



Subdirección de Atención Primaria y Gestión Territorial
Subdepartamento de Desarrollo Estratégico APS
Unidad de Evaluación Y Seguimiento APS

CONVENIO DE TRANSFERENCIA DE RECURSOS PROGRAMAS DE REFORZAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE Y MUNICIPALIDAD DE QUILICURA

En Santiago, a marzo de 2026 entre el **Servicio de Salud Metropolitano Norte**, órgano estatal funcionalmente descentralizado, RUT: 61.608.000-8, representado por su Director(S) **D. Erik Poblete Torres**, cédula de identidad N° 12.482.240-8, ambos con domicilio en calle Maruri N° 272, comuna de Independencia, en adelante "el Servicio", y la **Municipalidad de Quilicura**, corporación autónoma de derecho público, RUT: 69.071.300-4, representada por su Alcaldesa **D. Paulina Bobadilla Navarrete**, cédula de identidad N° 13.907.387-8, ambos con domicilio en José Francisco Vergara N° 450, comuna de Quilicura, Región Metropolitana, en adelante "la Municipalidad", han suscrito un convenio que se regirá por las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Antecedentes

La Atención Primaria de Salud, representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema público, siendo su objetivo otorgar una atención de salud equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, enfocada en lo preventivo y promocional, bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, centrado en las personas, la familia y la comunidad.

En ese sentido es que surgen los siguientes Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud, en adelante PRAPS:

PRAPS	RESOLUCION MINISTERIAL QUE APRUEBA PROGRAMA
Salud Mental y Bienestar Psicosocial	71/2026
Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)	27 - 306/2026
Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial, Chile Crece Contigo (PADBP)	176/2025
Espacios Amigables para Adolescentes	961/2025
Salud Respiratoria	33/2025
Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en APS	967/2025
Estrategia de Salud Bucal	960/2025
Imágenes Diagnosticas en APS	966/2025
Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria	26/2026



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/ALVZ2O-053>

Mas Adultos Mayores Autovalentes	34/2025
Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes	31/2025
Rehabilitación Integral en la Red de Salud	962/2025
Resolutividad en Atención Primaria	1042/2025
Estrategias de Intervención de Urgencia en Atención Primaria	1038/2024
Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS	96/2026
Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS	1027/2025
Atención Integral al Desarrollo Infantoadolescente (TEA)	959/2025

Por su parte, en Oficio CP N°28081 de fecha 28 de diciembre de 2025, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, informa la continuidad de los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud para el año 2026 con y sin modificaciones.

A lo anterior, es dable señalar que los Establecimientos de la Atención Primaria de Salud tienen asignados recursos contemplados en la Ley 21.796 sobre Ley de Presupuesto del Sector Público, partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, Glosa 1 y 2, cuyo propósito es garantizar la disponibilidad de los recursos para solventar los gastos asociados al Per cápita y a los Programas de Reforzamiento entre los meses de enero a diciembre de cada año, al tenor del marco presupuestario asignado por ley para la presente anualidad.

SEGUNDA: Del Objeto del Convenio

Por medio del presente convenio las partes dejan establecido que el objeto consiste en la transferencia de recursos desde el Servicio de Salud a la Municipalidad para la implementación, ejecución, y puesta en marcha de los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud, individualizados en cláusula precedente.

TERCERA: De las Condiciones del Convenio

Las partes entendiendo que los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud, tiene características particulares, metas y objetivos diversos, consignan en la presente cláusula las estrategias, componentes, y demás características particulares de cada programa, para la correcta ejecución de los mismos, en los siguientes términos:

PRAPS	COMPONENTES
Salud Mental y Bienestar Psicosocial	<p>Componente N°1: Promoción de la Salud Mental y el Bienestar Psicosocial.</p> <p>Busca instalar la salud mental y el bienestar como un valor compartido en la vida cotidiana de las personas y comunidades, promoviendo estilos de vida saludables, sentido de pertenencia y conexión social como base para el bienestar colectivo. Desde una perspectiva salutogénica, se pone el acento en identificar y potenciar los recursos, capacidades y activos comunitarios disponibles en cada territorio, organizaciones sociales, instituciones educativas, agrupaciones culturales y deportivas, espacios públicos, liderazgos comunitarios, como generadores de sentido, cohesión y resiliencia.</p> <p>Acciones prioritarias:</p> <p>Talleres de promoción de la salud mental y el bienestar: espacios</p>



educativos orientados al fortalecimiento de factores protectores y habilidades personales y sociales (comunicación, manejo emocional, resolución de conflictos, autocuidado), adaptados a la realidad cultural y territorial de las comunidades locales, en línea con el Manual Fortaleciendo el Bienestar (MINSAL 2025).

La metodología contempla 1 a 4 sesiones de 45 a 90 minutos, con grupos de mínimo 6 personas, en modalidad presencial o remota.

Redes comunitarias de bienestar: articulación y fortalecimiento de organizaciones sociales e intersectoriales que promuevan cohesión social, participación y entornos protectores.

Comunicación y educación social: campañas, ferias y actividades para sensibilizar sobre salud mental, reducir estigma y difundir mensajes de solidaridad, esperanza y apoyo mutuo.

Todas las acciones deben incorporar el enfoque de género, pertinencia cultural y curso de vida, garantizando la equidad en la participación y el acceso a los recursos de bienestar.

Componente N°2: Prevención de trastornos mentales.

Se orienta a reducir la incidencia y progresión de problemas de salud mental a lo largo del curso de vida, priorizando grupos con mayor vulnerabilidad y factores de riesgo. Considera acciones como talleres educativos, aplicación de instrumentos de detección precoz, consejerías, intervenciones breves y apoyos en situaciones de crisis. Se busca generar una respuesta preventiva temprana desde la Atención Primaria, fortaleciendo la capacidad de los equipos de salud para identificar oportunamente los riesgos y ofrecer intervenciones que reduzcan la carga futura de trastornos mentales.

Subcomponente 2.1: Talleres preventivos de salud mental:

Tipo de acción: prevención primaria.

Grupo objetivo: población inscrita validada a través de todo el curso de vida.

Estructura y metodología: contempla al menos 2 sesiones de 45 a 90 minutos, con grupos de mínimo 6 personas, en modalidad presencial o remota. Para ello se cuenta con el Manual Fortaleciendo al Bienestar (MINSAL 2025), como recurso clave en cuanto a metodología y contenidos, el cual otorga un conjunto de sesiones que pueden ser implementadas por los equipos de salud.

Subcomponente 2.2: Detección precoz de problemáticas y/o trastornos mentales.

Tipo de acción: prevención secundaria.

Grupo objetivo: población inscrita validada a través de todo el curso de vida.

Donde se aplica: controles regulares de salud, demanda espontánea, derivación por sospecha de trastorno o referencia asistida.

Instrumentos: M-CHAT R/F, PSC-17, PHQ-9, CAPE-P15, Yesavage u otros que sean determinados por el Ministerio de Salud.

Para la implementación del subcomponente se precisa el refuerzo del equipo de salud con un/a profesional clínico (enfermera/o por 44 horas)

Subcomponente 2.3: Apoyo y colaboración con grupos de autoayuda, organizaciones de usuarios y familiares y organizaciones comunitarias de base.

Tipo de acción: prevención y fomento de estilos de vida saludable.

Grupo objetivo: grupos de autoayuda, organizaciones de usuarios y familiares y organizaciones comunitarias de base.

Estructura y metodología: apoyo y colaboración a grupos objetivo antes descritos. Realización de actividades en espacios comunitarios, apoyo postulaciones a proyectos sociales y fomentar su participación en instancias territoriales. La modalidad puede ser presencia o remota.



Subcomponente 2.4: Acciones de primera respuesta e intervenciones individuales en Servicios de Urgencia de Atención Primaria.

Tipo de acción: prevención primaria y primera respuesta en urgencias SAPU/SAR, por parte de una dupla psicosocial.

Grupo objetivo: personas consultantes en dispositivos de urgencias de APS a lo largo de todo el curso de vida.

Estructura y metodología: brindar apoyo integral en salud mental a personas que acuden a SAPU/SAR, en las instalaciones SAPU/SAR, incluyendo intervención en crisis, consejería y coordinación para continuidad de cuidados. Se realizan pesquisas activas en sala de espera y se articulan con el Centro de APS correspondiente para la referencia. También se fortalecen las competencias del equipo clínico en abordaje inicial y derivación. Funcionamiento de lunes a viernes por al menos 3 horas diarias de atención en dupla.

La implementación de este subcomponente implica la contratación de un psicólogo/a y un trabajador/a social, para cumplir con el horario señalado en el párrafo anterior.

Componente N°3: Atención integral de personas con factores de riesgo y trastornos mentales.

Tiene por finalidad asegurar la atención integral, continua y humanizada para personas que presentan problemas o trastornos de salud mental y condiciones de riesgo o patologías crónicas como Alzheimer y otras demencias (GES N°85). Se centra en un abordaje oportuno desde la Atención Primaria que incluya diagnóstico precoz, planes de cuidado individual, familiar y comunitario, seguimiento terapéutico y derivaciones coordinadas con la red asistencial y recursos intersectoriales. La estrategia enfatiza calidad, dignidad y continuidad de cuidados, integrando la dimensión comunitaria y familiar en los procesos terapéuticos.

Para la implementación de este componente se precisa mantener un estándar de recurso humano acorde a los recursos financieros transferidos.

Subcomponente 3.1: Atención integral a personas con trastornos mentales:

Tipo de acción: tratamiento y abordaje de la salud mental.

Grupo objetivo: personas con sistema previsional FONASA, que presentan trastornos mentales.

Estructura y metodología: generar procesos de atención integral organizado de acuerdo con las necesidades y recursos individuales de las personas que considera actividades y acciones que se pueden resumir de la siguiente manera: evaluación diagnóstica integral, formulación del plan de cuidado integral (PCI), ejecución de PCI, prescripción racional de fármacos, intervenciones psicosociales grupales, consultoría con equipos especializados, seguimiento clínico, egreso clínico, sesiones de seguimiento post-alta si es necesario.

Componente N°4: Apoyo focalizado a NNAJ en situación de riesgo psicosocial.

Brindar acompañamiento integral a niños, niñas, adolescentes y jóvenes en situación de vulnerabilidad de derechos y/o riesgo psicosocial, articulando la acción de equipos de APS con familias, escuelas, redes comunitarias e instituciones intersectoriales. Su propósito es favorecer el desarrollo integral y la restitución de derechos, mediante intervenciones psicosociales oportunas y culturalmente pertinentes, que fortalezcan entornos protectores y promuevan la resiliencia en los territorios. Se busca instalar una respuesta integral que vincule salud, educación y protección social, generando condiciones que reduzcan las brechas de inequidad en este grupo prioritario.

Subcomponente 4.1: Acompañamiento psicosocial a NNAJ en situación de riesgo psicosocial.



	<p>Tipo de acción: prevención terciaria. Grupo objetivo: NNAJ de 0 a 24 años, en situación de riesgo psicosocial. Estructura y metodología: busca reducir las barreras de acceso y fortalecer la continuidad de cuidados de niñas, niños, adolescentes y jóvenes (NNAJ) entre 0 y 24 años, que presentan alto riesgo psicosocial, como violencia, riesgo suicidio, pertenencia a grupos históricamente discriminados, entre otros.</p> <p>Se implementa bajo un modelo de gestión de casos, a través de una dupla profesional compuesta por un/a trabajador/a social y un/a gestor/a comunitario/a, quienes realizan acciones de búsqueda y vinculación activa y diseñan e implementan un plan de acompañamiento personalizado con un fuerte componente comunitario, con acciones extramuro y coordinaciones sectoriales e intersectoriales.</p> <p>Se precisa la incorporación del recurso humano mencionado y el resguardo de recursos para la contratación de telefonía y movilización.</p> <p>Subcomponente 4.2: Atención de salud integral de NNAJ vinculados a la red de Programas del Servicio Nacional de Protección Especializada, Servicio Nacional de Menores y Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil.</p> <p>Tipo de acción: promoción, prevención y atención integral. Grupo objetivo: NNAJ bajo la protección del estado. Estructura y metodología: busca reforzar las prestaciones de salud en APS en base a las necesidades de cada NNAJ en los ámbitos de promoción, prevención y/o tratamiento, de acuerdo con el curso de vida y con continuidad de cuidados. Su propósito es que los y las NNAJ vinculados a la red de programas del Servicio de Protección Especializada, Servicio Nacional de Menores y Servicio de Reinserción Social Juvenil acceden a prestaciones de salud y continuidad de cuidados.</p> <p>La implementación implica financiamiento para recursos humanos de refuerzo para el equipo de salud y el resguardo de recursos para la contratación de traslados del equipo a los dispositivos de Servicio de Protección Especializada, SENAME y SRJ.</p>
Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)	<p>Componente N°1: Implementación de los CECOSF basados en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.</p> <p>Levantamiento de necesidades locales por medio de un análisis crítico del equipo proponente, donde se incorpore un análisis desde los determinantes sociales de la salud en el contexto donde se inserta el CECOSF, manifestando las brechas a las cuales se quiere dar respuesta con este dispositivo.</p> <p>Co-Gestión Social con participación activa de las organizaciones comunitarias e instituciones de la red local de salud expresada en organización formal de funcionamiento regular de las instancias de participación.</p> <p>Enfoque de equidad en la distribución de los recursos de atención de salud.</p> <p>Gestión territorial de las organizaciones comunitarias y del equipo de salud enfocada en el trabajo con el sector en aquellas áreas de interés ciudadano que la población haya definido como prioritarias para su intervención inserta en el CECOSF.</p> <p>Propuesta de modelo de articulación con la red a nivel territorial, local y comunal enfocada en una gestión colaborativa y solidaria destinada a abordar los problemas de salud de la población.</p> <p>Componente N°2: Proponer y evaluar participativamente con su comunidad planes de mejora continua.</p> <p>Medición de expectativas y satisfacción usuaria de la comunidad, mediante técnicas y/o instrumentos basados en metodologías participativas en salud, que incluyen la elaboración de Panes de Mejora Anual.</p>



	<p>Diagnóstico participativo en salud basado en un enfoque de determinantes sociales de la salud, perspectiva de género e interculturalidad. Diseño, análisis y procesamiento de Informe de Gestión de Solicitudes Ciudadanas tramitadas a través de la Oficina de Informaciones, Reclamos y Solicitudes (OIRS).</p> <p>Componente N°3: Efectuar Participación Comunitaria y Promoción de Salud.</p> <p>Implementación de Mesa Territorial de Participación Ciudadana integrada por instituciones de intervienen en el sector, organizaciones de la comunidad y representantes del sector salud.</p> <p>Fortalecer el rol de Gestor Comunitario en el marco de las actividades de promoción y prevención que coordina y ejecuta con las organizaciones comunitarias e instituciones del intersector.</p> <p>Promover instancias de asociatividad y liderazgo en los usuarios del centro comunitario de salud familiar para promover una mejor situación de salud de sus vecinas y vecinos.</p> <p>Utilizar, propiciar y promover el uso de plataformas comunitarias existentes en su nivel local de comunicación no presencial, como radios, y otros medios de comunicación, diarios locales digitales; educación mediante uso de Web o internet, etc. (solo comunas de Colina, Conchalí, Huechuraba, Independencia, Lampa y Quilicura)</p>
<p>Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial, Chile Crece Contigo (PADBP)</p>	<p>Componente 1: Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal:</p> <p>Atención integral, sistemática y periódica con un enfoque biopsicosocial que se otorga a la gestante con la participación de su pareja u otra persona significativa. Se inicia con el ingreso al control prenatal en el cual se consideran esenciales, tanto el establecimiento de una relación de ayuda entre la gestante y la matrona/matrón, como la evaluación del riesgo biopsicosocial. Luego, con estos antecedentes se diseña el plan de cuidado integral (PCI) y se priorizan las acciones según las necesidades y riesgos de cada gestante, focalizando en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de los cuidados prenatales. • Atención integral a familias de gestantes en situación de vulnerabilidad. • Educación a la gestante y su pareja o acompañante significativo/a • Visita domiciliaria integral a gestantes con más de 3 riesgos psicosociales. • Gestión de alertas en Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM): Ingreso de gestantes, y de los riesgos detectados, así como el registro de la resolución de las acciones que competen al sector salud respecto del abordaje de los riesgos psicosociales pesquisados. <p>Componente 2: Atención personalizada del proceso de nacimiento.</p> <p>Atención integral y personalizada a la mujer gestante y la pareja o acompañante significativo/a en los diferentes momentos del proceso de nacimiento desde el parto, parto y posparto inmediato; atendiendo a sus necesidades emocionales y físicas durante el proceso, alternativas para el manejo oportuno del dolor y prácticas de salud con pertinencia cultural. El componente focaliza la atención:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personalizada del parto, a través de la entrega de información necesaria para una toma de decisiones consensuada de la mujer gestante, favorecer la evolución fisiológica del proceso de parto (minimizando intervenciones innecesarias), respetar las decisiones de la mujer gestante en el proceso de nacimiento, entre otras. • Integral en el puerperio de la madre, padre, hijo/a; que incorpora elementos de atención y promoción de salud en los ámbitos de salud física y mental y detección de sintomatología depresiva y dificultades en el vínculo de apego. <p>Componente 3: Atención del desarrollo integral del niño y niña hospitalizado/a.</p> <p>Atención que considera favorecer el desarrollo integral durante el periodo de hospitalización, con énfasis en la entrega de cuidados acordes a las necesidades</p>



	<p>de cada niño o niña y su familia, mediante la adecuación del ambiente físico, la detección de riesgo psicosocial, las intervenciones psicosociales y de estimulación del desarrollo integral, a través de actividades educativas dirigidas a las familias. Este componente brinda atención integral a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recién nacido/a hospitalizado/a en neonatología, Niño y niña hospitalizado/a en pediatría. <p>Componente 4: Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y niña.</p> <p>Seguimiento a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas el cual se inicia con la atención integral proporcionada a la madre, al padre y a su hijo o hija en el control de la díada para evaluar el estado de salud, las condiciones familiares para el apoyo a la madre y cuidado del niño/a, el proceso de ajuste inicial y fomentar la lactancia materna. Se continua con los controles de salud infantil para evaluar el estado de salud integral, el logro de los hitos del desarrollo esperables para la edad, el contexto familiar del crecimiento, la calidad de relación vincular con la figura principal de cuidados, las intervenciones psicoeducativas que fomentan las habilidades parentales en la crianza y la promoción temprana del desarrollo del lenguaje y psicomotor.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento del control de salud del niño y niña para el desarrollo integral. • Intervenciones educativas de apoyo a la crianza con énfasis en el fortalecimiento de las competencias parentales. • Gestión de alertas en Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM): Ingreso de los controles de salud del niño y niña, de los riesgos detectados, así como el registro de la resolución de las acciones que competen al sector salud respecto del abordaje de los riesgos psicosociales pesquisados. <p>Componente 5: Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad.</p> <p>Prestaciones diferenciadas establecidas para los niños y niñas que presentan alguna situación de vulnerabilidad en su desarrollo, con énfasis en los niños y niñas con diagnóstico de rezago o déficit (riesgos, retraso) en su desarrollo físico, emocional y/o cognitivo y también en aquellos con riesgos psicosociales. Por lo tanto, se despliegan acciones para el:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago o déficit en su desarrollo integral, tales como, detección de riesgo psicosocial y/o alteración al desarrollo integral; derivación, ingreso y egreso de MADIS; visita domiciliaria integral, talleres promocionales y NEP, entre otras. • Gestión de alertas en Sistema de Registro, Derivación y Monitoreo (SRDM): Registro de los riesgos pesquisados, así como el registro de la resolución de las acciones que competen al sector salud respecto del abordaje de los riesgos psicosociales pesquisados.
Salud Respiratoria	<p>Componente 1: Vacunación contra la Influenza, VRS y SARS-COV-2</p> <p>Proporciona recursos orientados a implementar estrategias en los establecimientos de atención primaria municipal, en los ámbitos de vacunación e inmunización según condiciones epidemiológicas.</p> <p>Componente 2: Refuerzo para vigilancia centinela Enfermedad Tipo Influenza</p> <p>Los objetivos de esta vigilancia son el monitoreo de la tendencia de la circulación viral según territorio a nivel de establecimientos centinelas de atención primaria. Se lleva a cabo 43 centros de atención primaria del país.</p> <p>Componente 3: Programas respiratorios IRA y ERA para comunas costo fijo.</p> <p>Financiamiento de RRHH, insumos y equipamiento para atención de pacientes con patologías respiratorias agudas y crónicas en Salas IRA, ERA y Salas Mixtas.</p> <p>Componente 4: IRA en SAPU</p> <p>Disponibilidad de 33 horas semanales de profesional kinesiólogo en SAPU o SUR</p>



	<p>según corresponda durante campaña de invierno.</p> <p>Componente 5: Refuerzo para la atención de establecimientos de atención primaria durante campaña de invierno.</p> <p>Estrategia consiste en la contratación de recurso humano de refuerzo, insumos y equipamiento necesario para aumentar las consultas de morbilidad y atenciones en salas respiratorias durante el periodo de campaña de invierno, en horario habitual o durante la extensión horaria, para lo que se sugiere: 22 horas médicas, 22 horas kinesiólogo, 11 horas de profesional enfermera y 11 horas TENS.</p> <p>Esta distribución podrá ser modificada según requerimiento local y puede considerar actividades de capacitación al personal según necesidad.</p> <p>Componente 6: Contratación de RRHH para reforzar registros SIGGES.</p> <p>Refuerzo con RRHH para asegurar calidad, confiabilidad y oportunidad del registro en SIGGES.</p>
Espacios Amigables para Adolescentes	<p>Componente N°1: Atención de salud integral de adolescentes.</p> <p>El objetivo del componente es contribuir a reforzar la atención primaria de salud en temáticas relacionadas con salud mental, salud sexual y salud nutricional en población adolescente de 10 a 19 años.</p> <p>Servicios Provistos:</p> <p>Control de salud integral: para evaluar el estado de salud, crecimiento y normal desarrollo, a fin de intervenir en forma oportuna e integral.</p> <p>Consejerías: relación de ayuda, entrega de información y educación que puede realizarse en una o más sesiones. Se desarrolla en un espacio de confidencialidad, escucha activa, acogida y diálogo abierto. Considera las necesidades y problemáticas particulares de cada adolescente. Las temáticas que se abordan en las consejerías son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salud sexual y salud reproductiva: se entrega información clara, para la toma de decisiones en relación con salud sexual, salud reproductiva, planificación familiar y métodos anticonceptivos. - Regulación de la fecundidad: reconoce el derecho a obtener información y acceso a métodos para regular fecundidad, así como la promoción de la salud sexual integral, placentera y responsable. - Prevención VIH e Infección de Transmisión Sexual (ITS): atención en la cual, se evalúan las vulnerabilidades y riesgos personales frente al VIH y las ITS, se actualiza información y se planifican estrategias de prevención. - Consumo de drogas: relación de ayuda psicosocial personalizada, a fin de promover hábitos saludables y prevenir el consumo de drogas. - Tabaquismo: intervención específica, con el objetivo de prevenir, retardar la iniciación del hábito o apoyar el proceso de cesación del consumo de tabaco en adolescentes. - Actividad física: diagnóstico de los requerimientos de actividad física de una persona o grupo familiar. - Alimentación saludable: atención terapéutica en alimentación saludable que se entrega a una persona o al grupo familiar, con el fin de motivar la adopción de conductas alimentarias adecuadas. <p>Primeras consultas: realizadas por distintos profesionales del equipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Primera consulta de profesional de la matronería en el ámbito de la salud



sexual y reproductiva.

- Primera consulta por profesional de la psicología, del trabajo social o terapia ocupacional a las personas que requieren de orientación en temáticas de salud mental, familiar, derechos y cuidados en salud, entre otras.,
- Primera consulta nutricionista: para evaluación nutricional y posterior derivación al centro de salud si corresponde.

Otras consultas: Consulta por sospecha de ITS/VIH, consulta de regulación de fertilidad, entrega de preservativos, anticoncepción de emergencia.

Otras prestaciones/actividades:

- Ingreso al Programa de regulación de la fertilidad: acceso a diferentes métodos anticonceptivos e insumos para práctica sexual segura. Después del ingreso siempre se debe efectuar la derivación asistida a matrona del establecimiento de salud, según sector.
- Intervención motivacional en adolescentes por consumo de alcohol y otras drogas: el objetivo es reducir el consumo de riesgo, determinación de metas para reducir el consumo, y, disposición de estrategias breves y acotadas para gestión del cambio.

Componente N°2: Estrategias de educación en Salud para el autocuidado y bienestar.

El componente tiene como objetivo, fortalecer el conocimiento y la comprensión de las personas adolescentes sobre la oferta de servicios y prestaciones disponibles en el nivel primario de atención, promoviendo su acceso informado y el desarrollo de prácticas responsables para el autocuidado y la promoción de su bienestar integral.

Servicios provistos:

1. Actividades educativas:

- Modalidad taller grupal a personas adolescentes de 10 a 19 años. Cada taller consiste en una sesión educativa, con el propósito de desarrollar habilidades o destrezas y/o potenciar factores protectores, que favorezcan el crecimiento y desarrollo saludable. Las actividades se desarrollan en los establecimientos de salud, educacionales y otros espacios comunitarios. Todos los talleres ofertados proporcionarán información sobre los servicios de salud y las prestaciones disponibles para promover su utilización. Las actividades educativas, "talleres grupales" abordan las siguientes temáticas:
- Talleres grupales de actividad física: para la estimulación y fomento de actividad física y vida al aire libre como factor protector de la salud. Talleres grupales de alimentación: potenciar alimentación saludable y conocimiento de la ley de etiquetado nutricional.
- Talleres grupales de salud mental: informar y educar sobre factores protectores psicosociales para evitar la aparición de problemas de salud mediante la vigilancia de los factores o condicionantes de riesgo, y fortalecer habilidades para el cuidado de la salud mental y bienestar; por ejemplo, para la prevención del consumo de alcohol y drogas y la prevención de la conducta suicida. Talleres grupales de salud sexual y prevención de ITS/VIH/SIDA: para la promoción de la salud sexual integral y placentera, las conductas sexuales seguras, el fomento la prevención de las ITS/VIH/SIDA.
- Talleres sobre métodos de regulación de la fertilidad y prevención de



	<p>embrazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Talleres grupales de habilidades parentales, a fin de capacitar en habilidades de crianza y relación familiar a padres, madres, cuidadores y adolescentes para prevenir conductas de riesgo y fortalecer factores protectores a través de la promoción de la comunicación entre padres e hijos. Beneficiarios adolescentes, padres/madres/cuidadores. - Otros tipos de Talleres grupales: este ítem se utiliza para registrar talleres que abordan otros temas: autocuidado, prevención consumo tabaco, prevención de violencia en el pololeo, violencia escolar, acoso escolar, cyberbullying, actividades educativas dirigidas a adultos responsables, tales como apoderados y agentes del sector educación incluyendo directivos, docentes, duplas psicosociales, jefes técnicos, entre otros, considerando la relevancia de que estos actores cuenten con información actualizada y herramientas pertinentes que les permitan apoyar adecuadamente a los y las adolescentes en sus respectivos roles. Estas instancias buscan fortalecer el entorno de apoyo y contención, promoviendo una mirada integral y corresponsable en el desarrollo saludable de la población adolescente. <p>Se registra en el espacio de acción en que se realizó (espacio comunitario, establecimientos educacionales, centro de salud o espacio intercultural), taller según temática realizada y se deja registro del número de participantes.</p> <p>2. Actividades de promoción de la salud, según estrategias y condicionantes abordadas y número de participantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Actividades de divulgación y participación en la comunidad, para aumentar la utilización de los servicios de salud por parte de adolescentes: marketing social en establecimientos educacionales: definición y difusión de temas a trabajar durante el año en los establecimientos educacionales. Información a través de las redes sociales, cadenas de WhatsApp, Consejos Consultivos, folletería, diario mural u otros medios de comunicación, para difusión de diversas temáticas siempre considerando las motivaciones e interés de las personas adolescentes. - Eventos masivos: actividades masivas que reúnen 50 o más personas con participación del equipo de salud, usuarios, comunidad y/o miembros de instituciones de otros sectores, para promover la utilización de los servicios de salud y difundir las prestaciones disponibles, comunicar o practicar conductas saludables. - Actividades de promoción de la participación de adolescentes: promueven la participación en instancias como mesas intersectoriales para la promoción de derechos de las personas adolescentes, en Consejos Consultivos de Adolescentes y Jóvenes, Consejos Desarrollo Local, Centros Alumnos, colectivos, entre otros. - Jornadas y seminarios.
<p>Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en APS</p>	<p>Componente: Medicamentos, insumos y dispositivos médicos para personas con diagnóstico de Hipertensión, Diabetes Mellitus tipo 2 y Dislipidemia en establecimientos de Atención Primaria de Salud.</p> <p>El principal producto esperado es el acceso continuo y oportuno de las personas a los tratamientos farmacológicos indicados en el nivel primario de salud para el control de sus enfermedades de salud cardiovascular, apoyando la compra y entrega oportuna de medicamentos, insumos y dispositivos médicos definidos para estas patologías en el arsenal básico de Atención Primaria en cada Servicio de Salud. Además, se considera la incorporación de actividades que apoyen la adherencia, a través de servicios farmacéuticos.</p>



Estrategias de Salud Bucal

Componente 1: Promoción y Prevención en niños y niñas

Estrategia: Sembrando Sonrisas

Producto esperado: Promoción y Prevención de la salud bucal en población parvularia

Actividad formativa grupal dirigida al equipo educador con el objetivo de incrementar los conocimientos, identificar recursos y fomentar el cuidado de la salud bucal, para que las educadoras integren temáticas de cuidados de salud bucal en las actividades y experiencias pedagógicas dirigidas a las niñas y los niños. Considera la entrega de un set de higiene oral que corresponde a 4 cepillos y una pasta dental para cada párvulo.

Producto esperado: Diagnóstico de salud bucal en población parvularia.

Realización de un examen de salud bucal por el/la odontólogo/a en contexto comunitario (aula u otra sala del establecimiento educacional), y registro del índice de daño por caries en dentición primaria, ceod, por medio de la inspección visual con espejo.

Producto esperado: Prevención individual específica en población parvularia.

Aplicación de barniz de barniz fluorado, 2 veces al año, por el/la odontólogo/a, y/o asistente dental, y/o higienista dental en aula u otra sala del establecimiento educacional.

Estrategia: Apoyo Odontológico a CECOSF

Producto esperado: Control Odontológico con aplicación de Pauta CERO en niños y niñas de 0 a 9 años.

Ingreso a programa Bajo Control y detección y seguimiento del riesgo odontológico, así como educación y fomento de factores protectores.

Componente 2: Atención Odontológica de Morbilidad

Estrategia: Morbilidad del Adulto en Extensión Horaria

Producto esperado: Consultas y Actividades de Morbilidad a personas de 20 años o más, en extensión horaria.

Realización de actividades y consultas odontológicas de morbilidad en modalidad de extensión horaria dirigida a personas de 20 años o más.

Estrategia: Acercamiento de la Atención mediante clínica móvil

Producto esperado: Consultas y Actividades de Morbilidad a través de clínicas móviles.

Realización de actividades y consultas odontológicas de morbilidad, en clínicas dentales móviles en poblaciones de difícil acceso.

Componente 3: Atención Integral

Estrategia: Atención Odontológica Integral a Mujeres (Más Sonrisas) y Hombres

Producto esperado: Egreso (Alta) Odontológico en mujeres y hombres de 20 años y más.

Atención odontológica integral a hombres y mujeres de 20 años o más, considerando promoción, prevención y reparación del daño.

Estrategia: Atención Odontológica Integral a estudiantes de enseñanza media



Producto esperado: Egreso (Alta) Odontológico en Estudiantes de Enseñanza Media.

Atención odontológica integral a estudiantes de enseñanza media considerando promoción, prevención y reparación del daño.

Estrategia: Atención Odontológica Domiciliaria

Producto esperado: Egreso (Alta) Odontológico en personas con dependencia severa y/o sus cuidadores.

Atención odontológica que considera la disminución del discomfort en contexto domiciliario en personas con dependencia severa y/o sus cuidadores.

Componente 4: Resolutividad de Especialidades

Estrategia: Tratamientos endodónticos

Producto esperado: Egreso de Lista de Espera y Alta de Especialidad

Realización de tratamientos endodónticos en personas de 15 años o más. En la primera consulta se debe gestionar el egreso de la Lista de Espera.

Estrategia: Tratamientos periodontales

Producto esperado: Egreso de Lista de Espera y Alta de Especialidad

Realización de tratamientos periodontales en personas de 15 años o más. En la primera consulta se debe gestionar el egreso de la Lista de Espera.

Estrategia: Tratamientos de Prótesis Removibles Acrílicas o Metálicas.

Producto esperado: Egreso de Lista de Espera y Alta de Especialidad

Realización de tratamientos de prótesis removibles acrílicas y/o metálicas en personas de 20 años o más. En la primera consulta se debe gestionar el egreso de la Lista de Espera.

Componente 5: GES Salud Oral

Estrategia: Salud Oral Integral a niños y niñas de 6 años

Producto esperado: Niños y niñas de 6 años sin historia de Caries.

Atención Odontológica integral en niños y niñas de 6 años considerando promoción, prevención y reparación del daño.

Estrategia: Salud Oral Integral en Personas Gestantes

Producto esperado: Egreso (Alta) Odontológico en personas gestantes.

Atención Odontológica integral en personas gestantes considerando promoción, prevención y reparación del daño.

Estrategia: Salud Oral Integral en Personas de 60 años

Producto esperado: Egreso (Alta) Odontológico en personas de 60 años.

Atención Odontológica integral en personas de 60 años, considerando promoción, prevención, reparación del daño y rehabilitación mediante prótesis removibles.

Estrategia: Urgencia Odontológica Ambulatoria



	<p>Producto esperado: Consulta Odontológica de Urgencia Ambulatoria</p> <p>Atención odontológica ambulatoria de urgencia, según decreto GES vigente.</p> <p>Componente 6: Fortalecimiento de la Gestión</p> <p><u>Estrategia: Auditorías Clínico-administrativas</u></p> <p>Producto esperado: Revisión de calidad de los tratamientos mediante auditorías clínico-administrativas</p> <p>Evaluación de la calidad de la atención y tratamiento, incluyendo la perspectiva de la persona beneficiaria.</p> <p><u>Estrategia: Contactabilidad</u></p> <p>Producto esperado: Contacto efectivo de personas en Lista de Espera</p> <p>Apoyo en el proceso de contacto y gestión del egreso respectivo de las personas en lista de espera de especialidad.</p>
<p>Imágenes Diagnosticas en APS</p>	<p>Componente 1: Detección precoz de cáncer de mama.</p> <p><u>Estrategia:</u> Mamografía, ecotomografía mamaria y proyecciones complementarias.</p> <p>Consideraciones específicas del componente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tamizaje mamográfico cada 2 años. - Focalizar prioritariamente el 70% del total de mamografías en el grupo objetivo del Programa (mujeres y personas transmasculinas sin mastectomía, entre 50 y 69 años), conforme a lo respaldado por la evidencia. - El porcentaje restante puede ser destinado a personas de otras edades con factores de riesgo o que requieran mamografía para inicio o mantención de terapia hormonal de la menopausia. - Tener presente que los casos en que clínicamente se sospeche "probable patología maligna" se deben derivar a nivel secundario, sin necesidad de mamografía y se debe activar caso GES de cáncer de mama. - Considerar que las ecotomografías mamarias y proyecciones complementarias se incorporan como complemento o apoyo al diagnóstico en casos definidos, según recomendaciones contenidas en la Guía GES de cáncer de mama vigente, razón por la cual, se sugiere establecer en las bases de licitaciones públicas, si corresponde, que las ecotomografías mamarias no pueden exceder el 25-30% del total de mamografías y los resultados de mamografías BIRADS 0 y 3 no debiesen sobrepasar el 15% del total de informes mamográficos, de manera que, en caso contrario, el costo sea asumido por el proveedor. - Respecto al recurso humano autorizado para el Programa se encuentran: Tecnólogo Médico con mención en radiología e imagenología e idealmente capacitación en imágenes mamarias, TENS con mención en imagenología preferentemente y Médico radiólogo. Además, profesional matron(a), TENS o personal administrativo, para apoyo en la gestión de este componente (proporcional a las metas anuales comprometidas y al presupuesto asignado a este componente). - Se debe priorizar la integración gratuita a la célula de mamografía de Hospital Digital, para la emisión de los informes mamográficos, por sobre la compra de tele-informes. - Se pueden financiar servicios a distancia de radiología, para supervigilancia médica de los tecnólogos médicos ecografistas y/o emisión de informes ecográficos. - Respecto a ítem capacitación: es posible financiar cursos y diplomados, con el objetivo de ejecutar las prestaciones localmente en los establecimientos de atención primaria, las cuales deben ser visadas técnicamente por el Servicio de Salud correspondiente y sin afectar el cumplimiento de metas anuales



comprometidas.

- Para la ejecución de este componente se debe tener presente toda la normativa ministerial vigente respecto a:
 - Acreditación en calidad y seguridad de prestadores institucionales,
 - GES para Examen medicina preventiva del adulto (mamografía) y Problema de salud N°8 "Cáncer de mama".
 - Ley N°21.551, Circular IF435, Ord. N°1922 sobre Exención orden médica y otros documentos acordes,
 - Norma técnica de calidad de mamografía,
 - Gestión y registro de procedimientos en listas de espera,
 - Proceso de atención de célula de mamografía de Hospital digital,
 - Manual de registros REM y SIGGES,
 - Otros documentos afines indicados desde el nivel central.

Componente 2: Detección precoz de displasia de cadera en lactantes de 3 meses de vida.

Estrategia: Radiografía de cadera en lactantes de 3 meses de vida.

Consideraciones específicas del componente:

- Tamizaje radiográfico a todos los lactantes de 3 meses de edad cumplidos o 3 meses de edad corregida, en el caso de nacidos antes de las 37 semanas de gestación.
- Se recomienda entregar la orden de este examen en el control de salud del niño o niña de los 2 meses de edad, indicándole a la madre o tutor responsable, que se debe realizar el examen, necesariamente, a los 3 meses de edad cumplidos, y no antes.
- Cuando existan excepciones para la ejecución del examen a los 3 meses de vida, éste debe realizarse lo antes posible, idealmente, dentro de los 6 meses de edad del niño(a).
- Se sugiere generar alianzas locales y utilizar equipos radiológicos ya existentes en establecimientos de atención primaria, Servicios de Urgencia de alta Resolutividad (SAR) y/o hospitales, en los horarios no utilizados para su objetivo principal.
- Respecto al recurso humano autorizado para el Programa se encuentran: Tecnólogo Médico con mención en radiología e imagenología, TENS con mención en imagenología preferentemente y Médico radiólogo.
- Se pueden financiar servicios de tele-radiología, para la emisión de los informes.
- Respecto a ítem capacitación: es posible financiar cursos y diplomados, con el objetivo de ejecutar las prestaciones localmente en los establecimientos de atención primaria, las cuales deben ser visadas técnicamente por el Servicio de Salud correspondiente y sin afectar el cumplimiento de metas anuales comprometidas.
- Para la ejecución de este componente se debe tener presente toda la normativa ministerial vigente respecto a:
 - Acreditación en calidad y seguridad de prestadores institucionales,
 - GES para Problema de Salud N°65 "Displasia luxante de caderas",
 - Norma Técnica para la Supervisión de Salud Integral de niños y niñas de 0 a 9 años en APS,
 - Gestión y registro de procedimientos en listas de espera,
 - Manual de registros REM y SIGGES,
 - Otros documentos afines indicados desde el nivel central.

Componente 3: Detección precoz de patología intrabdominal, con énfasis en patología biliar y cáncer de vesícula.

Estrategia: Ecoscopia abdominal básica en APS y/o ecotomografía abdominal.

Consideraciones específicas del componente:

- Priorizar ecoscopia en APS, teniendo presente Protocolo "Ecoscopia abdominal básica en establecimientos de APS" aprobado en Resolución Exenta N°301 de 2025 y sus actualizaciones posteriores, restringiendo las ecotomografías abdominales para las derivaciones generadas desde el



procedimiento ecoscópico.

- En aquellos establecimientos o comunas sin médico ecoscopista, mantener oferta de ecotomografía abdominal, favoreciendo, progresivamente, la habilitación de médicos ecoscopistas en APS.
- Se sugiere habilitar y utilizar equipos ecográficos ya existentes en establecimientos de atención primaria y/o hospitales, en los horarios no utilizados para su objetivo principal.
- Respecto al recurso humano autorizado para el Programa se encuentran: médicos familiares, médicos generales y EDF, habilitados por los Servicios de Salud, para realizar ecoscopías en APS. También, Tecnólogo Médico con mención en radiología e imagenología, TENS con mención en imagenología preferentemente y Médico radiólogo.
- Se pueden financiar servicios a distancia de radiología, para supervigilancia médica de los tecnólogos médicos ecografistas y/o emisión de informes.
- Respecto a ítem capacitación: es posible financiar cursos y diplomados, con el objetivo de ejecutar las prestaciones localmente en los establecimientos de atención primaria, los cuales deben ser visadas técnicamente por el Servicio de Salud correspondiente y sin afectar el cumplimiento de metas anuales comprometidas.
- Para la ejecución de este componente se debe tener presente toda la normativa ministerial vigente respecto a:
 - Acreditación en calidad y seguridad de prestadores institucionales,
 - Protocolo "Ecoscopía abdominal básica en establecimientos de APS"
 - GES para Problema de Salud N°26 "Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años",
 - Gestión y registro de procedimientos en listas de espera,
 - Manual de registros REM y SIGGES,
 - Otros documentos afines indicados desde el nivel central.

Componente 4: Diagnóstico y tratamiento oportuno de patologías respiratorias.

Estrategia: Radiografía de tórax frontal y/o lateral.

Consideraciones específicas del componente:

- Incluye radiografías contempladas en las garantías de oportunidad de los siguientes problemas de salud GES: Neumonía adquirida en la comunidad en personas de 65 años y más, Infección respiratoria aguda de manejo ambulatorio en menores de 5 años, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y Asma en personas de cualquier edad.
- Se sugiere generar alianzas locales y utilizar equipos radiológicos ya existentes en establecimientos de atención primaria, Servicios de Urgencia de alta Resolutividad (SAR) y/o hospitales, en los horarios no utilizados para su objetivo principal.
- Respecto al recurso humano autorizado para el Programa se encuentran: Tecnólogo Médico con mención en radiología e imagenología, TENS con mención en imagenología preferentemente y Médico radiólogo.
- Se pueden financiar servicios de tele-radiología, para la emisión de los informes.
- Respecto a ítem capacitación: es posible financiar cursos y diplomados, con el objetivo de ejecutar las prestaciones localmente en los establecimientos de atención primaria, las cuales deben ser visadas técnicamente por el Servicio de Salud correspondiente y sin afectar el cumplimiento de metas anuales comprometidas.
- Para la ejecución de este componente se debe tener presente toda la normativa ministerial vigente respecto a:
 - Acreditación en calidad y seguridad de prestadores institucionales,
 - GES para Problema de salud N°19 "Infección respiratoria aguda de manejo ambulatorio en personas menores de 5 años", Problema de salud N°20 "Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más", Problema de salud N°38 "Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio", Problema de salud N°39 "Asma bronquial moderada y grave en personas menores de 15 años" y Problema salud N°61 Asma bronquial en personas de 15 años y más".
 - Gestión y registro de procedimientos en listas de espera,



	<ul style="list-style-type: none"> - Manual de registros REM y SIGGES, - Otros documentos afines indicados desde el nivel central. <p>* Las recomendaciones técnicas y administrativas complementarias al Programa se encuentran en el documento Orientaciones técnicas para la gestión del Programa de Imágenes Diagnósticas de Atención Primaria de Salud 2026.</p>
<p>Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria</p>	<p>Componente N°1: Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.</p> <p>La aplicación del instrumento de evaluación deberá realizarse cada 2 años. Pudiendo realizarse anualmente si la comuna lo solicita y el Servicio de Salud cuenta con los recursos para llevar a cabo la evaluación.</p> <p>Estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de cronograma de trabajo conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud), de evaluación de los establecimientos mediante la aplicación de instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, dictado por el Ministerio de Salud, para aquellas comunas que incorporen nuevos centros en la evaluación del desarrollo del modelo, o aquellas que deban repetir la evaluación realizada el año anterior de sus centros. - En el caso que se incorporen nuevos centros: El establecimiento de salud deberá realizar su pre-evaluación (autoevaluación) mediante el reconocimiento de su situación cotejada con el Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. El centro de salud y comuna en conjunto con el Servicio de Salud, resolverán la primera evaluación definitiva, identificando sus brechas y un plan de mejora a dos años para la implementación del Modelo, considerando un cronograma de trabajo, con el acompañamiento del Servicio. - Las evaluaciones y pre evaluaciones deben ser subidas a la plataforma web del programa. <p>Componente N°2: Implementar, un plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud.</p> <p>Estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración participativa de cronograma conjunto (Servicio de Salud/Comuna/Centro de Salud). - Los planes de mejora deben considerar un desarrollo progresivo de acciones para alcanzar sus objetivos y metas, así como el financiamiento asociado a su logro. - Los planes de mejora deben ser subidos a la plataforma web del programa. <p>En los establecimientos con continuidad del programa, es decir, con inicio de ejecución año previo, la aplicación del instrumento de evaluación del desarrollo del modelo, es optativa, dado que debe seguir implementado el plan elaborado el año anterior y ajustarlo si se requiere, con un nuevo cronograma para cumplir los objetivos planteados.</p> <p>Componente N°3: Implementar, el cuidado integral de las personas de 15 y más años con condiciones crónicas según su estrato de riesgo, en los establecimientos de atención primaria de salud en coordinación con los otros niveles de atención.</p> <p>Estrategias:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estratificación según riesgo, de la población de 15 y más años beneficiaria de atención primaria, en los siguientes estratos: G0, población sana o sin condición crónica identificada; G1, con una condición crónica; G2, entre 2 a 4 condiciones crónicas; G3, con 5 o más condiciones. - En los Cesfam definidos se incorpora la actualización del equipo de salud en herramientas para la implementación del cuidado integral centrado en las personas en cronicidad, elementos conceptuales para el apoyo al



	<p>aut manejo, gesti3n de casos, entre otros.</p> <ul style="list-style-type: none"> - En los Cesfam definidos se incorpora para las personas con multimorbilidad, la gesti3n de caso mediante profesional y t3cnico, el agendamiento con tiempo diferenciado, un registro 3nico integrado para facilitar la gesti3n cl3nica, alerta de consulta en servicio de urgencia, plan de cuidados colaborativo. Todo ello con la finalidad de pasar de una atenci3n fragmentada a un cuidado integral centrado en las personas. - Para la poblaci3n sin condici3n cr3nica o aun no diagnosticada, se fortalecen las acciones de promoci3n y prevenci3n primaria anticipatorias al da1o. <p>Se asignan recursos a los Servicios de Salud para la implementaci3n.</p>
<p>Mas Adultos Mayores Autovalentes</p>	<p>Componente 1 del Programa: Intervenci3n Sociosanitaria Promocional y Preventiva para mantener y/o mejorar la condici3n funcional</p> <p>Entrega servicios de estimulaci3n funcional motora y cognitiva y educaci3n para habilidades en autocuidado, mediante talleres grupales de tres meses de duraci3n, dirigidos a personas mayores derivadas desde el centro de salud, desde servicios locales, desde las organizaciones sociales de personas mayores que ingresan al programa o desde la propia comunidad. Estos talleres son realizados por la dupla profesional del programa en forma principal y consideran la participaci3n de otros integrantes del equipo de salud o de servicios locales, seg3n las necesidades identificadas por cada grupo de personas mayores intervenidas. Este componente beneficia en forma directa a las personas mayores y organizaciones sociales de personas mayores tanto formales como informales.</p> <p>Componente 2 del Programa: Fomento del Autocuidado y Estimulaci3n Funcional en las Organizaciones Sociales y Servicios Locales para el Envejecimiento Saludable</p> <p>Entrega un proceso de diagn3stico de redes locales para personas mayores (organizaciones sociales y servicios locales) y un proceso de diagn3stico participativo parcial conducente al levantamiento de necesidades de las personas mayores participantes del programa para su autocuidado y estimulaci3n funcional, el que culmina con el dise1o y ejecuci3n del Plan de Capacitaci3n de L3deres Comunitarios del Programa. Este Plan es liderado por la dupla del programa, considera la participaci3n del equipo de APS y del intersector local. Busca fortalecer las habilidades y competencias en envejecimiento saludable, para que los grupos de personas mayores, mediante el trabajo de los L3deres Comunitarios den continuidad al desarrollo de actividades para su Envejecimiento Saludable, incluye adem3s acciones de acompa1amiento por parte del equipo del programa a los l3deres comunitarios.</p> <p>En conjunto con lo anterior, en este componente se formulan Planes de Trabajo Intersectorial para el Fomento del Envejecimiento Saludable, tendientes a incorporar las necesidades y requerimientos de las personas mayores en la formalizaci3n de acciones colaborativas entre el sector salud y otros sectores locales para avanzar en la articulaci3n de las entidades que lo representan y en la complementariedad de la oferta. Este componente beneficia en forma directa a las personas mayores l3deres comunitarios, a las organizaciones sociales y a los servicios locales.</p> <p>Componente 3 del Programa: Plan de Formaci3n de Equipos del Programa M3s Adultos Mayores Autovalentes</p> <p>Entrega servicios de capacitaci3n y acompa1amiento t3cnico, a nivel de Servicio de Salud, Macrozona y Nacional, a las duplas que ejecutan el programa en los territorios, encargados de entregar las prestaciones propias del programa a nivel de establecimientos de salud y comunas. Entrega tambi3n acompa1amiento t3cnico y de gesti3n a los Referentes de los Servicios de Salud, fortaleciendo las competencias sanitarias, organizacionales y de liderazgo vinculadas al Programa y a su integraci3n en los equipos de salud y el intersector. Este componente beneficia, en forma directa a los profesionales que implementan el programa en la Atenci3n Primaria y los Servicios de Salud y en forma indirecta a las personas mayores que participan del programa, generando y nivelando conocimientos, competencias y promoviendo el desarrollo de mejoras en la atenci3n promocional</p>



	<p>y preventiva y en los elementos técnicos y de gestión asociados, favoreciendo la calidad de la atención y la equidad en la entrega del cuidado.</p>
Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes	<p>Componente 1: Entrega de información sobre los derechos y mecanismo de acceso al sistema público de salud.</p> <p>Las personas migrantes son informadas por funcionarios de salud (profesionales, técnicos y administrativos) sobre los derechos de salud, forma de acceso, características del sistema público de salud y las prestaciones disponibles.</p> <p>Componente 2: Equipos de salud incorporan el enfoque intercultural en la atención de salud con calidad para la población migrantes internacional.</p> <p>Las y los funcionarios de salud (profesionales, técnicos y administrativos) son capacitados y aplican herramientas que incorporan el enfoque intercultural en la atención de salud.</p> <p>Componente 3: Atenciones a población migrante internacional residente en Chile en situación migratoria irregular de regiones priorizadas.</p> <p>Equipos sanitarios y psicosociales mejoran la respuesta de salud a las personas migrantes durante el ingreso, tránsito y destino, mediante el fortalecimiento de la red de salud de las regiones y servicios de salud priorizados (Arica y Parinacota, Tarapacá, Antofagasta, Atacama, Coquimbo, Valparaíso y Región Metropolitana) de acuerdo con las Orientaciones Técnicas: "Duplas Sociosanitarias para personas migrantes y comunidades de acogida"</p> <p>Componente 4: Entrega de información sobre los derechos y mecanismos de acceso del sistema público de salud.</p> <p>Actividades de difusión sobre derechos y mecanismos para acceder a la atención de salud para la población migrante internacional.</p> <p>Actividades comunitarias para la promoción de salud diseñadas e implementadas con la participación de la población migrante internacional.</p> <p>Componente 5: Equipos de salud incorporan el enfoque intercultural en la atención de salud con calidad para la población migrante internacional.</p> <p>Realización de un diagnóstico sociodemográfico y sanitario de la población migrante internacional con participación de la población migrante.</p> <p>Formulación de un plan local con pertinencia intercultural para mejorar el acceso a la atención de salud de la población migrante.</p> <p>Formación a funcionarios de la red para reforzar habilidades interculturales y el marco normativo de derechos de salud de las personas migrantes.</p> <p>Monitoreo del sistema de registro de información en relación con la población migrante internacional de acuerdo a pauta de evaluación.</p> <p>Componente 6: Atenciones a población migrante internacional residente en Chile en situación migratoria irregular de regiones priorizadas.</p> <p>Evaluación del estado de salud general de las personas migrantes en situación de vulnerabilidad, orientación en el funcionamiento del sistema de salud y derivación a la red local de salud y al intersector cuando corresponda.</p>
Rehabilitación Integral en la Red de Salud	<p>Componente N°1: Rehabilitación Integral en Atención Primaria.</p> <p>Entrega de prestaciones de rehabilitación integral mediante la elaboración de un Plan de Tratamiento Integral, consensuado e informado, el cual debe contener objetivos en los niveles de estructuras, funciones, actividades y participación, de acuerdo con la condición de salud, factores personales y ambientales de las</p>



	<p>personas ingresadas.</p> <p>Las actividades planificadas pueden variar en un rango promedio de 4 a 20 y se ejecutan en un período entre 2 semanas a 3 meses, pudiendo extenderse a los 6 meses en casos de mayor necesidad. Esta definición se debe realizar dependiendo de las deficiencias, limitaciones y restricciones y necesidades de las personas y su familia, evaluadas al ingreso. Las sesiones pueden ser individuales o grupales, e incluyen actividades terapéuticas, entrenamiento de ayudas técnicas, ejercicios terapéuticos, orientaciones de servicios, derivaciones al intersector, entre otros.</p> <p>Para la intervención de los factores ambientales y colectivos, la de prevención de discapacidad y fomento del funcionamiento, los equipos realizan acciones de promoción, prevención y coordinaciones con intersector y comunidad.</p> <p>El enfoque de género y equidad debe ser incorporado en todas las acciones del programa, propiciando disminuir las barreras de acceso y favorecer la adherencia en la intervención.</p> <p>Componente N°2: Refuerzo a Rehabilitación Integral</p> <p>Estrategia orientada a reforzar la oferta de rehabilitación en APS, con el fin de brindar atenciones como primera prioridad a personas secuestradas de COVID-19, si no existen casos se deberá otorgar atención a personas con otros diagnósticos GES o de otras condiciones de salud que requieran de prestaciones de rehabilitación en este nivel de atención.</p> <p>Para este propósito se reforzará los equipos de APS con horas de profesional kinesiólogo, terapeuta ocupacional y/o fonoaudiólogo, quienes deberán otorgar prestaciones acordes a lo definido en componente de rehabilitación integral.</p>
<p>Resolutividad en Atención Primaria</p>	<p>Componente N°1: Resolución de especialidades ambulatorias modalidad presencial y telemedicina.</p> <p>a) Modalidad presencial</p> <p>Este componente considera la compra o entrega de prestaciones integrales en la APS, para resolver de manera ambulatoria, patologías específicas a través del financiamiento destinado para tal efecto.</p> <p>Estrategias:</p> <p>Revisor Clínico de Interconsultas</p> <p>La capacidad de resolución en los establecimientos de salud se refiere a la habilidad de atender problemas de salud con calidad y recursos disponibles, sin necesidad de derivar usuarios(as) a otros niveles de la red, lo que facilita el acceso cercano y crea vínculos con la población. La capacitación continua del personal es esencial para desarrollar esta capacidad. La coordinación es fundamental en la Atención Primaria de Salud, implicando la armonización de acciones y el manejo de información relevante para las necesidades actuales de cuidado. Un rol clave es el de revisor clínico de interconsultas, quien mejora la atención integral y la integración de las redes asistenciales, optimizando el uso de recursos y asegurando la referencia y contrarreferencia eficaz. Este profesional debe tener oportunidades para fomentar consultorías, reuniones clínicas y participar en comités, mejorando así la capacidad diagnóstica y la calidad de atención en el sistema de salud.</p> <p>Este componente corresponde a la destinación de horas de trabajo que deben ser preferentemente ejecutadas por un(a) médico(a) de familia u otro médico(a) que tenga un conocimiento vasto del territorio a cargo y de la red asistencial y de los protocolos de referencia y contrarreferencia. Entendiendo la gestión de la demanda como una responsabilidad de todos los nodos de la red asistencial y de los equipos de salud en su conjunto, el profesional o el equipo que realice estas</p>



acciones deberá liderar los procesos que aumenten la capacidad de resolución y coordinación de la APS.

Las principales actividades del revisor clínico de interconsultas son:

- Manejar y difundir en la red local protocolos y flujogramas de derivación para que las Solicitudes de Interconsultas (SIC) generadas se adhieran a estos protocolos.
- Tomar conocimiento y validar la pertinencia de las SIC originadas en el establecimiento, derivando al nivel de especialidad solo las que tengan pertinencia, y gestionando aquellas susceptibles de resolver en atención primaria.
- Colaborar en la reformulación de SIC mal emitidas de su establecimiento, y orientar en su correcta emisión antes de ser derivadas al nivel secundario.
- Recoger y gestionar contra referencias (Informes Proceso Diagnóstico) para su seguimiento.
- Trabajar en conjunto con el triagista de la estrategia de Telesalud.
- Recoger necesidades de capacitación del equipo de salud para potenciar las capacidades de los equipos de cabecera.

Este rol requiere de un perfil de liderazgo dentro del establecimiento, que tenga validación técnica por parte del equipo de salud y desarrollo de habilidades blandas. Para esta labor es primordial garantizar horas para el desarrollo de esta coordinación en el establecimiento; pudiendo ser realizada por uno o varios profesionales de la salud. Por lo tanto, los establecimientos de APS deben considerar todas las horas indirectas necesarias para potenciar el rol de este profesional o grupo de profesionales. El número de horas financiadas por el programa para estas funciones varían entre 5 a 11 horas semanales y su definición dependerá de las necesidades de salud del territorio y del nivel de demanda que tenga el centro de salud en directa relación con su población a cargo.

El detalle de sus roles, funciones, y tareas se especificará en las Orientaciones Técnico-Administrativas vigentes de este programa.

Especialidad Oftalmología

Está orientado al diagnóstico y tratamiento de los siguientes problemas de salud oftalmológicos:

- Vicios de Refracción no GES.
- Calificación de urgencia oftalmológica.
- Ojo rojo
- Glaucoma.
- Diagnóstico de cataratas.
- Procedimientos quirúrgicos menores.
- Evaluación de pterigión.
- Tamizaje de retinopatía diabética a través de fondo de ojo o retinografía en personas con diabetes mellitus 2.

La entrega de las prestaciones oftalmológicas se realiza mediante dos modalidades:

- La Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO), con un equipo de salud especializado en oftalmología (Oftalmólogo y Tecnólogo Médico con mención en Oftalmología) y apoyo de técnico en enfermería de nivel superior junto con el equipamiento necesario para dar resolución integral a problemas de salud oftalmológicos, con cartera de prestaciones definidas y flujo de atención específicos.
- La canasta integral, programada en comunas o centros que no cuentan con el equipo de la especialidad de oftalmología dentro de su cartera de prestaciones. Incluye: consulta médica, consulta de tecnólogo(a) médico(a) y evaluación integral (examen de agudeza visual, tonometría ocular, optometría, etc.), entrega de medicamentos y la entrega de 1,2 pares de lentes (como referencia) de cualquier dioptría. La cartera de servicios para la canasta integral está orientada básicamente para la resolución de vicio de



refracción en personas de 15 a 64 años, y otras patologías agudas según requerimiento local que lo amerite y se encuentren identificadas en SIGTE.

Especialidad Otorrinolaringología

Está orientado al diagnóstico y tratamiento de los siguientes problemas de salud auditivos:

- Hipoacusias no incluidas en GES.
- Síndrome Vertiginoso población de 15 y más años.
- Obstrucción del Conducto Auditivo Externo por Cerumen, (solo a pacientes que no han tenido respuesta a tratamiento inicial o presenten contraindicaciones a irrigación de conducto auditivo).
- Otitis Media con Efusión. Población 15 y más años.

La entrega de las prestaciones otorrinolaringológica se realiza mediante dos modalidades:

- La Unidad de Atención Primaria Otorrinolaringológica (UAPORRINO), que cuenta con un equipo de salud especialista en otorrinolaringología junto con el equipamiento necesario para dar resolución integral a problemas de salud de la especialidad. Cuenta con orientaciones técnicas específicas que definen sus objetivos, cartera de servicio, infraestructura, recurso humano y flujo de atención.
- La canasta integral, programada en comunas o establecimientos que no cuentan con UAPORRINO. Incluye:
Consulta médica, audiometría y entrega de audífono cuando corresponda y a lo menos 1 control de seguimiento a las personas beneficiarias de audífonos. En el caso de síndrome vertiginoso y otitis, se entregarán fármacos específicos orales y tópicos respectivamente, según indicación del otorrinolaringólogo y se considerarán impedanciometría y octavo par.

Nota1: Tanto en la UAPO como en UAPORRINO las actividades deberán ser programadas de acuerdo con las Orientaciones Técnico Administrativas vigentes del programa en donde se describe su funcionamiento. Estas estrategias están orientadas a la resolución de casos No GES, no obstante, se podrá incorporar usuarios con patologías GES, una vez cumplidas las actividades programadas con previa autorización del Referente Programa MINSAL.

Nota 2: La atención de patologías GES deberá ser respaldada mediante la generación de un convenio de compra de servicio u otro (por ejemplo, de colaboración), entre la comuna o establecimiento dependiente del Servicio de Salud, que asegure el financiamiento o la colaboración en el funcionamiento, así como los registros requeridos y el cumplimiento de garantías de salud para la patología a atender, acorde a la normativa.

b) Modalidad telemedicina

Definición telemedicina: corresponde a la provisión de servicios de salud a distancia mediante el uso de las tecnologías de la información y comunicación y permite realizar diagnósticos, tratamiento, promoción, prevención, rehabilitación y cuidados de fin de la vida. Es realizada por profesionales de la salud, permitiendo intercambiar datos con el propósito de facilitar el acceso y oportunidad, asegurando la calidad y continuidad de la atención.

Teleoftalmología

El Departamento de Salud Digital pone a disposición la estrategia de Teleoftalmología a través del uso de herramientas de telemedicina con apoyo de Inteligencia Artificial (IA) para el análisis automático de imágenes digitales para la detección precoz de Retinopatía Diabética. Aquellos casos identificados con retinografías sospechosas de RD son derivados posteriormente desde la plataforma digital a un oftalmólogo para la confirmación diagnóstica.

La estrategia está dirigida a Usuarios/as beneficiarios del Fondo Nacional de Salud



(FONASA), que pertenezcan al Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) en APS, que no cuenten con diagnóstico ni tratamiento de Retinopatía Diabética previa y que requieran su evaluación periódica de retinografía en las Unidades Oftalmológicas de Atención Primaria (UAPO) u otro establecimiento de la red.

Asimismo, la estrategia de Teleoftalmología contempla la evaluación de casos de pterigión mediante Teleinterconsulta asincrónica, lo que permite a los equipos de salud derivar a los usuarios para que un especialista determine si corresponde indicar tratamiento quirúrgico en el nivel secundario o manejo conservador dentro del nivel primario.

Tele dermatología

El Departamento de Salud Digital pone a disposición la estrategia de Tele Dermatología a través de su plataforma de telemedicina asincrónica para establecer diagnósticos y resolver patologías de la piel. Las prestaciones de esta especialidad están orientadas a la evaluación y tratamiento de personas de toda edad con patología dermatológica.

Para ello, los establecimientos de atención primaria u hospitales de familia y comunidad contarán con una programación de atenciones y una canasta de fármacos establecida por la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, para el tratamiento de las personas, de acuerdo con la indicación entregada por el médico(a) especialista.

La estrategia de Tele Dermatología deberá funcionar de acuerdo con las Orientaciones Técnico Administrativas vigentes que complementan el presente programa de salud.

Nota1: En caso de que el establecimiento desarrolle estrategias de resolución en función de su capacidad técnica local, podrá solicitar fármacos de la cartera disponible en este programa, para ser prescritos por sus profesionales médicos, con autorización previa del Referente del Programa MINSAL

Componente N°2: Procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad

Incorpora procedimientos sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles a través de técnica aséptica, de baja complejidad en la Atención Primaria. Considera la implementación de salas de procedimientos quirúrgicos de baja complejidad y capacitación de los médicos(as) de APS, por parte de los médicos(as) especialistas de la Red de Salud local, con protocolos y guías clínicas consensuadas, conocidas y compartidas, logrando un trabajo conjunto y colaborativo con una distribución del trabajo según complejidad, garantizando un acceso oportuno de las personas que presenten patologías benignas. Asimismo, la estrategia considera todos los insumos necesarios para realizar la actividad.

En general, pueden abordarse en APS lesiones cutáneas benignas superficiales de tamaño menor o igual a 5 cm de diámetro, descartando aquellas que, por su urgencia, posible riesgo o complicación, ameriten ser resueltas en un Servicio de Urgencia o en un Policlínico de Especialidades Quirúrgicas. No se recomienda la extirpación de lesiones sospechosas de malignidad, estas personas deberán ser derivados al especialista cumpliendo los criterios clínicos y protocolos locales de referencia y contrarreferencia del respectivo Servicio de Salud.

Las lesiones extirpadas (exceptuando las onicectomías) serán enviadas a análisis histopatológico de acuerdo con criterio clínico.

Las especificaciones técnicas y administrativas para estos procedimientos estarán debidamente especificadas en las Orientaciones Técnicas del Programa.

Componente N°3: Prevención de Cánceres Digestivos

Se refiere a la prevención, en particular, de cáncer gástrico y colorrectal mediante la creación de una regla predictiva en ambos componentes que combine variables clínico-demográficas con biomarcadores biológicos, consiguiendo priorizar a la población de la lista de espera endoscópica por riesgo individual de presentar cáncer y condiciones premalignas digestivas, junto con financiar endoscopías



digestivas altas (EDA) de calidad.

Además, referente a cáncer gástrico, se incorpora la prevención primaria mediante la detección oportuna de *Helicobacter pylori* por medio de métodos no invasivos (test de aire espirado o de antígeno de *H. pylori* en deposiciones).

El biomarcador biológico, en el caso de prevención secundaria de cáncer gástrico, corresponde al panel serológico gástrico (PSG) y, en cáncer colorrectal, al test inmunquímico fecal cuantitativo (FIT).

La entrega de prestaciones de este componente se realiza mediante dos modalidades:

- La participación de los Servicios de Salud en la Estrategia de Prevención de Cánceres Digestivos: incluye para prevención de cáncer gástrico el uso de panel serológico gástrico que mide necesariamente Pepsinógeno I y II, Gastrina-17 e IgG de *Helicobacter pylori*, pruebas diagnósticas no invasivas para detectar *Helicobacter pylori*, como el test de antígeno de *H. pylori* en deposiciones o la prueba de aire espirado (definido de acuerdo a la factibilidad y eficiencia económica) y las horas de tecnólogo/a médico/a para el procesamiento de los exámenes de laboratorio. En prevención (secundaria) de cáncer colorrectal, se incluye el test inmunquímico fecal cuantitativo, además de horas de tecnólogo(a) médico(a).

En caso de disponer a nivel local de recurso tecnólogo(a) médico(a), y a través de solicitud fundada, se podrá contratar recurso humano profesional, técnico o administrativo, según sea el caso, alternativo para el correcto funcionamiento de la estrategia.

- La canasta integral que incluye: endoscopia digestiva alta con test de ureasa y biopsia gástrica, realizada con Protocolo de Sydney. Se focalizará en personas priorizadas de acuerdo con la regla predictiva. En caso de no disponerla, se deberá priorizar de acuerdo con criterios definidos localmente.

Cabe destacar que la población objetivo es diferenciada para cada componente y tipo de prevención; en prevención secundaria de cáncer gástrico son personas de 40 años o más en la lista de espera para endoscopia digestiva alta. Para prevención secundaria de cáncer colorrectal, población de 18 años y más con síntomas gastrointestinales o sistémicos en la lista de espera para colonoscopia. En cuanto a pesquisa de *H. pylori* (prevención primaria) son personas de 15 años y más, igual que para la canasta de endoscopia digestiva alta.

Nota1: La Estrategia de Prevención de Cánceres Digestivos está orientada a la población en lista de espera endoscópica digestiva, no obstante, se podrá incorporar a usuarios(as) anexos a la lista de espera o con edades distintas a las indicadas, una vez cubierta la población objetivo y con previa autorización del Referente Programa MINSAL.

Indicadores y ponderación sobre la resolución de Especialidades Ambulatorias y Canastas Integrales:

Las canastas integrales del componente resolución de especialidades ambulatorias constituyen una referencia y asegura el acceso a prestaciones requeridas, ya que la frecuencia de los requerimientos asociados a los problemas de salud descritos es referencial.

En el caso de las canastas farmacológicas para Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología (incluye Tele Dermatología), éstas podrán ser actualizadas por cada Servicio de Salud considerando su realidad local, disponibilidad del medicamento y registro vigente del medicamento ante el Instituto de Salud Pública. Estas modificaciones deben ser excepcionales y trabajadas interdisciplinariamente por el equipo técnico correspondiente, manteniendo los grupos farmacológicos definidos y actualizando el arsenal farmacológico del respectivo Servicio de Salud. Se requiere que toda modificación sea informada a MINSAL para su validación. El Servicio de Salud deberá asegurar como parte integrante de los convenios la nómina de personas en lista de espera para cada



	<p>especialidad y que se constituirá en el universo a resolver para cumplimiento de la meta, de acuerdo con la programación.</p>
<p>Estrategias de Intervención de Urgencia en Atención Primaria</p>	<p>Componente N°1: Atenciones médicas de urgencia en base a la demanda.</p> <p>Dar respuesta a la demanda de consultas de urgencia en los dispositivos SAPU</p> <p>Otorgar atención de urgencia oportuna de acuerdo a las características clínicas de la patología de los consultantes, entregada por médico, profesional de salud o TENS en dispositivos SUR.</p> <p>Componente N°3: Optimización de la red local y comunal de urgencias.</p> <p>Diagnóstico realizado por equipo comunal y del Servicio de Salud, sobre causas que inciden en la sobredemanda de urgencia, definiendo las medidas y actividades a realizar para reducir la razón de consultas de urgencia o bien las consultas categorizadas como C5.</p> <p>Plan de trabajo para intervenir causas susceptibles de ser abordadas desde el nivel comunal.</p> <p>Componente N°4: Traslados a establecimientos de mayor complejidad.</p> <p>Traslados a Unidades de emergencia hospitalaria, cuando la patología del consultante así lo requiera.</p>
<p>Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS</p>	<p>Componente 1: Detección precoz de cáncer cérvico uterino</p> <p>Aumentar el acceso y la disponibilidad de controles ginecológicos preventivos con tamizaje para CaCu en los establecimientos de atención primaria.</p> <p>Este componente tiene 2 acciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Acceso y disponibilidad de controles ginecológicos preventivos en los establecimientos de APS en extensión horaria y otras estrategias acceso territorial (clínicas ginecológicas móviles) <ol style="list-style-type: none"> a. Extensión horaria matrón/a b. Clínicas ginecológicas móviles y/o carros ginecológicos de arrastre. 2. Contactabilidad y rescate de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino. <p>Subcomponente 1.1: Acceso y disponibilidad de controles ginecológicos preventivos en los establecimientos de APS en extensión horaria y otras estrategias acceso territorial</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Objetivo: Aumentar el acceso y la disponibilidad de controles ginecológicos preventivos con tamizaje para CaCu en los establecimientos de APS. b) Servicio provisto: Controles ginecológicos con tamizaje para CaCu a mujeres, personas transmasculino de 25 a 64 años, complementarios a la oferta habitual. c) Estrategia de planificación y ejecución: Para el logro del objetivo del componente se recomienda el siguiente flujo de intervención, el que puede ser modificado según realidad local: <ol style="list-style-type: none"> i. Coordinación general: El Servicio de Salud asignará financiamiento a cada comuna designada para realizar controles ginecológicos preventivos en horario de 17:00 a 20:00 horas, lunes a viernes y/o sábados, considerando población objetivo y contexto del territorio determinado por el diagnóstico local



Es función de los servicios de salud, en coordinación con las comunas, determinar las horas a ofertar por centro de salud familiar, en donde se puede dar el siguiente escenario, con un mínimo de 1 a máximo 5 días a la semana de extensión horaria:

- 3 horas diarias de extensión horaria matrón/a, de 1 a 5 días a la semana (3 a 15 horas semanales), en relación con los recursos asignados.

De acuerdo con realidad territorial, se podrán considerar otras estrategias complementarias a la oferta habitual, distintas de extensión horaria autorizadas por el servicio de salud.

ii. Coordinación y planificación local:

- Identificación de la población beneficiaria: Mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años con tamizaje para CaCu no vigente.
- Identificación de la dotación de recurso humano: matrona/ón para realizar los controles ginecológicos preventivos con tamizaje para CaCu, según lineamientos disponibles, en continuidad de la atención (extensión horaria) y otras estrategias complementarias a la oferta habitual y/o de mejor acceso territorial.

El rendimiento es 3 por hora, optimizando los tamizajes para CaCu y pesquisa de cáncer de mama.

- Programación de espacios físicos e insumos: según estrategia local.

Para extensión horaria, el uso de espacios será el box ginecológico del establecimiento y los insumos a utilizar serán del mismo origen para la toma de tamizaje en oferta habitual.

En servicios o comunas con clínicas ginecológicas móviles, el equipamiento está considerado para el dispositivo móvil y los insumos a utilizar serán del mismo origen que la toma de tamizaje en oferta habitual, junto con un refuerzo de financiamiento por el programa. La operación de la clínica móvil debe ser dedicada exclusivamente a la realización de controles ginecológicos.

- Registros:

En caso de cambio de los nombres de la ruta REM, se informará oportunamente.

- Registro local (planilla formato enviado por MINSAL)
- REM A01 Sección G. Programa de cáncer de cuello uterino: PAP tomados e informados según resultados y grupos de edad (Exámenes tomados en establecimientos de atención primaria que realizan tamizaje, uso APS).
- REM A01 Sección H. Programa de cáncer de cuello uterino: VPH Tomados e informados según resultados y grupos de edad (Exámenes tomados en establecimientos de atención primaria que realizan tamizaje, uso APS). Esta fuente se utilizará sólo en los casos de tamizaje primario con VPH.
- REM BM 18A sección B, Ginecología fila: "toma de muestra de PAP (PRAPS)".

Subcomponente 1.2: Contactabilidad y rescate de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino.

a) Objetivo: Incrementar las acciones de contactabilidad y rescate para



mujeres, y personas transmasculinos con tamizaje no vigente para CaCu.

- b) Servicio provisto: Rescate y citación de personas con tamizaje no vigente para CaCu que den como resultado un contacto efectivo.

Se entenderá por contacto efectivo al rescate por medio de contactabilidad, en que se logra contactar a la persona y ésta queda agendada a control. Todos los contactos realizados que no terminan en el agendamiento serán contactos no efectivos, así como los contactos realizados a un teléfono que no responda, esté apagado, fuera de servicio o equivocado.

- c) Estrategia de planificación y ejecución: Para el logro del objetivo del componente se recomienda el siguiente flujo de intervención, el que puede ser modificado según realidad local:

- i. Coordinación general: Para la ejecución se asignará financiamiento para realizar rescate, citación y confirmación de pacientes con tamizaje para CaCu no vigente en horario de 17 a 20 horas, días hábiles y/o sábados (u otras estrategias de mejor acceso territorial).

- ii. Coordinación y planificación local:

- Identificación de la población beneficiaria: Cada centro de salud establece la nómina de mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años con tamizaje no vigente para CaCu.
- Identificación de la dotación de recurso humano: Administrativo o TENS para contabilidad de mujeres con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino. Esto considera 3 horas diarias de extensión horaria, 1-2 día a la semana (3-6 horas semanales) para rescate, citación y confirmación de pacientes con tamizaje para CaCu no vigentes en horario de 17 a 20 horas, días hábiles y/o sábados (u otras estrategias de mejor acceso territorial). El/la referente local deberá asegurar que las funciones asignadas del/la administrativa o TENS, se cumplan para la contactabilidad de mujeres y personas trans masculino de 25 a 64, de acuerdo a los objetivos del programa.
- Espacios físicos e insumos según estrategia local (utilizar computador, teléfonos y recintos del propio establecimiento).
- Ejecución de los procedimientos de rescate y citación Cada centro de salud establece la nómina de personas de 25 a 64 años con tamizaje para CaCu no vigente a contactar. Se espera que las personas contactadas, tengan un resultado en el agendamiento a tamizaje, para ello se recomienda entrenar al administrativo/TENS en la temática.
- Se debe usar los siguientes criterios para dar prioridad de rescate:
 - Nunca PAP: Mujeres de 25 a 64 años de base de inscritos que nunca se han realizado tamizaje. Para obtener la nómina de usuarias se cruzan bases de datos de mujeres de 25 a 64 años del grupo etario de la base de inscritos FONASA con nómina de mujeres extraída de plataformas de citología (Citoweb, Revican o Desarrollo Propio).
 - PAP atrasado: Mujeres de 25 a 64 años con tamizaje atrasado (según nómina de mujeres de Citoweb, Revican o Desarrollo Propio).
 - PAP atrasado por derivación: Mujeres y personas transmasculinas de 25 a 64 años con tamizaje no vigente por Derivación interna (revisión de ficha y consulta en anamnesis en el contexto de otro control o consulta, revisión de alerta por tamizaje no vigente en registro clínico).
 - PAP atrasado por derivación intersector: Derivación de mujeres y personas transmasculino de 25 a 64 años con tamizaje no vigente



por derivación comunitaria (organizaciones territoriales, intersector).

- Registros:
 - Registro local
 - Planilla de monitoreo
 - REM

Componente 2: Tratamiento de mujeres en el periodo de Climaterio

Contribuir a mejorar el acceso, la oportunidad, y la resolutiveidad de la red asistencial en materia de atención a mujeres en etapa de climaterio, para mejorar su calidad de vida y, complementariamente, colaborar en la prevención de patologías crónicas de alta morbimortalidad.

Este componente tiene 3 acciones:

1. Atención integral por médico especialista en Ginecología para diagnóstico y tratamiento de sintomatología climatérica.
2. Evaluar fertilidad en la perimenopausia.
3. Confirmación diagnóstica de patologías ginecológicas en mujeres en edad de climaterio bajo control.

Subcomponente 2.1: Atención integral por médico especialista en Ginecología para diagnóstico y tratamiento de sintomatología climatérica.

- a) Objetivo: Otorgar atención integral y resolutive por médico especialista en Ginecología para diagnóstico y tratamiento de sintomatología climatérica en mujeres derivadas.
- b) Servicio provisto: Consulta médica ginecológica en climaterio, a mujeres derivadas
- c) Estrategia de planificación y ejecución: considera la compra o entrega de la prestación de Consulta ginecológica por médico especialista ginecóloga/o a mujeres que se encuentren en etapa de climaterio, con patologías asociadas a la baja de estrógenos, de acuerdo con criterios de derivación a la especialidad de acuerdo con la OT de Climaterio o documentos vigentes:
 - i. Coordinación general: El Servicio de Salud asignará financiamiento a cada comuna designada para realizar compra o entrega de la prestación de Consulta ginecológica por médico especialista ginecóloga/o.
 - ii. Coordinación y planificación local:
 - Identificación de la población beneficiaria: Mujeres en etapa de climaterio, que requiere atención integral por médico especialista ginecólogo/a.
 - Registros: REM

Subcomponente 2.2: Evaluar fertilidad en la perimenopausia.

- a) Objetivo: Otorgar prestaciones de apoyo diagnóstico con examen de Hormona Folículo Estimulante (FSH), cuando se requiere evaluar fertilidad en la perimenopausia y solo en casos de amenorrea menor de 12 meses con sintomatología climatérica.



	<p>b) Servicio provisto: Examen de FSH.</p> <p>c) Estrategia de planificación y ejecución: incorpora financiamiento para realizar Examen de laboratorio Hormona Folículo Estimulante (FSH), indicada para la evaluación, diagnóstico de fertilidad en la perimenopausia y sólo en casos de amenorrea de 12 meses con sintomatología climatérica para indicación de tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Coordinación general: El Servicio de Salud asignará financiamiento a cada comuna designada para realizar compra o entrega de la prestación de FSH para mujeres en etapa de climaterio, que cumplan con los requisitos para dicha solicitud. ii. Coordinación y planificación local: <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de la población beneficiaria: Mujeres en etapa de climaterio, que requieren el examen de FSH. - Registros: REM <p>Subcomponente 2.3: Confirmación diagnóstica de patologías ginecológicas en mujeres en edad de climaterio bajo control.</p> <p>a) Objetivo: Otorgar prestaciones de apoyo diagnóstico con Ecografía Transvaginal o Transrectal, orientado a confirmación diagnóstica de patología ginecológica en mujeres en edad de climaterio bajo control.</p> <p>b) Servicio provisto: Ecografía Transvaginal o Transrectal a mujeres en etapa de climaterio.</p> <p>c) Estrategia de planificación y ejecución: considera la compra o entrega de la prestación de Ecografía Transvaginal o Transrectal a mujeres en etapa de climaterio, de acuerdo con criterios de derivación a la especialidad de acuerdo con la OT de Climaterio o documentos vigentes. Los criterios de indicación son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sangrado uterino en climaterio, posterior a un año de la menopausia. - Sangrado uterino anómalo en climaterio premenopáusico que persiste con el tratamiento hormonal. - Examen ginecológico anormal, con palpación de tumor pélvico, uterino o anexial. - Sospecha de engrosamiento endometrial post THM. <ul style="list-style-type: none"> i. Coordinación general: El Servicio de Salud asignará financiamiento a cada comuna designada para realizar compra o entrega de la prestación de Ecografía Transvaginal o Transrectal, de acuerdo con los criterios especificados. ii. Coordinación y planificación local: <ul style="list-style-type: none"> - Identificación de la población beneficiaria: Mujeres en etapa de climaterio, que requieren Ecografía Transvaginal o Transrectal, de acuerdo con los criterios especificados. <p>Registros: REM serie A. En caso de cambio de los nombres de la ruta REM, se informará oportunamente.</p>
<p>Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS</p>	<p>Componentes</p> <p>Con el fin de llevar a cabo este programa se espera que los equipos de APS puedan contar con el financiamiento de los siguientes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recursos humanos: médico/a, enfermero/a, químico farmacéutico, psicólogo/a, nutricionista, trabajador/a social, kinesiólogo/a,



	<p>fonoaudiólogo/a, terapeuta ocupacional, técnico en enfermería nivel superior u otros, que deberán ser visados por referencia técnica de la División de Atención Primaria (DIVAP), a partir de la presentación de un plan de incorporación, con formato que se entregará desde la referencia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Movilización: para el transporte del personal de salud a las visitas domiciliarias del programa. No considera la compra de vehículos. - Insumos: insumos para procedimientos clínicos en domicilio. Para revisión de canasta de insumos ver Orientación Técnica DIVAP. - Fármacos: medicamentos necesarios para alivio de síntomas, según indicación médica. Para revisión de canasta de fármacos ver Orientación Técnica DIVAP. Cualquier compra de fármacos que no estén dentro de la canasta mencionada debe ser visada por la referencia técnica de la DIVAP. - Oxigenoterapia, para las personas ingresadas con requerimientos de uso de oxígeno no cubiertas por otros programas¹. - Capacitación: estrategias de capacitación a funcionarios que brinden atención clínica a personas ingresadas en el programa de CPU de APS, siendo considerada válidas aquellas capacitaciones con un mínimo de 60 horas pedagógicas, certificadas y con evaluación. Dichas capacitaciones tendrán una vigencia de 4 años desde el momento de la certificación.
<p>Atención Integral al Desarrollo Infantoadolescente (TEA)</p>	<p>Componente 1: Evaluación Integral y Confirmación Diagnóstica</p> <p>Componente destinado a reforzar la realización del proceso de evaluación y confirmación diagnóstica por la APS de niños, niñas y adolescentes con sospecha de trastorno del espectro autista. Los profesionales de este equipo realizan las siguientes prestaciones:</p> <p>Enfermera/o: su principal rol está vinculado a la gestión terapéutica de los casos, facilitando la continuidad de la atención a través de la coordinación con CESFAM de la comuna y el nivel de especialidad en caso de ser necesario. Debe resguardar la adecuada implementación de MCHAT-R/F y señales de alerta en controles de salud. Debe propiciar oportunidad de atención del grupo familiar, coordinando controles preventivos o de condiciones crónicas.</p> <p>Psicólogo/a o Terapeuta Ocupacional o Fonoaudiólogo/a: Profesional que apoya la realización de la evaluación diagnóstica integral, que permita aportar a la confirmación/descarte del diagnóstico de Autismo por parte del médico. Dicho profesional atiende en dependencias de la Sala de Apoyo al Desarrollo y Rehabilitación, complementando el proceso de evaluación con los profesionales de dicho componente cuando sea necesario.</p> <p>Médico: es el encargado de realizar el proceso de confirmación diagnóstica en la APS, luego de la realización del proceso de evaluación diagnóstica integral complementado por los profesionales de este componente, como por el de rehabilitación cuando es pertinente. De igual forma, realiza controles del tratamiento farmacológico, acorde a directrices de MINSAL. Por último, debe generar articulación con nivel de especialidad a través de consultoría u otro mecanismo, para la derivación para diagnóstico diferencial, manejo de comorbilidades y tratamiento farmacológico.</p> <p>La confirmación diagnóstica como el desenlace de un proceso de evaluación multidisciplinaria, en que es el médico quien realiza este hito final. De este modo, el médico del PRAPS liderará la instalación progresiva de la confirmación diagnóstica por médico en los distintos CESFAM de la comuna, lo cual se realizará a través de la siguiente escalada:</p> <p>1° año de implementación: confirmación diagnóstica realizado por el médico del</p>



PRAPS de Atención Integral al Desarrollo Infantoadolescente, ya que cuenta con la capacitación y acompañamiento desde el nivel de especialidad.

2° año de implementación: confirmación diagnóstica realizado por el 30% de los CESFAM de la comuna.

3° año de implementación: confirmación diagnóstica realizado por el 60% de los CESFAM de la comuna.

4° año de implementación: confirmación diagnóstica realizado por todos los CESFAM de la comuna.

La instalación de competencias para la confirmación diagnóstica por parte de los médicos de los CESFAM debe vincularse estrechamente con el componente de capacitación.

Este componente además contempla canasta de medicamentos, los cuales deben ser indicados en acompañamiento a través de consultorías desde el nivel de especialidad.

Componente 2: Rehabilitación y apoyos para Niños, Niñas y Adolescentes

Entrega de prestaciones de apoyo y rehabilitación multidisciplinaria a niños, niñas y adolescentes con sospecha o diagnóstico de TEA y otros trastornos del neurodesarrollo que ocasionan deterioro en el funcionamiento, previniendo así la discapacidad.

Los NNA son derivados desde médico de APS para apoyar el proceso de evaluación diagnóstica o iniciar el tratamiento.

Al iniciar el tratamiento, se deben utilizar los elementos recabados en el proceso de evaluación y realizar otras evaluaciones de ser necesarias, con el fin de identificar las funciones y estructuras comprometidas, las limitaciones en las actividades y restricciones en la participación.

A partir de lo anterior, el equipo multidisciplinario (terapeuta ocupacional, kinesiólogo, fonoaudiólogo, psicólogo y trabajador social) define un Plan de Tratamiento integral, centrado en las necesidades de cada NNA el cual incluye sesiones individuales o grupales (en establecimiento de salud, domicilio o escuela) consejerías, coordinaciones y plan de trabajo con el establecimiento educacional, entrega y entrenamiento de ayudas técnicas y dispositivos de apoyo. Se desarrolla además trabajo con las familias y cuidadoras/es y articulación con el intersector, para la mantención y refuerzo de los avances terapéuticos, potenciando la plena participación social.

Componente 3: Capacitación

Capacitación en detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en TEA y otros trastornos del neurodesarrollo a profesionales del equipo de Atención Primaria, lo que permitirá instalar capacidades para la atención pertinente que actualmente no existen.

La medición de este indicador se realizará con la siguiente progresión:

1° año: 100% de los profesionales contratados por el PRAPS están capacitados*

2° año en adelante: se deberán realizar capacitaciones progresivas a los integrantes del equipo de salud de los CESFAM de la comuna.

Se deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- Se deberá reportar en el corte de abril los profesionales que serán capacitados en dicho año.
- Para aquellas comunas con menos de 5 CESFAM, se deberá capacitar al menos 3 integrantes por establecimiento.
- Para aquellas comunas que cuenten con 5 o más CESFAM deberán capacitar al menos 2 integrantes del equipo por establecimiento.



Se puede incorporar en el 1º año la capacitación de otros integrantes del equipo de salud.

* Se entenderá por 1º año, aquel periodo en que ejecuta por primera vez el programa en un año calendario completo.

Para la correcta ejecución de los programas, se entenderán parte integrante del presente convenio las aclaraciones y validaciones de información enviada por correo electrónico y/o entregada por los referentes en reuniones de coordinación con la red, relativas a metas y distribución de financiamiento de cada PRAPS.

En el caso de los Programas de Reforzamiento en que deba contratarse personal, la Municipalidad deberá realizar dichas contrataciones a través de la contratación a plazo fijo o indefinido regulada en la Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal o en su caso a través de un contrato de honorarios cuando correspondiere conforme a lo establecido en el artículo 4 de la Ley 18.883 Estatuto Administrativo para Funcionarios Municipales aplicable en forma supletoria en Salud Primaria según lo dispuesto en el Artículo 4 de la Ley 19.378, ya citada.

Los bienes muebles adquiridos con cargo a los recursos transferidos, al término de la ejecución del convenio serán de propiedad de la Municipalidad.

CUARTA: Del Monitoreo y Evaluación

El proceso de monitoreo y evaluación se realizará dependiendo de lo previsto para cada programa, agrupándose al efecto:

La evaluación de los programas se realizará en las fechas que se indican a continuación:

PRAPS	MONITOREO Y EVALUACION (FECHAS)
Salud Mental y Bienestar Psicosocial	30 de abril/ 31 de julio / 31 de diciembre
Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)	30 de julio/31 de diciembre
Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial, Chile Crece Contigo (PADBP)	31 de agosto/ 31 de diciembre
Espacios Amigables para Adolescentes	31 de julio/ 31 de diciembre
Salud Respiratoria	30 de abril / 31 de julio / 31 de diciembre
Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en APS	30 junio/ 31 de diciembre
Estrategia de Salud Bucal	31 de julio/ 31 de diciembre
Imágenes Diagnosticas en APS	30 de marzo/ 31 de julio/ 31 de diciembre
Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria	30 de abril / 31 de agosto / 31 de diciembre
Mas Adultos Mayores Autovalentes	31 de marzo / 31 de agosto / 31 de diciembre
Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes	30 de abril / 31 de julio / 31 de diciembre
Rehabilitación Integral en la Red de Salud	30 de abril / 31 de julio / 31 de diciembre
Resolutividad en Atención Primaria	31 de julio / 31 de diciembre



Estrategias de Intervención de Urgencia en Atención Primaria	Monitoreo Sistemático
Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS	31 de julio / 31 de diciembre
Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS	30 de julio / 31 de diciembre
Atención Integral al Desarrollo Infantoadolescente (TEA)	30 de abril / 31 de julio / 31 de diciembre

El incumplimiento de las metas comprometidas dará lugar a la reliquidación del Programa.

Excepcionalmente, cuando existan razones fundadas que imposibiliten el cumplimiento, la comuna podrá solicitar a la Dirección del Servicio, la no reliquidación del programa, adjuntando los antecedentes de respaldo y un plan de trabajo que incluya un cronograma para el cumplimiento de las metas. El Servicio de Salud, una vez analizada la solicitud, remitirá ésta y los antecedentes al Ministerio de Salud, quien resolverá la petición.

Evaluación Final, no obstante, la situación excepcional indicada en párrafo anterior, el Servicio de Salud debe realizar la evaluación final de cada programa al 31 de diciembre de cada año, y las comunas mantienen en toda circunstancia la obligación de la rendición financiera y evaluación de las metas al final del periodo. El no cumplimiento de las actividades y metas anuales podrá incidir en la menor asignación de los recursos para el año siguiente, según exista continuidad del programa que corresponda.

En caso de existir recursos disponibles, una vez cumplidas las metas comprometidas, la comuna podrá solicitar por escrito la autorización para la adquisición de insumos que permitan mejorar las acciones contempladas en el programa, dentro del año presupuestario.

Indicadores y Medios de Verificación

Los indicadores y medios de verificación serán distintos atendida las particularidades de cada uno de los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud, de acuerdo a las siguientes indicaciones:

Salud Mental y Bienestar Psicosocial

Nº	Componente / Subcomponente	Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación	Meta (Cumplimiento o máximo 100%)
1	Prevención de trastornos mentales Subcomponente 2.2: Detección Precoz de problemáticas y/o trastornos mentales	Porcentaje de aplicación de instrumento para la detección de problemáticas y/o trastornos de salud mental	Número de instrumentos para la detección de problemáticas y/o trastornos de salud mental aplicados	Número de instrumentos para la detección de problemáticas y/o trastornos de salud mental comprometidos a realizar x100	Numerador: REM A03 Denominador: Nº instrumentos para la detección de problemáticas y/o trastornos de salud mental comprometidos	90%
2	Prevención de trastornos mentales Subcomponente 2.2: Detección Precoz de problemáticas y/o trastornos mentales	Porcentaje de consejerías de Salud Mental realizadas	Número de Consejerías de Salud Mental realizadas	Número de instrumentos para la detección de problemáticas y/o trastornos de salud mental aplicados x100	Numerador: REM A27 Denominador: REM A03	100%



3	Prevención de trastornos mentales Subcomponente 2.2: Detección Precoz de problemáticas y/o trastornos mentales	Porcentaje de Referencias Asistidas realizadas	Número de instrumentos para la detección de problemáticas y/o trastornos de salud mental con resultado de riesgo con referencia asistida	Número de instrumentos para la detección de problemáticas y/o trastornos de salud mental con resultado de riesgo que requieren referencia asistida según puntaje de evaluación x100	Numerador: REM A27 Denominador REM A03	80%
4	Prevención de trastornos mentales Subcomponente 2.4: Acciones de Primera Respuesta e Intervenciones Individuales en Servicios de Urgencia de Atención Primaria	Porcentaje de atenciones realizadas por dupla psicosocial SAPU/SAR según meta establecida	Número de atenciones realizadas por dupla psicosocial en SAPU/SAR	720 atenciones por dupla psicosocial en SAPU/SAR x100	Numerador: REM A08 Denominador: 720 atenciones	80%
5	Atención Integral de personas con factores de riesgo y trastornos mentales Subcomponente 3.1: Atención integral a personas con trastornos mentales	Concentración de controles de Salud Mental de 0 y más años	Número de controles de Salud Mental totales realizados a personas de 0 y más años (incluye las prestaciones que se señalan ²)	Número de personas bajo control en el programa de salud mental de 0 y más años (<i>Factores de riesgo y condicionantes de la salud mental +Trastornos mentales</i>)	Numerador: REM A04 REM A06 REM A19a REM A26 REM A32 Denominador REM P06	Aumento del 10% en relación con la concentración de actividades acumuladas al mismo periodo del año anterior, con un límite de >=9 actividades. Logrado este estándar, el cumplimiento es del 100%
6	Atención Integral de personas con factores de riesgo y trastornos mentales Subcomponente 3.1: Atención integral a personas con trastornos mentales	Tiempo promedio de espera entre el tamizaje y la confirmación diagnóstica	Suma de los días transcurridos entre la fecha de tamizaje y la fecha de confirmación diagnóstica ³	Número total de casos tamizados/categorizados con riesgos (N1-N3) con confirmación diagnóstica	Numerador: REM A03 (mes del período de corte) Denominador REM A03 (mes del período de corte)	- 100% de cumplimiento de 0 a 20 días de espera - 75% de cumplimiento de 21 a 30 días de espera - 50% de cumplimiento de 31 a 40 días de espera - 25% de cumplimiento de 41 a 50 días de espera - 0% de cumplimiento con 51 días de espera o más
7	Atención Integral de personas con factores de riesgo y trastornos mentales Subcomponente 3.1: Atención integral a personas con trastornos mentales	Proporción de Intervenciones Psicosociales Grupales realizadas a personas en tratamiento por salud mental en relación con el total	Número de intervenciones psicosociales grupales realizadas en el contexto de tratamiento de salud mental	Número de controles individuales + número de intervenciones psicosociales grupales x100	Numerador: REM A06 Denominador REM A06	Meta: Aumento de 20% de la <u>proporción</u> de intervenciones psicosociales grupales en relación con el

² Incluye controles de salud mental, intervenciones psicosociales grupales, acciones telefónicas de salud mental en APS, controles de salud mental remotos en APS, consultoría de salud mental, tele consultoría de salud mental, consejería familiar con integrantes con problemas de salud mental, consejería familiar a familias con adulto mayor con demencia, visita domiciliaria a familias con integrantes con problemas de salud mental, visita domiciliaria a familia con adulto mayor con demencia, visita domiciliaria familia con niños de 5 a 9 años con problemas y o trastornos de salud mental, consultas médicas de salud mental.

³ La fórmula de cálculo considera casos tamizados y categorizados con riesgos N1 a N3, y efectivamente derivados para confirmación diagnóstica.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/ALVZ20-053>

		de controles (individuales + grupales)				total de controles considerando el mismo período del año anterior. Cumplimiento según lo observado (Ej.: Cumplimiento 100% si el aumento de la proporción es 20%; cumplimiento 50% si el aumento de proporción es de 10%, etc.).
8	Atención Integral de personas con factores de riesgo y trastornos mentales Subcomponente 3.1: Atención integral a personas con trastornos mentales	Cobertura de evaluación de resultados del proceso de atención	Número de personas de 5 años y más con instrumento aplicado al ingreso y egreso de salud mental	Número de personas de 5 años y más años ingresadas y egresadas con alta clínica en salud mental x100	Numerador: REM A03 Denominador REM A05	Meta 80% Cumplimiento según lo observado (Ej.: cumplimiento 100% si cobertura de aplicación es 100%; cumplimiento 50% si cobertura fue de 50%, etc.).
9	Atención Integral de personas con factores de riesgo y trastornos mentales Subcomponente 3.1: Atención integral a personas con trastornos mentales	Porcentaje de personas con evaluación de salud mental al egreso de su tratamiento con alta clínica, que obtienen resultado de riesgo bajo	Número de personas con evaluación al egreso de su tratamiento que obtienen resultado de riesgo bajo	Número total de personas egresadas por alta clínica, con instrumento aplicado x100	Numerador: REM A03 Denominador REM A03	80%
10	Apoyo focalizado a NNAJ en situación de riesgo psicosocial Subcomponente 4.1: Acompañamiento Psicosocial a NNAJ en situación de Riesgo Psicosocial.	Porcentaje de población bajo control de NNAJ con riesgo psicosocial	Número de NNAJ en riesgo psicosocial bajo control	Número de NNAJ con riesgo psicosocial según meta comprometida x100	Numerador: REM P06 Denominador: Meta comprometida establecimiento	90%
11	Apoyo focalizado a NNAJ en situación de riesgo psicosocial Subcomponente 4.1: Acompañamiento Psicosocial a NNAJ en situación de Riesgo Psicosocial.	Porcentaje de visitas realizadas respecto al estándar definido por el programa.	Número de visitas realizadas a NNAJ en situación de Riesgo Psicosocial.	7 x Número de NNA y jóvenes bajo control x100	Numerador: REM A26 Denominador: REM P06	80%
12	Apoyo focalizado a NNAJ en situación de riesgo psicosocial Subcomponente 4.1: Acompañamiento Psicosocial a NNAJ en situación de Riesgo Psicosocial.	Porcentaje de acciones telefónicas realizadas respecto al estándar definido por el programa.	Número de acciones telefónicas realizadas a NNAJ en situación de Riesgo Psicosocial.	15 x Número de NNA y jóvenes bajo control x100	Numerador: REM A32 Denominador: REM P06	80%
13	Apoyo focalizado a NNAJ en situación de riesgo psicosocial Subcomponente 4.1: Acompañamiento Psicosocial a NNAJ en situación de Riesgo	Porcentaje de reuniones con instituciones sectoriales, intersectoriales y/o organizaciones comunitarias	Número de reuniones con instituciones sectoriales, intersectoriales y/o organizaciones	9 x Número de NNA y jóvenes bajo control x100	Numerador: REM A06 Denominador: REM P06	80%



	Psicosocial.	respecto al estándar definido por el programa.	comunitarias			
14	Apoyo focalizado a NNAJ en situación de riesgo psicosocial Subcomponente 4.2: Atención de Salud Integral de NNAJ vinculados a la red de Programas del Servicio Nacional de Protección Especializada, Servicio Nacional de Menores y Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil	Porcentaje de NNAJ vinculados a la red de programas de Servicio de Protección Especializada, SENAME y SRJ que se encuentran con su control de salud integral vigente según curso de vida	Número de NNAJ vinculados a la red de programas Servicio de Protección Especializada, SENAME y SRJ evaluados con control de salud vigente por curso de vida en el año en curso	Número de NNAJ vinculados a la red de programas del Servicio de Protección Especializada, SENAME y SRJ comprometidos a atender x100	Numerador: REM P13 Denominador: Meta comprometida	80%
15	Apoyo focalizado a NNAJ en situación de riesgo psicosocial Subcomponente 4.2: Atención de Salud Integral de NNAJ vinculados a la red de Programas del Servicio Nacional de Protección Especializada, Servicio Nacional de Menores y Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil	Concentración de controles en el marco de tratamiento de salud mental en APS a NNAJ vinculados a la red de programas del Servicio de Protección Especializada, SENAME y SRJ	Número de controles de salud mental realizados en APS a NNAJ vinculados a la red de programas del Servicio de Protección Especializada, SENAME y SRJ (incluye las prestaciones que se señalan) ⁴	Número de NNAJ vinculados a la red de programas del Servicio de Protección Especializada, SENAME y SRJ, bajo control en salud mental en APS	Numerador: REM A04 REM A06 REM A26 REM A32 Denominador: REM P13	Meta concentración de controles: 6 sesiones. Cumplimiento según lo observado (Ej.: Cumplimiento 100% si concentración de controles es 6; cumplimiento 50% si concentración de controles es 3, etc.)
16	Apoyo focalizado a NNAJ en situación de riesgo psicosocial Subcomponente 4.2: Atención de Salud Integral de NNAJ vinculados a la red de Programas del Servicio Nacional de Protección Especializada, Servicio Nacional de Menores y Servicio Nacional de Reinserción Social Juvenil	Porcentaje de actividades y/o acciones mínimas de salud ejecutadas en el año y que se encuentran programadas en el Plan de vinculación Comunal APS - Intersector	Número de actividades y/o acciones mínimas de salud ejecutadas	Número de actividades y/o acciones mínimas de salud programadas en el plan de vinculación APS - Intersector x100	Numerador: Planilla paralela Denominador: Planilla paralela	80%

⁴ Incluye controles de salud mental, intervenciones psicosociales grupales, acciones telefónicas de salud mental en APS, controles de salud mental remotos en APS, consultoría de salud mental, tele consultoría de salud mental, visita domiciliaria a familias con integrantes con problemas de salud mental, visita domiciliaria familia con niños de 5 a 9 años con problemas y o trastornos de salud mental, consultas médicas de salud mental.



Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)

Componente	Nombre del Indicador	Fórmula de Cálculo	Verificador	Meta Julio	Meta Diciembre	Ponderación Global
Diagnóstico y Plan de Salud Comunitaria	% de CECOSF con Diagnóstico de Salud Comunitaria vigente (s36 meses)	(N° CECOSF con diagnóstico vigente / Total) • 100	-Diagnóstico -Acta de validación	100%	100%	10%
	% de CECOSF con Plan de Salud Comunitaria actualizado y validado participativamente	(N° CECOSF con Plan validado / Total) • 100	-Plan de Salud Comunitaria -Acta de validación comunitaria	265%	100%	10%
	% de CECOSF con mapa de activos comunitarios actualizado	(N° CECOSF con mapa vigente / Total) • 100	-Mapa de Activos -Mecanismo de recomendación comunitaria	65%	100%	5%
Desarrollo de procesos comunitarios para la Salud y el Bienestar Integral.	% de actividades de promoción, prevención, automanejo ejecutadas según planificación	(N° actividades ejecutadas / N° programadas) • 100	-Planificación de actividades -Registros de ejecución (Listados rufificados)	Al menos 3 actividades ejecutadas con cobertura mínima (a10 personas participantes por actividad)	Al menos 6 actividades ejecutadas con cobertura mínima (z10 personas participantes por actividad)	15%
	% de personas con evaluación positiva de las actividades en su salud.	(N° de personas con evaluación positiva / Total participantes) • 100	-Instrumento evaluación -Reporte resultados	80%	80%	5%
	N de in comunitarias intersectoriales orientación salutogénica implementadas	Coteo simple de iniciativas comunitarias e intersectoriales implementadas	- Informe de iniciativas	Al menos 1 actividad ejecutada	Al menos 2 actividades ejecutadas	5%
	% de CECOSF con equipo de cabecera y estratégico identificado y operativo	(CECOSF con equipos de cabecera y estratégicos identificados y operativos / Total CECOSF) • 100	Nóminas integrantes del equipo con total de horas semanales. Evidencia de difusión del equipo a la comunidad	90%	100%	10%
Gobernanza participativa y mejora continua	% de CECOSF con instancias de participación comunitaria bimensuales	(N° CECOSF con z5 instancias anuales / Total) • 100	-Minuta de instancias y participantes.	Al menos 2 instancias de participación realizadas al 30 de Julio.	Al menos 5 instancias de participación realizadas.	20%
	% de CECOSF con evaluación participativa del Plan de salud comunitaria	(N° de CECOSF con evaluación participativa / Total) x 100	Informe y metodología de evaluación participativa del Plan de Salud	Metodología de Evaluación que garantice representación de distintos grupos etarios.	100% de los CECOSF con evaluación participativa del Plan de Salud Comunitaria	20%

Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial, Chile Crece Contigo (PADBP)

Id	Componente	Subcomponente	Indicador	Numerador / Denominador	Meta	Ponderación	Medio de verificación
A1.1	I. Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal	B. Atención integral a familias en situación de vulnerabilidad psicosocial	Promedio de Visitas domiciliarias integrales (VDI) realizadas a familias con gestantes en situación de riesgo psicosocial según EPSA que presentan al menos 3 riesgos psicosociales	Número de visitas domiciliarias integrales (VDI) realizadas a familias con gestantes que presentan 3 o más riesgos psicosociales según EPSA	Ago: 3	7%	SRDM VDI
				Número de gestantes que presentan 3 o más riesgos psicosociales según EPSA	Dic.: 4		
A6	IV. Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y la niña	B. Intervenciones educativas de apoyo a la crianza	Porcentaje de niños(as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres Nadie es Perfecto de forma presencial o remoto	Número niños y niñas menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores/as ingresan a talleres Nadie es Perfecto presencial y remoto A	Ago: 5%	18%	REM A27 Sección A: Personas que ingresan a educación grupal según áreas temáticas y edad
							REM A32 Sección L: Educación Grupal Remota según áreas temáticas y edad



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/ALVZ20-053>

				Población bajo control de niños y niñas menores de 5 años	Dic.: 10%		REM P02 Sección A: Población en control según estado nutricional para niños menores de 1 mes - 59 meses
A9	V. Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	A. Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y/o déficit en su desarrollo integral	Porcentaje de niños y niñas menores de 4 años con resultado de déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor ingresados a modalidades de apoyo al desarrollo infantil (MADIS)	Número de niños y niñas menores de 4 años con resultado de déficit en el desarrollo psicomotor ingresados a MADIS	80%	30%	REM A05 Sección F: Ingresos y egresos a sala de estimulación, servicio itinerante y atención domiciliaria
				Número de niños y niñas menores de 4 años con resultado de déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor			REM A03 Sección A.2 Resultados de la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor
A11	V. Atención de niños y niñas en situación de vulnerabilidad	A. Fortalecimiento de las intervenciones en niños y niñas en situación de vulnerabilidad, rezago y déficit en su desarrollo integral	Porcentaje de niños y niñas de 7 a 11 meses con alteraciones en el DSM recuperados (categoría normal y/o normal con rezago y/o riesgo)	Número de niños y niñas de 7 a 11 meses con resultado "Normal", "Normal con rezago" o "Riesgo" en la reevaluación y que en la primera aplicación obtuvieron resultado de "Riesgo" o "Retraso"	80%	15%	REM A03 Sección A.2: Resultados de la aplicación de escala de evaluación del desarrollo psicomotor
				Número de niños y niñas de 7 a 11 meses detectados con déficit del desarrollo psicomotor (riesgo y retraso en la primera evaluación)			

Id	Componente	Subcomponente	Indicador	Numerador / Denominador	Meta	Ponderación	Medio de verificación
A2	I. Fortalecimiento del Desarrollo Prenatal	C. Educación a la gestante y su pareja o acompañante significativo(a)	Porcentaje de gestantes que ingresan a educación grupal presencial o remota en la atención primaria en temáticas de autocuidado, preparación para el parto y apoyo a la crianza	Número de gestantes que ingresan a educación grupal presencial o remota: temáticas de autocuidado, preparación para el parto y apoyo a la crianza en la atención primaria	80%	15%	REM A27 Sección A: Personas que ingresan a educación grupal según áreas temáticas y edad
				Total de gestantes ingresadas a control prenatal			REM A05 Sección A: Ingreso de gestantes a programa prenatal
A4	IV. Fortalecimiento del desarrollo integral del niño y la niña	A. Fortalecimiento del control de salud del niño y niña para el desarrollo integral	Porcentaje de controles de salud entregados a días dentro de los 10 días de vida del recién nacido o nacida	Número de días controlados dentro de los 10 días de vida del recién nacido/a	70%	15%	REM A01 Sección A: Controles de salud sexual y reproductiva
				Número de recién nacidos ingresados a control salud			REM A05 Sección E: Ingreso a control de salud de recién nacidos



Espacios Amigables para Adolescentes

Indicador de Propósito	
Nombre indicador N°1	Porcentaje de controles integrales en adolescentes, realizados por equipo Espacio Amigable
Fórmula de cálculo	((Número de controles integrales en adolescentes realizados en Espacio Amigable o por profesionales de equipo Espacio Amigable/ Número total de controles integrales en adolescentes realizados) *100)
Meta	5% de los controles de salud integral en adolescentes de 10 a 19 años, son realizados por profesional de equipo Espacio Amigable
Peso Relativo	40%
Registro	Se deberá registrar en Rem A01, sección D, fila "Espacio Amigable", todos los controles realizados en espacio amigable o por profesionales del espacio amigable; independientemente del lugar de realización de la prestación.

Indicadores Complementarios	
Nombre indicador N°1	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años que evalúan positivamente las atenciones de salud entregadas por equipo espacio amigable
Fórmula de cálculo	(Número de adolescentes de 10 a 19 años que evalúan con puntuación igual o superior 5.0 la atención de salud entregada por equipo espacio amigable / Número de adolescentes de 10 a 19 años que recibieron atención por equipo espacio amigable y respondieron la encuesta post atención) *100
Nota Metodológica	Se considera el número de adolescentes de 10 a 19 años que evalúan positivamente las atenciones (control de salud, consejerías y consultas por profesional) recibidas por equipo de espacio amigable. El indicador se medirá mediante una encuesta online anónima y de participación voluntaria con acceso vía código QR o enlace que será enviada desde el nivel central, y deberá ser aplicada al finalizar la atención. Para asegurar una tasa de respuesta adecuada y representativa, el equipo deberá aplicar estrategias de accesibilidad y motivación para su realización. Se entenderá como evaluación positiva cuando la persona adolescente califique la atención con un puntaje igual o superior a 5.0, en una escala de 1.0 a 7.0, donde "1.0" es "Muy insatisfecha/o" y "7.0" es "Muy satisfecha/o"; según escala existente en la encuesta.
Meta	50% de las personas adolescentes de 10 a 19 años que reciben atención de salud (control de salud, consejerías y consultas por profesional) de equipo espacio amigable, evalúan positivamente las atenciones entregadas a través de encuesta aplicada.
Peso Relativo	30%
Registro	Resultados de aplicación de la encuesta online a través de código QR o enlace, que estará sistematizada en el nivel central.
Nombre indicador N°2	Porcentaje de adolescentes que mejoran su nivel de información sobre servicios y prestaciones de salud disponibles en espacios amigables.
Fórmula de cálculo	(Número de adolescentes que participaron en el taller realizado por equipo espacio amigable, y que, en la encuesta, indicaron que se les explicó la existencia de los Espacios Amigables/ Número total de adolescentes que participaron en taller realizado por equipo espacio amigable y respondieron la encuesta) *100
Nota Metodológica	El indicador considera el número de adolescentes entre 10 y 19 años que mejoran su nivel de información sobre servicios y prestaciones de salud disponibles en espacios amigables, mediante su participación en talleres educativos. El indicador se medirá mediante una encuesta online anónima y de participación voluntaria con acceso vía código QR o enlace que será enviada desde el nivel central, y deberá ser aplicada al finalizar el taller. Para asegurar una tasa de respuesta adecuada y representativa, el equipo deberá aplicar estrategias de accesibilidad y motivación para su realización. Se entenderá que se mejora el nivel de información cuando la persona adolescente responda en la encuesta, que en el taller se le explicó la existencia de los Espacios Amigables.



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/ALVZ20-053>

Meta	40% de las personas adolescentes que responden encuesta mejoran su nivel de información sobre servicios y prestaciones de salud disponibles en espacios amigables, mediante su participación en talleres educativos
Peso Relativo	30%
Registro	Resultados de aplicación de la encuesta online a través de código QR o enlace, que estará sistematizada en el nivel central.

Salud Respiratoria

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECIFICO	INDICADOR	FORMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIOS VERIFICACION
Campaña de vacunación influenza	Fortalecer estrategias de vacunación intra y extramurales	Cobertura de vacunación comunal	Porcentaje de población objetivo vacunada por comuna	85%	15	RNI
Campaña de inmunización contra VRS	Fortalecer estrategias de vacunación intra y extramurales	Cobertura de inmunización comunal	Porcentaje de población objetivo vacunada por comuna	80%	15	RNI
Fortalecimiento de la red vigilancia ETI *Este componente es solo para CESFAM Lucas Sierra comuna de Conchalí	Fortalecer la entrega de información oportuna por parte de los centinelas ETI	Reporte oportuno (primer día hábil de la semana al medio día) por parte de centinelas ETI	Semanas con reporte oportuno del centinela ETI/Total de semanas en evaluación) *100	100%	10	Unidad de Epidemiología del SSMN
IRA en SAPU	Continuidad de la atención kinesiológica en horario nocturno, fines de semana y festivos durante la campaña de invierno	Porcentaje de SAPU/SAR que cuentan con atención kinesiológica durante la campaña de invierno	N° de SAPU por servicio de salud que cuentan con atención kinesiológica/N° total de SAPU del servicio de salud *100	80%	15	REM, Registro local y agendas
Refuerzo de establecimientos de atención primaria por el aumento de demanda por patologías respiratorias	Fortalecer la oferta sanitaria de los centros de salud de atención primaria durante campaña de invierno	Porcentaje de establecimientos con extensión horaria de salas respiratorias	N° de establecimientos APS por servicio de salud que cuentan con extensión horaria salas respiratorias/N° total de establecimientos APS del servicio de salud *100	80%	20	REM (por campaña de invierno), Registro local y agendas
Contratación de RRHH para reforzar registros SIGGES	Refuerzo para la oportunidad y cumplimiento de registros GES	Porcentaje de digitación de casos GES en fecha correspondiente	N/A	Digitación del 100% de los casos GES en la fecha correspondiente para dar cumplimiento a la garantía de oportunidad, cuando corresponda	5	Registro local



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/ALVZ20-053>

Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en APS

COMPONENTE	INDICADOR	META	PESO RELATIVO
Medicamentos e insumos para personas con diagnóstico de Hipertensión, Diabetes Mellitus tipo 2 y Dislipidemia en establecimientos de Atención Primaria de Salud	Indicador N°1: Porcentaje de recetas con derecho total y oportuno a personas con enfermedades crónicas en control de salud cardiovascular en los establecimientos de Atención Primaria de Salud.	100%	40%
	Indicador N°2: Porcentaje de personas bajo control de salud cardiovascular con despacho total y oportuno de los medicamentos en los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el periodo evaluado.	100%	20%
	Indicador N°3: Porcentaje establecimientos supervisados que cumplen con el stock mínimo y el botiquín/farmacia se encuentra funcionando en extensión horaria, en el periodo evaluado.	100%	20%
	Indicador N°4: Porcentaje de cumplimiento de actividades farmacéuticas comprometidas, en el periodo evaluado.	50% corte a junio 100% corte a diciembre	20%

Estrategia de Salud Bucal

APS MUNICIPAL				
Componente	Estrategias	Productos Esperados	Pesos Relativos	Peso Relativo Componente
Promoción y Prevención en niños y niñas	Sembrando Sonrisas	Examen de Salud Bucal	8	27
		Entrega de kit de Higiene Bucal	8	
		Aplicación Tópica de Barniz Fluorado	8	
	Apoyo CECOSF	Aplicación de Pautas CERO	3	
Atención Odontológica de Morbilidad	Morbilidad del Adulto en Extensión Horaria	Consultas y Actividades de Morbilidad	4	7
	Acercamiento de la Atención Mediante Clínicas Móviles	Consultas y Actividades de Morbilidad	3	
Atención Odontológica Integral	Atención Integral de Mujeres (Más Sonrisas para Chile) y de Hombres	Altas Odontológicas en Adultos	12	22
	Estudiantes Enseñanza Media	Egresos (Altas) Odontológicos en Estudiantes de Enseñanza Media	5	
	Atención Odontológica Domiciliaria	Egresos (Altas) Odontológicos en personas con dependencia severa y/o sus cuidadores	5	
Resolutividad de Especialidades	Endodoncia	Egreso de Lista de Espera y Alta de Especialidad	5	15
	Periodoncia	Egreso de Lista de Espera y Alta de Especialidad	5	
	Prótesis Removible	Egreso de Lista de Espera y Alta de Especialidad	5	
GES Salud Oral	GES 60 años	Alta Odontológica en personas de 60 años	20	20
Fortalecimiento de	Auditorías	Revisión de calidad de los	5	9



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/ALVZ20-053>

la gestión		tratamientos mediante auditorías clínico-administrativas	
	Contactabilidad	Egreso de personas en Lista de Espera	4
			100

Componente	Estrategia	Producto Esperado	Indicador	Fórmula	Meta	Peso Relativo	Medio de Verificación
Promoción y Prevención en niños y niñas	Sembrando Sonrisas	Promoción y Prevención de la salud bucal en población parvularia	Porcentaje de Set de higiene bucal entregados	Nº de sets de higiene bucal entregados a niñas y niños de 2 a 5 años año actual / Nº de sets de higiene oral comprometidos a niñas y niños de 2 a 5 años año actual x100	100%	8%	REM A09 SECCION G.1 Planilla de distribución de metas Programa Estrategias de Salud Bucal
		Diagnóstico de salud bucal en población parvularia	Porcentaje de niños y niñas con examen de salud bucal realizado	Nº de niños/as con examen de salud bucal realizados / Nº de niños/as de 2 a 5 años con examen de salud bucal comprometidos años actual x100	100%	8%	REM A09 SECCION G.1 Planilla de distribución de metas Programa Estrategias de Salud Bucal odontológicos
		Prevención individual específica en población parvularia	Porcentaje de aplicaciones de barniz de fluoruro	Nº de Aplicaciones de barniz fluorado a niñas y niños de 2 a 5 años realizadas año actual / (Nº de aplicaciones barniz fluorado comprometidas año actual) x100	100%	8%	REM A09 SECCION G.1 Planilla de distribución de metas Programa Estrategias de Salud Bucal
	Apoyo Odontológico a CECOSF	Control Odontológico y Aplicación de pauta CERO	Porcentaje de aplicación de Pauta CERO en población infantil	Nº total de aplicaciones de pauta CERO en niños y niñas de 0 a 9 años asignada a CECOSF año actual/ (Población de 0 a 9 años asignada a	100%	3%	REM A03 Sección D7. Planilla de distribución de



				CECOSF año actual x0,5) x100			metas Programa Estrategias de Salud Bucal
Atención Odontológica de Morbilidad	Morbilidad del Adulto en Extensión Horaria <i>*Si no cuenta con esta Estrategia, sumar su peso relativo a Acercamiento de la atención mediante clínicas móviles</i>	Actividades y Consultas Odontológicas de Morbilidad en extensión horaria.	Porcentaje Actividades y Consultas de Morbilidad en Extensión Horaria realizados (indicador compuesto)	(Nº total de actividades de morbilidad x 0,7) + (Nº Total de Consultas de Morbilidad x 0,3) realizadas en extensión horaria a personas de 20 años o más año actual/ Nº total de consultas de morbilidad a personas de 20 años o más, comprometidas año actual x100	100%	4%	REM A09 Sección G. Planilla de distribución de metas Programa Estrategias de Salud Bucal
	Acercamiento de la atención mediante Clínicas Móviles <i>*Si no cuenta con esta Estrategia, sumar su peso relativo a Actividades de morbilidad en Extensión Horaria</i>	Actividades y Consultas Odontológicas de Morbilidad en clínicas móviles.	Porcentaje Actividades y consultas de Morbilidad en Clínicas Móviles (indicador compuesto)	(Nº total de actividades de morbilidad x 0,7) + (Nº Total de Consultas de Morbilidad x 0,3) realizadas en clínica móvil año actual/ Nº total de consultas de morbilidad comprometidas año actual x100	100%	3%	REM A09 Sección B. Planilla de distribución de metas Programa Estrategias de Salud Bucal
Atención Integral	Atención Odontológica Mujeres (Más Sonrisas para Chile) y Hombres	Altas Odontológicas en Adultos	Porcentaje de egresos de Atención odontológica Integral a Mujeres (Más sonrisas) y Hombres de 20 años o más.	Nº de egresos odontológicos integrales a hombres y mujeres realizadas el año actual / Nº total de egresos integrales a hombres y mujeres comprometidas el año actual x100	100%	12%	REM A09 Sección G. Planilla de distribución de metas Programa Estrategias de Salud Bucal



	Atención odontológica Integral a estudiantes de enseñanza media.	Altas Odontológicas en Estudiantes de Enseñanza Media	Porcentaje de egresos de Atención odontológica Integral a Estudiantes de Enseñanza Media.	Nº de egresos odontológicos integrales a Estudiantes de Enseñanza Media realizadas el año actual / Nº total de egresos integrales a Estudiantes de Enseñanza Media comprometidas el año actual x100	100%	5%	REM A09 Sección G. Planilla de distribución de metas Programa Estrategias de Salud Bucal
	Atención Odontológica Domiciliaria	Altas Odontológicas en personas con dependencia severa y/o sus cuidadores	Porcentaje de personas con dependencia severa y/o sus cuidadores egresados de la estrategia	Nº total de personas egresadas de la estrategia de Atención odontológica domiciliaria realizadas en el año actual/ Nº total de personas egresadas de la estrategia de Atención odontológica domiciliaria comprometidas en el actual x 100	100%	5%	REM A09 Sección G. Planilla de distribución de metas Programa Estrategias de Salud Bucal
Resolutividad de Especialidades	Endodoncia	Tratamientos endodónticos	Porcentaje de tratamientos endodónticos realizados	Nº total de tratamiento de endodoncia realizados en el año actual/ Nº total de tratamientos de endodoncia comprometidas en el actual x 100	100%	5%	REM A09 Sección G. Planilla de distribución de metas Programa Estrategias de Salud Bucal
	Periodoncia	Tratamientos periodontales.	Porcentaje de tratamientos periodontales realizados	Nº total de tratamiento de periodoncia realizados en el año actual/ Nº total de tratamientos de periodoncia comprometidas en el actual x 100	100%	5%	REM A09 Sección G. Planilla de distribución de metas Programa Estrategias de Salud Bucal
	Prótesis Removible	Tratamientos de Prótesis Removibles Acrílicas o	Porcentaje de tratamientos de prótesis removibles	Nº total de prótesis removibles realizados en el año actual/ Nº	100%	5%	REM A09 Sección G.



		Metálicas	realizados	total de prótesis removibles comprometidas en el actual x 100			Planilla de distribución de metas Programa Estrategias de Salud Bucal
GES Salud Oral	Salud Oral Integral en Personas de 60 años	Alta Odontológica en personas de 60 años	Porcentaje de egresos de Atención odontológica Integral en personas de 60 años	N° de egresos odontológicos integrales GES de personas de 60 años realizadas el año actual / N° total de egresos integrales GES de personas de 60 años comprometidas el año actual x100	100%	20%	REM A09 Sección G. Planilla de distribución de metas Programa Estrategias de Salud Bucal
Fortalecimiento de la Gestión	Auditorías Clínico-Administrativas	Realización de Auditorías Clínico-Administrativas realizadas	Porcentaje de auditorías clínico-administrativas realizadas	N° total de auditorías realizadas /N° total de auditorías comprometidas año actual x 100	100%	5%	REM A09 Sección G. Planilla de distribución de metas Programa Estrategias de Salud Bucal
	Contactabilidad	Contacto efectivo de personas en lista de espera de especialidades	Porcentaje de egresos de lista de espera por APS	N° total de egresos de lista de espera de rehabilitación oral (prótesis removible), periodoncia y endodoncia en APS realizados / (N° total de tratamientos de rehabilitación oral (prótesis removible), periodoncia y endodoncia comprometidos en APS x 0,75) x100	100%	4%	SIGTE Planilla de distribución de metas Programa Estrategias de Salud Bucal
100%							



Imágenes Diagnosticas en APS

Indicadores evaluados corte 31 de julio:

Meta 50%

(Con excepción meta focalización de mamografías en mujeres 50-69 años: 70%)

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación	Peso relativo del Indicador
Porcentaje de mamografías de todas las edades realizadas	Nº de mamografías realizadas en el año (todas las edades) *100	Nº total de mamografías comprometidas en el año	N: Sección B REM A29	20%
			D: Planilla Programación (según convenios)	
Porcentaje de focalización de mamografías en el grupo de 50 a 69 años (Meta 70%)	Nº de mamografías en el grupo de 50-69 años realizadas en el año *100	Nº total de mamografías de todas las edades realizadas en el año	N: Sección B REM A29	20%
			D: Sección B REM A29	
Porcentaje de ecotomografías mamarias realizadas	Nº de ecotomografías mamarias realizadas en el año *100	Nº total de ecotomografías mamarias comprometidas en el año	D: Sección B REM A29	20%
			D: Planilla Programación (según convenios)	
Porcentaje de radiografías de caderas en lactantes de 3-6 meses realizadas	Nº Rx de caderas realizadas en el año *100	Nº total de Rx de caderas comprometidas en el año	N: Sección B REM A29	10%
			D: Planilla Programación (según convenios)	
Porcentaje de ecoscopías básicas y ecotomografías abdominales realizadas	Nº ecoscopías básicas y ecotomografías abdominales realizadas en el año *100	Nº Total de ecoscopías básicas y ecotomografías abdominales comprometidas en el año	N: Sección B REM A29	20%
			D: Planilla Programación (según convenios)	
Porcentaje de Radiografías de tórax realizadas	Nº de Radiografías de tórax realizadas en el año *100	Nº de Radiografías de tórax comprometidas en el año	N: Sección B REM A29	10%
			D: Planilla Programación (según convenios)	

- Indicadores evaluados corte 31 de diciembre:

Meta 100%

(Con excepción meta focalización de mamografías en mujeres 50-69 años: 70%)

Nombre indicador	Numerador	Denominador	Medio verificación	Peso relativo del Indicador
Porcentaje de mamografías de todas las edades realizadas	Nº de mamografías realizadas en el año (todas las edades) *100	Nº total de mamografías comprometidas en el año	N: Sección B REM A29	20%
			D: Planilla Programación (según convenios)	
Porcentaje de focalización de mamografías en el grupo de 50 a 69 años (Meta 70%)	Nº de mamografías en el grupo de 50-69 años realizadas en el año *100	Nº total de mamografías de todas las edades realizadas en el año	N: Sección B REM A29	20%
			D: Sección B REM A29	



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digitial.gob.cl/validador/ALVZ20-053>

Porcentaje de mujeres de 50-69 años con mamografía vigente en relación con lo comprometido	Nº logrado de mujeres de 50-69 años con mamografía vigente, en el año *100	Nº comprometido de mujeres 50-69 años con mamografía vigente, para el año	N: Sección B1 REM P12 D: Planilla Programación (según convenios)	20%
Porcentaje de ecotomografías mamarias realizadas	Nº de ecotomografías mamarias realizadas en el año *100	Nº total de ecotomografías mamarias comprometidas en el año	D: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	10%
Porcentaje de radiografías de caderas en lactantes de 3-6 meses realizadas	Nº Rx de caderas realizadas en el año *100	Nº total de Rx de caderas comprometidas en el año	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	10%
Porcentaje de ecoscopías básicas y ecotomografías abdominales realizadas	Nº ecoscopías básicas y ecotomografías abdominales realizadas en el año *100	Nº Total de ecoscopías básicas y ecotomografías abdominales comprometidas en el año	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	10%
Porcentaje de Radiografías de tórax realizadas	Nº de Radiografías de tórax realizadas en el año *100	Nº de Radiografías de tórax comprometidas en el año	N: Sección B REM A29 D: Planilla Programación (según convenios)	10%

Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria

COMPONENTE	INDICADOR	FORMULA	META	MEDIO DE VERIFICACIÓN	PESO RELATIVO	PESO RELATIVO	PESO RELATIVO	PESO RELATIVO
Componente 1: Evaluar la instalación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario	Porcentaje de Centros de Salud evaluados y/o autoevaluados conforme instrumentos para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo, dictado por el Minsal. Este indicador es solo para nuevos centros de salud (CESFAM, Posta de salud rural y hospitales comunitarios) incorporado o los que opcionalmente se quieran reevaluar.	Numerador: Nº de centros de salud evaluados y/o autoevaluados conforme instrumentos definidos. Denominador: Nº de centros de salud comprometidos a evaluar y/o autoevaluar.	100% de los CESFAM comprometidos con aplicación del instrumento definido.	"Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria" aplicado al Centro de Salud	Este indicador se solicita cada 2 años, por lo tanto, en el caso que se aplique este indicador, el peso relativo sería el siguiente: 20%	Cuando no aplique este indicador	Este indicador se solicita cada 2 años, por lo tanto, en el caso que se aplique este indicador, el peso relativo sería el siguiente: 20%	Cuando no aplique este indicador.
	Comunas con resolución dictada en abril del año en curso		Comuna con convenio firmado	Plataforma de convenios.	15%	25%	15%	30%
Componente	Mejoras	Numerador: Nº	100% de	Informe de	25%		65%	70%



2: Implementar plan de mejora, sobre las bases y principios que sustentan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria de salud.	implementadas en los establecimientos de atención primaria, conforme a cronograma.	de actividades del cronograma plan de mejora realizadas. Denominador: Nº de actividades comprometidas, según cronograma en plan de mejoras.	cumplimiento de actividades comprometidas según cronograma de plan de mejora.	avances cuali-cuantitativo de establecimiento, comuna, emitido por el Servicio de Salud.		35%		
--	--	--	---	--	--	------------	--	--

Mas Adultos Mayores Autovalentes

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta agosto	Meta diciembre	Verificador	Peso relativo
Nº 1	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según cuestionario de funcionalidad	(Nº de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad) / Nº de total personas que egresan completando ciclo del programa) x 100	80%	80%	REM	12.5
	% de población de 60 años y más participante del programa que mantiene o mejora su condición funcional según Timed up and Go	(Nº de personas egresadas del programa que mantienen o mejoran su condición funcional según Timed up and Go) / Nº de total personas que egresan completando ciclo del Programa) x 100	80%	80%	REM	12.5 ⁵
	% de población de 60 años y más en control en Centro de Salud, ingresados al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	(Nº de personas de 65 años y más ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia) +(Nº de personas entre 60 y 64 años ingresadas al programa con EMPA vigente) / Población comprometida a ingresar) x 100 ⁶	60%	100%	REM	25
	Promedio de Asistentes a Sesiones del Programa	Suma de asistentes a sesiones en el mes/Nº de Sesiones realizadas en el mes	Promedio de 15	Promedio de 15	REM	10
Nº 2:	Trabajo en Red Local	(Nº de Servicios Locales con Planes Intersectoriales para el Fomento del Envejecimiento Activo y Positivo junto al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en desarrollo en el período/Servicios Locales con oferta	20%	40%	REM	20



		programática para personas mayores (total o parcial) en el período) x100 ⁷				
	Capacitación de Líderes Comunitarios	(N° Organizaciones con Líderes Comunitarios Capacitados por el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período/Organizaciones ingresadas al Programa de Estimulación Funcional del programa Más Adultos Mayores Autovalentes en el período) x100 ⁱ	20%	40%	REM	20

Componente	Indicador	Fórmula de cálculo	Meta agosto	Meta diciembre	Medio de Verificación
N°1	Porcentaje de Personas Mayores que egresan del Programa	(N° de personas mayores que egresan del programa/N° de personas mayores que ingresan al programa) x100	80%	80%	REM
N°1	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	(N° de personas que mejoran su condición funcional según TUG/N° de personas que egresan del programa completando ciclo) x100	incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM
N°1	Porcentaje de Personas que Mejoran Condición Funcional al egreso del Programa	(N° de personas que mejoran su condición funcional según cuestionario de funcionalidad/N° de personas que egresan del programa completando ciclo) x100	incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	incremento de 5% respecto a línea base del año anterior.	REM

Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes

Indicadores de Propósito

PROPÓSITO	FÓRMULA	MEDIO VERIFICACIÓN
Disminución de las barreras de acceso y oportunidad en la atención de salud de la población migrante internacional residente en Chile	$\left(\frac{\text{personas migrantes internacionales residentes en Chile que acceden al sistema público de salud en el año } t - \text{personas migrantes internacionales residentes en Chile que acceden al sistema público de salud en el año } t-1}{\text{personas migrantes internacionales residentes en Chile que acceden al sistema público de salud en el año } t-1} \right) * 100$	<ul style="list-style-type: none"> Registro de población beneficiaria FONASA.



Indicadores Complementarios (por componente):

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	INDICADOR	FORMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACION
Entrega de información sobre los derechos y mecanismos de acceso al sistema público de salud.	Informar a las personas migrantes internacionales residentes en Chile sobre los derechos y mecanismos de acceso al sistema público de salud para que puedan conocer acerca del funcionamiento del sistema, las prestaciones a las que pueden acceder y la forma en que pueden ser atendidas	1.1 Actividades de difusión sobre derechos y mecanismos para acceder a la atención en salud para la población migrante internacional residente en Chile (PMIRCh).	Variación porcentual de PMIRCh que reciben acciones de difusión en derechos y mecanismos para acceder a la atención en salud.	$((\text{Número de PMIRCh que reciben acciones de difusión en derechos y mecanismos para acceder a la atención en salud en el año } t - \text{Número de PMIRCh que reciben acciones de difusión en derechos y mecanismos para acceder a la atención en salud en el año } t-1) / \text{Número de PMIRCh que reciben acciones de difusión en derechos y mecanismos para acceder a la atención en salud en el año } t-1) * 100$	30% al 31 de julio; 100 % a diciembre.	20% (en Servicios de Salud sin componente 3) 15% (en Servicios de Salud con componente 3)	-Informe de cumplimiento del plan de actividades de difusión con listados y número de participantes. - Registros locales.
		1.2 Actividades comunitarias para la promoción de salud diseñadas e implementadas con la participación de la población migrante internacional	Cumplimiento del plan de actividades comunitarias para la promoción de salud diseñadas e implementadas con la participación de la población migrante internacional	$\text{N}^\circ \text{ actividades comunitarias realizadas} / \text{N}^\circ \text{ actividades comunitarias comprometidas} * 100$	30% al 31 de julio; 100% a diciembre.	20% (en Servicios de Salud sin componente 3) 15% (en Servicios de Salud con componente 3)	Informe de cumplimiento del plan de actividades comunitarias.
2. Equipos de salud incorporan el enfoque intercultural en la atención de salud con calidad para la población migrante internacional.	Fortalecer el acceso y calidad de la atención a población migrante, con pertinencia cultural.	2.1 Realización de un diagnóstico sociodemográfico y sanitario de la población migrante internacional con participación de la población migrante.	Diagnóstico sociodemográfico y sanitario de la población migrante internacional formulado o actualizado con participación de la población migrante.	Dicotómico (posee diagnóstico vigente Sí/No).	Cumple / No cumple a diciembre.	15%	Diagnóstico sociodemográfico y sanitario comunal de la población migrante internacional vigente
		2.2 Formulación de un plan local con pertinencia	Porcentaje de implementación del Plan local anual con	$\text{N}^\circ \text{ actividades desarrolladas del plan} / \text{N}^\circ \text{ actividades}$	30% al de julio; 100% a	15% (para Servicios de Salud sin componente	Plan local anual con pertinencia intercultural para mejorar el



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/ALVZ20-053>

		intercultural para mejorar el acceso a la atención de salud de la población migrante.	pertinencia intercultural para mejorar el acceso a la atención de salud de la población migrante.	comprometidas en el plan *100	diciembre.	3) 10% (en Servicios de Salud con componente 3)	acceso a la atención de salud de la población migrante: formulado e implementado según OO.TT. y pauta.
		2.3 Formación a funcionarios de la red para reforzar habilidades interculturales marco normativo de derechos de salud de las personas migrantes.	Porcentaje de funcionarios capacitados que aprueban capacitación en migración y salud.	(funcionarios capacitados y aprobados en migración y salud en el año t/ funcionarios capacitados en migración y salud en el año t) *100	30% al de julio; 100% a diciembre.	15%	-Listado(s) de personas asistentes y aprobadas por parte de la entidad capacitadora.
		2.4 Monitoreo del sistema registro de información en relación con la población migrante internacional con respecto a pauta de evaluación.	Aplicación de la pauta de evaluación sobre registro de información.	Dicotómico (aplica pauta de evaluación Sí/No).	Cumple / No cumple a diciembre.	15%	Informe de aplicación de la pauta de evaluación sobre registro de información a nivel comunal y por establecimiento.
3. Atenciones a población migrante internacional residente en Chile en situación migratoria irregular de regiones priorizadas.	Mejorar la respuesta de salud a las personas migrantes en situación de vulnerabilidad durante el ingreso, tránsito y destino, mediante el fortalecimiento de la red de salud de las regiones y SS priorizados.	3.1 Evaluación del estado de salud general de las personas migrantes en situación de vulnerabilidad, orientación funcionamiento del sistema de salud y derivación a la red local de salud y al intersector, cuando corresponda	Tasa de variación porcentual de personas migrantes internacional es residentes en Chile atendidas por duplas sociosanitarias	((Número de personas migrantes Internacionales residentes en Chile atendidas por duplas sociosanitarias en el año t - Número de personas migrantes internacional residentes en Chile atendidas por duplas sociosanitarias en el año t -1) Número de personas migrantes internacional residentes Chile atendidas por duplas sociosanitarias en el año t - 1)) *100	30% al 31 de julio; 100 % diciembre.	15% (solo en regiones y SS priorizados que reciben recursos para este fin)	- Registros en plataforma MIDAS - Módulo Primera respuesta a migrantes



Rehabilitación Integral en la Red de Salud

COMPONENTE	INDICADOR	FÓRMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACIÓN
Rehabilitación Integral y Refuerzo de Rehabilitación en Atención Primaria	Personas que recuperan o fortalecen su participación en comunidad, producto de la intervención del programa.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ personas ingresadas que recupera o fortalece su participación en comunidad}}{\text{Total de personas ingresadas con PTI}} * 100$	35%	30%	REM A28
	% de personas ingresadas que cuenta con Plan de Tratamiento Integral consensuado e informado.	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas ingresadas que cuenta con PTI}}{\text{Total de personas ingresadas}} * 100$	75%	30%	REM A28
	% Altas terapéuticas del total de ingresos en el año	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de egresos por alta realizadas en el año}}{\text{Total de Ingresos con PTI en el año}}$	60%	25%	REM 28

Indicadores Complementarios (por componente):

COMPONENTE	INDICADOR	FÓRMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACIÓN
Rehabilitación Integral y Refuerzo de Rehabilitación en Atención Primaria	% de personas ingresadas con PTI que asiste a intervención grupal	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de personas en intervención grupal}}{\text{N}^\circ \text{ de personas ingresadas con PTI}}$	40%	15%	REM 28

Resolutividad en Atención Primaria

Componente	Indicador	Fórmula de Cálculo	Peso	Fuente N°1	Fuente N°2
1. Especialidades	1.1. Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas oftalmología	Numerador: N° consultas oftalmología realizadas por el Programa de Salud.	25%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS
		Denominador: N° de consultas de oftalmología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
	1.2. Cumplimiento de la actividad proyectada en consultas de otorrinolaringología	Numerador: N° consultas otorrinolaringología realizadas por el Programa de Salud.	20%	REM A29	Disminución de LE Abierta destino APS
		Denominador: N° de consultas de otorrinolaringología comprometidos en el Programa de Salud.		Programación acordada entre SS y MINSAL	LB de LE Abierta al cierre del año t-1
	1.3. Cumplimiento de la actividad de Tele oftalmología	Numerador: N° informes de consultas realizadas e informadas de Tele oftalmología.	5%	REM A29	
		Denominador: N° de informes y consultas de		Programación acordada entre	



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/ALVZ20-053>

		Tele oftalmología programadas.		SS y HD MINSAL	
	1.4. Cumplimiento de la actividad de Tele dermatología	Numerador: N° informes de consultas realizadas e informadas de Tele dermatología. Denominador: N° de informes y consultas de tele dermatología programadas	5%	REM A29 Programación acordada entre SS y HD MINSAL	Disminución de LE Abierta destino APS LB de LE Abierta al cierre del año t-1
2. Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad	2.1. Cumplimiento de la actividad programada	Numerador: N° procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad realizados. Denominador: N° de procedimientos cutáneos quirúrgicos de baja complejidad programados.	25%	REM A29 Programación acordada entre SS y MINSAL	Disminución de LE Abierta destino APS LB de LE Abierta al cierre del año t-1
3. Prevención de Cánceres Digestivos	3.1. Cumplimiento de la actividad programada prevención primaria de cáncer gástrico	Numerador: N° de pruebas diagnósticas no invasivas para <i>H. Pylori</i> realizadas. Denominador: N° pruebas diagnósticas no invasivas para <i>H. Pylori</i> programadas.	2%	Plataforma REDCap Programación acordada entre SS y MINSAL	
	3.2. Cumplimiento de la actividad programada prevención secundaria de cáncer gástrico	Numerador: N° de pruebas de panel serológico gástrico realizadas. Denominador: N° pruebas de panel serológico gástrico programadas.	3%	Plataforma REDCap Programación acordada entre SS y MINSAL	
	3.3. Cumplimiento de la actividad programada prevención secundaria de cáncer colorrectal	Numerador: N° de pruebas FIT realizadas. Denominador: N° de pruebas FIT programadas.	5%	Plataforma REDCap Programación acordada entre SS y MINSAL	
	3.4. Cumplimiento de la actividad proyectada en procedimientos endoscópicos digestivos	Numerador: N° procedimientos endoscópicos digestivos realizados por el Programa de Salud. Denominador: N° de consultas y procedimientos endoscópicos digestivos comprometidos en el Programa de Salud.	10%	REM A29 Programación acordada entre SS y MINSAL	



Estrategias de Intervención de Urgencia en Atención Primaria

DISPOSITIVO	NOMBRE	FORMULA	META	MEDIO VERIFICACION
SAPU	Atenciones médicas de urgencia en base a la demanda	<p>Numerador: N° total de consultas médicas en establecimientos SAPU</p> <p>Denominador: N° total de demanda de urgencia en establecimientos SAPU.</p>	Cubrir al menos el 95% de la demanda	<p>Numerador: REM A08 Sección A2: atenciones de urgencia realizadas en SAPU, SAR. Médico</p> <p>Denominador: REM A08 Sección A2: atenciones de urgencia realizadas en SAPU y SAR. Demanda de urgencia</p>

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECIFICO	INDICADOR	FORMULA	META	MEDIO VERIFICACION
Optimización de la Red Local y consultas de urgencia	Gestionar la demanda de la atención de urgencia que requiera de consultas y referencias a niveles de mayor complejidad como las UEH y a su vez favorecer la continuidad de la atención de la población consultante en el dispositivo de urgencia	Índice de atenciones de urgencia sobre atenciones de morbilidad	<p>Numerador: Número total de atenciones de urgencia en establecimientos SAPU.</p> <p>Denominador: Número total de atenciones de morbilidad en el establecimiento de salud.</p>	Índice <1	<p>Numerador: REM A08 Sección A2: atenciones de urgencia realizadas en SAPU, SAR. Médico</p> <p>Denominador: REM A04 Sección A. consultas médicas.</p>
		Porcentaje de atenciones categorizadas C5 en SAPU	<p>Numerador: Numero de atenciones C5 realizadas en SAPU</p> <p>Denominador: Número total de atenciones realizadas en SAPU*100</p>	Disminuir respecto del año anterior	<p>Numerador: REM A08 Sección B: categorización de pacientes previa a la atención médica, categoría C5</p> <p>Denominador: REM A08 Sección A.2: atenciones de urgencia realizadas en SAPU y SAR</p>
Traslados a establecimientos de mayor complejidad	Derivar, trasladar oportunamente, en condiciones de compensación y seguridad, aquellos pacientes que, por la complejidad del caso o la necesidad de recursos requeridos para su manejo, deba ser atendido en un establecimiento de mayor complejidad de la red de urgencia correspondiente	Derivaciones a centros de mayor Resolutividad	<p>Numerador: N° de traslados a establecimientos de mayor Resolutividad</p> <p>Denominador: N° total de atenciones médicas en SUR</p>	No aplica	<p>Numerador: REM A08 Sección M, critico, no critico, vía terrestre, NO SAMU</p> <p>Denominador: REM A08 Sección A5, Medico.</p>
COMPONENTE	OBJETIVO ESPECIFICO	INDICADOR	FORMULA	META	MEDIO VERIFICACION



Actividades, controles odontológicos y consultas de morbilidad odontológica en SAPUDENT	Mejorar la accesibilidad de la atención odontológica de urgencia, otorgando atención odontológica inmediata a la demanda de la población, en horarios complementarios a los del funcionamiento de los centros de salud de la APS	Consultas de morbilidad y/o controles odontológicos realizados en establecimientos con estrategia SAPUDENT	Numerador: Número total de consultas odontológicas de morbilidad y controles odontológicos realizados en establecimientos SAPUDENT Denominador: Número de población Fonasa beneficiaria	No aplica	Numerador: REM A09 Sección A: Denominador: Población beneficiaria Fonasa correspondiente
		Actividades odontológicas realizadas en establecimientos con estrategia SAPUDENT	Numerador: Número total de actividades recuperativas realizadas en SAPUDENT Denominador: Número total de consultas de morbilidad realizadas en SAPUDENT * 100	No aplica	Numerador: REM A09 Sección B Denominador: REM A09 Sección A

Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS

Componente 1: Detección precoz de cáncer cérvico uterino					
SUB COMPONENTE	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE*	META	PESO RELATIVO
1.1 Acceso y disponibilidad de controles ginecológicos preventivos en los establecimientos de APS en extensión horaria y otras estrategias acceso territorial	1.1.1 Variación porcentual de tamizajes CaCu tomados a mujeres de 25 a 64 años año t en relación con el año t-1	(Tamizaje CaCu tomados en mujeres de 25 a 64 años, año t- tamizaje CaCu tomados en mujeres de 25 a 64 años, año t-1 / Tamizaje CaCu tomados en mujeres de 25 a 64 años, año t-1) x 100	REM A01 Sección G Programa de cáncer de cuello uterino: PAP Sección H Programa de cáncer de cuello uterino: VPH (sólo en tamizaje primario) **	Julio: Aumento en 10% de PAP tomados al corte respecto al mismo periodo año anterior Diciembre: Aumento en 10% de PAP tomados respecto diciembre año anterior *Aquellas comunes que tengan 80 % de cobertura de tamizaje, la meta será mantener o incrementar los PAP tomados	20%
	1.1.2 Porcentaje de tamizajes CaCu tomados a mujeres de 25 a 64 años a diciembre del año t en la estrategia PRAPS	(Nº de tamizajes CaCu tomados a mujeres de 25 a 64 años en la estrategia PRAPS año t/ Nº de tamizajes CaCu programados a mujeres de 25 a 64 años en la estrategia PRAPS año t) x 100	-REM BM 18A sección B, Ginecología fila: "toma de muestra de PAP (PRAPS)" -Registro local	Julio: 35% cumplimiento de programación Diciembre: 100% cumplimiento de programación	35%
1.2 Contactabilidad y rescate de personas con tamizaje no vigente para cáncer cervicouterino.	1.2.1 Porcentaje de mujeres no vigentes para tamizaje CaCu con contacto efectivo realizado (rescate)	(Nº mujeres no vigentes para tamizaje CaCu con contacto efectivo realizado año t / Nº mujeres no vigentes para tamizaje CaCu a contactar según cupos de agenda, año t) x 100	-Registro local -Planilla Monitoreo	Julio: 30% Diciembre: 63%***	10%



	1.2.2 Porcentaje de mujeres contactadas y agendadas para tamizaje CaCu	(N° mujeres con contacto efectivo para tamizaje CaCu en el año t / N° mujeres contactadas para tamizaje de cáncer cervicouterino en el año t) x 100	-Registro local -Planilla Monitoreo	Julio: 70% Diciembre: 70%	5%
1.3 Resultados tamizajes CACU	1.3.1 Razón de resultados de PAP positivos preinvasores/invasores	N° de PAP positivos preinvasores/ N° de PAP positivos invasores	-REM A01, sección G -Planilla Monitoreo	Establecer línea base de enero a diciembre año 2026 y siguientes Este indicador permitirá establecer una línea base para evaluar la efectividad del programa, esperando identificar una mayor proporción de lesiones preinvasoras en comparación con las invasoras.	

Componente 2: Tratamiento de mujeres en el período de Climaterio					
SUBCOMPONENTE	INDICADOR	FÓRMULA	FUENTE	META	PESO RELATIVO
2.1 Resolutividad para mujeres en etapa de climaterio que requieren atención de especialista ginecólogo/a	2.1 Porcentaje de cumplimiento de la actividad proyectada en consultas y procedimientos de ginecología	(Numerador: N° de mujeres en etapa de climaterio atendidas por consulta ginecológica/ Denominador: N° total de consultas ginecológicas programadas) x100	REM A29, sección I*	Julio: 40% Diciembre: 100%	30 %

Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS

COMPONENTE	OBJETIVO ESPECÍFICO	INDICADOR	FÓRMULA	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACIÓN
Personas con enfermedades oncológicas que disminuyen su sufrimiento	Determinar el porcentaje de personas con enfermedades oncológicas que disminuyen su sufrimiento respecto al número de personas que requieren cuidados paliativos por enfermedad no oncológica en el programa de CPU en la APS en el año t.	Porcentaje de personas con enfermedad no oncológica que disminuyen su sufrimiento en el año t.	$(n^{\circ} \text{ personas con enfermedades oncológicas que disminuyen su sufrimiento en el año } t / n^{\circ} \text{ de personas que requieren cuidados paliativos por enfermedad no oncológica en el año } t) * 100$	40%	Numerador: fuente REM A33 Denominador: fuente MINSAL
Atención domiciliaria en personas con enfermedades oncológicas	Determinar el porcentaje de atenciones domiciliarias realizadas en personas con enfermedades no oncológicas en relación con el total de las atenciones realizadas en personas con enfermedades no oncológicas en el programa de CPU en	Porcentaje de atenciones domiciliarias realizadas a personas con enfermedades no oncológicas en el programa de CPU en la APS el año t.	$(n^{\circ} \text{ de atenciones domiciliarias realizadas a personas con enfermedades no oncológicas del programa de cuidados paliativos universales en la APS del año } t / n^{\circ} \text{ total atenciones}) * 100$	40%	Fuente REM A33



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/ALVZ20-053>

	la APS el año t.		realizadas a personas con enfermedades no oncológicas por el programa de cuidados paliativos universales en la APS durante el año t) * 100		
Capacitaciones de funcionarios/as del equipo de CPU en APS y Hospitales comunitarios	Promover la capacitación del equipo de salud de APS y Hospitales comunitarios en el programa de CPU en la APS el año t.	Porcentaje de funcionarios/as de APS y Hospitales comunitarios con capacitación vigente en CPU en la APS en el año t.	(nº de funcionarios/as del equipo de CPU con capacitación vigente en el año t/ nº total de funcionarios/as del equipo de CPU en la APS en el año t) *100	20%	Fuente Local

Atención Integral al Desarrollo Infantoadolescente (TEA)

Indicadores de propósito

COMPONENTE	INDICADOR	FÓRMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACIÓN
Diagnóstico y Tratamiento del TEA en APS	% NNA diagnosticados con TEA en APS.	Nº de NNA confirmados con TEA en el año / Nº de NNA evaluados por TEA en el año *100	Línea base	10%	Registro Local
Apoyos y Rehabilitación para NNA	% Personas que recuperan o fortalecen su participación en comunidad, producto de la intervención del programa.	Nº personas ingresadas que recupera o fortalece su participación en comunidad / Total de personas ingresadas*100	30%	25%	REM A28
	% de personas ingresadas que cuenta con Plan de Tratamiento Integral consensuado e informado.	Nº de personas ingresadas que cuenta con PTI / Total de personas ingresadas *100	75%	30%	REM A28
	% Altas terapéuticas del total de ingresos en el año	Nº de egresos por alta realizadas en el año / Total de ingresos con PTI en el año	40%	20%	REM A28

Indicadores Complementarios (por componente):

COMPONENTE	INDICADOR	FÓRMULA	META	PESO RELATIVO	MEDIO VERIFICACIÓN
Capacitación	% Equipos de salud capacitados*	1º año de ejecución Nº de personas capacitadas / Nº de personas contratadas por el programa *100 2º año en adelante Nº de funcionarios capacitados / Nº de funcionarios definidos	100%	15%	Informe de SS



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/ALVZ2O-053>

		a capacitar *100			
--	--	------------------	--	--	--

*Para los equipos en segundo año de implementación, deberán enviar en abril la nómina de integrantes del equipo de salud a capacitar en dicho año.

QUINTA: De los montos comprometidos

En virtud del presente convenio el Servicio transfiere a la Municipalidad la suma de **\$3.930.058.166.- (tres mil novecientos treinta millones cincuenta y ocho mil ciento sesenta y sies pesos)** para la presente anualidad, los que estarán íntegramente destinados a financiar los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud, individualizados en cláusula primera del presente instrumento.

Los recursos que se asignan a la Municipalidad para alcanzar el propósito y cumplimiento Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud, objeto del presente convenio se desglosan de la siguiente manera:

PRAPS	ASIGNACION DE RECURSOS EN LA PRESENTE ANUALIDAD \$
Salud Mental y Bienestar Psicosocial	\$290.946.239.-
Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)	\$311.112.398.-
Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial, Chile Crece Contigo (PADBP)	\$130.608.199.-
Espacios Amigables para Adolescentes	\$35.196.861.-
Salud Respiratoria	\$54.434.386.-
Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en APS	\$384.028.007.-
Estrategia de Salud Bucal	\$569.720.113.-
Imágenes Diagnósticas en APS	\$254.071.070.-
Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria	\$36.613.865.-
Más Adultos Mayores Autovalentes	\$116.973.533.-
Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes	\$24.316.222.-
Rehabilitación Integral en la Red de Salud	\$113.153.273.-
Resolutividad en Atención Primaria	\$340.424.657.-
Estrategias de Intervención de Urgencia en Atención Primaria	\$731.573.568.-
Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS	\$21.623.267.-
Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS	\$294.367.500.-
Atención Integral al Desarrollo Infantoadolescente (TEA)	\$220.058.166.-



El gasto que irrogue el convenio deberá ser imputado a la cuenta 24-03-298-002 del presupuesto de la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Norte, de la presente anualidad.

La Municipalidad se compromete a cumplir los objetivos establecidos en el presente convenio y a implementar y desarrollar las acciones señaladas para cada programa, de acuerdo a los montos asignados para ello, **quedando expresamente prohibido el uso de dichos recursos para una finalidad diversa a la prescrita y detallada en cláusula tercera según el programa que corresponda.**

Los programas que tengan asignado recursos por ítem con un monto definido, en caso de requerir redistribución, se debe solicitar por ordinario a referente técnico del servicio de salud.

Los recursos serán transferidos a la Municipalidad, dependiendo del programa que se trate, de acuerdo a lo que se indica a continuación:

PRAPS	PORCENTAJE DE TRANSFERENCIAS
Salud Mental y Bienestar Psicosocial	70% / 30%
Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF)	DUODECIMAL (12 CUOTAS)
Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial, Chile Crece Contigo (PADBP)	50% / 50%
Espacios Amigables para Adolescentes	70% / 30%
Salud Respiratoria	100% (UNA CUOTA)
Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en APS	70% / 30%
Estrategia de Salud Bucal	70% / 30%
Imágenes Diagnosticas en APS	70% / 30%
Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria	70% / 30%
Mas Adultos Mayores Autovalentes	70% / 30%
Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes	70% / 30%
Rehabilitación Integral en la Red de Salud	70% / 30%
Resolutividad en Atención Primaria	70% / 30%
Estrategias de Intervención de Urgencia en Atención Primaria	DUODECIMAL (12 CUOTAS)
Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS	70% / 30%
Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS	70% / 30%
Atención Integral al Desarrollo Infantoadolescente (TEA)	70% / 30%



TRANSFERENCIAS DE RECURSOS	MONTO CUOTAS A TRANSFERIR POR PORCENTAJE
Los recursos asignados que deban transferirse en 2 cuotas, se realizarán de acuerdo a:	
Cuota 1 (70% o 50% según corresponda)	
Cuota 2 (30% o 50% según corresponda)	
Requisito para transferencia Cuota 1	Total, tramitación del Convenio y Resolución respectiva.
Requisito para transferencia Cuota 2	La segunda cuota se transferirá en octubre y estará sujeta a la rendición por parte de la Municipalidad y a la evaluación de cumplimiento de metas correspondiente al primer corte indicado en cada programa.

La transferencia de la segunda cuota, en el caso de programas financiados en dos cuotas, así como de las segundas y siguientes cuotas respecto de programas de carácter duodecimal, se realizará de acuerdo a la rendición por parte de la Municipalidad y a los resultados de la evaluación realizada en la forma y tiempo indicada en clausula cuarta del convenio suscrito entre las partes, dependiendo del programa respectivo, de acuerdo al siguiente desglose:

- **Salud Mental y Bienestar Psicosocial**

Porcentaje de cumplimiento de metas del programa (corte 31 de julio)	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
≥ 50%	0%
Entre 40% y 49%	25%
Entre 30% y 39%	50%
Entre 20% y 29%	75%
Menos del 20%	100%

- **Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF).**

La reliquidación se aplicará una vez realizadas las evaluaciones semestrales:

Reliquidación (octubre): en base a los resultados de la evaluación con corte al 30 de julio.

El monto por reliquidar corresponderá proporcionalmente al grado de incumplimiento de los indicadores, descontándose de la transferencia siguiente.

- **Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial en la Red Asistencial, Chile Crece Contigo (PADBP).**

Porcentaje de cumplimiento de metas del programa (corte 31 de agosto)	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (50%)
≥ 60%	0%
Menos del 60%	Entrega de recursos será proporcional al porcentaje de incumplimiento



- **Espacios Amigables para Adolescentes.**

Porcentaje de cumplimiento de metas del programa (corte 31 de julio)	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
50%	0%
Entre 40% y 49,99%	50%
Entre 30% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%

- **Salud Respiratoria.**

Este Programa no está afecto a reliquidación, no obstante, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente programa de salud.

- **Fondo de Farmacia para Enfermedades Crónicas no Transmisibles en APS.**

Porcentaje de cumplimiento de metas del programa (corte 30 de junio)	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
≥ 70%	0%
Entre 60% y 69,99%	25%
Entre 50% y 59,99%	50%
Entre 40% y 49,99%	75%
Menos a 40%	100%

- **Estrategia de Salud Bucal.**

Porcentaje de cumplimiento de metas del programa (corte 31 de agosto)	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
45% o más	0%
Entre 35% y 44,9%	50%
Entre 25% y 34,9%	75%
Menos del 25%	100%

- **Imágenes Diagnosticas en APS.**

Porcentaje de cumplimiento de metas del programa (corte 31 de agosto)	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
≥ 50%	0%
Entre 40% y 49,99%	50%



Entre 30% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%
0%	Rescindir convenio

- **Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria.**

Porcentaje de cumplimiento de metas del programa (corte 31 de agosto)	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
≥ 60%	0%
Menos del 60%	Entrega de recursos será proporcional al porcentaje de incumplimiento

- **Mas Adultos Mayores Autovalentes.**

Porcentaje de cumplimiento de metas del programa (corte 31 de agosto)	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
≥ 60%	0%
Entre 50% y 59,99%	25%
Entre 40% y 49,99%	50%
Entre 30% y 39,99%	75%
Menos del 30%	100%

- **Acceso a la Atención de Salud a Personas Migrantes.**

Porcentaje de cumplimiento de metas del programa (corte 31 de julio)	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
30%	0%
Entre 20% y 29,9%	50%
Entre 10% y 19,9%	75%
Menos del 10%	100%

- **Rehabilitación Integral en la Red de Salud.**

Porcentaje de cumplimiento de metas del programa (corte 31 de julio)	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
60%	0%
Entre 40% y 59,9%	50%
Entre 30% y 39,9%	75%
Menos del 30%	100%



- **Resolutividad en Atención Primaria.**

Porcentaje de cumplimiento de metas del programa (corte 31 de agosto)	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
50% y más	0%
Entre 40% y 49,99%	50%
Entre 30% y 39,99%	75%
Menos del 29,99%	100%
0%	Rescindir convenio

- **Estrategias de Intervención de Urgencia en Atención Primaria.**

En relación con los cumplimientos de acciones y metas requeridos, para recibir el total de recursos anuales, entendido que el Programa de Salud no tiene reliquidación, excepcionalmente cuando existan razones fundadas que causan el incumplimiento, la comuna podría apelar a la Dirección del Servicio de Salud respectivo, acompañando un Plan de Trabajo que comprometa el cronograma para el cumplimiento de las metas, el cual debe considerar un tiempo no superior a 12 meses. A su vez el Servicio de Salud, una vez analizadas y avalada la correspondiente solicitud, podría solicitar a MINSAL la no reliquidación y/o solicitud de redistribución de recursos dentro del mismo Programa de Salud, quién determinará en última instancia si procede o no a aceptar solicitudes de justificación de incumplimiento de metas e indicadores.

Finalmente, el no cumplimiento de las actividades y metas anuales podrá incidir en la menor asignación de recursos para el año siguiente, según exista continuidad del presente Programa de Salud.

- **Continuidad de Cuidados Preventivos y de Tratamiento en APS.**

Porcentaje de cumplimiento de metas del programa (corte 31 de julio)	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
60%	0%
Entre 50% y 59,9%	50%
Entre 40% y 49,9%	75%
Menos del 40%	100%

- **Apoyo a los Cuidados Paliativos Universales en APS.**

Porcentaje de cumplimiento de metas del programa (corte 30 de julio)	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
56% o más	0%
Entre 43% y 55,9%	50%
Entre 30% y 42,9%	75%



Menos del 30%	100%
---------------	------

- **Atención Integral al Desarrollo Infantoadolescente (TEA).**

Porcentaje de cumplimiento de metas del programa (corte 31 de julio)	Porcentaje de descuento de la segunda cuota de recursos (30%)
50%	0%
Entre 40% y 49,9%	50%
Entre 30% y 39,9%	75%
Menos del 30%	100%

SEXTA: De la Ejecución, Rendición y Reliquidación

El Servicio de Salud Metropolitano Norte, a través de la unidad técnica correspondiente y del referente técnico del programa, será responsable de la supervisión y control de la correcta ejecución de las actividades convenidas, así como del adecuado uso de los recursos transferidos, sin perjuicio de las facultades fiscalizadoras de la Contraloría General de la República.

Por su parte, la Municipalidad, en su calidad de receptora de los recursos, se obliga a ejecutar las actividades objeto del presente convenio conforme a sus términos, destinando los fondos exclusivamente al cumplimiento de los objetivos y acciones comprometidas.

Los recursos transferidos podrán ser utilizados para efectuar gastos inherentes a los objetivos del presente convenio, establecido en clausula tercera y según la asignación de recursos indicada en cláusula quinta.

Se deja expresa constancia que la rendición de cuentas de las transferencias objeto del presente convenio se regirá por las disposiciones de la Resolución Exenta N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República, que fija normas de procedimiento sobre rendición de cuentas. Con todo, a contar del 1 de julio de 2026, dichas rendiciones se regirán por lo dispuesto en la Resolución N°2 de 2026 de la Contraloría General de la República, o por la norma que las sustituya, de conformidad con su régimen de vigencia y disposiciones transitorias.

La Municipalidad deberá rendir cuenta mensual de los recursos transferidos y de la ejecución de las actividades, dentro de los primeros 15 días hábiles administrativos del mes siguiente al que se informa, incluso en aquellos meses en que no exista gasto o ejecución.

La rendición deberá mantenerse actualizada y disponible para su examen por la Contraloría General de la República.

En cuanto al contenido de la rendición, la Municipalidad deberá sujetarse a las instrucciones impartidas por la Contraloría General de la República y en especial, a la Resolución N° 30 de 2015, Resolución N°2 de 2026 ambas de dicho organismo, o a las normas que las reemplacen, según corresponda conforme al período a que se refiera la rendición.



La rendición de cuentas deberá efectuarse a través del Sistema de Rendición Electrónica de Cuentas (SISREC) o del sistema homologado autorizado por la Contraloría General de la República. La Municipalidad será responsable de la veracidad, integridad y oportunidad de la información ingresada en dicho sistema, así como de la custodia de la documentación de respaldo.

Podrán incluirse en la rendición de cuentas los gastos ejecutados a contar del 01 de enero de la presente anualidad, esto es, con anterioridad a la entrada en vigencia del presente convenio, fundado en razones de continuidad y buen servicio, atendida la naturaleza permanente y esencial de las prestaciones de Atención Primaria de Salud, la necesidad de evitar la interrupción de la atención a la población beneficiaria y de resguardar la oportunidad y eficacia de las acciones sanitarias.

Por su parte, el Servicio de Salud Metropolitano Norte revisará las rendiciones de cuentas presentadas por la Municipalidad, con el objeto de verificar la correcta inversión de los recursos transferidos y el cumplimiento de los objetivos del convenio, conforme a los plazos, procedimientos y formalidades establecidos en la Resolución Exenta N°30 de 2015 de la Contraloría General de la República o, en su caso, en la Resolución N°2 de 2026 de dicho organismo, según resulte aplicable, considerando especialmente lo dispuesto en sus disposiciones transitorias. En cualquier caso, el plazo máximo para pronunciarse sobre el informe final será de seis meses, contado desde el término de la ejecución del convenio.

Lo anterior, sin perjuicio de las facultades de fiscalización que al efecto le correspondan a la Contraloría General de la República.

El Servicio no podrá transferir nuevos recursos mientras existan rendiciones de cuentas exigibles no presentadas por parte de la Municipalidad, salvo casos debidamente fundados.

Cuando existan saldos no utilizados, rechazados o no rendidos o cuyos gastos hayan sido destinados a fines distintos a los establecidos en el presente convenio o ellos no hayan sido rendidos con los respectivos documentos de respaldo, la Municipalidad deberá reintegrarlos a rentas generales de la nación, debiendo hacerlo a más tardar dentro del mes siguiente al cierre de la rendición de cuentas del presente convenio.

Por último, las partes establecen que la obligación de rendir cuenta subsistirá respecto de la Municipalidad, aun cuando la ejecución se realice a través de unidades internas, tales como el Departamento de Salud, debiendo adoptar las medidas necesarias para asegurar la correcta rendición y control de los recursos.

SÉPTIMA: De la Responsabilidad

Se deja expresa constancia que el Servicio no asume responsabilidad financiera mayor a aquella señalada en la cláusula quinta del presente acuerdo, por lo que en caso que la Municipalidad se exceda en los gastos vinculados al respectivo Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud, será de su exclusiva responsabilidad el pago de aquellas obligaciones.



OCTAVA: Del Plazo de Ejecución de las Actividades y de la Vigencia del Convenio

La vigencia del presente convenio, comenzará a regir una vez sea totalmente tramitado el acto administrativo que lo apruebe, y se extenderá hasta **la aprobación de la rendición de cuentas o la restitución de los saldos no ejecutados, rendidos u observados**, que realice la Municipalidad, la que **no podrá excederse del 31 de julio de la siguiente anualidad**.

Sin perjuicio de lo anterior, y por razones de buen servicio, la ejecución de las actividades del presente convenio se extiende **desde el 01 de enero y hasta el 31 de diciembre del año en curso**, esto es con anterioridad a la fecha de vigencia del presente convenio, en los términos de lo dispuesto en el artículo 52 de la Ley 19.880.

No obstante, lo anterior, la transferencia estará condicionada a la total tramitación del acto administrativo que apruebe el presente convenio, tomado de razón, salvo el anticipo que puede autorizar el Servicio por el monto y en los términos previstos en la Ley 21.796 sobre Ley de Presupuesto del Sector Público, partida 16, correspondiente al Fondo Nacional de Salud, Capítulo 02, Programa 02, Glosa 2.

Las partes acuerdan que el presente convenio y sus modificaciones se prorrogarán automáticamente, siempre que los programas a ejecutar cuenten con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuesto del Sector Público del año respectivo, sin perjuicio de su término por alguna de las causales pactadas o que las partes acuerden de común acuerdo su finalización, por motivos fundados.

Sin perjuicio del carácter automático de la prórroga, la transferencia de recursos para las siguientes anualidades, en caso de que opere dicha prórroga, deberá sujetarse a lo dispuesto en el artículo 11 numeral 11.4 de la Resolución N°36 de 2024 de la Contraloría General de la República o la que la reemplace.

NOVENA: De las modificaciones del convenio

Las partes podrán modificar el presente convenio, de común acuerdo y según lo previsto en los lineamientos ministeriales o a través de modificaciones de las resoluciones aprobatorias de los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud individualizados en la cláusula primera precedente o de distribución de recursos de dichos programas.

Las modificaciones que se pacten al presente instrumento deberán sancionarse por un acto administrativo sujeto a trámite de toma de razón, conforme a la legislación vigente.

DÉCIMA: Del término del convenio.

El convenio podrá terminarse, previa resolución fundada del Director(a) del Servicio, y sin forma de juicio, por las siguientes causales:

1. Por vencimiento del plazo, sin que haya operado la prórroga automática por no contar con disponibilidad presupuestaria según la ley de presupuesto del Sector Público del año respectivo.
2. Resciliación o mutuo acuerdo.
3. Caso fortuito o fuerza mayor.



4. Por exigirlo el interés público o la seguridad nacional, razones de ley o de la autoridad ministerial de salud, dictadas en caso de epidemias, pandemias u otras emergencias sanitarias en el país, que hagan imperiosa su inmediata terminación.

DÉCIMA PRIMERA: De la protección de datos

Las partes se obligan a guardar absoluta reserva y confidencialidad, obligación extensible a sus funcionarios y prestadores de servicio, de todos aquellos datos respecto de los cuales tengan acceso con ocasión del presente convenio y que, conforme a la Ley N°19.628 sobre de Protección de la Vida Privada, puedan ser considerados datos personales, como ocurre con el nombre, RUT, domicilio, estado civil, nivel educacional; y/o datos sensibles, como lo son los hábitos personales, el origen racial, ideologías y opiniones políticas, las creencias o convicciones religiosas, los estados de salud físicos o psíquicos y la vida sexual.

La divulgación, parcial o total, a través de cualquier medio, de la información referida por parte de una de las partes o de sus funcionarios o prestadores de servicio durante la vigencia del presente convenio o después de su finalización, dará lugar a la otra parte a entablar las acciones judiciales que correspondan contra la parte incumplidora.

Las partes expresamente pactan la solidaridad en la responsabilidad que le correspondan a sus funcionarios y prestadores de servicio, por los actos que hayan ejecutado en infracción de la obligación reserva y confidencialidad prevista en la presente cláusula.

Respecto a la entrega, uso y divulgación de los datos sensibles y datos personales, se estará a lo previsto en la Ley 20.584 y Ley 19.628, especialmente lo dispuesto en su título IV denominado "Del tratamiento de datos personales por órganos públicos" modificado por la Ley 21.719.

DÉCIMA SEGUNDA: Domicilio

Para todos los efectos derivados del presente convenio, las partes fijan sus domicilios en la comuna y ciudad de Santiago, y se someten a la jurisdicción de sus Tribunales.

DÉCIMA TERCERA: De la personería y representación de las partes

La personería del **D. Erik Poblete Torres**, en su calidad de Director (S) del Servicio de Salud Metropolitano Norte, consta en Decreto Exento N°4, de 08 de enero de 2026 del Ministerio de Salud, que establece orden de subrogancia al cargo de Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, en relación con la Resolución RA 215/2024 que nombra en cargo de Alta Dirección Pública al titular de la Subdirección Administrativa, del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

La personería de D. Paulina Bobadilla Navarrete, para actuar en representación del Municipio de Quilicura, consta en Decreto Alcaldicio N° 3996 de fecha 06 de diciembre de 2024.

Documentos que no se insertan por ser conocidos por las partes.



DÉCIMO CUARTA: De las copias y suscripción electrónica

El presente acuerdo en caso de suscripción con firma manual de alguna de las partes, se suscribirá en cuatro ejemplares de igual tenor y fecha, debiendo quedar dos de ellos en poder de cada parte.

En el caso de suscripción electrónica del presente convenio, sea de uno o ambos contratantes, las partes acuerdan que se entenderá por fecha de suscripción la que figure en la última firma electrónica registrada.

**PAULINA BOBADILLA NAVARRETE
ALCALDESA
MUNICIPALIDAD DE QUILICURA**



Este documento ha sido firmado electrónicamente de acuerdo con la ley N° 19.799.

Para verificar la integridad y autenticidad de este documento ingrese al siguiente link:

<https://doc.digital.gob.cl/validador/ALVZ2O-053>