el año anterior
29	PREVENCION	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 examenes realizados (anticuerpos de VHC) en la APS	N° de examenes realizados con anticuerpos de VHC a personas de 65 y más años con factores de riesgo/ Nº de examenes de anticuerpo dE VHC realizados el año anterior a personas de 65 y más años con factores de riesgo *100.	Linea base
30	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 Geriatría de Hospital Digital frente a casos de personas mayores con EMPAM alterado	Porcentaje de consultas a Célula de Geriatría 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 Geriatría 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 Geriatría.
31	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 Geriatría de Hospital Digital para población de 60 años y más	Porcentaje de personas mayores que reciben consulta por parte de Célula de Geriatría de Hospital Digital	(N° de personas de 60 años y más que reciben consulta por parte de Célula de Geriatría de Hospital Digital/ N° de personas de 60 años y más de la PIV)*100	Aumentar en un 50% respecto del año anterior.

32	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 Geriatría 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 Geriatría 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 Geriatría de Hospital Digital	Aumentar en un 50% respecto del año anterior.
33	PREVENCION 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 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.	(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 linea base o Incrementar en un 5% respecto al año anterior los establecimientos que cuentan con medicinas complementarias y/o practicas de bienestar de la salud en su cartera de prestaciones
34	DIAGNÓSTICO	Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicos de salud bucal a lo largo del curso de vida	Radiografías Retroalveolares y Bite Wingen en población de 65 años y más	Porcentaje de Radiografías Retroalveolares y Bite Wing en población de 65 años y más	(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%
35	TRATAMIENTO	Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicos 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 odontólogica en población de 65 años y másr/Total de población de 65 años y más inscritos y validados en el establecimiento)*100	30%
36	TRATAMIENTO	Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Fortalecer La cobertura efectiva de los servicos 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	2,50%

37	PREVENCION	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. La planificación de estas actividades se realiza en forma participativa junto a cada comunidad con la finalidad de promover el autocuidado y fortalecer las capacidades colectivas abordando, según cada contexto, elementos como la salud sexual, salud bucal, prevención y manejo ante situaciones de maltrato, prevención de caídas, medicinas complementarias, uso racional de medicamentos, cuidados en personas con condiciones crónicas, prevención de la dependencia, duelo y buen morir, acceso a beneficios intersectoriales, liderazgo para la promoción del autocuidado u otras de interés de las personas mayores.	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 10% respecto al año anterior

38	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 Polisacarida, 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 comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años según población inscrita y validada
39	PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más según población inscrita y validada.	Porcentaje de personas de 65 años y más vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza	(Nº de personas de 65 años y más vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/Nº Total de personas de 65 años y más inscritos y validados)*100	85% de cobertura
40	TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratoria crónica	aumertar el acceso y opotunidad 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 2019) / Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año 2019))*100	Aumentar o manrtener con respecto al año 2019
41	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)	(Proporción de población bajo control por asma con nivel de control controlado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control por asma con nivel de control controlado (año 2019) / Proporción de población bajo control por asma con nivel de control controlado (año 2019))	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año base
42	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)	(Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año 2019) / Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año 2019))	Incrementar en 25% con respecto a cumplimiento año base

43	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 fisica (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 fisica presencial, remoto o mixto.	(Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar o plan de actividad fisica (presencial, remoto o mixto) finalizado (año vigente) (MENOS) Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar o plan de actividad fisica (presencial, remoto o mixto) finalizado (año 2019) / Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar o plan de actividad fisica (presencial, remoto o mixto) finalizado (año 2019))*100	Aumentar en 50%

INDICADORES ESTRATEGIAS DE PROMOCION COMUNAL							
N°	**NIVEL**	**OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD**	**OBJETIVO**	**ACTIVIDAD**	**NOMBRE INDICADOR**	**INDICADOR**	**META**
1	PROMOCION	Reducir la Población expuesta y/o vulnerable a condiciones sanitario ambientales desfavorables que afectan la salud y la calidad de vida, dentro de su territorio	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
2	PROMOCION	Reducir la Población expuesta y/o vulnerable a condiciones sanitario ambientales desfavorables que afectan la salud y la calidad de vida, dentro de su territorio	Elaborar regulaciones locales saludables para acceder y/o incentivar el acceso a entornos saludables.	Generar Plan de gestión y uso de espacios públicos para la Promoción de la Salud	Plan de gestión y uso de espacios públicos para la Promoción de la Salud	Plan de gestión y uso de espacios públicos para la Promoción de la Salud	Al menos un Plan de gestión y uso de espacios públicos para la Promoción de la Salud por comuna
3	PROMOCION	Reducir la Población expuesta y/o vulnerable a condiciones sanitario ambientales desfavorables que afectan la salud y la calidad de vida, dentro de su territorio	Entregar conocimientos actualizados en calidad de vida y factores protectores de la salud para lograr la autoeficacia.	Taller educativo en calidad de vida y factores protectores en entorno comunal	Porcentaje de Talleres educativos en calidad de vida y factores protectores realizados en entorno comunal	Nº de talleres educativos en calidad de vida y factores protectores en entorno comunal realizados/Nº de talleres educativos en calidad de vida y factores protectores en entorno comunal programados	70%
4	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	Desarrollar Planes de emergencias en los Establecimientos de Atencion Primaria, de acuerdo a guía de planes emitido por MINSAL. Considerando elementos como la participación ciudadana, su articulación con el plan de emergencia comunal y la priorización de grupos específicos de mayor vulnerabilidad, a través de herramientas como mapeo colectivo del riesgo.	Plan de emergencia de establecimientos APS	N° de planes de emergencia APS/ Establecimientos APS comunales	100%

5	PROMOCION	Mitigar los efectos de las emergencias y desastres* en la salud y bienestar de la población	Fortalecer mediante la gestión del riesgo de desastres* la respuesta a las emergencias y desastres en forma transversal, considerando una visión sistémica y prospectiva.	Capacitar a equipos de APS en las temáticas de gestión del riesgo de desastres en salud con pertinencia local, gestionada por el referente del servicio de salud, entre estas: - GRD en salud - Equipos de respuesta del sector salud - Equipos médicos de emergencia - Módulo emergencias plataforma MIDAS - Cambio climático y salud - Salud mental en la GRD - Primera ayuda psicológica - Cuidado de equipos - Trabajo comunitario en la GRD - Salud sexual y reproductivaen desastres - Factores subyacentes del riesgo de desastres - Análisis de riesgo en salud. - Entre otros.	Personal del establecimiento APS capacitados en temáticas de gestión del riesgo con pertinencia local	N° de trabajadores y trabajadoras de APS capacitados en temáticas GRD/ N° de trabajadores/as de la red APS	50% de los trabajadores/as de los establecimientos de salud APS con capacitación en tematicas de GRD
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, segun el nivel de dicha emergencia	Implementar Estrategia de Comunicación del riesgo comunal	Plan local de estrategia decomunicación del riesgo	N° de acciones para la comunicación del riesgo local ejecutadas/N° de acciones para la comunicación del riesgo local planificadas	60%
7	PROMOCION	Mitigar los efectos en la morbimortalidad de la población como consecuencia de emergencias, desastres y epidemias	Fortalecer las capacidades para la gestion del riesgo de emeregencias 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	N° de acciones comunitarias para la GRD en salud/ N° de comunitarias para la GRD en salud planificadas	60%
8	PROMOCION	Disminuir el impacto negativo en la salud de la población por efecto del cambio climático	Disminuir los efectos de los fenómenos meteorológicos extremos en la salud de las personas	Desarrollar acciones de entrega de información, sensibilización, educación y participación comunitaria con organizaciones sociales ligadas a a APS, para adaptación al cambio climático en base a los riesgos locales que se desprenden del Plan de adaptación al cambio climático del Sector salud	Acciones de sensibilización, educación y participación comunitaria con organizaciones sociales ligadas a la APS, para la gestión del riesgo de desastres en salud	N° de personas pertenecientes a organizaciones sociales que recibieron capacitación en temáticas de riesgos asociados al cambio climático/ N° total de personas de la red APS comunal perteneciente a las organizaciones locales identificadas	60%

9	PROMOCION	Reducir la Población expuesta y/o vulnerable a condiciones sanitario ambientales desfavorables que afectan la salud y la calidad de vida, dentro de su territorio	Elaborar participativamente regulaciones locales saludables para acceder y/o incentivar el acceso a entornos saludables	Formulación e implementación de regulaciones locales de Promoción de la Salud mediante un proceso participativo.	Regulaciones locales saludables	N° de regulaciones locales sobre entornos saludables Decretadas (elaboradas y aprobadas mediante Decreto Alcaldicio)	Al menos una regulación local sobre entornos saludables (Ordenanza Municipal o Decreto Alcaldicio sobre actividad física o alimentación saludables)
10	PROMOCION	Reducir la Población expuesta y/o vulnerable a condiciones sanitario ambientales desfavorables que afectan la salud y la calidad de vida, dentro de su territorio	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
11	PROMOCION	Reducir la Población expuesta y/o vulnerable a condiciones sanitario ambientales desfavorables que afectan la salud y la calidad de vida, dentro de su territorio	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
12	PROMOCION	Reducir la Población expuesta y/o vulnerable a condiciones sanitario ambientales desfavorables que afectan la salud y la calidad de vida, dentro de su territorio	Entregar conocimientos actualizados en Promoción de la Salud para fortalecer y generar nueva oferta en Promoción de la Salud	Capacitación en Promoción de la Salud a funcionarios públicos	Capacitación en Promoción de la Salud a funcionarios públicos	N° de capacitaciones en Promoción de la Salud a funcionarios públicos	Al menos una capacitación en Promoción de la Salud a funcionarios públicos
13	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 Energencias 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 capacticación a sus equipos de salud y consejos locales de salud
14	PREVENCION	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	Desarrollar acciones de sensibilización, educación y prácticas de autocuidado con organizaciones sociales ligadas a la APS, para la gestión riesgo de desastres en salud, considerando cambio climático y su impacto en el territorio.	Acciones de sensibilización, educación y participación comunitaria con organizaciones sociales ligadas a la APS, para la gestión riesgo de desastres en salud con foco en cambio climático y su impacto en el territorio.	N° de acciones comunitarias para la GRD en salud / N° de acciones comunitarias para la GRD en salud planificadas.	100%

15	PREVENCION	Mitigar los efectos de las emergencias y desastres en la salud y bienestar de la población.	Fortalecer las capacidades para la gestion del riesgo de emeregencias y desastres en salud de los equipos APS y su comunidad usuaria	Desarrollar análisis de riesgo local de emergencias y desastres	Analisis de riesgo de emergencias y desastres local	N° de establecimientos con análisis de riesgo/ N° de establecimientos de salud	100%
16	PREVENCION	Mitigar los efectos de las emergencias y desastres en la salud y bienestar de la población.	Aumentar la capacidad de resiliencia del sector, optimizando la recuperación y asegurando la continuidad de la prestación de servicios	Realizar un catastro de autonomía de líneas vitales (agua potable, electricidad, combustible, radiocomunicaciones) identificando brechas	Brechas de autonomía de líneas vitales en establecimientos de salud	N° de establecimientos con brechas identificadas/ N° de establecimientos APS	100%
17	PROMOCION	Aumentar prevalencia de personas con Factores Protectores para la salud.	Aumentar la concientización respecto a la resistencia a los antimicrobianos y el uso racional de estos.	Desarrollar acciones de sensibilización, educación y participación comunitaria.	Acciones de sensibilización, educación y participación comunitaria en relación a la resistencia y uso de antimicrobianos.	N° de acciones comunitarias relacionadas con Resistencia y uso de antimicrobianos realizadas/ N° de acciones comunitarias relacionadas con resistencia y uso de antimicrobianos planificadas.	100%
18	PREVENCION / PROMOCION Nuevo	Aumentar la equidad territorial en la distribución de recursos humanos en el Sistema Público de Salud (2022)	Diseñar, implementar y monitorear políticas y normativas 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 organizacion, y participación/articulación local, para la gestión de los cuidados de la salud mental de los/as funcionarios/as de APS.	Porcentaje de Establecimientos que desarrollan acciones para la gestón de los cuidados de la salud mental de funcionarios/as de APS, en coherencia con lo señalado en el Plan 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 Establecimientos de APS correspondiente a su gestión territorial.	0,8
19	PREVENCION nuevo	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.	Mejorar la cobertura de programas de vigilancia ambiental y de salud.	Aplicación de Cuestionario SUSESO Istas 21 de medición de Riesgos Psicosociales y protocolo de vigilancia de acuerdo a la normativa vigente en la Ley. 16.744	Porcentaje de Establecimientos APS que son incluídos en medición vigente de riesgos psicosociales en el trabajo, a través de Cuestionario SUSESO Istas 21	N° de Establecimientos APS que son incluídos en medición de riesgos psicosociales en el trabajo con Cuestionarios SUSESO Istas 21 vigente /N° Total de Establecimientos APS correspondiente a su gestión territorial.	0,6

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META
20	PROMOCION / PREVENCIÓN / TRATAMIENTO Y REHABILITACION	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	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	(Nº visitas domiciliarias integrales realizadas / Nº de familias inscritas)*100	0,22
21	PREVENCION	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 concensuar y adoptar intervenciones ad hoc a sus necesidades.	Porcentaje de familias evaluadas según riesgo Familiar	(N° de familias evaluadas según riesgo familiar/N° total de familias inscritas)*100	0,15
22	ATENCION 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/Cartola Familiar	Porcentaje de familias de riesgo	Número de familias evaluadas mediante screening de riesgo (equivale a cartola familiar) /Número de familias inscritas *100	Mantener o aumentar respecto al año anterior
23	ATENCION INTEGRAL	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	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 evaluadas con cartola o encuesta familiar)*100	Mantener o aumentar respecto al año anterior
24	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 como ToHP (entrenador del prestador de salud)	(N° de funcionarios que se capacitan en la estrategia mhGAP como ToHP (entrenador del prestador de salud) N° de sectores del centro de APS)*100	1 funcionario por sector de cada centro de salud de APS, capacitado como ToHP (entrenador del prestador de salud)

25	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.	12
26	PREVENCION	Disminuir la tasa de suicido 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

N°	NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META
27	PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Prevenir que los contactos < de 15 años se infecten con tuberculosis o que desarrollen la enfermedad	Quimioprofilaxis en los contactos < de 15 años	Porcentaje de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis	Nº de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis/N° de contactos con indicación de quimioprofilaxis *100	100%
28	PREVENCION	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 estalecimientos de APS (%)	[(N° CPT estudiados - N° CPT estudiados el año anterior) x 100] / N° CPT estudiados el año anterior	Mayor o igual a 5%
29	PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Realizar pesquisa extramural de casos presuntivos de TBC en personas mayores, migrantes, situación de calle, personas con dependencia de alcohol y/o drogas, pueblos indígenas.	Porcentaje de actividades de pesquisa extramural realizadas (una semestral como mínimo)	Nº de actividades de pesquisa extramural realizadas / Nº de actividades de pesquisa extramural programadas *100	100%
31	PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva	Porcentaje de contactos estudiados	(Nº de contactos estudiados / Nº de contactos censados) *100	90%

				(baciloscopía, PCR o cultivo).			
32	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%
33	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%
34	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%
35	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%
36	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 por TENS realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente inasistente)/Nº de inasistencias a tratamiento)*100	100% *para proyeccion de denominador, en caso que el basal sea cero (usando como

							referencia inasistentes de año anterior), programar como mínimo 1 VD al año.
37	TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Perdida de seguimiento (abandono) menor del 5%	Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente a tratamiento dentro de la primera semana de inasistencia continuada, realizada por enfermera	% 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 proyeccion de denominador, en caso que el basal sea cero (usando como referencia inasistentes de año anterior), programar como mínimo 1 VD al año.
38	PROMOCION	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Generar acciones que permitan mejorar la calidad, accesibilidad, oportunidad en la atención de salud.	Desarrollar programas de capacitación y sensibilización en interculturalidad y salud de los pueblos indigenas a directivos y funcionarios.	Porcentaje de programas de capacitación y sensibilización en intercuralidad y salud de los pueblos indigenas.	(N° de establecimientos que cuentan con programas de capacitación y sensibilización en intercuralidad y salud de los pueblos indigenas /N° total de establecimientos que cuentan con Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas)*100	80%

39	PROMOCION	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Generar acciones que permitan mejorar la calidad, accesibilidad, oportunidad en la atención de salud.	Diseño e implementación programas de inducción en salud intercultural para profesionales del ciclo de destinación.	Porcentaje de profesionales en ciclo de destinación que participan en programas de inducción en salud intercultural por Servicios de Salud	(N°de profesionales en ciclo de destinación que participan en programas de inducción en salud intercultural /N° total de profesionales en ciclo de destinación del Servicio de Salud)*100	60%
40	PROMOCION	Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Generar acciones que permitan la aplicación de la pregunta por pertenecia a pueblos originarios para mejorar la calidad de los registros y contar con informacion confiable	Diseño e implementación de estrategias locales para incentivar el registro de la variable de pertenencia a pueblo indígena en Sistema de Información en Salud (SIS)	Aumento del registro de la variable de pertencia a pueblos originarios en los sistemas de información en salud	(N° de Establecimiento de Salud que aumentan la identificación de personas o beneficiarios pertenenciente a pueblos indígenas/N° Total de Establecimiento de Salud con Programa Pueblos Indígenas) *100	50%
41	PROMOCION	Transversalizar el enfoque intercultural en los Programas de Salud	Planificar acciones de salud intercultural en programas de salud regulares	Gestionar y articular acciones de salud intercultural según priorización local	Programas de salud que programan 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
42	PROMOCION	Promover la participación de pueblos indigenas en el diseño de modelos de salud intercultural	Desarrollar modelos de salud intercultural con la activa participación de los pueblos indígenas	Formular, ejecutar, monitorear y evaluar los modelos de salud intercultural en conjunto con representantes de salud indígenas.	Porcentaje de Establecimientos de Salud que formulan y evaluan los modelos de salud intercultural en conjunto con representantes de salud indígenas	(N° de Establecimientos de Salud con programa PESPI formulan y evaluan los modelos de salud intercultural en conjunto con representantes de salud indígenas /N° total de Establecimientos de Salud)*100	100%
43	PROMOCION	Contribuir a la identificación de la población indígena que accede a las prestaciones de salud en APS	Asegurar registro de la variable de pertenecia a pueblos indígenas en Columna "Pueblos Originarios" en todos los registros REM (2023) .	Monitorear la variable de pertenecia a pueblos indígenas en todos los REM que identifica "Columna de Pueblos Originarios"	Aumento en el porcentaje de población indígena identificada en los sistemas de registro de atención en los establecimientos de salud		linea base

44	PREVENCION	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 participativamente un modelo de atención con pertinencia cultural en la red asistencial que garantice y asegure una adecuada y oportuna atención en salud para los pueblos indígenas considerando sus prácticas culturales de sanación, su realidad territorial y comunitaria y perfil epidemiológico.	Elaboración de un modelo de atención con pertinencia cultural, que incluya, como mínimo: Modelo de Atención en Salud con pertinencia cultural; definición y alcances de la salud con pertinencia cultural según territorios; esquema de gestión técnico, financiero y administrativo; instancias de participación territorial; proceso de derivación entre sistema médico indígena y redes asistenciales; protocolos de atención en establecimientos de salud, entre otros.	Porcentaje de establecimientos de salud que implementan modelo de atencion con pertinencia cultura para la atención de los pueblos indígenas	(N° de Establecimientos de Salud que formulan, ejecutan, monitorean y evaluan modelo de atención en salud con pertinencia cultural en conjunto con representantes de los pueblos indígenas/N° total de Establecimientos de Salud) *100	linea base
45	PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Pocentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que no presentan UPP	(Nº de personas sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100	60% y más de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa no presentan UPP

46	TRATAMIENTO	Disminuir la discapacidad	Disminuir o prevenir carencias nutricionales en personas con dependencia severa	Realizar atención nutricional en Domicilio a usuarios con Dependencia severa y con indicación de NED.	Pocentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicacion de Nutricion Enteral Domiciliaria (NED) reciben atención Nutricional en Domicilio	(Nº de personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicacion de NED y Evaluación Nutricional en domicilio /Nº de personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicacion de NED)*100	El 100% de las Personas Dependientes Severas con indicación de NED, reciben atención Nutricional en domicilio.
47	PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Porcentaje de Evaluación de Sobrecarga en Cuidadores de Personas en situación de Dependencia Severa	(N° de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliara para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/N° de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa)*100	Al menos el 60% de los cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria han sido evaluados con Escala de Zarit
48	PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social,	Entregar a cuidadoras(es) y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa	Porcentaje de cuidadores(as) de personas en situación de dependencia severa Capacitados (as)para prevenir el sindrome	(Nº de Cuidadores(as) de personas en situación de dependencia severa capacitados / Nº Total de cuidadores de personas en situación de dependencia severa *100	100% de los cuidadores de personas cen situación de

			mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	para prevenir el sindrome de sobrecarga del cuidadora(or)	de sobrecarga del cuidadora(or)		dependencia severa capacitados.
49	PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Pocentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que reciben al menos 2 visitas domiciliarias integrales en un año.	(N° de Personas en situación de Dependencia Severa que reciben al menos 2 Visitas Domiciliarias Integrales en el año / N° de personas bajo control en Programa de Atención Domiciliaria para Personas en situación de Dependencia Severa	100% de las personas bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa reciben al menos 2 visitas domiciliarias en el año.
50	PREVENCION	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más en Chile	Hacer o actualizar el diagnóstico Participativo, conocer las Redes Locales y articularse con el intersector para el apoyo a la inclusión, mantener el trabajo comunitario en forma permanente en las actividades del equipo de	Diagnóstico y Planificación Participativa:Los equipos de rehabilitación en el desarrollo del modelo biopsicosocial, en el cual el objetivo fundamental es la inclusión social, deben realizar el diagnóstico con sus comunidades y	Porcentaje de Actividades de Diagnóstico y Planificación Participativa	N°Total de actividades de Diagnóstico o Planificación Paricipativa/ Total Actividades y Participación*100	20% de total de Actividades y Participación correspon den a actividades de Diagnóstic o o

			rehabilitación, dando cuenta del modelo biopsicosocial.	posteriormente el trabajo de planificación participativa para enfrentar las necesidades surgidas del Diagnóstico Participativo.			Planificación Participativa (RBC, RI, RR)
51				Realizar el Diagnóstico Participativo cada 2 años	Diagnóstico Participativo	Cuenta con Diagnóstico Participativo actualizado SI/NO	100% Equipos de Rehabilitación de RBC y RI realizan DG Participativo y 80% comunas intervenidas por Equipos Rurales con Dg. Participativo
52		Disminuir la prevalencia e incidencia de Alteraciones Músculo Esqueléticas, que genera dolor crónico y/o alteraciones funcionales en la población		Realizar Plan de Trabajo comunitario	Plan de Trabajo en forma Participativa	Cuenta con Plan de Trabajo Anual SI/NO	100% de los Equipos cuentan con Plan de Trabajo
53				Conjunto de acciones terapeúticas 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	10% de las personas ingresadas al programa logran la participación en comunida

							d (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones) (RBC, RI, RR)
54	PREVENCION	Disminuir la prevalencia de dependencia severa en la población en todo el curso de vida	Entregar herramientas para prevenir y/o retardar la discapacidad	Estimular la realización de actividades de educación grupal a todas las personas que ingresan al programa con artritis y artrosis en etapas iniciales, lumbago, parkinson, etc., entregando herramientas para el autocuidado.	Porcentaje de personas que ingresan a Educación Grupal.	N° Total de Personas que ingresa a Educación Grupal/ Total de Ingresos * 100	35% de las personas que ingresan al Programa, reciben Educación Grupal. (RBC, RI, RR).
55				Estimular la realización actividades destinadas a fortalecer conocimientos y destrezas personales de los cuidadores, entregando herramientas para el cuidado en domicilio, como su autocuidado	Porcentaje de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, que se orientan al trabajo con cuidadores	Nº de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales a los cuidadores/ total de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales * 100	50% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores (RBC, RI, RR)

56	REHABILITACION	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más en Chile	Estimular la atención de personas con problemas de salud cuyo origen es neurológico, y que requieren de la continuidad en la atención en APS, o mantención para retardar procesos discapacitantes.	Mantener al menos un 20% de personas con Parkinson , secuela de AVE,LM, TEC otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Porcentaje de las personas que ingresan al programa con Parkinson , secuela de AVE, TEC, LM, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Nº Personas ingresados con Dg de parkinson, secuela de AVE, TEC, LM, otro déficit secundario a compromiso neuromuscular/ Total de Ingresos *100	20% en RBC, 15% RI, 10% RR
57		Disminuir la prevalencia de dependencia severa en la población en todo el curso de vida	Intervenir las crisis normativas y no normativas de las personas atendidas en el programa, apoyar a la familia en la resolución de conflictos, entregar herramientas. Desarrollo de las intervenciones con un modelo biopsicosocial.	Realizar intervenciones de Consejería individual y familiar, programadas, con a lo menos 3 sesiones por persona y/o familia.	Porcentaje de personas ingresadas al programa que reciben consejería individual y/o familiar, técnicamente esta intervención debe ser programada y requiere de al menos 3 sesiones de trabajo.	Nª de (consejerías individuales+ Consejerías Familiares /3) N° ingresos * 100	20% de las personas ingresadas reciben consejerías individuales y/o familiares. (RBC, RI, RR)
58			Realizar Evaluación Inicial/Intermedia para conocer el entorno y habitabilidad, condiciones de la familia, funcionalidad de las personas ingresadas al programa que requieren atención en domicilio, o trabajo con la familia. Hacer un diagnóstico en terreno de la Persona en rehabilitación y su	Realizar Evaluación Inicial/Intermedia en domicilio, elaborar o ajustar el Plan de Tratamiento Integral	Porcentaje de Evaluaciones Inicial/Intermedia realizadas en domiclio en relación al total de Evaluaciones Inicial/Intermedias	(N° Evaluaciones Iniciales realizadas en domiclio+N° Evaluaciones Intermedias realizadas en domicilio)/(N° Evaluaciones Iniciales+N° Evaluaciones Intermedias)*100	10% de las evaluaciones inicial/intermedia se realiza en domiclio

			cuidador e intervenciones acorde al Plan.				
59			Ingresar al Programa a las personas que lo requieran con objetivos definidos consensuadamente, plasmados en el PTI, que puedan egresar posterior al cumplimiento de ellos.	Realizar ingreso con PTI, consensuado, con objetivos y tiempos de tratamientos definidos. Alta posterior al cumplimiento del Plan.	Porcentaje de personas ingresadas al programa reciben el alta posterior a cumplimiento del Plan de tratamiento.	Nº Personas egresadas por alta /Total ingresos*100	60% Egresos en RBC y RI, 30% de egresos en RR
60		Disminuir la prevalencia e incidencia de Alteraciones Músculo Esqueléticas, que genera dolor crónico y/o alteraciones funcionales en la población	Disminuir los procedimientos de fisioterapia y favorecer aquellos con mayor evidencia.	Definir mayoritariamente actividades orientadas a la movilización activa de las personas intervenidas en el Programa y utilización de la fisioterapia solo en casos necesarios.	Porcentaje de Procedimientos de Fisioterapia	Nº total procedimientos fisioterapia / total de procedimientos *100	30% o menos de los procedimientos corresponden a fisioterapia. (RBC, RI, RR)
61	TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Mejorar la compensación de las personas con Hipertensión Arterial (HTA)	Realizar curso de estrategia HEARTS por equipo de salud.	Porcentaje de profesionales y tens capacitados en la estrategia	(Nº de personas Certificadas en la capacitación HEARTS /Nº de total de funcionarios)*100	50 % de los funcionarios capacitados. Y los Cesfam que tienen implement

							ada la estrategia aumentar en un 5 %
62	PREVENCION	Reducir la transmisión maternoinfaltil de la sífilis	Reducir la transmisión maternoinfaltil 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%
63	PREVENCION	reducción de la mortalidad por SIDA	Reducir la transmisión maternoinfaltil 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%
64	PREVENCION	Reducir la transmisión de la Enfermedad de Chagas	Reducir la transmisión maternoinfaltil de Chagas	Tamizaje de enfermedad de Chagas en embarazo	Cobertura de tamizaje de chagas en la gestante	N° total de mujeres atendidas que fueron estudiadas para enfermedad de chagas durante el control prenatal/ N° total de mujeres que ingresa a control prenatal*100	95%
65	PREVENCION	Reducir la transmisión de la Enfermedad de Chagas	Reducir la transmisión maternoinfantil de Chagas	Diagnóstico de Enfermedad de Chagas en mujeres de edad fertil en zona endemica vectorial	Cobertura en el diagnóstico de enfermedad de Chagas en mujeres en edad fertil durante control preconcepcional en zona endemica vectorial.	N° total de mujeres en edad fertil en control preconcepcional con tamizaje de enfermedad de Chagas/ N° total mujeres en edad fertil en control preconcepcional *100	50%
66	PREVENCION	Reducir la transmisión de la Enfermedad de Chagas	Reducir la transmisión maternoinfantil de Chagas	Diagnóstico de Enfermedad de Chagas en mujeres de edad fertil en zona endemica vectorial	Confirmacion diagnóstico de enfermedad de Chagas en mujeres	N° de mujeres en control prenatal confirmadas con enfermedad de Chagas/n° total de mujeres	100%

					durante control prenatal	ingresadas a control prenatal	
67	PREVENCION	Reducir la transmisión de la Enfermedad de Chagas	Reducir la transmisión de Chagas	Estudios de contacto familiar frente a un caso indice confirmado	N° de contactos familiares estudiados frente a un caso indice confirmado	N° total de casos contactos familiares estudiados para ECh/ N° total de casos contactos familiares declarados	90%
68	TRATAMIENTO	Reducir la transmisión maternoinfaltil de la sífilis	Reducir la transmisión maternoinfaltil de la sífilis	Tratamiento inicial para sífilis	Cobertura de tratamiento inicial de sífilis	Nº gestantes con serología (+) que reciben tratamiento inicial para sífilis/ Nº total de gestantes con serología (+) para sífilis*100	95%
69	PREVENCION	Reducir la transmisión maternoinfaltil de la hepatitis B	Reducir la transmisión maternoinfaltil 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%