

Orientaciones Técnicas Metas Sanitarias 2018

Metas Ley 19.813



División de Atención Primaria
Octubre de 2017

CAPITULO 1: CARACTERIZACIÓN DE LAS METAS SANITARIAS 2018.....	4
Consideraciones en el proceso de Fijación de Metas Sanitarias 2018:	4
META I: RECUPERACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR.....	5
“Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses con riesgo del desarrollo psicomotor recuperados”	5
Antecedentes	5
Caracterización de la Meta.....	6
Definiciones complementarias:	7
META II: DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO	8
Antecedentes	8
Caracterización de la Meta.....	8
META III: METAS ODONTOLÓGICAS.....	12
IIIa: Cobertura de alta odontológica total en adolescentes de 12 años.....	12
Antecedentes	12
Caracterización de la Meta.....	12
Definiciones complementarias:	12
IIIb: Cobertura de alta odontológica total en embarazadas.....	13
Antecedentes	13
Caracterización de la Meta.....	13
Definiciones complementarias:	13
IIIc: Cobertura Egresos odontológicos en niños y niñas de 6 años.....	14
Antecedentes	14
Caracterización de la Meta.....	14
Definiciones complementarias:	15
META IV: COBERTURA DE TRATAMIENTO Y EVALUACIÓN EN PERSONAS CON DM2	16
IVa. Cobertura efectiva de diabetes tipo 2 (dm2) en personas de 15 años y más	16
Antecedentes	16
Caracterización de la Meta.....	18
Definiciones complementarias:	18
IVb: Evaluación anual de los pies en personas con diabetes bajo control de 15 y más años	19
Antecedentes	19
Caracterización de la Meta.....	20
Definiciones complementarias:	20

META V: COBERTURA EFECTIVA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS.....	21
Antecedentes	21
Caracterización de la Meta.....	22
Definiciones complementarias:	23
META VI: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) EN MENORES DE 6 MESES DE VIDA	24
Antecedentes	24
Caracterización de la Meta.....	24
Definiciones complementarias:	25
Calculo de la meta de anual de lactancia materna exclusiva:.....	26
META VII: ESTABLECIMIENTOS CON PLAN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL ELABORADO Y FUNCIONANDO PARTICIPATIVAMENTE	27
Antecedentes	27
Caracterización de la Meta.....	27
Definiciones complementarias:	28
Formato Evaluación	29
ANEXO N°1. CUADRO RESUMEN DE METAS SANITARIAS 2017	30
CAPITULO 2: ORIENTACIONES PARA EL PROCEDIMIENTO DE FIJACIÓN DE METAS SANITARIAS. LEY 19.813	33
OBJETIVO GENERAL	33
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	33
ALCANCE	33
IDENTIFICACIÓN DE ACTORES INVOLUCRADOS, ROL Y ACTIVIDADES EN EL FUNCIONAMIENTO DE LAS METAS SANITARIAS LEY 19.813	33
PROCEDIMIENTO DE FIJACIÓN DE METAS SANITARIAS.....	35
FLUJOGRAMA DE APLICACIÓN DE LA LEY 19.813 QUE OTORGA BENEFICIOS A LA SALUD PRIMARIA	39
FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE FIJACIÓN DE METAS SANITARIAS LEY 19.813 QUE OTORGA BENEFICIOS A LA SALUD PRIMARIA	40
DIFICULTADES DETECTADAS EN LOS PROCEDIMIENTOS DE FIJACIÓN DE METAS SANITARIAS.....	41
DICCIONARIO DE DATOS PARA EL CORRECTO LLENADO DE PLANILLAS EXCEL	42
Cronograma del procedimiento de fijación y evaluación de metas sanitarias.....	44

CAPITULO 1: CARACTERIZACIÓN DE LAS METAS SANITARIAS 2018

Consideraciones en el proceso de Fijación de Metas Sanitarias 2018:

De acuerdo a la ley 19.813^[1], que otorga Beneficios a la Salud Primaria, el proceso de fijación de las metas, debe ser realizado por el **Servicio de Salud** con presencia de los **representantes de las entidades administradoras de salud comunal y un representante de los gremios, constituyendo un comité técnico consultivo** destinado a este fin. En dicho comité se deben concordar las metas que, basadas en criterios de salud pública y en el nivel de cumplimiento de los años anteriores, impliquen una mejoría respecto del dato diagnóstico de cada uno de los ítems evaluados.

En ningún caso la meta fijada debe representar un decrecimiento o deterioro de los valores del año anterior.

La **determinación de la meta debe hacerse en el mes de octubre** y según la obligatoriedad dada por el artículo N°7 del Decreto N°324 / 2003 que señala: “Las metas e indicadores fijados serán comunicados por el Servicio de Salud a cada entidad administradora o establecimiento afectado, al respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud y al Ministerio de Salud, a más tardar el 31 de octubre del año respectivo”, los Servicios de Salud deben enviar al Ministerio de Salud y a las respectivas Seremis las metas fijadas por las comunas y/o establecimientos y los documentos que respaldan dicho proceso. Eso incluye planillas en formato Excel con fórmulas de cálculo, acta de las reuniones sostenidas y la resolución exenta de fijación de metas sanitarias para el año entrante. Se sugiere que, junto con enviar los documentos por vía formal y regular, puedan ser enviados a referente DIVAP MINSAL por correo electrónico: ximena.barros@minsal.cl o alexis.ahumada@minsal.cl con el fin de consolidar la información.

Cada Servicio de Salud debe usar la información referida al mes de septiembre para proyectar numerador y denominador. Cuando la **determinación de la meta debe hacerse en el mes de octubre**, cada Servicio de Salud debe usar la información referida al mes de septiembre, cuando la meta está referida a producción de actividades. Ahora bien, cuando la meta refiere a población bajo control se debe considerar la información del censo del mes de junio o la proyección a diciembre.

Toda esta información se encuentra disponible en los registros estadísticos mensuales (REM) y pueden realizarse observando el comportamiento de sus indicadores de manera retrospectiva. Es necesario que los Servicios de Salud trabajen en conjunto con sus comunas en la definición de numeradores y denominadores a comprometer, dado que es el medio para aproximarnos a una evaluación sanitaria de estas metas.

[1] Congreso Nacional. Historia de la Ley 19.813 Otorga Beneficios a la Salud Primaria. Chile, 2002

[1] Boletín N° 2931-11

Por último y, en esa línea, es fundamental que las entidades administradoras de salud y los Servicios de Salud consideren hacer al menos una evaluación intermedia y otra final con fines sanitarios, más allá de la determinación del acceso a los beneficios monetarios que se determinen a partir del nivel de cumplimiento.

META I: RECUPERACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

“Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses con riesgo del desarrollo psicomotor recuperados”

Antecedentes

Esta meta sanitaria está en concordancia con la Estrategia Nacional de Salud a 2011– 2020, cuyo Objetivo Estratégico N°4 es “Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital”. Para contribuir a aquello, el Objetivo de Impacto N° 2 busca “disminuir la prevalencia de rezagos del desarrollo en niños y niñas en un 15%”. Esta meta de impacto, requiere como una de sus actividades principales la pesquisa y tratamiento temprano de los riesgos y retrasos en el desarrollo de los niños y niñas, a través de las evaluaciones del desarrollo psicomotor (DSM) como parte del control de salud del niño/a. Al mismo tiempo, involucra diversas estrategias de promoción de factores protectores; y prevención y tratamiento de aquellos factores que interfirieren en el desarrollo integral de los niños y niñas.

Por ello, se ha considerado la recuperación de los niños y niñas con déficit de desarrollo psicomotor como prioritario, focalizando en el diagnóstico “Riesgo”, para efectos de las metas sanitarias de la Ley N° 19.813.

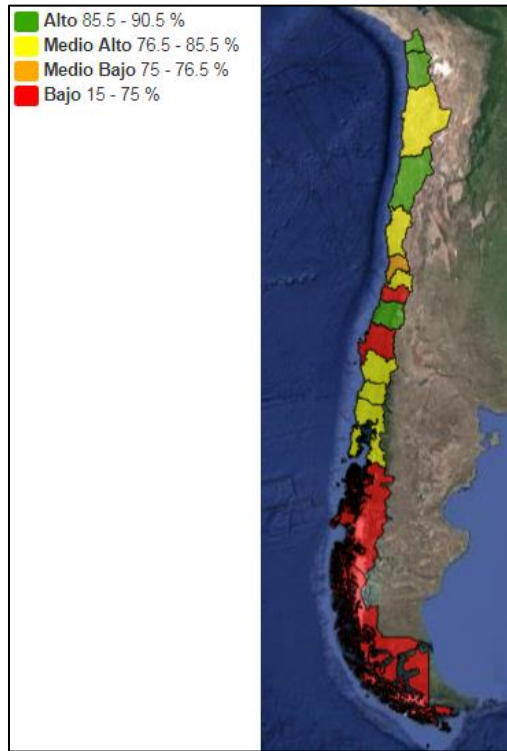
En el contexto nacional, el perfil epidemiológico de las principales causas de morbi-mortalidad infantil ha cambiado en las últimas décadas, expresándose como problemas de salud pública: accidentes, rezagos del desarrollo, maltrato, obesidad, anomalías congénitas y enfermedades crónicas. Estos problemas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

Es así que, con una baja mortalidad infantil, se vuelve relevante plantear intervenciones que mejoren la calidad de vida de los niños y niñas estableciendo las bases sólidas para su desarrollo infantil temprano, junto con la reducción del impacto de carga de enfermedad que genera discapacidades a temprana edad.

Durante el año 2016, al observar los resultados globales de la evaluación del DSM, se detecta que el 12,2 % de los niños(as) menores de 5 años presentan rezago, riesgo o retraso, por otra parte, en el caso de los niños y niñas entre 12 y 23 meses, asciende a 13,6 %.

Específicamente en el grupo etario de 12 a 23, el 7 % de los niños y niñas fueron evaluados con riesgo y de éstos, el 80% de los que fueron reevaluados alcanzaron la categoría normal con un máximo de 98,7% en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente y un mínimo de 15,4 % en el Servicio de Salud de Aysén.

Figura N°1: Porcentaje de niños(as) evaluados con riesgo en su DSM que se recuperan, según región, año 2016



Caracterización de la Meta

Meta Nacional	90% de niños y niñas de 12 a 23 meses con riesgo del desarrollo psicomotor recuperados
Indicador (*)	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM recuperados, período enero a diciembre 2018}}{\text{N}^\circ \text{ de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo de Desarrollo Psicomotor en su primera evaluación, período enero a diciembre 2018}} \times 100$
Medio de Verificación	REM A03/ REM A03
Meta Sanitaria Municipal 2018:	Las comunas o establecimientos según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que estén por debajo de la Meta Nacional, deberán aumentarla en relación al logro del año 2017. De igual modo, quienes tengan cobertura logradas el año 2017 superiores a la Meta Nacional, deberán mantenerla o aumentarla.
Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios	<p>Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Disminuir las alteraciones en el desarrollo Infantil.</p> <p>Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta Meta: Fortalecer la prevención secundaria del rezago en primera infancia</p>

(*) Para la construcción del indicador se deben considerar en el numerador todos los niños que en su primera evaluación fueron diagnosticados con riesgo del DSM y que en la re-evaluación efectuada entre enero y diciembre del año 2018 se diagnostican como recuperados.

En el denominador se deben incluir todos los niños(as) diagnosticados con riesgo desde enero a diciembre del año 2018

Definiciones complementarias:

Primera Evaluación: Evaluación universal del desarrollo psicomotor a través de un instrumento de tamizaje aplicado por primera vez a todos los niños (as) que asisten a los controles de salud de los 18 meses. El resultado de la evaluación se clasifica en Normal, Normal con Rezago, Riesgo y Retraso.

Normal: Puntaje promedio total se encuentra dentro del puntaje esperado para la edad (EEDP). Puntaje T y el puntaje en cada subtest o área evaluada también se encuentran en la zona "Normal".

Riesgo: Puntaje promedio total se encuentra dentro zona "Riesgo".

Reevaluación: Corresponde a la aplicación de Test de Desarrollo Psicomotor realizada a niños y niñas, que fueron detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor en una primera evaluación en el control de los 18 meses, según lo indicado en la Norma Técnica para la Supervisión de los niños y niñas de 0 a 9 años en la Atención Primaria de Salud, Minsal 2014.

Recuperación del Desarrollo Psicomotor: Para efectos del cumplimiento del indicador se considerarán como recuperados, todos los niños y niñas diagnosticados en Riesgo en su primera evaluación de desarrollo en el control de salud de los 18 meses de edad y que al ser reevaluados posterior a una intervención obtienen puntaje Normal; este puntaje normal incluye la categoría normal y normal con rezago.

Los niños y niñas que son derivados a especialidad, de acuerdo a lo indicado en las normas técnicas, no deben considerarse como recuperados, si no que permanecen en la población bajo control del establecimiento.

Traslado de establecimiento: Corresponde al cambio del paciente desde un establecimiento de salud a otro, dentro de la red. Se debe diferenciar el resultado de los pacientes que se trasladan a fin de no considerarlo como parte de la población bajo control del establecimiento.

Para consultas técnicas de esta meta contactar a Lucía Vergara D.

lvergara@minsal.cl

META II: DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

“Papanicolau (PAP) vigente en mujeres de 25 a 64 años”

Antecedentes

Las recomendaciones internacionales y el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino indican que lograr y mantener coberturas de PAP vigente, iguales o superiores al 80% en mujeres de 25 a 64 años, impacta en la reducción de la mortalidad por cáncer al cuello uterino. Por esto, esta meta se relaciona con uno de los Resultado Esperado de Impacto de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020: “Mejorar la detección precoz del cáncer de cuello uterino en grupos de riesgo”.

Sin embargo, es importante señalar que el impacto de la cobertura de PAP en la mortalidad se observa después de 10 o 15 años, por lo que resulta preocupante observar que en los últimos años se ha producido una reducción o estancamiento de los porcentajes de cobertura de este examen en la población de riesgo. Entonces, resulta muy relevante iniciar o reactivar las estrategias que permitan mejorar este indicador y así asegurar mantener y aumentar la reducción de las tasas de mortalidad por cáncer de cuello uterino en el país en los próximos años.

Esta meta viene a contribuir al indicador de cobertura de cada establecimiento, Comuna, Servicio de Salud, como también a la Meta Nacional, donde se espera lograr y mantener una cobertura de 80% de mujeres entre 25-64 años con PAP Vigente.

Caracterización de la Meta

Meta Nacional:	80 % de cobertura de mujeres de 25 a 64 años que cuentan con PAP vigente en los últimos 3 años.
Indicador	Porcentaje de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años <u>Numerador:</u> N° logrado de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con PAP vigente a diciembre 2018 *100 <u>Denominador:</u> N° total de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas
Medio de Verificación	REM P12/ Población inscrita validada FONASA
Meta Sanitaria Municipal 2018	Se espera que las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, identifiquen el N° de mujeres con PAP vigente restante para disminuir a lo menos un 25% de la brecha entre la cobertura lograda a junio 2017 y la meta nacional de cobertura de 80% , comprometiéndose a una mejora de la cobertura equivalente a este N° de mujeres con PAP vigente a incrementar.

	De igual modo quienes no tengan brecha deberán mantener o aumentar el número de mujeres con PAP vigente logrado el año anterior. En ningún caso se aceptará disminuir el número absoluto de mujeres con PAP vigente.
Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios	Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: reducir la tasa de mortalidad por cáncer Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Mejorar la detección precoz del cáncer de cuello uterino en grupos de riesgo La fijación de la meta se debe expresar en N° y debe corresponder como mínimo al 25% de la brecha a partir de la cobertura lograda a junio 2017.

Metodología de cálculo y registro

Para la fijación de la meta 2018, previamente se debe realizar un estudio de la brecha que cada comuna o establecimiento tenga para alcanzar el 80% de mujeres de 25 a 64 años inscritas y validadas con PAP Vigente en los últimos 3 años. Del cálculo anterior, se obtendrá el número total de mujeres que cada comuna o establecimiento requiere cubrir para alcanzar el 80% de cobertura a diciembre de 2018. De ese número (brecha) se debe comprometer a lo menos un 25%.

La siguiente tabla muestra un ejemplo de cálculo de la brecha y el número de mujeres a captar para alcanzar a reducir al menos el 25% de la brecha de cada comuna o establecimiento.

Metodología para el cálculo de la brecha y del N° mínimo de mujeres con PAP vigente a Diciembre de 2018							
Ejemplo:							
A	B	C	D	E	F	G	H
N° DE MUJERES 25 A 64 AÑOS INSCRITAS CON PAP VIGENTE a Junio 2017	TOTAL N° MUJERES: 25 A 64 AÑOS INSCRITAS Y VALIDADAS año 2017*	Meta Cobertura Nacional 80% Población Inscrita (B*80%)	BRECHA entre N° mujeres con PAP vigente a Junio 2017 y N° de mujeres esperadas con 80% de cobertura (C - A)	25% de la brecha (D*25%)	N° MINIMO ESPERADO DE MUJERES CON PAP VIGENTE A DICIEMBRE 2018 (A+E)	N° LOGRADO DE MUJERES 25 A 64 AÑOS INSCRITAS CON PAP VIGENTE* a DIC. 2018	% de cumplimiento de la meta (G*100/F)
3.000	5.000	4.000	1.000	250	3250	3.000	92,3

* = Ultima validación vigente al momento de fijar la Meta.

Dato a registrar en planilla de fijación de meta

Columna	Definición	Fuente	Observaciones
A	Número de mujeres de 25 a 64 años, inscritas validadas con PAP vigente en los últimos 3 años a junio 2017.	REM P12, sección A (Citoexpert-REVICAN)	Por cada Consultorio, Comuna y Servicio de Salud
B	Población de mujeres de 25 a 64 años inscritas y validadas a diciembre 2018 *	Informe de FONASA (según fecha de corte) de la población de mujeres de 25 a 64 años, inscritas validadas para el 2018	Cada Estadístico del SS, debe hacer llegar al Encargado de APS esta información por Comuna y Establecimiento.
C	Corresponde al N° de mujeres de 25 a 64 años que debiera tener su PAP Vigente si se tuviera el 80% de la columna de cobertura. (B*0.8)	Cálculo del N° de la columna "B" por el 80%	Debe expresarse en N° de mujeres.
D	Corresponde a la resta entre el N° de mujeres con PAP vigente a junio 2017 y el N° de mujeres esperadas si se tuviera el 80% de cobertura. Este N° es la BRECHA (C – A)	Diferencia o resta entre la columna "C", menos la columna "A".	Debe expresarse en N° de mujeres.
E	Corresponde al N° de mujeres de 25 a 64 años, equivalente al 25% del total de la brecha (columna D). (D*25%)	Cálculo del N° de la columna "D" por el 25%	Debe expresarse en N° de mujeres. Este % es el mínimo aceptable en la fijación.
F	Corresponde al N° esperado de mujeres con PAP vigente a diciembre 2018. (A+E)	Suma entre la columna A y la E	Debe expresarse en N° de mujeres.

Respecto de las fuentes a utilizar para la información sobre mujeres con PAP vigente se debe utilizar el REM P12 (que el DEIS publica semestralmente), este REM de la serie P debe ser alimentado desde el sistema informático Citoexpert o REVICAN (dependiendo del sistema que use el SS), ambos sistemas del Programa de Cáncer Cervicouterino usan el RUT de cada paciente para los cálculos de vigencia. No se permite como fuente los tarjeteros poblacionales.

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

Definiciones complementarias:

Teniendo presente que las mujeres a tamizar cada 3 años, corresponden a mujeres "Inscritas" en cada establecimiento y por lo tanto, éste cuenta con sus datos; lo que se esperaría es que se priorice captar a las mujeres entre 25 y 64 años inscritas en el Establecimiento y que "nunca" se han realizado un PAP, luego a aquellas "atrasadas" (con PAP de más de 3 años) y aquellas a las que les corresponde "repetir" su PAP ese año.

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

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

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

Considerando que el tamizaje a través del PAP es parte del GES, se debe mantener los registros adecuados para la trazabilidad de este examen y el seguimiento de los casos tamizados. Igualmente, de ser posible se debe mejorar la información respecto a las mujeres beneficiarias e inscritas que se toman el examen de PAP en el sector privado, sin embargo, sólo los Establecimientos que ya estén trabajando con REVICAN podrán ingresar al sistema esos exámenes. Los Servicios de Salud que aún se mantengan con Citoexpert, podrán sumar en el numerador estos casos al momento de la evaluación de la Meta por la SEREMI de Salud.

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

Para consultas técnicas de esta meta contactar a Marta Prieto
mprieto@minsal.cl

META III: METAS ODONTOLÓGICAS

Cobertura odontológica en grupos prioritarios, Esta meta está constituida por tres sub-metas

IIIa: Cobertura de alta odontológica total en adolescentes de 12 años

“Porcentaje de altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años.”

Antecedentes

Los 12 años representa, desde el punto de vista sanitario, una edad de enormes oportunidades para la construcción y consolidación de formas de vida saludables, cuyo beneficio puede proyectarse a lo largo de la vida. Además, a esta edad, los y las adolescentes han finalizado o se encuentran próximos a finalizar el cambio dentario, y sus dientes sanos recién erupcionados son más susceptibles de tener caries, que junto con las características antes mencionadas y que es una edad de vigilancia a nivel mundial, propuesto por la OMS, hacen de esta edad un grupo prioritario.

Caracterización de la Meta

Meta Nacional	74 % altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años
Indicador	Numerador: Nº de Adolescentes de 12 años con alta odontológica total de enero a diciembre 2018. Denominador: Total de Adolescentes de 12 años inscritos validados por FONASA para el año 2018.
Medio de Verificación	REM A09/Población inscrita validada de 12 FONASA para el año 2018.
Meta Sanitaria Municipal 2018	Se espera que las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que estén por debajo de las coberturas esperadas nacionales al 2020 la aumenten en relación a lo logrado el año 2017. Quienes tengan coberturas superiores deberán mantenerla o subirla, de acuerdo a lo obtenido a diciembre 2017.
Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios	Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años con énfasis en los más vulnerables Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Reforzar y expandir el modelo de intervención de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales en párvulos y escolares.

Definiciones complementarias:

Cada una de las altas realizadas debe tener el componente de educación y prevención, que incorpore actividades tales como, educación individual con instrucción de higiene oral y consejería breve en tabaco. Estas acciones permiten motivar y modificar actitudes en las personas, al aumentar su interés y nivel de conocimientos en un tópico específico. Así como los componentes de recuperación y rehabilitación cuando fuese necesario.

IIIb: Cobertura de alta odontológica total en embarazadas

“Porcentaje de altas odontológicas totales en embarazadas”

Antecedentes

La atención odontológica integral de la mujer embarazada, es una intervención de alto impacto considerando que, para muchas mujeres, el embarazo puede ser una oportunidad única para modificar conductas no saludables que se han asociado a un riesgo mayor de problemas de salud y algunas patologías bucales. La adopción de hábitos saludables no sólo beneficia a la mujer, sino también a toda su familia. Esta intervención busca resolver los problemas de salud bucal de la mujer, reforzar los conocimientos para la prevención de las patologías bucales y fomentar los cuidados desde el nacimiento, permitiendo que el recién nacido crezca en un entorno familiar favorable para su salud bucal que promueva y proteja la salud bucal.

Caracterización de la Meta

Meta Nacional	68% de Alta Odontológica en Embarazadas
Indicador	Numerador: Nº de embarazadas con alta odontológica total de enero a diciembre 2018 Denominador: Nº total de embarazadas ingresadas a control prenatal de enero a diciembre del 2018
Medio de Verificación	REM A09 / REM A05
Meta Sanitaria Municipal 2018	Se espera que las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que estén por debajo de las coberturas esperadas nacionales al 2020 la aumenten en relación a lo logrado el año 2017. Quienes tengan coberturas superiores deberán mantenerla o subirla, de acuerdo a lo obtenido a diciembre 2017.
Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios	Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años con énfasis en los más vulnerables Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Reforzar y expandir el modelo de intervención de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales en párvulos y escolares.

Definiciones complementarias:

El alta odontológica en embarazadas consiste en una atención realizada por un Cirujano Dentista, dirigida a educar, prevenir, recuperar, y rehabilitar la salud bucal de la mujer gestante. Los odontólogos(as) deben comprometer e involucrar a sus pacientes en el manejo de su enfermedad. Por esto, todo procedimiento preventivo y/o restaurador debe ser realizado en conjunto con educación a la paciente, ya sea por el

Odontólogo o por el personal paramédico de odontología, cada vez que la gestante acuda a tratamiento, mientras se alcanza el alta planificada.

Las orientaciones para la promoción, prevención y tratamiento de las embarazadas se encuentran en la Guía Clínica GES Salud Oral Integral de la Embarazada.

IIIc: Cobertura Egresos odontológicos en niños y niñas de 6 años

“Porcentaje de egresos odontológicos en niños y niñas de 6 años”

Antecedentes

A los 6 años el niño o niña inicia la dentición mixta, siendo necesario un buen diagnóstico y la aplicación de medidas de prevención específicas en dientes definitivos recién erupcionados o la pesquisa precoz de patologías para su recuperación, junto con la entrega de información apropiada para el cuidado de su salud bucal. Durante el período de erupción, los dientes son más susceptibles de presentar caries y que éstas avancen rápidamente, debido a que se encuentran en una etapa de maduración, por lo que presentan un mayor porcentaje de contenido orgánico, que los hace más susceptibles a los ácidos producidos por las bacterias cariogénicas.

La atención odontológica a los 6 años además de determinar el egreso del Programa CERO, permite proteger los primeros molares definitivos en erupción, así como mejorar el medio ambiente bucal para evitar el daño de los dientes definitivos por erupcionar y permite planificar la conservación de los dientes temporales hasta su exfoliación natural disminuyendo el riesgo de anomalías dento-maxilares. Para ello es necesario instruir y educar en salud bucal, especialmente en los hábitos fisiológicos favorables y reforzar periódicamente los conocimientos entregados, capacitando al Odontólogo general y al equipo de salud para realizar acciones de protección, destinando horas odontológicas para realizar dichas acciones, e incorporando a los niños, niñas, padres y/o apoderados, profesores y equipo de salud a programas de promoción y autocuidado. Otra patología prevalente a esta edad es la gingivitis, la cual, y para maximizar la relación costo-eficacia, debe tener estrategias de prevención y control basadas en el riesgo de desarrollar estas enfermedades.

Caracterización de la Meta

Meta Nacional	79% de Egreso Odontológico en niños y niñas de 6 años
Indicador	Numerador: N° niños de 6 años inscritos con egreso odontológico de enero a dic. 2018 Denominador: Total niños de 6 años inscritos validados por FONASA para el año 2018

Medio de Verificación	REM 09/Población FONASA DE 6 años inscritos validados para el año 2018
Meta Sanitaria Municipal 2018	Se espera que las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, que estén por debajo de las coberturas esperadas nacionales al 2020 la aumenten en relación a lo logrado el año 2017. Quienes tengan coberturas superiores deberán mantenerla o subirla, de acuerdo a lo obtenido a diciembre 2017.
Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios	<p>Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años con énfasis en los más vulnerables</p> <p>Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Reforzar y expandir el modelo de intervención de promoción de la salud y prevención de enfermedades bucales en párvulos y escolares.</p>

Definiciones complementarias:

El egreso consiste en la atención odontológica, dirigida a educar, prevenir y rehabilitar precozmente al niño o niña de 6 años. El escolar y su cuidador deben recibir información educativa, durante todo el tratamiento de salud realizado por el Odontólogo, respecto a hábitos saludables en salud bucal referidos a instrucción de técnicas de cepillado, y hábitos dietéticos, especialmente respecto a frecuencia de consumo de alimentos y bebidas azucaradas y uso de fluoruros. También recibirá educación grupal para reforzamiento periódico, la que puede ser realizada en las escuelas, consultas o centros de salud por Odontólogo, personal paramédico de odontología, educadoras sanitarias u otro profesional capacitado(a). El establecimiento de hábitos de higiene bucal requiere de un largo período de motivación. Es necesario que los padres y/o apoderados se comprometan e involucren en la instauración y mantención de hábitos saludables de salud bucal, para el niño (a), en particular, y en general para la familia.

La orientación técnica para la atención de los niños y niñas de 6 años se encuentra en la Guía Clínica GES Salud Oral Integral Para Niños y Niñas de 6 Años y se debe consultar además la orientación técnica administrativa del Programa CERO.

Para consultas técnicas de las metas odontológicas contactar a la Dra. Gisela Jara
gisela.jara@minsal.cl

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

Esta Meta está constituida por dos sub-metas:

IVa. Cobertura efectiva de diabetes tipo 2 (dm2) en personas de 15 años y más

“Porcentaje de cobertura efectiva de personas con Diabetes Mellitus Tipo 2”

Antecedentes

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

En Chile, la prevalencia estimada de diabetes por la ENS 2009-2010 es de 9,4% en la población mayor a 15 años, lo que muestra un alza de 3 puntos porcentuales comparado con la prevalencia reportada por la misma encuesta el año 2003. La mortalidad asociada a esta patología no ha mostrado disminución significativa los últimos 15 años, Figura 1. Más aun, la mortalidad prematura tiene tendencia al alza en los últimos 15 años, Figura 2. La tasa de mortalidad ajustada por edad y sexo el año 2015 es de 18,30/100.000hab (DEIS 2015) (4.659 defunciones el 2015).

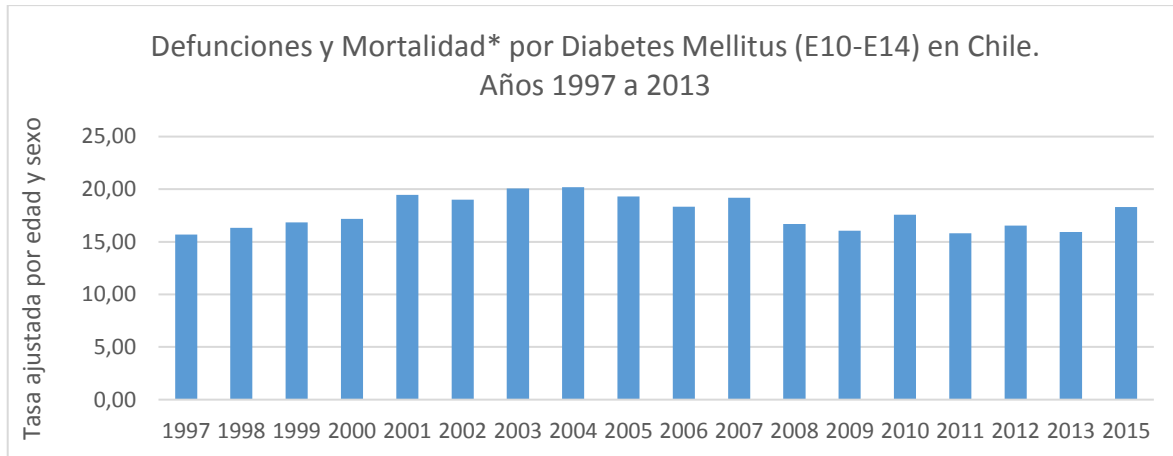


Figura 1 Mortalidad por Diabetes Mellitus (E10-E14) en Chile. Años 1997 a 2015, Elaboración propia en base a DEIS.

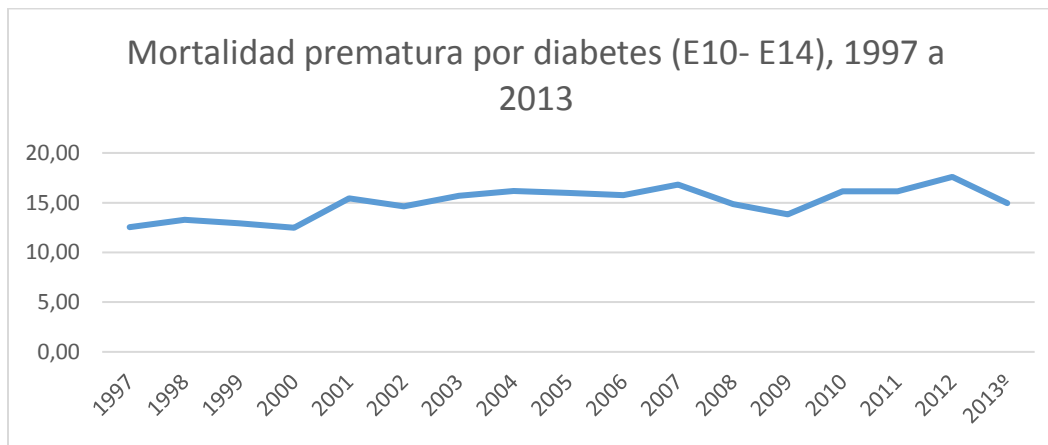


Figura 2 Mortalidad prematura por diabetes (E10- E14), 1997 a 2013, elaboración propia en base a datos del DEIS.

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

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

En coherencia con la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, se requiere incrementar la proporción de personas diabéticas que están en control y aumentar la proporción de estos pacientes controlados, con un valor de **HbA1c de 15 a 79 años: <7%; 80 y más años:<8%**, en la población FONASA inscrita y validada de cada establecimiento.

Caracterización de la Meta

Meta Nacional	Alcanzar al menos un 29% de cobertura efectiva de pacientes con DM2.
Indicador	<p>Cobertura efectiva de tratamiento de Diabetes Mellitus Tipo 2 en personas de 15 y más años.</p> <p><u>Numerador</u>: N° personas con DM2 de 15 a 79 años con Hb A1c <7% más N° personas con DM2 de 80 y más años con Hb A1c <8% según último control vigente*</p> <p><u>Denominador</u>: Total de personas con DM2 de 15 y más años estimadas según prevalencia**</p> <p>*Últimos 12 meses</p> <p>**Prevalencia DM2 estimada (ENS 2009-10):</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 a 64 años: 10% • 65 y más años: 25%
Medio de Verificación	REM P04/Población con DM2 de 15 y más años estimadas según prevalencia**
Meta Sanitaria Municipal 2018	<p>Aquellas comunas/establecimientos por debajo de la Meta Nacional deberán incrementar al menos 2 puntos porcentuales respecto a lo logrado el año 2017.</p> <p>Aquellas unidades de análisis que se encuentran por debajo del 50% de la Meta Nacional (es decir por debajo de 14,5%) deberán subir 4 puntos porcentuales. Aquellas comunas/establecimientos que alcanzan la Meta Nacional deberán mantener o mejorar lo logrado en 2017.</p>
Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios	<p>Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Disminuir la mortalidad prematura por diabetes mellitus</p> <p>Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Incrementar cobertura efectiva de DM</p>

Definiciones complementarias:

Registra a todos los pacientes diabéticos con HbA1c compensada (de 15 a 79 años: <7%; 80 y más años:<8%) según último control vigente y corresponde al numerador del indicador.

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

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

“Porcentaje de personas con diabetes de 15 años y más con evaluación anual de pie”

Antecedentes

Las personas que viven con Diabetes se estima tienen hasta 30 veces más probabilidad de tener una amputación en comparación con la población general. Hasta el 80% de las personas que ha tenido una amputación o una úlcera del pie muere dentro de 5 años, con un rango entre 39% a 80%. Tanto las úlceras como la amputación del pie tienen un gran impacto en la vida de estas personas, bajan la autoestima, deterioran la calidad de vida y producen depresión. El vivir con un pie diabético puede producir dolor, afectar la vida social, resultar en discriminación, reducir la independencia por falta de movilidad, lo que a su vez puede afectar la capacidad de trabajar.

Sin embargo, hasta un 80% de las amputaciones son potencialmente prevenibles a través del acceso a un programa estructurado de cuidado de alta calidad junto a un mejor conocimiento de los pacientes sobre su nivel de riesgo y las acciones que debe tomar ante cualquier signo de alarma.

Según datos GRD que representa el 80 % de los egresos totales país ¹ y Población esperada mayor a 15 años con DM según ENS 2010, la tasa absoluta de amputación para el año 2016 alcanzaría un 3.3 por 1000 diabéticos que corresponde a 3919 amputaciones ² aumentando de 0,1 a 0,2 puntos porcentuales por año. Esta tendencia podría empeorar si a las personas con diabetes no logran compensación metabólica y no se realizan la evaluación de riesgo de ulceración del pie anualmente. Es importante recalcar que junto a la evaluación del pie diabético se debe ver el estado metabólico de la persona ya que este es **pilar fundamental** para la disminución de las complicaciones.

En coherencia con la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, que define como indicador trazador de la diabetes las amputaciones del pie, se requiere hacer una evaluación de los pies como parte del examen anual de toda persona con diabetes bajo control, para determinar el nivel de riesgo y formular un plan de seguimiento y de educación en conjunto con el paciente según el riesgo.

¹ Información Otorgada por Departamento de Estudios, Innovación e información para la Gestión- División de Gestión de la Red Asistencial . Ministerio de Salud

² Egresos Hospitalarios por amputación por DM, según GRD. DEIS

Caracterización de la Meta

Meta Nacional	Alcanzar al menos un 90% de evaluación anual del pie en pacientes con DM2.
Indicador	<p>Evaluación anual del pie, en personas con DM2 bajo control de 15 y más años</p> <p><u>Numerador</u>: N° de personas con diabetes bajo control de 15 y más años con una evaluación de pie vigente</p> <p><u>Denominador</u>: N° total de personas diabéticas de 15 y más años bajo control al corte**</p> <p>*Últimos 12 meses **Junio y diciembre 2018</p>
Medio de Verificación	REM P04/REM P04
Meta Sanitaria Municipal 2018	<p>Aquellas comunas/establecimientos por debajo de la Meta Nacional deberán incrementar al menos 2 puntos porcentuales respecto a lo logrado el año 2017.</p> <p>Aquellas unidades de análisis que se encuentran por debajo del 50% de la Meta Nacional (es decir por debajo de 45%) deberán subir 4 puntos porcentuales. Aquellas comunas/establecimientos que alcanzan la Meta Nacional deberán mantener o mejorar lo logrado en 2017.</p>
Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios	<p>Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Disminuir la mortalidad prematura por diabetes mellitus</p> <p>Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Reducir las complicaciones en personas con diabetes.</p>

Definiciones complementarias:

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

Para consultas técnicas de esta meta contactar a Irma Vargas
ivargas@minsal.cl

META V: COBERTURA EFECTIVA DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL (HTA) EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS.

“Porcentaje de personas mayores de 15 años y más con cobertura efectiva de hipertensión arterial”

Antecedentes

Se estima que una de cada siete muertes en Chile es atribuible directamente a hipertensión arterial y fue responsable de 257.814 años de vida perdidos por muerte prematura o discapacidad el año 2004. El grupo donde se produce la mayor carga corresponde al de 20-59 años (MINSAL-PUC 2008). El 34.6% del riesgo atribuible poblacional (RAP) para ataque cerebral se debe a hipertensión arterial (O'Donnell MJ 2010) y 17.9% del RAP para infarto agudo al miocardio se debe a esta causa (Yusuf S 2004). El 26,9% de la población chilena mayor a 15 años presenta presión arterial elevada (promedio de tres mediciones igual o mayor a 140 mmHg sistólica, o 90 mmHg diastólica, o normotensión en tratamiento farmacológico), con una prevalencia mayor en hombres que en mujeres (27,9% y 25,0%, respectivamente), y que aumenta con la edad llegando al 43,8% en personas entre 45 y 64 años y al 74.6% en personas de 65 años o más (ENS 2009-2010).

Según la ENS 2009-10, del total de personas de 15 años y más con presión arterial alta, 65% conocía su condición, 37% declaró estar en tratamiento con drogas antihipertensivas y 17% tenía niveles de presión arterial bajo 140/90 mmHg, con diferencias muy significativas entre ambos sexos. La prevalencia de conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión en Chile se encuentra muy por debajo de lo observado en países más desarrollados. A modo de ejemplo, en EEUU estas cifras eran de 81%, 73% y 50%, respectivamente, (Cutler J et al 2008). Conforme lo señalado especialmente desde Atención Primaria, se debe hacer esfuerzos dirigidos para capturar a la población de hombres en edad laboralmente activa, que tienen una menor prevalencia de conocimiento, tratamiento, y control de la PA elevada.

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

Las siguientes acciones pueden contribuir a mejorar la cobertura efectiva del tratamiento de la HTA:

- campañas educativas para promover la medición de la presión arterial y comunicar los riesgos asociados a la presión arterial elevada;
- incrementar el tamizaje de hipertensión (ejemplo: a través del aumento de la cobertura del Examen de Medicina Preventiva del Adulto y del Adulto Mayor, tamizaje en los servicios de urgencia);
- mejorar el cumplimiento de los estándares de las Guías Clínicas;
- mejorar la adherencia al tratamiento a través del automanejo de la enfermedad.
- Asimismo, se debe certificar la competencia en la técnica correcta de medición de la presión arterial de los recursos humanos que participan en actividades de detección, diagnóstico y control de personas hipertensas.
- Disponer de equipos de toma de presión arterial validados y calibrados
- Disminuir la inercia terapéutica usando algoritmos estandarizados de tratamiento
- Mejorar los registros clínicos de este factor de riesgo

Caracterización de la Meta

Meta Nacional	Alcanzar al menos un 54% de cobertura efectiva de pacientes con HTA
Indicador	<p>Cobertura Efectiva de Hipertensión Arterial (HTA) en Personas de 15 años y más.</p> <p><u>Numerador</u>: Nº personas hipertensas de 15 a 79 años con PA<140/90 mmHg más Nº personas hipertensas de 80 y más años con PA<150/90 mmHg, según último control vigente*</p> <p><u>Denominador</u>: Total de personas hipertensas de 15 y más años estimadas según prevalencia**</p> <p>*Últimos 12 meses</p> <p>**Prevalencia estimada HTA (Fasce E, 2007)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 a 64 años: 15,7% • 65 y más años: 64,3%
Medio de Verificación	REM P04/Población FONASA inscrita validada de 15 y más años estimadas según prevalencia**
Meta Sanitaria Municipal 2018	<p>Aquellas comunas/establecimientos por debajo de la meta nacional deberán incrementar a lo menos 3 puntos porcentuales, la cobertura efectiva de personas de 15 años y más años con Hipertensión Arterial controlada, respecto de lo logrado el año anterior.</p> <p>Aquellas unidades de análisis que se encuentran por debajo del 50% de la Meta Nacional (es decir por debajo de 27%) deberán subir 6 puntos porcentuales.</p> <p>Aquellas comunas/establecimientos que alcanzaron la Meta Nacional deberán mantener o mejorar lo logrado en 2017.</p>
Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios	<p>Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Aumentar la sobrevivencia de las personas que presentan enfermedades cardiovasculares.</p> <p>Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Incrementar cobertura efectiva de HTA.</p>

Definiciones complementarias:

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

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

Para consultas técnicas de esta meta contactar a Irma Vargas

ivargas@minsal.cl

META VI: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME) EN MENORES DE 6 MESES DE VIDA

“Porcentaje de niños y niñas que al sexto mes de vida, cuentan con lactancia materna exclusiva”

Antecedentes

La evidencia es consistente en demostrar los beneficios de la lactancia materna en términos de protección de la obesidad y otras Enfermedades Crónicas, por lo que no se deben escatimar esfuerzos para alcanzar la meta PAÍS (60% Cobertura). Se ha observado, que la lactancia materna exclusiva, más allá de los 4 meses de vida, se asocia con un menor riesgo de diabetes, hipertensión y obesidad en la edad adulta, comparado con la población que ha recibido fórmula láctea artificial. Agregado a los beneficios que este tipo de lactancia tiene para los niños, se ha estudiado, por ejemplo, el factor preventivo frente al cáncer de mama para las madres que lactan.

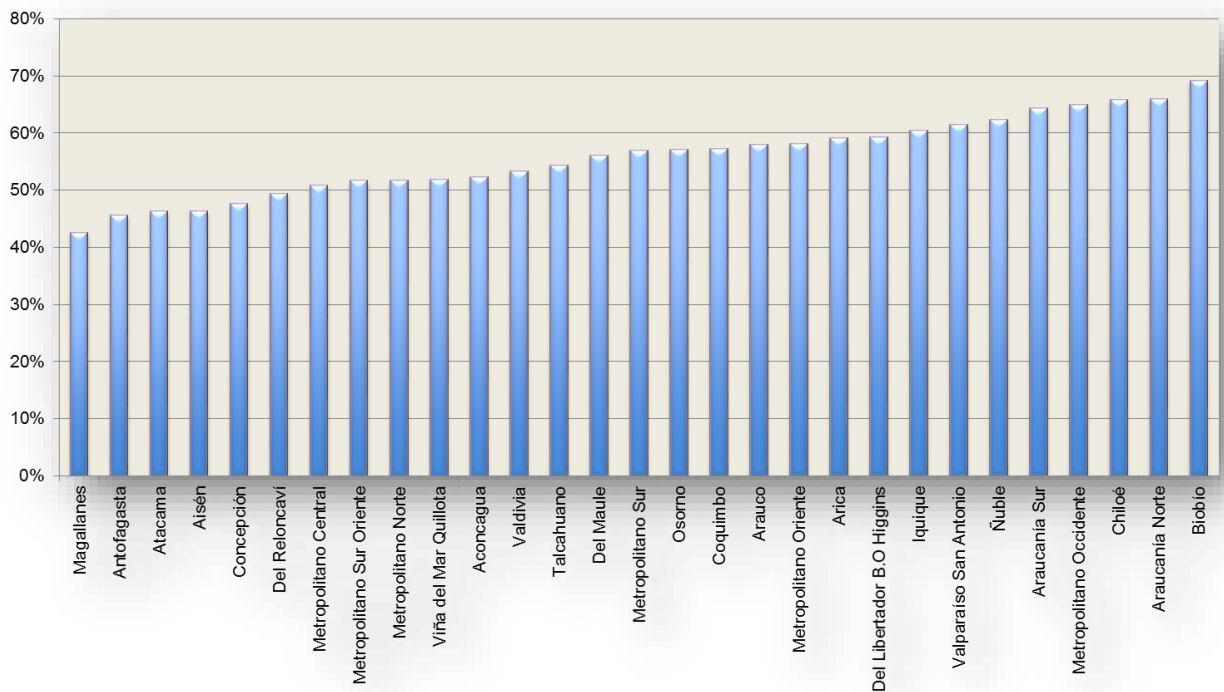
Por otra parte, teniendo presente que las acciones mientras más tempranamente se realizan, mayor es su efecto protector, se recomienda enfatizar en hábitos de alimentación saludable para lo cual se debe incorporar al 6º mes de vida la alimentación no láctea sin interrupción de la LACTANCIA MATERNA, para relevar este aspecto se recomienda vigilar la cobertura de la Consulta Nutricional al 5º mes de vida, la que debiera alcanzar al menos una cobertura del 80%.

Caracterización de la Meta

Meta Nacional	Alcanzar al menos 60% de menores con LME al sexto mes de vida.
Indicador	Cobertura de lactancia materna exclusiva (LME) en niños/as al sexto mes de vida. <u>Numerador:</u> N° de niños/as que al control de salud del sexto mes recibieron LME en el periodo de enero-diciembre 2018. <u>Denominador:</u> N° de niño/as con control de salud del sexto mes realizado en el periodo de enero a diciembre de 2018.
Medio de Verificación	REM A03/REM A03
Meta Sanitaria Municipal 2018	Se espera que las comunas o establecimientos, según sea la unidad de análisis previamente definida por el Servicio de Salud, identifiquen el N° comprometido de menores de seis meses con lactancia materna exclusiva para disminuir a lo menos un 15% de la brecha entre la cobertura lograda el 2017 y la meta nacional de cobertura de 60%, comprometiéndose a una mejora de la cobertura equivalente a este N° de menores de seis meses a incrementar. De igual modo, quienes tengan coberturas logradas el año 2017 superiores a la Meta Nacional, deberán mantenerla o aumentarla.
Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios	Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Objetivo N°3. Resultado Esperado del Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables

Como se observa en el gráfico siguiente, existe gran heterogeneidad de la cobertura entre los Servicios de Salud del país, superándose la meta propuesta por alguno de ellos, por lo que no debiera existir mayor dificultad para alcanzar la meta definida.

Lactancia Materna Exclusiva 6ºmes. Año 2016. País: 53%



Definiciones complementarias:

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

Se considerarán aquellos niños y niñas controlados entre los **5 meses y 16 días y 6 meses con 15 días de edad**. Se incluyen lactantes que han tenido una actividad de salud realizada por algún profesional del equipo de salud, en la cual se evaluó su condición de lactancia.

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

Para obtener los datos, se debe trabajar con los registros de las tarjetas de crecimiento y desarrollo del niño/a utilizados en los CESFAM y Centros de Salud, archivadas según procedimiento en los tarjeteros

sectorizados y/o centralizados o en los sistemas informáticos disponibles en los Establecimientos de Atención Primaria.

Calculo de la meta de anual de lactancia materna exclusiva:

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

Formato sugerido para Monitoreo de la meta:

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

Las siguientes acciones pueden contribuir a mejorar la cobertura:

Incorporar un consejo breve sobre los beneficios de la LM en todos los controles de salud de la gestante y luego en los controles de salud del menor desde su ingreso como RN, fortalecer en todos los Centros de Salud , Clínicas de Lactancia Materna donde se atiende de inmediato a las madres que acuden dudas o problemas agudos relacionados con la lactancia, estas Clínicas no requieren un recinto especial sin embargo el personal a cargo debe estar certificado y dispuesto para hacer asistencia en casos que se requiera manejo clínico, para resolver consultas .

Otras actividades que se han reconocido como BUENAS PRÁCTICAS son:

Consultas nutricionales incorporadas entre controles en las que se revisa la técnica, la evaluación nutricional del menor y se refuerzan los beneficios de la LME tanto para su hijo/a como para la madre.

Para consultas técnicas de esta meta contactar a Xenia Benavides
xbenavides@minsal.cl

META VII: ESTABLECIMIENTOS CON PLAN DE PARTICIPACIÓN SOCIAL ELABORADO Y FUNCIONANDO PARTICIPATIVAMENTE

“Diseño, ejecución y evaluación de un plan de participación social elaborado por el equipo de salud, del Establecimiento o comuna, en conjunto con su comunidad, en reciprocidad con el Modelo de Salud Familiar”

Antecedentes

Esta meta es de responsabilidad del equipo de salud local asociándose con la comunidad organizada para su ejecución y evaluación.

Los temas a desarrollar deben ser definidos localmente a partir del diagnóstico participativo local, con pertinencia cultural y concordancia con las presentes orientaciones técnicas del Ministerio de Salud.

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

Cabe considerar que esta meta ilustra un proceso continuo y evolutivo en el tiempo; con la inclusión y participación de la comunidad en los procesos de Planificación. El Plan de Salud Comunal Anual deberá contener el eje de Participación, y la programación del Centro de Salud en el que las personas están inscritas o adscritas, por lo tanto los informes de cumplimiento darán cuenta del plan de participación en función del diagnóstico, con su cronograma local particular.

Caracterización de la Meta

Meta Nacional	Meta: se espera un cumplimiento anual, al 31 de diciembre, de a lo menos un 80% de las actividades programadas. Nota: en el caso de comunas rurales que sólo cuentan con postas de salud rural, el plan es comunal o del Departamento de salud.
Indicador	Dicotómica.
Medio de Verificación	Informe.
Meta sanitaria municipal 2018	Esta meta es dicotómica y se espera que el 100% de las comunas /establecimientos elabore, ejecute y evalúe un plan de participación social.
Plan nacional de salud para los objetivos sanitarios	Objetivo de Impacto relacionado con esta meta: Fortalecer la participación ciudadana en los procesos de toma de decisión en el sector salud. Resultado esperado del objetivo de impacto relacionado con esta meta: fortalecimiento de mecanismos de participación ciudadana y trabajo integrado de los directivos del sector.

Definiciones complementarias:

- **Plan de participación social:** Es un instrumento que contiene:

1. Diagnóstico Participativo, que, permite:

- Identificar en conjunto con la comunidad problemas que afectan la salud de las personas de la comunidad.
- Identificar barreras que impiden la participación vinculante de la comunidad en salud.
- Identificar factores que inciden en la satisfacción de sus usuarias y usuarios.
- Priorizar los problemas señalados por la comunidad en el diagnóstico participativo

(Los anteriormente señalados son componentes básicos)

2. Planificación Participativa; esto permite visualizar y describir, en conjunto con la comunidad, objetivos y actividades en relación al análisis del diagnóstico participativo realizado.

3. Evaluación Participativa.

El plan deberá contener al menos dos etapas de evaluación con la comunidad, que permita monitorear el desarrollo del plan, sus ajustes y/o mejoras continuas.

- **Equipo de salud:** Se refiere a que la participación es abordada no solamente por un encargado/a de participación, sino que por el equipo de salud, que es el conjunto de personas: profesionales, técnicos y administrativos; quienes se hacen cargo de la salud de un sector definido de la población, en las estrategias asociadas a promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, a través del quehacer de los establecimientos de Atención Primaria.
- **Reciprocidad con el Modelo de Atención de Salud Integral y Comunitario:** Este plan, en el establecimiento de Atención Primaria se vinculará explícitamente con el eje de Participación del Modelo de Atención de Salud Integral y Comunitario, (MAIS Familiar Comunitario); modelo que es la base de acción en la Atención Primaria del país; dando cuenta de cada uno de los principios irrenunciables: continuidad, integralidad y centrado en las personas.

En el protocolo (pauta) de evaluación del (MAIS Familiar Comunitario) se define el eje de Participación de la comunidad en salud como: “una estrategia básica para la construcción de un sistema democrático, de ciudadanía y capital social, el logro del bienestar y la inclusión social mediante el empoderamiento y ejercicio de los derechos de las personas/comunidades y la incorporación de sus opiniones en la gestión de salud. Esta participación debe transitar desde un modelo paternalista a uno que asegure y considere las demandas de los usuarios y establezca

espacios deliberativos para incidir en la toma de decisiones en los aspectos que afectan la salud de las personas y comunidades. Idea de co-gestor de servicios públicos”.

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

- ✓ Existencia de plan de participación social en salud que contenga elementos de evaluación y construido con la comunidad.
- ✓ Proporción de actividades participativas de desarrollo territorial realizadas
- ✓ Existencia de Diagnóstico participativo del Centro de Salud integrado, o por cada sector.
- ✓ Existencia y aplicación de protocolo de Buen Trato a usuarios en el contexto de ley de derechos y usuarios.

Formato Evaluación

- **Informe de Evaluación.**

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

Formato Plan de Participación Social establecimientos de Atención Primaria:

Servicio de Salud: _____

Comuna: _____

Establecimiento: _____

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO Fecha realización: _____		RESUMEN DEL PLAN DE PARTICIPACION SOCIAL		EVALUACIÓN DE EJECUCION AL 31 DE DICIEMBRE
PROBLEMAS IDENTIFICADOS/ FACTORES PROTECTORES DE SALUD	CLASIFICACIÓN DEL PROBLEMA (1, 2)	OBJETIVOS	ACTIVIDADES (detalle en adjunto cronograma)	NUMERO DE ACTIVIDADES COMPROMETIDAS/NUMERO DE ACTIVIDADES EJECUTADAS según cronograma * 100

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

(2) Factores protectores de salud: enunciar o escribir breve descripción

Notas:

- Actualización del diagnóstico participativo o utilización del último vigente no más antiguo que el 30 de junio de 2016, se pueden utilizar los diagnósticos participativos actualizados por actividades de compromisos de Gestión, evaluación del Centros de Salud o de CECOSF. Se espera que en el diagnóstico se visualice no solamente situaciones, problemas o factores de riesgo que afectan a la comunidad, sino también situaciones favorecedoras y factores protectores de salud
- Plan elaborado participativamente con objetivos, actividades y cronograma de trabajo, actas o minutas o informe de actividades o de reuniones, informe final suscrito por el director del establecimiento. Existe evidencia de elaboración participativa del Plan (actas, asistencia, etc.)
- El plan se basa en diagnóstico participativo, identifica factores protectores de la salud y propone estrategia para potenciar dichos factores protectores en la comunidad. Debe elaborarse en el contexto de la programación comunal durante el mes de noviembre de cada año y ser parte de la Programación de Salud Anual.

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

El Plan se relaciona con **otros instrumentos de planificación**, como los PLADECO (Planes de desarrollo comunal), los planes estratégicos de participación social (Compromiso de Gestión N°12 de los Servicios de Salud), los planes cuatrienales de mejoramiento de Satisfacción Usuaría elaborado participativamente en los ámbitos de recepción y acogida, trato e información a los/las usuarios/as (Compromiso de Gestión N°13 de los Servicios de Salud) y con los Planes de Difusión sobre usos y prestaciones de la Red Asistencial con enfoque comunitario y pertinencia local y sociocultural para miembros de la red asistencial y comunidad (Compromiso de Gestión N°10 de los Servicios de Salud).

Del mismo modo, estará articulado con las áreas de mejora identificadas en el contexto de la aplicación de la Pauta de evaluación MAIS Familiar y Comunitaria y su consecuente plan bianual.

Todo plan debe basarse en las brechas o problemas identificados y priorizados en los diagnósticos participativos, como también debe identificar factores protectores de la salud y contener estrategias para fortalecerlos.

El plan de Participación social incorporado en la presente meta sanitaria se elabora en base a diagnósticos participativos vinculados a los instrumentos de planificación antes señalados, con una antigüedad no anterior a Junio de 2016.

- **Participación Social/ciudadana en Salud**

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

Para consultas técnicas de la meta de participación social, contactar a Eliana Varas. evaras@minsal.cl

ANEXO N°1. CUADRO RESUMEN DE METAS SANITARIAS 2017

Nombre de la Meta	Meta Nacional	Indicador	Medios de Verificación	Ponderación	Referente
Porcentaje de niños y niñas de 12 a 23 meses con riesgo del desarrollo psicomotor recuperados.	90 % de niños y niñas de 12 a 23 meses con riesgo del desarrollo psicomotor recuperados	<u>Numerador:</u> N° de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM recuperados, período enero a diciembre 2018. <u>Denominador:</u> N° de niños y niñas de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo de Desarrollo Psicomotor en su primera evaluación, período enero a diciembre 2018	REM A03/ REM A03	12,50	Lucía Vergara D. lvergara@minsal.cl
Papanicolau (PAP) vigente en mujeres de 25 a 64 años	80% de mujeres entre 25-64 años con cobertura de PAP vigente	<u>Numerador:</u> N° logrado de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas, con PAP vigente a diciembre 2018*100 <u>Denominador:</u> N° total de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas	REM P12/ Población inscrita validada FONASA	12,50	Marta Prieto mprieto@minSal.cl
Porcentaje de altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años	74% Alta Odontológica Total en Niños de 12 años	<u>Numerador:</u> N° de Adolescentes de 12 años con alta odontológica total de enero a diciembre 2018 <u>Denominador:</u> Total de Adolescentes de 12 años inscritos validados por FONASA para el año 2018.	REM A09/Población FONASA inscrita validada de 12 años.	4,17	Gisela Jara gjara@minsal.cl
Porcentaje de altas odontológicas totales en embarazadas	68% de Alta Odontológica en Embarazadas	<u>Numerador:</u> N° de embarazadas con alta odontológica total de enero a diciembre 2018 <u>Denominador:</u> N° total de embarazadas ingresadas a control prenatal de enero a diciembre del 2018	REM A09 / REM A05	4,17	Gisela Jara gjara@minsal.cl
Porcentaje de egresos odontológicos en niños y niñas de 6 años	79% de egreso Odontológico en Niños de 6 años	<u>Numerador:</u> N° niños de 6 años inscritos con egreso odontológico de enero a dic. 2018	REM A09/ Población FONASA inscrita	4,17	Gisela Jara gjara@minsal.cl



		<u>Denominador:</u> Total niños de 6 años inscritos validados por FONASA para el año 2018	validada de 6 años.		
Porcentaje de cobertura efectiva de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2	Alcanzar al menos un 29% de cobertura efectiva de pacientes con DM2.	<u>Numerador:</u> N° personas con DM2 de 15 a 79 años con Hb A1c bajo <7% más N° personas con DM2 de 80 y más años con Hb A1c bajo <8% de según último control vigente* <u>Denominador:</u> Total de personas con DM2 de 15 y más años estimadas según prevalencia** *Últimos 12 meses **Prevalencia DM2 estimada (ENS 2009-10).	REM P04/ Población inscrita validada con DM2 de 15 y más años estimadas según prevalencia.	12,50	Irma Vargas ivargas@minsal.cl
Porcentaje de personas con diabetes de 15 años y más con evaluación anual de pie	Alcanzar al menos un 90% de evaluación anual del pie en pacientes con DM2.	<u>Numerador:</u> N° de personas con diabetes bajo control de 15 y más años con una evaluación de pie vigente <u>Denominador:</u> N° total de personas diabéticas de 15 y más años bajo control al corte** *Últimos 12 meses **Junio y diciembre 2018	REM P04 / REM P04	12,50	Irma Vargas ivargas@minsal.cl
Porcentaje de personas mayores de 15 años y más con cobertura efectiva de hipertensión arterial	Alcanzar al menos un 54% de cobertura efectiva de pacientes con HTA	<u>Numerador:</u> N° personas hipertensas de 15 a 79 años con PA<140/90 mmHg más N° personas hipertensas de 80 y más años con PA<150/90 mmHg, según último control vigente* <u>Denominador:</u> Total de personas hipertensas de 15 y más años estimadas según prevalencia** *Últimos 12 meses **Prevalencia estimada HTA (Fasce E, 2007) • 15 a 64 años: 15,7% • 65 y más años: 64,3%	REM P04/ Población inscrita validada de 15 y más años estimada según prevalencia	12,50	Irma Vargas ivargas@minsal.cl

Porcentaje de niños y niñas que al sexto mes de vida, cuentan con lactancia materna exclusiva	Alcanzar al menos 60% de menores con LME al sexto mes de vida.	<u>Numerador:</u> N° de niños/as que al control de salud del sexto mes recibieron LME en el periodo de enero-diciembre 2018. <u>Denominador:</u> N° de niño/as con control de salud del sexto mes realizado en el periodo de enero a diciembre de 2018.	REM A03/REM A03	12,50	Xenia Benavides xbenavides@minsal.cl
Diseño, ejecución y evaluación de un plan de participación social elaborado por el equipo de salud, del Establecimiento o comuna, en conjunto con su comunidad, en reciprocidad con el Modelo de Salud Familiar	Se espera un cumplimiento anual, al 31 de diciembre, de a lo menos un 80% de las actividades programadas.	Dicotómico.	Informe.	12,50	Eliana Varas evaras@minsal.cl

CAPITULO 2: ORIENTACIONES PARA EL PROCEDIMIENTO DE FIJACIÓN DE METAS SANITARIAS. LEY 19.813

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar a los actores involucrados, rol y actividades en el funcionamiento de metas sanitarias Ley 19.813.
- Identificar actores involucrados, rol y actividades en el procedimiento de fijación de metas sanitarias Ley 19.813.
- Definir diagrama de los procesos involucrados en el funcionamiento de las metas sanitarias Ley 19.813.
- Definir diagrama de los procesos involucrados en el procedimiento de fijación de las metas sanitarias Ley 19.813.
- Identificar nudos críticos frecuentes en el proceso de fijación de metas sanitarias Ley 19.813, otorgando alternativas de solución amparadas en la Ley y su reglamento (Decreto N° 324 /2002)

ALCANCE

Este documento está destinado a:

- Referentes Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Referentes de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud.
- Referentes de Secretaría Regional Ministerial de Salud.
- Referentes de los Servicios de Salud.
- Referentes de las entidades administradoras de salud municipal.
- Representantes de Asociaciones de Funcionarios y Trabajadores de salud municipal

IDENTIFICACIÓN DE ACTORES INVOLUCRADOS, ROL Y ACTIVIDADES EN EL FUNCIONAMIENTO DE LAS METAS SANITARIAS LEY 19.813

Actores	Rol	Actividades
Ministerio de Salud (División de Atención Primaria)	Definición de metas sanitarias a nivel nacional para el año siguiente, articulando la información del proceso hacia los Servicios de Salud. Asimismo, consolida la información de los resultados anuales, organizando la transferencia de	Propone metas sanitarias nacionales y de mejoramiento de la atención para el conjunto de entidades administradoras de salud municipal, considerando las actividades relacionadas y los resultados alcanzados en evaluaciones precedentes.



	<p>recursos para los tramos de cumplimiento de los establecimientos o comunas informados por cada SEREMI de Salud. Finalmente, en caso de presentarse apelaciones, las dirime y resuelve.</p>	<p>Realiza la propuesta de metas sanitarias, en mesa de trabajo tripartita con representación gremial y municipal.</p> <p>Fija a través de decreto</p> <p>Consolida la información proveniente de las SEREMI de Salud a nivel regional, realizando archivo de evaluación nacional de los resultados alcanzados en el año de medición correspondiente</p> <p>Recibe apelaciones por parte de las entidades administradoras de salud, canalizadas por las SEREMI de Salud.</p> <p>Dirime sobre apelaciones de entidades administradoras de salud recibidas</p> <p>Determina financiamiento y genera orden de transferencia de recursos para pago de incentivo al desempeño colectivo.</p>
Seremi de Salud	<p>Evalúa el cumplimiento de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud, ubicadas en las Comunas correspondientes a la Región en las cuales se localizan.</p>	<p>Evalúa el cumplimiento de las metas sanitarias definidas para cada entidad administradora de salud</p> <p>Dicta resolución en que determina el porcentaje de cumplimiento de cada entidad administradora de salud</p>
Servicios de Salud	<p>Encabeza el proceso de fijación de metas sanitarias con las entidades administradoras de salud, informando las metas fijadas a SEREMI y DIVAP MINSAL. Asimismo supervisa la lista de funcionarios afectos al incentivo de desempeño colectivo informada por las comunas, las comunica a DIVAP MINSAL y transfiere el pago</p>	<p>Director de Servicio determina metas específicas que deberán cumplir las comunas y/o establecimientos de Atención Primaria municipalizados, que hacen parte de su jurisdicción, de acuerdo a su capacidad de cumplimiento, teniendo la asesoría de un Consejo Consultivo.</p> <p>Comunica metas sanitarias fijadas a cada entidad administradora de salud,</p>

	correspondiente (recibido desde MINSAL)	SEREMI de Salud respectiva y Ministerio de Salud. Monitoreo periódico de las metas sanitarias de las entidades administradoras de salud de su jurisdicción Envía a SEREMI informe con análisis sobre el cumplimiento de metas sanitarias de las entidades y establecimientos de su jurisdicción Transfieren recursos para el financiamiento del incentivo al desempeño colectivo
Comunas/Municipalidades	Participa en el proceso de fijación de metas sanitarias y las informa a sus trabajadores. Monitorea el cumplimiento de las metas sanitarias durante el año, para informar el cumplimiento de éstas a la Seremi y al Servicio de Salud al cual pertenece. Si la evaluación de la Seremi es objetada, apela a través de ésta al MINSAL. Por último, identifica a sus funcionarios afectos al incentivo colectivo e informa al Servicio de Salud.	Compone el Comité Técnico Consultivo reunido para desarrollar el proceso de fijación de metas sanitarias Entrega opinión y/o información necesaria para poder fijar metas sanitarias acorde a las capacidades efectivas de cumplimiento Comunican listado de funcionarios de su dependencia que han trabajado el año anterior con indicación de categoría y nivel de carrera funcionaria
Trabajadores APS	Participa en el proceso de fijación de metas sanitarias entregando información u opinión relevante para la fijación. Asimismo son afectos a la entrega del incentivo al desempeño colectivo.	Entrega opinión y/o información necesaria para poder fijar metas sanitarias acorde a las capacidades efectivas de cumplimiento Reciben incentivo (bono) al desempeño colectivo

PROCEDIMIENTO DE FIJACIÓN DE METAS SANITARIAS

Antes de iniciar este proceso se debe tener presente lo siguiente:

- La **fijación de las metas debe ser realizada por el Servicio de Salud con presencia de los representantes de las entidades administradoras de salud comunal y un representante de los**

gremios, constituyendo un **comité técnico consultivo** destinado a ese fin. En dicho comité se deben concordar las metas que, basadas en el nivel de cumplimiento de los años anteriores, impliquen una mejoría respecto del dato diagnóstico de cada uno de los ítems evaluados.

- En **ningún caso la meta fijada debe representar un decrecimiento o deterioro** de los valores del año anterior.
- La **determinación de la meta debe hacerse en el mes de octubre**. Cada Servicio de Salud **debe usar la información referida o al mes de septiembre** como dato diagnóstico, cuando la meta esté referida a la producción de actividades **o al mes de junio**, cuando está referida a población bajo control obtenida en el censo de ese mes para proyectar al mes de diciembre.
- El **Servicio de Salud debe ingresar en una planilla única la fijación de los valores para cada meta sanitaria**, en dicha planilla **sólo deben ser ingresados valores numéricos** que permitan hacer al menos una evaluación intermedia y otra final con fines sanitarios, más allá de la determinación del acceso a los beneficios monetarios que se determinen a partir del nivel de cumplimiento.
- Todos esos **valores de la meta deben estar expresados en números absolutos, excepto la Meta 7** que es dicotómica.

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

- a) Antes del 10 de septiembre de cada año, el Ministerio de Salud fijará las metas nacionales sanitarias y de mejoramiento de la atención para el conjunto de las entidades administradoras de salud municipal, considerando tanto las prestaciones y actividades involucradas como los resultados que de su cumplimiento emanen. Estas metas serán publicadas en el Diario Oficial en la fecha señalada o el primer día hábil siguiente si en ese día no circulara ese diario.
- b) El Director de cada Servicio de Salud determinará para cada entidad administradora de salud municipal, o sus establecimientos, según corresponda, las metas específicas que deberán cumplir de acuerdo con su capacidad concreta de cumplimiento. Las metas e indicadores fijados serán comunicados por el Servicio de Salud a cada entidad administradora o establecimiento afectado, al respectivo Secretario Regional Ministerial de Salud y al Ministerio de Salud, a más tardar el 31 de octubre del año respectivo.
- c) Para la fijación de las metas de cumplimiento anual, el Director del Servicio de Salud requerirá la opinión de un Comité Técnico Consultivo, que presidirá, el que estará integrado además por el director de Atención Primaria del Servicio de Salud o su representante, un representante de las entidades administradoras de salud ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional y por un representante de los trabajadores a través de las entidades nacionales, regionales o provinciales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad. El Director del Servicio de Salud solicitará a las entidades señaladas, al menos con un mes de anticipación al 10 de septiembre, la designación de sus representantes y convocará a la sesión constitutiva dentro de los cinco días siguientes a la recepción de las metas nacionales para el período de que se trata.
- d) El Consejo Consultivo podrá requerir la opinión o información a las propias entidades administradoras o establecimientos afectados, a técnicos en determinadas materias o a otras instancias o funcionarios que estime necesario para su apropiada información, levantará actas de sus sesiones y emitirá un informe final de sus proposiciones. Finalmente, el Servicio de Salud respectivo podrá determinar metas de cumplimiento para la entidad administradora de salud municipal en su conjunto o separadamente para los establecimientos que la componen, siempre

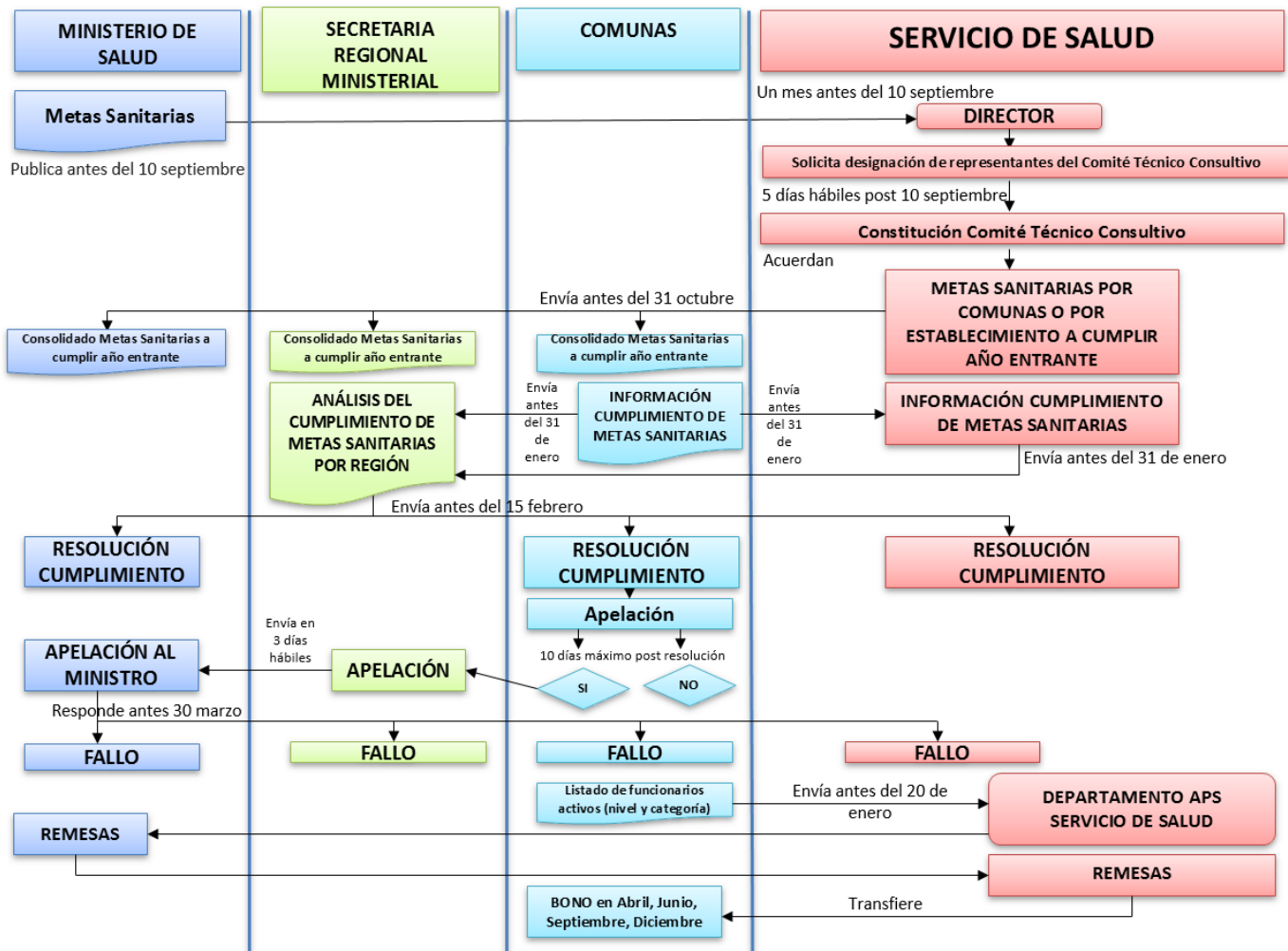
que existan datos de actividades, independientes del establecimiento, que permitan su medición separada. Adicionalmente, el Servicio debe poseer la capacidad técnica y administrativa para procesar los datos que se generen y que lo considere útil para el mejoramiento de las metas sanitarias nacionales definidas.

- e) La evaluación del cumplimiento de las metas definidas para cada entidad administradora o establecimiento de atención primaria se efectuará por el SEREMI. Para este efecto, las entidades sujetas a evaluación remitirán a más tardar el 31 de enero del año respectivo, al SEREMI en cuyo territorio se encuentren ubicadas, toda la información que compruebe el cumplimiento de las metas correspondientes y aquella adicional que éste le solicite a ese efecto. Los Servicios de Salud enviarán asimismo a dicha autoridad su informe con el análisis sobre el cumplimiento de las entidades, y establecimientos en su caso, de su territorio elaborado conforme a las pautas que dicte el Ministerio de Salud al efecto. El SEREMI dictará una resolución en que determine el porcentaje de cumplimiento de sus metas que asigne a cada establecimiento o entidad administradora sometida a evaluación, la que será notificada antes del 15 de febrero del año respectivo, mediante carta certificada dirigida al domicilio de la entidad administradora de salud municipal respectiva.
- f) Esa resolución podrá ser apelada ante el Ministro de Salud en el plazo de 10 días contados desde el tercer día hábil siguiente al despacho de la carta certificada de notificación. La apelación deberá ser presentada en la Secretaría Regional Ministerial. El SEREMI remitirá la apelación conjuntamente con su informe y todos los antecedentes que posea al Ministro de Salud en el plazo de tres días hábiles contados desde su recepción. Finalmente, el Ministro de Salud fallará la apelación a más tardar el 30 de marzo del año respectivo.
- g) La asignación pecuniaria por desarrollo y estímulo al desempeño colectivo tendrán derecho a recibirla todos aquellos trabajadores de atención primaria de salud pertenecientes a Ley N° 19.378 que establece el Estatuto de Atención Primaria, que se hayan desempeñado sin interrupción durante todo el año anterior al de percepción de la misma, para una o más entidades administradoras de salud municipal, y que se encuentren en funciones en el momento del pago de la cuota respectiva.
- h) La asignación se conforma por un componente base y un componente variable. El componente base será recibido por todos los funcionarios con derecho a esta asignación y asciende al 10,3% de las remuneraciones (este monto no corresponde al estipulado por la Ley inicialmente, sino que constituye una adecuación contenida en la Ley 20.157). El componente variable será recibido solamente por los funcionarios con derecho a esta asignación que se desempeñen en entidades administradoras o establecimientos de atención primaria, según corresponda, que hayan cumplido en un 75% o más de las metas sanitarias y de mejoramiento de la atención que les hayan sido fijadas para el año anterior. Su monto alcanzará al 11,9% si se han cumplido el 90% o más de las metas respectivas y al 5,95% si dicho cumplimiento es igual o superior al 75% e inferior al 90%.
- i) Los porcentajes de asignación que se indican en el artículo precedente se calcularán sobre el sueldo base más la asignación de atención primaria de salud municipal, correspondiente al nivel y categoría del funcionario, de una carrera referencial lineal diseñada a partir del sueldo base mínimo nacional, en relación con una jornada de cuarenta y cuatro horas semanales. En caso de

jornadas inferiores a esa el cálculo se efectuará en forma proporcional a la que tenga el funcionario.

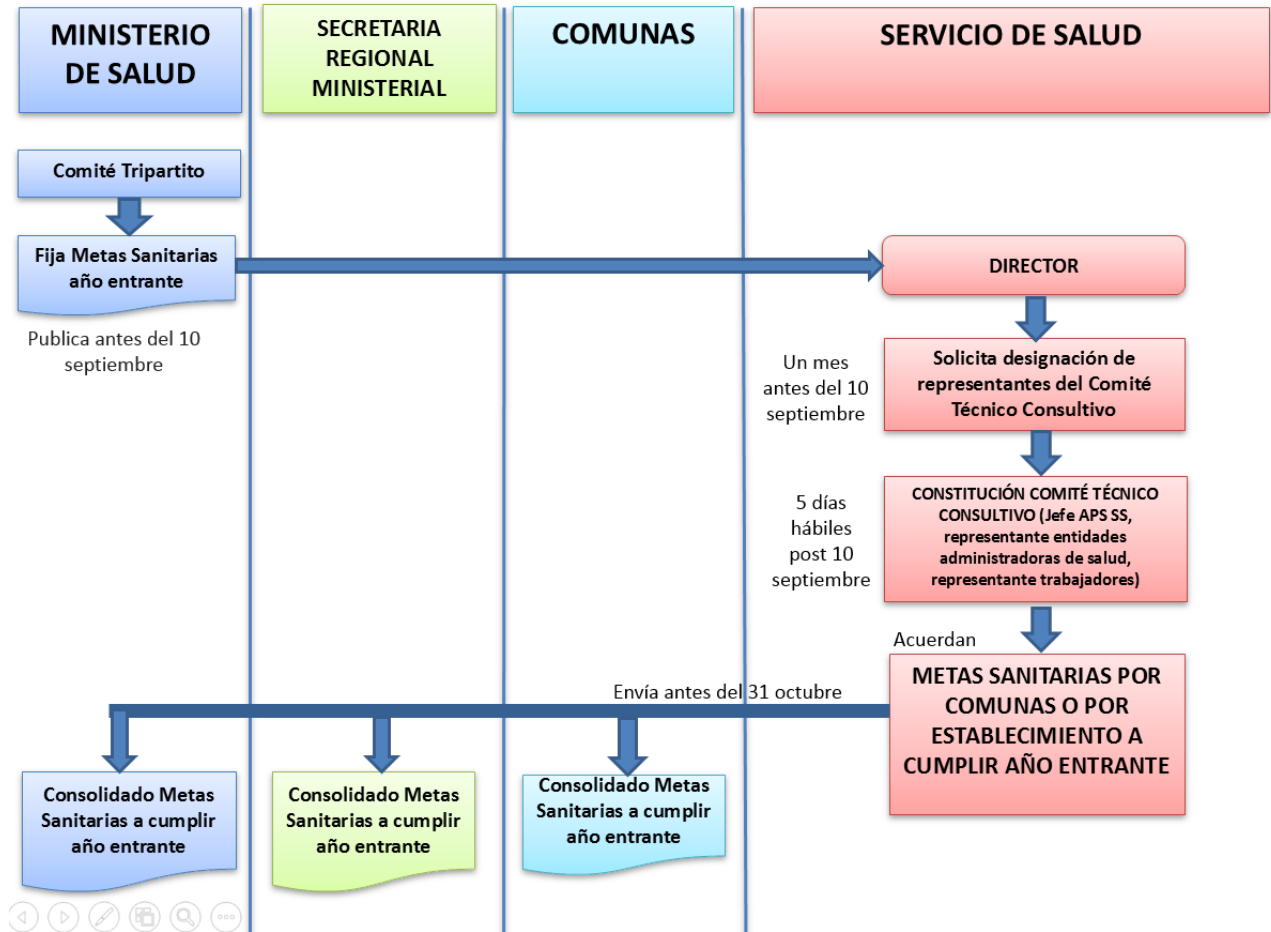
- j) La asignación se pagará en cuatro cuotas, en los meses de abril, junio, septiembre y diciembre de cada año. En cada cuota se pagará el monto correspondiente a los meses corridos desde el inicio del año respectivo o desde el pago anterior, según corresponda, hasta esa fecha. Los funcionarios con derecho a la asignación que dejen de prestar servicios antes de completar uno de los períodos de pago tendrán derecho a percibir los montos correspondientes a los meses completos efectivamente trabajados. Para determinar las imposiciones e impuestos a que se encuentre afecta la asignación, se distribuirá su monto en proporción a los meses que comprenda el período que corresponda y los cuocientes se sumarán a las respectivas remuneraciones mensuales. Con todo, las imposiciones se deducirán de la parte que, sumada a las respectivas remuneraciones mensuales, no exceda del límite máximo de imponibilidad.
- k) Los recursos necesarios para el financiamiento de la asignación serán transferidos a las entidades administradoras de salud municipal por los Servicios de Salud conjuntamente con el aporte estatal (per cápita) de los meses de abril, junio, septiembre y diciembre de cada año. Para el efecto de determinar los montos a transferir por este concepto, las entidades administradoras deberán remitir, antes del 20 de enero de cada año, al Servicio de Salud en cuyo territorio estén ubicadas, el listado de los funcionarios de su dependencia que hayan laborado todo el año anterior con indicación de la categoría y nivel que ocupan en su carrera funcionaria. Igualmente, deberán comunicar al Servicio de Salud, durante el curso del año, cada vez que alguno de esos funcionarios deje de prestar servicios para esa entidad administradora, con el objeto de discontinuar los montos de la asignación que les corresponde. Los recursos traspasados en exceso para el pago de esta asignación serán descontados del aporte estatal del mes siguiente a que se detecte esta situación, corresponda o no a los meses señalados en el inciso primero.

FLUJOGRAMA DE APLICACIÓN DE LA LEY 19.813 QUE OTORGA BENEFICIOS A LA SALUD PRIMARIA



Fuente: Ley 19.813, Reglamento 324 del 2003

FLUJOGRAMA DEL PROCEDIMIENTO DE FIJACIÓN DE METAS SANITARIAS LEY 19.813 QUE OTORGA BENEFICIOS A LA SALUD PRIMARIA



Fuente: Ley 19.813, Reglamento 324 del 2003

DIFICULTADES DETECTADAS EN LOS PROCEDIMIENTOS DE FIJACIÓN DE METAS SANITARIAS

PROBLEMA	DESCRIPCIÓN	ALTERNATIVA DE SOLUCIÓN
Roles	Visación metas fijadas entre Servicios de Salud y comunas	La reglamentación vigente no señala ningún rol específico en ninguna entidad sobre objeciones a metas sanitarias fijadas entre comunas y Servicios de Salud.
Fijación de metas	Fuera de plazo (envío posterior a la fecha estipulada por ley 31 de octubre)	Se requiere rigurosidad en el cumplimiento de las fechas estipuladas por la Ley 19.813 y reglamento 324 ya que, de lo contrario, se incurre en una falta importante.
	Fijadas por debajo de lo logrado el año anterior	Por resolución exenta que aprueba metas sanitarias y de mejoramiento de la atención primaria de salud para el año correspondiente, la fijación de metas debe realizarse manteniendo o aumentando de acuerdo a lo logrado el año anterior.
	Re-fijadas y no informadas por parte del Servicio	Cualquier modificación en la fijación de metas sanitarias debe ser informada por los mismos canales que establece el reglamento a Seremi y MINSAL
	Problemas con las poblaciones FONASA	Se ha estado trabajando en disponer de manera más efectiva
	Problemas con las poblaciones bajo control o Fijaciones de metas sanitarias sin conocer numerador ni denominador	Se hace necesario propender a trabajar con proyecciones de población bajo control según el comportamiento que ésta ha tenido en los últimos años.
	Minsal requiere tomar conocimiento simultaneo para llevar seguimiento del procedimiento	Se requerirá que los Servicios de Salud y encargados de Seremis envíen en forma digitalizada la documentación que se rige según plazos.
	Planillas excel llegan desconfiguradas	Se recomienda no intervenir las planillas con parámetros propios. Para este año se trabajará en un formato con menor incidencia de errores de cálculo y de prellenado.
Evaluación de metas	Planillas Excel llegan desconfiguradas	Se recomienda no intervenir las planillas con parámetros propios. Para este año se trabajará en un formato con menor incidencia de errores de cálculo y de prellenado.
	Retraso en el envío de documentación vía formal	Se solicita enviar un correo electrónico a referente DIVAP MINSAL indicando envío de información y documentación vía formal. En el mejor de los casos, poder anexar los respaldos pdf vía correo electrónico.

DICCIONARIO DE DATOS PARA EL CORRECTO LLENADO DE PLANILLAS EXCEL

ÁMBITO	CAMPO	TIPO DE LLENADO	CÓDIGO	FUENTE	ERRORES COMUNES
Planillas de fijación y cumplimiento de metas sanitarias	REGIÓN	NUMÉRICO	1 a la 15	DEIS	Escribir con caracteres alfabéticos. Ejemplo: es incorrecto poner “Región del Biobío” u “Octava” y es correcto poner “8”
	Servicio de salud	Alfabético	Listado de Servicio de Salud	DEIS	Escribir con minúscula. Lo correcto es hacerlo con mayúsculas.
	Comuna	Alfabético	Listado de Comunas	DEIS	Escritura con minúscula. Lo correcto es hacerlo con mayúsculas.
	Unidad de análisis	Alfabético	Comuna - establecimiento	DEIS	Códigos de establecimientos inexistentes en el DEIS. Escritura con minúscula. Lo correcto es hacerlo con mayúsculas.
	Nombre de la unidad de análisis	Alfabético	Listado de establecimientos	DEIS	Nombres no regularizados ni registrados en DEIS. Escritura con minúscula. Lo correcto es hacerlo con mayúsculas.
Planillas funcionarios afectos al incentivo de desempeño colectivo	Nombre completo funcionario	Alfabético	Listado de nombres	RR.HH COMUNA	Escritura en minúscula. Lo correcto es hacerlo con mayúsculas.
	Rut con digito verificador	Numérico	11.111.111-1	RR.HH COMUNA	Campo que se deja vacío o que se registra en otro formato. Lo correcto es hacerlo con puntos y guión. Ej. 11.111.111-1
	Categoría	Alfabético	A-B-C-D-E-F	RR.HH COMUNA	Campo que se deja vacío o se llena en otro formato como “asesor” o “profesional”. Escritura con minúscula. Lo correcto es hacerlo con mayúsculas.
	Total horas semanales	Numérico	Horas	RR.HH COMUNA	Campo que se deja vacío o en otro formato como llenado en días. El total de horas de un funcionario no puede ser superior a 44 hrs.

	Nivel de la carrera	Numérico	De 1 a 15	RR.HH COMUNA	Campo que se deja vacío o se llena en otro formato. En ocasiones no aparece actualizado.
	Fecha ingreso al establecimiento o fecha de ingreso a establecimiento anterior en caso de continuidad	Numérico	DD/MM/AÑO	RR.HH COMUNA	Campo que se deja vacío o donde el llenado se escribe en otro formato como "05.03.75" cuando lo correcto es 05/03/1975. Es importante revisar el tema de continuidad de contratos entre establecimientos, comunas y regiones con continuidad en la misma ley. En este caso se debe validar ingreso anterior.
	Fecha anual	Numérico	Fecha en la que se mide el cumplimiento. Dada por el MINSAL	MINSAL	
	Antigüedad años	Numérico	Diferencias entre fecha ingreso a establecimiento y fecha anual. Se da por defecto	POR DEFECTO	
Planillas de pago del tramo correspondiente a incentivo al desempeño colectivo	Tramo	Numérico	1 – 2 - 3	MINSAL	
	Componente fijo	Numérico	10,3% por sobre sueldo base + asignación APS	MINSAL	
	Componente variable	Numérico	Según tramo	MINSAL	
	Total	Numérico	Suma fijo + variable	MINSAL	

Cronograma del procedimiento de fijación y evaluación de metas sanitarias

Actividad	Responsable	MESES												
		Ago	Sept	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago
Publicación metas sanitarias en diario oficial	MINSAL		10											
Fijación metas sanitarias	Servicio de Salud			31										
	Municipalidades			31										
	Trabajadores APS			31										
Información sobre metas sanitarias fijadas dirigidas a SEREMI, MINSAL y municipalidades	Servicio de Salud			31										
Envío de listado de dotación sujeta a incentivo	Municipalidades						20							
	Servicio de Salud						20							
Envío de información y datos para evaluación metas sanitarias a SEREMI	Municipalidades						31							
	Servicio de Salud						31							
Evaluación metas sanitarias y resolución de tramo cumplimiento	SEREMI							15						
Información sobre resolución de tramo cumplimiento dirigido a municipalidades y MINSAL	SEREMI							15						
Apelación a resoluciones de tramos cumplimiento	Municipalidades													
Recepción de apelación	SEREMI													
Elaboración de informe de apelación dirigido a MINSAL	SEREMI													
Resolución de apelaciones	MINSAL								30					
Pago de incentivo	MINSAL		X			X				X		X		
	Servicio de Salud		X			X				X		X		