



SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA (IAAPS)

Orientación técnica y metodológica de evaluación

AÑO 2013

23/01/2013

Índice

1. INTRODUCCION.....	2
2. INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	2
2.1. CRITERIOS UTILIZADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL IAAPS	2
2.2. ORIENTACIONES GENERALES DEL IAAPS	3
3. COMPONENTES E INDICADORES DEL INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	4
A. ACTIVIDAD GENERAL.....	4
3.1. INDICADORES DE COBERTURA DE ACCIONES PREVENTIVAS	4
3.1.1. Examen de Medicina Preventiva (EMP)	4
3.1.1.1. Cobertura de Examen de Medicina Preventiva en hombres de 20 a 44 años	5
3.1.1.2. Cobertura de Examen de Medicina Preventiva en mujeres de 45 a 64 años	6
3.1.1.3. Cobertura de Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor	7
3.1.2. Control precoz del embarazo	7
3.1.3. Cobertura examen de salud del adolescente entre 10 a 14 años.....	8
3.2. INDICADORES QUE EVALÚAN OPORTUNIDAD, ACCESIBILIDAD Y EQUIDAD.....	10
3.2.1. Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total	10
3.3. INDICADORES DE RESULTADOS EN PROCESO DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA CON ENFOQUE DE RIESGO. 11	
3.3.1. Evaluación del desarrollo psicomotor	11
3.3.2. Cobertura diabetes mellitus tipo 2	12
3.3.3. Cobertura hipertensión primaria o esencial.....	13
3.4. INDICADORES DE ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO, ENFOQUE FAMILIAR	15
3.4.1. Tasa de visita domiciliaria integral	15
3.4.2. Gestión de reclamos.....	16
B. ACTIVIDAD CON CONTINUIDAD DE ATENCION	17
3.5. Acceso de la población a la atención de salud en horario continuado	17
C. ACTIVIDAD CON GARANTIAS EXPLICITAS	19
3.6. Cumplimiento de GES en Atención Primaria	19
4. PROCEDIMIENTO PARA EVALUACIÓN DEL IAAPS	20
4.1. Importancia relativa de los indicadores por componentes.	20
4.2. Procedimiento de definición de metas y planes de intervención comunal.....	22
4.3. Procedimiento de evaluación	22
4.4. Procedimiento de cálculo de rebaja	24
4.5. Procedimientos con Recursos rebajados a entidades administradoras:.....	25
5. ANEXO	26
Anexo N° 1: Tabla con Indicadores de Actividad General.....	26
Anexo N° 2: Examen anual de Medicina Preventiva del Adulto Mayor	28

ORIENTACIÓN TÉCNICA Y METODOLOGÍA DE EVALUACIÓN INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

1. INTRODUCCION

El Plan de Salud se define como el conjunto de acciones y prestaciones que los establecimientos de atención primaria del sector público ofrecen a las familias beneficiarias¹, que contribuyen a resolver las necesidades de salud de sus integrantes, abordando integralmente los distintos factores que inciden en el proceso salud enfermedad. Las prestaciones se desarrollan enmarcadas en el Modelo de Atención de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario, contenidas en las Orientaciones y Normas vigentes del Ministerio de Salud.

Lo incluido en el Plan, es consistente con el desarrollo del Modelo de Atención de Salud Integral e incorpora todas las acciones que en materia de prevención y curación deben realizar los equipos para dar respuesta a las necesidades de las personas. Incluye, también, las prestaciones que dan cumplimiento a las garantías explícitas en salud (GES), en vigencia desde el año 2005. Existen patologías GES en las cuales el abordaje y resolución son tarea de atención primaria, mientras que en otras la tarea es participar como puerta de entrada a la red asistencial, realizando pesquisa y derivación al nivel secundario.

La evaluación debe ser un proceso de ejecución sistemática para asegurar el buen desarrollo del plan de salud, en el sentido de que sus resultados permitan:

- ▼ Determinar brechas de equidad y calidad, aplicando rebajas o incentivos, dependiendo de los énfasis del mecanismo de evaluación.
- ▼ Otorgar información útil a los Servicios de Salud, que les permita analizar cada realidad local y efectuar las adecuaciones necesarias, para generar mejoras en el aspecto evaluado.

El “**INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA**”, en adelante IAAPS, establece un conjunto de ámbitos a evaluar, con sus respectivos indicadores y funciona aplicando rebajas ante los incumplimientos. Las prestaciones que evalúa se definen en el **Decreto Nº 82 del 24 de diciembre de 2012**, firmado por: el Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y la Subsecretaría de Desarrollo Regional, respectivamente.

2. INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

2.1. CRITERIOS UTILIZADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DEL IAAPS

La aplicación del Índice de Actividad de la Atención Primaria ha permitido evaluar la pertinencia de algunos indicadores y las dificultades en la medición de otros. Siempre en la perspectiva de perfeccionar el mecanismo de evaluación, para el año 2013, el componente de Actividad General cuenta con 11 indicadores, en Actividad con Continuidad de Atención, se incorpora la evaluación de disponibilidad de fármaco trazador y se mantiene la medición de la Actividad GES.

¹ Población inscrita y validada por FONASA, corte a Octubre de cada año

Para la selección de los ámbitos a medir, se han considerado los siguientes criterios:

- ▼ Que se enmarquen en los objetivos sanitarios vigentes.
- ▼ Que conduzcan al cumplimiento de las garantías en atención primaria en los problemas de salud incorporados al sistema GES.
- ▼ Que den cuenta de procesos de la atención primaria que enfatizan el cuidado de la salud a través del enfoque familiar y comunitario y/o su integración a la red asistencial.
- ▼ Que en su conjunto equilibren evaluación de aspectos cuantitativos y cualitativos.
- ▼ Que para la construcción de los indicadores se considere la población inscrita validada para establecimientos municipales y ONG en convenios y la beneficiaria estimada para los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud.
- ▼ Que estén incorporadas en sistemas de registros de uso habitual (REM) y minimicen los monitoreos especiales.

2.2. ORIENTACIONES GENERALES DEL IAAPS

- ▼ El conjunto de indicadores fue definido de manera que todas las comunas comprometan todos los indicadores. En la eventualidad que alguna comuna rural, se vea imposibilitada de cumplir alguna meta, se efectuará una reponderación del índice, otorgando mayor valor a los indicadores remanentes. En todo caso dicha situación deberá ser informada por el Servicio de Salud respectivo y autorizada desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- ▼ La meta nacional no constituye necesariamente un estándar de calidad, sólo refleja los resultados promedio país. Por lo tanto, las metas comprometidas por las comunas conforme sus características epidemiológicas particulares podrían estar por debajo o sobre esta meta nacional, siendo los Servicios de Salud, quienes deberán avalar con estudios la justificación de las modificaciones propuestas y resguardar que en el conjunto de comunas que componen su territorio se alcance la meta nacional. Asimismo la meta comprometida no podrá ser inferior a la lograda el año anterior por cada comuna, en su defecto deberá ser informada por el Servicio de Salud respectivo y autorizada desde la Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- ▼ Los acuerdos de metas alcanzados con las comunas y el Plan de Intervención que asegurará el avance en las comunas que están bajo el promedio nacional deberá ser enviado por el Servicio de Salud a la Subsecretaría de Redes Asistenciales con copia a la División de Atención Primaria conforme se detalla en el punto 4.2.
- ▼ Todos los indicadores constituyentes del IAAPS en su componente de Actividad General tienen como medio de verificación los REM, por lo tanto, es fundamental que la información de estos se encuentre actualizada previamente conforme los plazos definidos en punto 4.3. Dado que estos serán los datos validos para efectos de evaluación del Índice.
- ▼ Se sugiere a los Servicios de Salud, incentivar la participación social, implementando un plan de difusión del IAAPS a la comunidad, de manera de hacer partícipe a los usuarios, del proceso de mejora de procesos y resultados.
- ▼ De la misma manera, incentivar las Sugerencias y Reclamos referidos a la manera que se brinda el Plan de Salud Familiar, financiado con los recursos del sistema per capita.

3. COMPONENTES E INDICADORES DEL INDICE DE ACTIVIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

El Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud para el año 2013, tiene tres componentes:

- A. Componente Actividad General
- B. Componente Actividad de Continuidad de Atención
- C. Componente Actividad con Garantía Explícita en Salud (GES).

De acuerdo a los criterios enumerados, en la Actividad General, se abarcan prestaciones y programas de salud que se desarrollan en el ciclo vital, los cuales se detallan en Anexo N° 1 y que evalúan los siguientes ámbitos:

- Cobertura de Acciones Preventivas
- Oportunidad, Accesibilidad y Equidad
- Resultados en Proceso de Intervención Preventiva con Enfoque de Riesgo.
- Enfoque multidisciplinario, Enfoque familiar

A. ACTIVIDAD GENERAL

3.1. INDICADORES DE COBERTURA DE ACCIONES PREVENTIVAS

3.1.1. Examen de Medicina Preventiva (EMP)

El EMP constituye el componente preventivo del Régimen General de Garantías en Salud, contenido en la Ley 19.966. Corresponde a una evaluación periódica en personas, generalmente asintomáticos, que incluye la realización de exámenes y/o la aplicación de cuestionarios según riesgo, para detectar precozmente aquellas enfermedades o condiciones prevenibles o controlables y reducir con ello la morbilidad y mortalidad asociada. Abarca toda la vida de los individuos.

Dado que se realiza en distintos momentos del ciclo vital, adquiere diferentes nominaciones según la etapa de la vida en la cual se ejecuta; en los preescolares se le llama *control de niño sano*, actividad conocida, valorada y que ha renovado su enfoque a través de los recursos incorporados por el programa de protección social de la infancia desde el año 2007. Luego, se le llama *control de salud escolar* (6 a 9 años 11 meses) y *del adolescente* (10 a 19 años). En la etapa de la adultez y senectud se ha puesto énfasis desde el año 2005 incorporando a los adultos en la ley 19.966 y posteriormente el examen de medicina preventiva del adulto mayor. En estos últimos aspectos se seguirá intencionando activamente la evaluación para mejorar las coberturas, incluyendo perspectiva de género en lo/as adulto/as/.

Este EMP focaliza también en población de riesgo para pesquisa activa de Alcoholismo a través del cuestionario AUDIT, problemas de salud mental, del embarazo y conductas de riesgo para adquirir enfermedades de transmisión sexual, tuberculosis y VIH-Sida, lo que se encuentra en la guía clínica de este examen.

3.1.1.1. Cobertura de Examen de Medicina Preventiva en hombres de 20 a 44 años

La fundamentación es idéntica a la anterior, solamente que focaliza en forma precisa los hombres entre 20 y 44 años.

Indicador: Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), en Hombres de 20 a 44 años.

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
(Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población masculina de 20 a 44 años / Población masculina de 20 a 44 años inscrita, menos población bajo control en Programa Salud Cardiovascular)*100	25%	<p>REM A02 (2013). Sección B. Celda G20 MÁS I20</p> <p>-----</p> <p>Población Masculina Inscrita validada de 20 a 44 años (<i>Menos</i>) REM P04 (2013) Sección A. Celdas F11 + H11 + J11 (Población masculina de 20 a 44 años bajo control en PSCV)</p> <p>DENOMINADOR: 1º Corte a Marzo: Población en Control en el PSCV a Diciembre 2012, más ingresos, menos egresos acumulados de Enero a Marzo.</p> <p>2º Corte a Junio: Población en Control en el PSCV a Junio 2013.</p> <p>3º Corte a Agosto: Población en Control en el PSCV a Junio 2013, más ingresos menos egresos Julio y Agosto..</p> <p>4º Corte a Octubre: Población en Control en el PSCV a Junio 2013, más ingresos, menos egresos Julio a Octubre.</p> <p>5º Corte a Diciembre: Población en Control en el PSCV a Diciembre 2013.</p>

Observaciones: Se intencionará el examen en personas que no tengan evaluación preventiva y en quienes lo soliciten. La construcción del indicador se hará solamente con los EMP realizados en el año, es decir no se incorporará los de años anteriores. Cada año se deberá lograr una cobertura de 25% en población a la cual no se le haya realizado el examen, en los últimos 3 años. De manera sumativa, al final del periodo trienal se logrará una Cobertura de 75% por Servicio de Salud.

Recordar que para el cálculo del 25%, se debe restar a la población de 20 a 44 años, aquella que se encuentra bajo control en el programa cardiovascular, ya que ella tiene su control de salud al día. Se debe poner especial atención de no restar dos veces a una persona que tenga las dos patologías. Los casos se sumarán de forma acumulativa desde enero, hasta cada corte.

Conforme los bajos resultados obtenidos en este indicador, se prioriza e intenciona la pesquisa activa de hombres en horarios vespertinos (apertura hasta las 20 horas) y a través de estrategias de educación con enfoque familiar para captar este grupo focal.

3.1.1.2. Cobertura de Examen de Medicina Preventiva en mujeres de 45 a 64 años

La fundamentación es idéntica a 3.1.1, solamente que focaliza en forma precisa, las mujeres entre 45 y 64 años.

Indicador: Cobertura Examen de Medicina Preventiva (EMP), en Mujeres entre 45 y 64 años.

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
(Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población femenina de 45 a 64 años / Población femenina de 45 a 64 años inscrita, menos población bajo control en Programa Salud Cardiovascular)*100	25%	<p>REM A02 (2013). Sección B. Celda L20 ----- Población Femenina Inscrita validada de 45 a 64 años (Menos) REM P04 (2013). Sección A. Celdas M11 + O11 (Población femenina de 45 a 64 años bajo control en PSCV)</p> <p>DENOMINADOR: 1º Corte a Marzo: Población en Control en el PSCV a Diciembre 2012, más ingresos, menos egresos acumulados de Enero a Marzo. 2º Corte a Junio: Población en Control en el PSCV a Junio 2013. 3º Corte a Agosto: Población en Control en el PSCV a Junio 2013, más ingresos menos egresos Julio y Agosto. 4º Corte a Octubre: Población en Control en el PSCV a Junio 2013, más ingresos, menos egresos Julio a Octubre. 5º Corte a Diciembre: Población en Control en el PSCV a Diciembre 2013.</p>

Observaciones: Se intencionará el examen en personas que no tengan evaluación preventiva y en quienes lo soliciten. La construcción del indicador se hará solamente con los EMP realizados en el año, es decir no se incorporará los de años anteriores. Cada año se deberá lograr una cobertura de 25% en población a la cual no se le haya realizado el examen, en los últimos 3 años. De manera sumativa, al final de periodo trienal se logrará una Cobertura de 75% por Servicio de Salud.

Recordar que para el cálculo del 25%, se debe restar a la población de 45 a 64 años, aquella que se encuentra bajo control en el programa cardiovascular, ya que ella tiene su control de salud al día. Se debe poner especial atención de no restar dos veces a una persona que tenga las dos patologías. Los casos se sumarán de forma acumulativa desde enero, hasta cada corte.

Además en mujeres se intencionará la pesquisa activa de riesgo de canceres.

- El Cáncer Cervicouterino se pesquisa precozmente a través de la toma de papanicolau.
- Entre los factores de riesgo para el Cáncer de mama, se pueden mencionar, el antecedente familiar de cáncer de mama (madre, hermana, tías maternas), antecedentes personales de lesiones pre malignas, cáncer in situ o invasor, factores endógenos endocrinos (edad de menarquia, edad de menopausia, edad de primer embarazo), factores hormonales exógenos (terapia de reemplazo hormonal y factores ambientales (dieta, obesidad, alcohol, sedentarismo).

3.1.1.3. Cobertura de Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor

Las acciones del EMP orientadas a la población adulta mayor tienen como objetivo pesquisar, prevenir y retardar la pérdida de la independencia y autonomía, dado que el elemento que diferencia y marca pronóstico en la vida de las personas mayores es su estado funcional, el cual es posible establecer, intervenir y mejorar, por tanto la pesquisa precoz de riesgo de pérdida de funcionalidad es clave en la salud de las personas mayores. De este modo, diferenciar entre sanos y enfermos, no es la prioridad en este grupo, dado que en su gran mayoría las personas mayores presentarán alguna enfermedad crónica o degenerativa. Es así, como también una de las primeras manifestaciones de enfermedades en el adulto mayor son las alteraciones de la funcionalidad, constituyéndose en el signo de alerta más importante.

La aplicación del EMP en población adulta mayor (ya sea aplicando EFAM o Barthel conforme dependencia de la persona) es una etapa en el proceso de atención de las personas mayores. La atención integral del adulto mayor, implica que una vez realizado el EMP se confeccione un Plan de Atención, según los resultados obtenidos en este examen². Este Plan de Atención debe incorporar los resultados obtenidos y también las necesidades expresadas por el paciente interviniendo los profesionales del equipo multidisciplinario.

Indicador: Cobertura de Examen de medicina preventiva del Adulto de 65 años y más.

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
(Nº de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva / población inscrita de 65 y más años validada por Fonasa)*100.	50%	REM A02 (2013). Sección B. Celda M20 + N20 ----- Población inscrita de 65 y más años validada por FONASA

Observaciones: Se intencionará el examen en personas que no tengan evaluación preventiva y en quienes lo soliciten. La construcción del indicador se hará solamente con los EMP realizados en el año y dado que tiene una vigencia de 1 año no se incorporan los EMPAM realizados en el transcurso del año anterior al corte. Por ejemplo: si el corte de evaluación es en marzo del 2013, se considera como:

Numerador: el Nº de EMPAM realizados entre el 1º de enero de 2013 y el 31 de marzo del 2013 de personas que no hayan tenido EMPAM el año anterior al corte de evaluación.

Denominador: Nº total de adultos de 65 y más años inscritos y validados por Fonasa

El Examen de Medicina preventiva del adulto mayor considera lo siguiente conforme ficha que se detalla en Anexo Nº 2:

- I. Mediciones antropométricas
- II. Diagnostico funcional
- III. Sospecha de maltrato
- IV. Exámenes anuales
- V. Identificación de adicciones (alcohol y tabaco)
- VI. Identificación de Patologías
- VII. Terapia farmacológica
- VIII. Plan de atención

3.1.2. Control precoz del embarazo

En la vigilancia activa del proceso reproductivo en todas sus etapas, se realizan distintas actividades. Dentro de ellas, la protección adecuada durante el período gestacional y en los primeros meses de vida, resulta de gran relevancia para la familia. La atención integral sistemática y periódica de la mujer embarazada, en condiciones óptimas se recomienda iniciar antes de las 14 semanas. Esta actividad se relaciona con la necesidad de mejorar

² Manual de aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. Ministerio de Salud 2008

la prevención del parto prematuro, pues el valor AVISA y los costos asociados al cuidado de menores nacidos prematuros tiene tendencias crecientes.

Indicador: Proporción de embarazadas que ingresan a control de embarazo antes de las 14 semanas

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
(N° de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control / Total de mujeres embarazadas ingresadas a control)*100	85%	REM A05 (2013). Sección A. Celda C12 ----- REM A05 (2013). Sección A. Celda C10

Observaciones: Se debe anotar en cada corte el acumulado, desde enero a la fecha de corte, de las mujeres ingresadas antes de las 14 semanas para el numerador y el acumulado, desde enero a la fecha de corte, del total de mujeres ingresadas desde enero para el denominador.

3.1.3. Cobertura examen de salud del adolescente entre 10 a 14 años

La adolescencia por mucho tiempo fue considerada dentro del ciclo vital como una crisis ocurrida en la etapa de tránsito entre la niñez y la adultez. Por el hecho de ser un período en que los problemas de salud y la muerte son poco frecuentes, las acciones de salud pública y las políticas han sido dirigidas fundamentalmente a los problemas, al tratamiento del daño (embarazo en adolescente, salud mental entre otros). Sabemos que en este grupo, la morbilidad y la mortalidad se relacionan con las conductas, por lo tanto son situaciones sobre las que se puede actuar en forma preventiva. Se sabe que las conductas de riesgo que se inician en la adolescencia (conducta sexual de riesgo, consumo de drogas, alcohol y tabaco, sedentarismo, alimentación poco saludable, entre otras), tendrán un importante impacto en la salud y la calidad de vida de los y las adolescentes (embarazo, drogadicción, deserción escolar, violencia), así como también, son causa de invalidez o muerte en otros casos (accidentes, suicidios y homicidios). Estos antecedentes nos permiten suponer que en el enfoque de ciclo vital mirado en forma horizontal y que las acciones de salud pública realizadas en este grupo etéreo repercutirán en el futuro disminuyendo los índices AVISA y AVPP, así como la carga de enfermedad de los adultos y adultos mayores.

La atención de los daños sólo en razón de la demanda espontánea de consulta (en desmedro de la promoción y prevención), hace necesario y prioritario, abordar las necesidades de salud de este grupo poblacional con un enfoque anticipatorio, preventivo, promocional. Sobre la base de lo anteriormente señalado se incorpora en el IAAPS a los adolescentes de 10 a 14 años, dado que son un grupo etéreo en el cual las acciones del examen de salud tienen un impacto preventivo, objetivo que se pretende alcanzar con el examen de salud, sumado a que se trata de un grupo poblacional que no está incorporado al continuo de atención de salud.

Indicador: Cobertura de examen de salud del adolescente entre 10 y 14 años

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
(N° exámenes de salud realizado en adolescentes de 10 a 14 años / Población adolescente de 10 a 14 años inscrita)*100	6%	REM A03 (2013) Sección I, celdas C94 + F94 + C96 + F96 Más REM F01 (2013) Sección A, celdas C10 + F10 + C12 + F12 ----- Población Inscrita de 10 a 14 años <i>Nota:</i> REM F vigente a partir del 2013

Observaciones: mediante la búsqueda de la integralidad en la consulta y el análisis de la información como base para la planificación de intervenciones preventivas en el examen de salud del adolescente:

- Se intencionará la realización del examen en adolescentes de 10-14 años de ambos sexos. Se focalizará tanto en aquellos/as adolescentes que consultan espontáneamente como en aquella población que pueda

ser convenida en forma proactiva con las escuelas de la comuna, a través del Dpto. de educación municipal o a través de otras estrategias definidas localmente, por ejemplo aprovechar la asistencia de los adolescentes al control odontológico de los 12 años.

- Se priorizará en todo momento la calidad de la relación que se establece con el/la adolescente, y la resolución de su demanda, verbalizada o latente, respetando la privacidad y confidencialidad y evaluando la oportunidad para requerir la información.
- Se identificará la población del rango etáreo definido, inscrita en el establecimiento, focalizando en aquello/as adolescentes que no se les haya realizado anteriormente este examen
- El examen de salud integral del adolescente para este grupo etáreo tendrá una vigencia anual e incorpora las siguientes acciones:
 - Anamnesis biopsicosocial y familiar: Identificación de antecedentes personales y familiares que consignen riesgo o alertas en la salud integral; Identificar situación escolar y/o laboral según corresponda; Identificar Hábitos de alimentación, de sueño, actividad física y uso del tiempo libre; Identificar hábitos de consumo de tabaco, alcohol y sustancias; Situación psico-emocional; sexualidad y salud reproductiva
 - Examen físico;
 - ✓ Antropometría: Talla/Edad e IMC (según normas).
 - ✓ Control de Presión Arterial (Tablas sexo, edad, talla).
 - ✓ Examen de visión con Tabla de Snellen.
 - ✓ Examen dental general: caries, mal oclusiones y gingivitis.
 - ✓ Examen de columna.
 - ✓ Grados de Tanner
 - Impresión diagnóstica integral
 - Plan de atención y seguimiento
- Como resultado del examen de salud integral del adolescente, se debe concluir con la confección de un Plan de Atención, que incorpore las necesidades expresadas por la persona interviniendo en su ejecución los profesionales del equipo multidisciplinario.
- Al utilizar la ficha CLAP, ésta se completará en una primera instancia de acuerdo al motivo de consulta, es decir, si el o la adolescente llega por una consulta morbilidad, ésta se completa por dicho motivo y en una segunda consulta se completará el resto de la información del instrumento, registrándose ésta como la consulta del examen de salud integral. Si llega por otro motivo que no sea morbilidad, se aplica el instrumento con la indagación de todos los aspectos psicosociales y familiares más el motivo de consulta específico, **registrándose en REM una vez que se haya completado la ficha.**

3.2. INDICADORES QUE EVALÚAN OPORTUNIDAD, ACCESIBILIDAD Y EQUIDAD

3.2.1. Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total

En nuestro país existe una alta prevalencia de patologías orales en la población, afectando la calidad de vida de quienes las padecen. Así lo demuestra la última Encuesta Nacional de Calidad de Vida realizada el año 2006, donde un 37% de los mayores de 15 años, dijeron sentir que su Salud Bucal afecta su calidad de vida siempre o casi siempre.

Las patologías orales de mayor prevalencia en nuestro país son: caries, enfermedad gingival y periodontal y anomalías dento-maxilares. Dada la alta prevalencia de estas patologías, ha sido necesario orientar las políticas de Salud Bucal a grupos de alto riesgo y vulnerables a estrategias promocionales y preventivas. Es así, como se ha priorizado a la población menor de 20 años para la atención en Salud Bucal, siendo el grupo control los adolescentes de 12 años, que es la edad de vigilancia internacional de la caries dental..

Indicador: Proporción de Menores de 20 años con alta odontológica total

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
(Nº de altas odontológicas totales en población menor de 20 años./ población inscrita menor de 20 años)*100	20%	REM A09 (2013). Sección C. Celdas suma de celdas E73 a la L73 ----- Población Inscrita menor de 20 años validada por Fonasa

Observaciones: Para el numerador se usara Nº altas odontológicas totales en población menor de 20 años a fecha de evaluación y para el denominador se usará la población inscrita validada por Fonasa menor de 20 años.

3.3. INDICADORES DE RESULTADOS EN PROCESO DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA CON ENFOQUE DE RIESGO.

3.3.1. Evaluación del desarrollo psicomotor

En las últimas décadas Chile ha mejorado considerablemente sus indicadores biomédicos de salud materno infantil. Sin embargo, un desafío pendiente es lograr condiciones de equidad que favorezcan el desarrollo óptimo e integral de niños y niñas. De acuerdo a lo anterior, el Plan Nacional de Salud 2011-2020, contempla dentro de las prioridades en infancia disminuir la prevalencia de rezagos del desarrollo en menores de 5 años en un 15 %. Por ello la pesquisa precoz de los distintos factores que no permiten o dificultan el normal desarrollo de las potencialidades de los niños y niñas es relevante, en este contexto este es un indicador que responde a esta necesidad por cuanto se relaciona con el desarrollo integral y se focaliza en el niño y niña de 12 a 23 meses.

Se reconocen múltiples razones para promover actividades de fomento y protección del desarrollo psicomotor, basadas en evidencia y estudios:

- Derechos: el derecho de todo niño y niña a desarrollar su máximo potencial de desarrollo.
- Económicas: la inversión que se hace para promover el desarrollo psicomotor de los niños y niñas de 0 a 4 años tiene un alto retorno económico tanto para el país, como para la familia.
- Equidad: Los determinantes sociales impactan en las familias con vulnerabilidad biopsicosocial y generan desigualdades en el desarrollo infantil que afectan el futuro rendimiento escolar, las posibilidades ocupacionales y el aprovechamiento de las oportunidades en la vida adulta.
- Científicas: El negativo impacto de la privación ambiental sobre el desarrollo físico y psíquico de los individuos ha sido demostrado por numerosos estudios. Los efectos positivos logrados con programas de estimulación argumenta que la promoción del desarrollo es fundamental para los niños y niñas desde la gestación.
- En la medida que mejoran las tasas de mortalidad infantil, sobreviven más niños y niñas con problemas biológicos, especialmente del sistema nervioso central, que pueden producir déficit en el desarrollo psicomotor, lo cual establece un mayor esfuerzo por parte de los equipos de salud en la pesquisa de déficit del desarrollo a temprana edad.

La mirada del equipo de salud y la red intersectorial, debe estar orientada, tanto a la pesquisa de los niños y niñas con déficit en su desarrollo, como a su recuperación oportuna, teniendo en cuenta que el niño o niña que no se interviene a tiempo, se pierden oportunidades de recuperación de hitos del desarrollo fundamentales para toda su vida. La cobertura de la evaluación del desarrollo sicomotor se ha incrementado paulatinamente durante el último trienio en el grupo etareo de los 12 a 23 meses de edad, llegando a un promedio de 92.3 % de niños(as) evaluados.

Indicador: Cobertura de Evaluación del desarrollo Psicomotor de niños/as de 12 a 23 meses bajo control.

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
$\frac{[(\text{N}^\circ \text{ de Niños/as de 12 a 23 meses con EDSM}) / (\text{N}^\circ \text{ de Niños/as de 12 a 23 meses bajo control a diciembre año 2012}) \times 100]}{}$	91%	REM A03 (2013). Sección B. Celdas suma de celdas E19 +F19+ E20 +F20+ E21 + F21 + E22 + F22 ----- REM P02 (2013). Sección A. Celdas suma de celdas T12 a W12 Primer corte se usa población bajo control a diciembre 2012 y cortes posteriores población bajo control a junio 2013 y diciembre 2013 respectivamente.

Observaciones: Este examen lo realiza el equipo de salud al que se han incorporado profesionales del ámbito de la educación como educadoras de párvulos o educadoras diferenciales quienes desarrollan sus funciones en las

Salas de Estimulación habilitadas en los centros de salud, quienes también pueden aplicar pautas de evaluación del DSM³. Sin embargo, su rol fundamental es efectuar actividades que estén orientadas a crear espacios de estimulación para niños y niñas con rezago y/o déficit en su desarrollo, cuyo principal objetivo es acompañar y entregar a las familias los conocimientos y habilidades para una crianza positiva que favorezca el desarrollo integral del niño o niña en todas sus áreas.

A fin de no perder la integralidad de la atención de los niños y niñas, este examen se debe realizar en el contexto del Control del Niño Sano por profesional capacitado y aplicando las pautas establecidas para tal efecto, usando en todo el país, el BAREMO ALTO. Puede ser aplicado en otros contextos de manera excepcional

Especial atención se debe tener a la detección de niños con riesgo, en donde las cifras nos muestran que del total de niños evaluados la detección de riesgo se encuentra muy por debajo de lo esperado.

3.3.2. Cobertura diabetes mellitus tipo 2

Diabetes Mellitus es un problema de salud pública relevante, incorporado al sistema GES en el año 2005 y cuya atención de salud se realiza en un 90% en atención primaria. En los últimos años la mortalidad, tanto en número absoluto como en tasa, presenta tendencia al aumento, ante lo cual resulta prioritario avanzar en acciones que tiendan a un diagnóstico precoz y al buen manejo de los pacientes de acuerdo a protocolo, lo cual retrasará la aparición de complicaciones mejorando la calidad de vida de la persona y su familia.

En una Atención Primaria centrada en la familia, se espera que su principal contribución esté en los aspectos preventivos y el fortalecimiento de los factores protectores, pero cuando la patología ya se ha instalado, al realizar un diagnóstico precoz y un adecuado tratamiento y seguimiento, disminuirá el daño y complicaciones del individuo. Además colabora a evitar que surjan nuevos casos en la familia.

Conforme los resultados de la Encuesta nacional de salud 2009-2010 y en conjunto con la Subsecretaría de Salud Pública se acordó las siguientes prevalencia de Diabetes Mellitus 2 en el adulto diferenciadas por grupo etáreo.

Rango de Edad	Prevalencia
15 – 64 años:	10%
65 y más años	25%

Estos cambios de prevalencia reducen aquellas comunas que durante el año 2010 presentaban resultados sobre el 100% por lo cual, de presentarse estas situaciones será de responsabilidad del gestor de red enviar un informe que explique dichas situaciones.

³ Manual para el apoyo y seguimiento de desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años. Ministerio de Salud, Chile Crece Contigo. Septiembre 2008: pp. 54

Indicador: Cobertura de Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 años y más

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
<p>(Nº de personas con Diabetes bajo control de 15 y más años / Nº de Diabéticos de 15 y más años, esperados según prevalencia)*100</p> <p>(Este indicador considera un 10% de prevalencia en población de 15 - 64 años y 25 % en población de 65 y más años)</p>	<p>55%</p>	<p>REM P04 (2013) Sección A. Celdas C17 <u>Más</u> REM A05 (2013). Sección G. Celdas C60 <u>Menos</u> Sección H. Celdas C68</p> <p>-----</p> <p>Población estimada según Prevalencia. Casos esperados: Población inscrita validada de 15 – 64 años x 10% + población inscrita validada de 65 y más años x 25%</p> <p>NUMERADOR 1º Corte a Marzo: Población en Control de Diabéticos a Diciembre 2012, más ingresos, menos egresos acumulados de Enero a Marzo.</p> <p>2º Corte a Junio: Población en Control de Diabéticos a Junio 2013.</p> <p>3º Corte a Agosto: Población en Control de Diabéticos a Junio 2013, más ingresos menos egresos Julio y Agosto..</p> <p>4º Corte a Octubre: Población en Control de Diabéticos a Junio 2013, más ingresos, menos egresos Julio a Octubre.</p> <p>5º Corte a Diciembre: Población en Control I de Diabéticos a Diciembre 2013.</p>

Observaciones: El cálculo de la prevalencia (10%) es sobre la población inscrita validada entre 15 y 64 años y la prevalencia (25%) sobre la población inscrita validada de 65 y más años, la sumatoria de ambos cálculos constituye el denominado “casos esperados”.

El cálculo del numerador, **para los cortes segundo y quinto de evaluación**, solo se usa la población bajo control (no se suman los ingresos y tampoco restan los egresos).

Si se ha alcanzado la cobertura promedio nacional debe seguirse incrementando hasta llegar al 100% de la cobertura.

3.3.3. Cobertura hipertensión primaria o esencial

Hipertensión Arterial es también un problema de salud relevante por nuestro perfil epidemiológico, fue incorporada al sistema GES en el año 2005 y su atención se realiza en atención primaria, cuando es primaria o esencial. La importancia de la Hipertensión Arterial como problema de salud pública radica en su rol causal de morbilidad y mortalidad cardiovascular. Es uno de los 4 factores de riesgo modificable para las enfermedades cardiovasculares, junto a las dislipidemias, la diabetes y el tabaquismo. Es el de mayor importancia para la enfermedad coronaria y el de mayor peso para la enfermedad cerebro vascular. El diagnóstico precoz y el buen manejo de los pacientes de acuerdo a protocolo, retrasa la aparición de complicaciones mejorando la calidad de vida de la persona y su familia. La principal orientación del trabajo en atención primaria está dirigida a la contribución que el equipo de salud puede hacer al fortalecimiento de los factores protectores; la pesquisa precoz de las personas con hipertensión en la población a cargo y el manejo de acuerdo a protocolo, si la patología se confirma, es significativo en la prevención del daño.

Al igual que en la Diabetes el enfoque centrado en la familia, es un elemento protector en cuanto a la evolución natural de la enfermedad y el apoyo familiar interviene en un mejor manejo de los factores de riesgo cardiovascular.

Indicador: Cobertura HTA en personas de 15 y más años.

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
<p>(Nº de personas con hipertensión arterial bajo control de 15 y más años / Nº de Hipertensos de 15 y más años, esperados según prevalencia)*100</p> <p>(Este indicador considera un 15,7% de prevalencia en población de 15 - 64 años y 64,3 % en población de 65 y más años)</p>	<p>71%</p>	<p>REM P04 (2013). Sección A. C16 Más REM A05 (2013). Sección G. Celdas C59 Menos Sección H. Celdas C67</p> <p>-----</p> <p>Población estimada según prevalencia. Casos esperados: Población inscrita validada de 15 a 64 años x 15,7% + población inscrita validada de 65 y más años x 64,3%</p> <p>NUMERADOR</p> <p>1º Corte a Marzo: Población en Control de Hipertensos a Diciembre 2012, más ingresos, menos egresos acumulados de Enero a Marzo.</p> <p>2º Corte a Junio: Población en Control Control de Hipertensos a Junio 2013.</p> <p>3º Corte a Agosto: Población en Control Control de Hipertensos a Junio 2013, más ingresos menos egresos Julio y Agosto..</p> <p>4º Corte a Octubre: Población en Control Control de Hipertensos a Junio 2013, más ingresos, menos egresos Julio a Octubre.</p> <p>5º Corte a Diciembre: Población en Control de Hipertensos a Diciembre 2013.</p>

Observaciones: Para la Cobertura de HTA se estiman los casos esperados con una prevalencia de 15,7% en población inscrita de 15 - 64 años y de 64,3 % en población de 65 y más años (Estudio FASCE, E 2007).

El cálculo del denominador (casos esperados) se efectúa con la prevalencia (15,7%) sobre la población inscrita validada entre 15 y 64 años y la prevalencia (64,3%) sobre la población inscrita validada de 65 y más años, la sumatoria de ambos cálculos constituye el denominador “casos esperados”.

El cálculo del numerador, **para los cortes segundo y quinto de evaluación**, solo se usa la población bajo control (no se suman los ingresos y tampoco restan los egresos).

Si se ha alcanzado la cobertura promedio nacional debe seguirse incrementando hasta llegar al 100% de la cobertura.

3.4. INDICADORES DE ENFOQUE MULTIDISCIPLINARIO, ENFOQUE FAMILIAR

3.4.1. Tasa de visita domiciliaria integral

El Modelo de Atención de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario, tiene múltiples tareas y actividades que realizar, del conjunto de ellas, se escogió una de las que indica mayor madurez del equipo de familia: la visita domiciliaria integral.

Visita Domiciliaria Integral es la actividad definida como la relación que se establece en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia con enfoque sistémico a fin de brindar apoyo al diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación. Esta visita puede ser generada por un problema de salud individual (caso índice) o familiar.

En “Visitas domiciliarias integrales” se registra la actividad realizada por un profesional, dos o más profesionales, un profesional y técnico paramédico. Para efectos de registro en REM 17A, asignar la prestación a quién hace cabeza del equipo. No son visitas domiciliarias las verificaciones de domicilio y citaciones.

Es importante tener en cuenta que es una de las actividades “más invasivas” que realiza el profesional de la salud, por esta razón existen requisitos preliminares:

- ▼ Debe existir un vínculo con algún integrante de la familia y miembros del Equipo de Salud, en el marco de la continuidad de la atención.
- ▼ Debe ser planificada con antelación.
- ▼ Autorizada a lo menos por un miembro de la familia.

Esta visita por lo tanto es planificada por el “equipo de cabecera”, priorizada la familia índice de acuerdo a los problemas de salud detectada por ellos, y en que la visita se vuelve una herramienta diagnóstica y terapéutica. Se ha utilizado la tasa de visita integral promedio del país como meta, ya que no existe aún un estándar técnico de ella.

Indicador: Tasa de Visita Domiciliaria Integral

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
Nº visitas domiciliarias integrales realizadas / Nº de familias (población inscrita / 4)	0,18	REM A26 (2013) Sección A Celdas C9 a la C27 MAS Sección B celda C34+C37 MAS REM A28 (2013) Sección H Celda C73 MAS REM F01 (2013) Sección G Celda C90 a la C94 ----- Total Población Inscrita validada todas las edades / 4 <u>Nota:</u> REM F vigente a partir del 2013

Observaciones: Se espera que los centros de Atención Primaria que tengan una tasa mayor a la meta, mantengan la actividad observada el año anterior. Los centros que cuentan con el dato real de las familias, deben usarlo e informarlo en la definición de metas, para ser incorporado a la plataforma de evaluación.

En caso de que la visita domiciliaria integral sea realizada por más de un profesional en forma simultánea se debe registrar solo como una definiendo en el nivel local a que profesional se le adjudica la actividad en su hoja diaria.

3.4.2. Gestión de reclamos

Una de las características del Modelo de Atención de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario sitúa al usuario como centro de su quehacer, es así como se incorpora la gestión de reclamos en el IAAPS como un “Derecho de los usuarios a recibir respuesta en un tiempo prudente” y orientado a facilitar a los usuarios el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud y al sistema público de salud a dar cumplimiento a la Ley 19.880 que establece las normas particulares para los servicios públicos en el tratamiento de solicitudes de las personas en sus diferentes espacios de atención, tales como OIRS, teléfonos de información, buzones presenciales o virtuales, móviles, centros de documentación u otro espacio que realice atención ciudadana.

Indicador: Gestión de reclamos en Atención Primaria

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
(Nº total de reclamos respondidos con solución dentro de los plazos legales establecidos /Nº total de reclamos)*100	95%	REM A19.b (2013) Sección A. Celda E10 + F10 ----- REM A19.b (2013) Sección A. Celda E10 + F10 + G10 + I10 (I10 sólo del último mes del corte)

Observación: Se entiende como reclamos respondidos con solución considerando los plazos definidos por la Ley de Bases de Procedimientos Administrativos, todos aquellos reclamos con solución definitivas **emitidas dentro de los 20 días hábiles contados desde su captura.**⁴

⁴ Modelo Integral De Atención De Usuarios Del Sector Salud. Manual operativo para las redes asistenciales. Ministerio de Salud, Diciembre 2006

B. ACTIVIDAD CON CONTINUIDAD DE ATENCION

3.5. Acceso de la población a la atención de salud en horario continuado

La salud conforme señala la Constitución Política de Chile es un bien público garantizado. Mediante el Decreto 1-3063 del Ministerio del Interior del año 1980, mediante el cual se traspasó a los municipios la responsabilidad de la administración de salud de los establecimientos de nivel primario de atención, posteriormente con la promulgación de la ley 19.378 estatutos de atención primaria de salud municipal se establecen las normativas administrativas y financieras que rigen dicho proceso. Conforme lo señalado son las entidades administradoras de salud primaria municipalizada responsables de la atención de salud de la población inscrita en los establecimientos bajo su administración, a ellos les compete garantizar las prestaciones de salud en todos los establecimientos de Atención Primaria, especialmente CGU y CGR conforme los horarios establecidos de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 horas, facilitando el acceso y la continuidad de la atención de salud de toda la población (controles y consultas y/o tratamientos) con una mejor utilización de su capacidad instalada sin desmedro de la atención de salud. Asimismo al Gestor de la Red le corresponde la supervisión del cumplimiento de las actividades de salud y a la Contraloría General de la Republica la fiscalización e interpretación de la ley.

Indicador	Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
Brindar acceso a la atención de salud hasta las 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9 a 13 horas.	(Nº establecimientos funcionando de 8:00 AM a 20:00 horas de Lunes a Viernes y sábados de 9 a 13 horas / Nº total de establecimientos visitados)*100	100%	Informe del Servicio de Salud en Planilla y pautas de supervisión firmadas
Disponibilidad de fármacos trazadores	(Nº de Fármacos trazadores disponibles/ Nº total de fármacos trazadores) * 100	100%	

Observaciones: Dicho informe de las comunas de su territorio debe basarse en visitas a terreno aleatorias a los establecimientos que permita la constatación del funcionamiento en el horario establecido y la disponibilidad de fármacos trazadores conforme se detalla en Anexo N° 3, el cual debe ser adjuntado al informe.

Se entenderá por “establecimiento funcionando” aquellos centros que al momento de la visita organicen al menos el 90% de las prestaciones programadas.

Se entenderá por “fármaco trazador disponible”, cuando se mantenga en bodega o farmacia del centro de salud el 15% del histórico de programación de fármacos o de la programación mensual de cada fármaco trazador, sobre la base de población bajo control corregida por frecuencia de uso de medicamento.

El cálculo del indicador incluye a todos los establecimientos de atención primaria que son Centro de salud rural (CSR) y centros de salud urbanos (CSU) de dependencia municipal conforme a las tipificaciones contenidas en el DEIS. No se considerarán en este cálculo como establecimiento los CECOSF (que no están definidos como establecimientos propiamente tales) ni tampoco las PSR que siendo establecimientos no cuentan con condiciones para realizar atención diaria de 12 horas continuas en la totalidad de las PSR del país.

La atención por parte de los centros de salud los días sábados se define a nivel local conforme disponibilidad en la comuna de servicios de atención primaria de urgencia.

Para la evaluación de cada corte se debe ingresar planilla con la siguiente información, acompañada de las pautas de supervisión por establecimiento debidamente firmadas:

META 1: acceso a la atención de salud hasta las 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9 a 13 horas.			
INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR	Nº total de establecimientos que comprometen la meta
	Nº establecimientos funcionando de 8:00 AM a 20:00 horas de Lunes a Viernes	Nº total de establecimientos Visitados	

META 2: Disponibilidad de fármacos trazadores		
INDICADOR	NUMERADOR	DENOMINADOR
	Nº de Fármacos trazadores disponibles	Nº Total de Fármacos trazadores

En cada corte de evaluación todas las comunas tienen que ser visitadas y de cada comuna a lo menos en 1 establecimiento se debe aplicar la pauta de supervisión. Si el Servicio de Salud no pudiera efectuar la visita de supervisión, el Director del Servicio de Salud debe justificar el no cumplimiento de ésta, la cual debe ser adjuntada conjuntamente con la información que evalúa el componente. Excepcionalmente cuando corresponda se utilizara como medio de verificación “la planilla de monitoreo de movilización de funcionarios de Atención Primaria”,

Respecto a la meta 2, disponibilidad de fármaco trazador; en la visita de supervisión se evalúan el total de medicamentos indicados en cuadro siguiente. Para efectos de cumplimiento del Índice solo se consideran aquellos que corresponden a gestión de la administración municipal, es decir 10 de los 20 fármacos trazadores:

PROBLEMA DE SALUD	FARMACOS	Unidad
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1. ENALAPRIL *	Comprimido 10mg
	2. ASPIRINA *	Comprimido 100mg
	3. LOSARTAN *	Comprimido 50mg
DIABETES	4. METFORMINA *	Comprimido 850mg
	5. GLIBENCLAMIDA *	Comprimido 5mg
	6. INSULINA	Presentación NPH 100 UI/ml
DEPRESIÓN	7. FLUOXETINA *	Cápsula/ comprimido 20mg
	8. SERTRALINA *	Comprimido 50mg
DISLIPIDEMIA	9. ATORVASTATINA *	Comprimido 20mg
	10. LOVASTATINA *	Comprimido 20mg
ARTROSIS	11. PARACETAMOL *	Comprimido 500mg
	12. TRAMADOL	Comprimido 50mg
	13. CELECOXIB,	Comprimido 200mg
EPILEPSIA	14. ÁCIDO VALPROICO	Comprimido 200mg
	15. CARBAMAZEPINA	Comprimido 200mg
ENFERMEDAD RESPIRATORIA EPOC, Asma, SBR	16. SALBUTAMOL	Aerosol 100 mcg/dosis)
	17. BUDESONIDA	Aerosol 200 mcg/dosis)
	18. BROMURO DE IPRATROPIO	Aerosol 20 mcg/dosis)
HIPOTIROIDISMO	19. LEVOTIROXINA	Comprimido 100mcg
PARKINSON	20. LEVODOPA CARBIDOPA	Comprimido 250mg/25mg

(*) Fármacos trazadores considerados para evaluar cumplimiento del componente.

C. ACTIVIDAD CON GARANTIAS EXPLICITAS

3.6. Cumplimiento de GES en Atención Primaria

El Régimen de Garantías en Salud es un instrumento de regulación sanitaria que explicita garantías en los ámbitos de acceso, oportunidad, protección financiera y calidad respecto a problemas de salud priorizados y las prestaciones asociadas a su resolución. La implementación de dicho Régimen, del que forma parte el Sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES), en el año 2012 asciende a 69 problemas de salud. En 22 de ellos, las garantías son de ejecución mayoritariamente en atención primaria y se evaluarán en este indicador 12.

Indicador: Cumplimiento de garantías en problemas de salud cuyas acciones son de ejecución en atención primaria

Método de Cálculo	Meta	Medio de Verificación
Nº de casos con GES atendidos en APS con garantía cumplida / Nº total de casos con GES atendidos en APS	100% de cumplimiento de GES atendidos en APS	Informes mensuales de casos del Sistema de Información de Gestión de Garantías en Salud (SIGGES) o de otro sistema de registro implementado. Tanto el numerador como el denominador se refieren a los casos que tienen cumplimiento en el periodo de evaluación.

Observaciones:

- La construcción del indicador, se efectúa considerando como:
 - Numerador: Nº de casos GES con garantía cumplida; Incluye las garantías cumplidas+ garantías exceptuadas + garantías retrasadas con hito.
 - Denominador: Nº de casos GES del periodo; Incluye las garantías cumplidas + garantías incumplidas con Hito + garantías exceptuadas+garantías retrasadas.
- Las bases de datos con información del SIGGES serán enviadas a los Servicios de Salud para su revisión el día 15 después del corte. Los Servicios de Salud deberán enviar esta información en la misma base de datos revisada y corregida según corresponda al Dpto. de Gestión de información con copia a DIVAP a más tardar el último día hábil del mes siguiente al corte.

En relación a la revisión por parte de los Servicios se recuerda que se han agregaron 3 columnas al final de los reportes:

ESTADO ACTUALIZADO	INFORMACION ACTUALIZADA EN SIGGES	OBSERVACIONES
--------------------	-----------------------------------	---------------

En caso de existir modificaciones de algún registro, éstos deben ser informados sólo en estas tres columnas

- **Estado actualizado:** nuevo estado actualizado de la garantía (cumplidas, retrasadas, incumplidas con evento, exceptuadas, exceptuadas no gestionables por SS)
- **Información actualizada en SIGGES:** Si se modificó o no el registro: sólo se debe consignar **SI o NO**
- **Observaciones:** indicar en el caso de alguna modificación información complementaria como ejemplo cierre de caso, se ingresó registro faltante, se eliminó, etc)

A partir de la información contenida en “Estado Actualizado” se debe actualizar tabla dinámica original. Sólo cumpliendo criterios y formato anterior se procederá a revisión y validación de bases, en caso contrario se tomará como válida información contenida en base enviada por MINSAL en primera instancia.

4. PROCEDIMIENTO PARA EVALUACIÓN DEL IAAPS

4.1. Importancia relativa de los indicadores por componentes.

El Índice tiene tres componentes: actividad general, actividad con continuidad de atención y actividad con garantías explícitas de salud, que se detallan a continuación para efectos de evaluación:

4.1.2. Actividad General

Nº	Componentes	Meta	Importancia Relativa %
1	Cobertura Examen de Medicina Preventiva en hombres de 20 a 44 años	25%	8,0
2	Cobertura de Examen de Medicina Preventiva en mujeres de 45 a 64 años	25%	8,5
3	Cobertura de Examen de Medicina Preventiva en adultos de 65 y más años	50%	8,5
4	<i>Ingreso precoz a control de embarazo</i>	85%	8,0
5	Cobertura de examen de salud del adolescentes entre 10 y 14 años	6%	8,0
6	Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total	20%	8,0
7	<i>Gestión de reclamos en atención primaria</i>	95%	10,0
8	<i>Cobertura de atención de Diabetes mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años.</i>	55%	10,0
9	<i>Cobertura de atención de Hipertensión Arterial en personas de 15 y más años.</i>	71%	10,0
10	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control	91%	10,0
11	Tasa de Visita domiciliaria Integral	0,18	11,0
TOTAL			100%

- Para las metas de cumplimiento progresivo: 1, 2, 3, 5, 6, 10 y 11, se espera que en cada corte se logren los siguientes porcentajes:

Corte a Marzo 10 % de cumplimiento
 Corte a junio 45 % de cumplimiento
 Corte a agosto 65 % de cumplimiento
 Corte a octubre 83 % de cumplimiento
 Corte a Diciembre 100 % de cumplimiento

- Las metas 4, 7, 8 y 9 deben ser cumplidas en cada corte.

4.1.3- Actividad con Continuidad de Atención

La verificación del cumplimiento se efectuará mediante visitas a terreno a los establecimientos en forma aleatorias, que permitan la constatación del funcionamiento en el horario establecido. Se entenderá por funcionamiento del centro de salud con continuidad de atención, la entrega de al menos el 90% de las prestaciones programadas al momento de la visita y por disponibilidad de fármaco trazador, cuando se mantenga en bodega o unidad de farmacia del centro de salud el 15% del histórico de programación de fármacos trazadores o de la programación mensual de cada fármaco trazador, sobre la base de población bajo control corregida por frecuencia de uso de medicamento. La meta debe ser cumplida en cada corte.

N°	Indicador	Método de Cálculo	Meta	Importancia Relativa %
1	Brindar acceso a la atención de salud hasta las 20:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9 a 13 horas.	(N° establecimientos funcionando de 8:00 AM a 20:00 horas de Lunes a Viernes y sábados de 9 a 13 horas / N° total de establecimientos)*100	100%	50%
2	Disponibilidad de fármaco trazador	N° de Fármaco trazador disponible/ N° total de fármacos trazadores) * 100	100%	50%

4.1.4. Actividad con Garantías Explícitas

Las garantías Ges a ser evaluadas en este componente son las que se detallan a continuación.

N°	Problema de salud	Meta
07	Diabetes mellitus tipo II	100%
19	Infección respiratoria Aguda (IRA) baja en menores de 5 años de manejo ambulatorio	100%
20	Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más	100%
21	Hipertensión Arterial Primaria Esencial en personas de 15 años y más	100%
22	Epilepsia No refractaria desde 1 año y menores de 15 años.	100%
23	Salud Oral Integral para niños de 6 años	100%
29	Vicios de refracción en personas de 65 años y más	100%
34	Depresión en personas de 15 años y más	100%
38	Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio	100%
39	Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años	100%
41	Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada	100%
46	Urgencia odontológica Ambulatoria	100%

N°	Indicador	Método de Cálculo	Meta	Importancia Relativa %
1	Cumplimiento de garantías en problemas de salud cuyas acciones son de ejecución de Atención Primaria	N° de casos GES atendidos en APS con garantía cumplida / N° total de casos GES atendidos en APS	100%	100%

(1) Conforme Decreto Supremo N° 1 del 6 de enero de 2010.

4.2. Procedimiento de definición de metas y planes de intervención comunal

El gestor de la Red o quien el designe es el responsable de definir las metas con las comunas para cada uno de los indicadores del Índice y es la DIVAP quien finalmente autorizará dichas metas verificando que en el conjunto de comunas que conforman el territorio de un Servicio de Salud, las metas acordadas se aproximen o den cuenta de la meta nacional. En este marco es importante tener presente:

- ▼ La meta comprometida por cada comuna no podrá ser inferior a la lograda el año anterior en la comuna:
 - Si el resultado de la meta durante 2012 fue bajo, este necesariamente debe ser incrementado. En el caso de las comunas que demostraron cumplimientos de meta de 0%, se les solicitará llegar al menos a un 30% de la meta nacional, para aquellas situadas sobre 0% y bajo la mitad de la meta nacional, aumentar el resultado alcanzado en al menos un 20% de la meta nacional para bordear los promedios nacionales.
 - Por otra parte, si la meta alcanzada en el año 2012 tiene valores superiores a la meta nacional, esta debe ser mantenida o incrementada, de no ser así debe enviarse justificación al respecto.
- ▼ Una vez concluido este proceso con las comunas, el Servicio de Salud mediante Ordinario informa a la Subsecretaría de Redes Asistenciales con copia a la División de Atención Primaria las metas por comuna, adjuntando el Plan de Intervención que asegurará el avance en las comunas que están bajo el promedio nacional.
- ▼ Con anterioridad al **15 de marzo**, las metas deben ser enviadas por correo electrónico a ivargas@minsal.cl
- ▼ La DIVAP antes del **31 de marzo** entrega observaciones y aprueba metas recepcionadas en el plazo establecido en punto anterior.
- ▼ Aquellos Servicios de Salud que envíen las metas comprometidas con fecha posterior al 15 de marzo, las comunas de su territorio serán evaluadas en el primer corte conforme metas nacionales. Por consiguiente se recomienda hacer todos los esfuerzos por enviar las metas dentro del plazo establecido.
- ▼ En los establecimientos de APS dependientes de los Servicios de Salud y en Organizaciones No Gubernamentales con convenios DFL36, los cuales durante el año 2012 fueron incorporados al proceso de evaluación se debe continuar avanzando y fijar metas con dichos establecimientos dependientes, en el marco de lo anteriormente definido.

4.3. Procedimiento de evaluación

Los gestores de Red o quienes ellos determinen son los responsables de liderar y monitorear la marcha de los indicadores definidos en el IAAPS, en las comunas de su ámbito territorial y de prestar apoyo a los Municipios, con el fin de implementar medidas que permitan superar las deficiencias que sean detectadas. En el MINSAL, la División de Atención Primaria es responsable del proceso de evaluación del IAAPS.

Para efectos de cumplimiento de las metas comprometidas, se considerarán las acciones efectuadas entre enero 2013 y el mes de corte:

- ▼ **1 Corte: Enero a Marzo:** acciones realizadas de enero a marzo
- ▼ **2 Corte: Enero a Junio:** acciones realizadas de enero a junio.
- ▼ **3 Corte: Enero a Agosto:** acciones realizadas de enero a agosto
- ▼ **4 Corte: Enero a Octubre:** acciones realizadas de enero a octubre
- ▼ **5 Corte: Enero a Diciembre:** acciones realizadas de enero a diciembre

El resultado final referido a **Actividad General**, se determina calculando para cada indicador el porcentaje de cumplimiento respecto de la meta de ese indicador, el resultado se multiplica por la importancia relativa de cada indicador. En caso que el porcentaje de cumplimiento exceda la meta, el valor de la importancia relativa se

multiplica por 1, lo que equivale a cumplimiento 100% para los efectos de este cálculo. Todos estos productos se suman, obteniendo un resultado final que corresponde al cumplimiento de la Actividad General. El cálculo asegura que una meta que excede el 100% no compense una meta mal cumplida.

El resultado final de cumplimiento del componente de **Actividad con Garantías Explícitas en Salud**, que se compone de 1 indicador y cuya meta debe ser cumplida en cada corte, se obtiene de acuerdo al porcentaje de cumplimiento del indicador.

El resultado final del cumplimiento de componente de **Continuidad de Atención**, que se componen de 2 indicadores (acceso a la atención de salud hasta las 20 horas y disponibilidad de fármacos trazadores), el resultado se multiplica por la importancia relativa de cada indicador.

Considerando que este año todos los indicadores del componente de Actividad General tienen como medio de verificación los REM, el componente de Garantía Explícita en Salud el SIGGES y el de Continuidad de Atención informe de Servicio de Salud, se detallan a continuación las principales etapas y plazos del proceso de evaluación:

- ▼ Los Servicios de Salud verifican que en un plazo de 15 días hábiles del mes siguiente al término del corte a evaluar la información contenida en los REM y en el SIGGES se encuentre actualizada y coherente.
- ▼ Asimismo, el último día hábil del mes siguiente al término del corte los Servicios de Salud deben subir a la página Web los resultados del indicador de Actividad con Continuidad de Atención con sus respectivas pautas de visita y el archivo GES revisado.
- ▼ Sin perjuicio de lo anterior, el Director de Servicio informará como respaldo, mediante ordinario al Subsecretario de Redes Asistenciales con copia a la División de Atención Primaria, que el proceso fue realizado conforme.
- ▼ Los resultados serán publicados a los 24 días hábiles del mes siguiente al término del corte.
- ▼ La DIVAP (Departamento de Finanzas de Atención Primaria): realizará el cálculo y procedimiento administrativo de la rebaja por cada comuna, si ello procediere, y, realizará el proceso administrativo correspondiente de aplicación de rebaja el día 20 del mes siguiente a la publicación de los resultados.
- ▼ La DIVAP (Departamento de Modelo de Atención Primaria) coordina el proceso de evaluación, elabora y envía a los Servicios de Salud informe de evaluación de resultados.
- ▼ Considerando que no habrá posibilidad de apelación posterior al término de los plazos establecidos, se recomienda una cuidadosa revisión de la información consolidada y su eventual corrección con la entidad administradora, si corresponde.
- ▼ Ante incumplimientos de metas detectados en cada Corte, es el Servicio de Salud quien compromete a la comuna a presentar un Plan de Mejora, el cuál debe ser monitoreado y sus resultados incorporados a la evaluación del próximo corte. Si la comuna continúa en situación de No Cumplimiento, el Servicio de Salud debe remitir a División de Atención Primaria un plan de intervención, que será monitoreado y evaluado para el siguiente corte por la DIVAP. De persistir los problemas se citará al alcalde/sa, director/a de Servicio de Salud a la Subsecretaría de redes Asistenciales para evaluar la situación en conjunto y establecer medidas para el siguiente corte.

Las evaluaciones deben traducirse en indicaciones a las entidades administradoras y a estas organizaciones, destinadas a corregir los bajos desempeños o, a convenir soluciones conjuntas cuando se trate de problemas estructurales cuya corrección quede fuera del alcance o capacidad resolutoria comunal.

4.4. Procedimiento de cálculo de rebaja

El Ministerio de Salud calculará la rebaja, para cada comuna, de acuerdo al porcentaje de cumplimiento del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud - IAAPS, conforme a las siguientes tablas:

Tabla 1: Rebaja según porcentaje de cumplimiento para Actividad General

Tramos	% de Cumplimiento	Rebaja
1	90 a 100	0%
2	80 a 89.99	4.0%
3	70 a 79.99	8.0%
4	Menor de 70	12.0%

Tabla 2: Rebaja según porcentaje de cumplimiento para Actividad de Continuidad de Atención en Salud

Tamos	% de Cumplimiento	% Rebaja
1	100	0%
2	95 a 99.9	2.0%
3	90 a 94.99	4.0%
4	Menor de 90	8.0%

Tabla 3: Rebaja según porcentaje de cumplimiento para Garantías Explícitas en Salud.

Tamos	% de Cumplimiento	% Rebaja
1	100	0%
2	95 a 99.9	2.0%
3	90 a 94.99	4.0%
4	Menor de 90	8.0%

La rebaja total se calcula sumando las rebajas correspondientes respecto de los porcentajes de cumplimiento, según esquemas precedentes de Actividad General, de Continuidad de la Atención de Salud y de aquella con Garantías Explícitas en Salud.

El Subsecretario de Redes Asistenciales emitirá una resolución exenta indicando el monto del aporte estatal mensual para las entidades administradoras que vean rebajado su aporte como producto de los cálculos anteriores. El Gestor de Redes deberá notificar a cada Alcalde su rebaja, los motivos de ésta, además de las correcciones que se espera implemente.

La rebaja total al aporte estatal mensual de la respectiva entidad administradora de salud municipal, se aplicará por un mes, en el mes subsiguiente al cierre de corte que corresponda, como se indica en el siguiente cuadro:

Períodos de evaluación	Mes de Aplicación de la Rebaja
Enero a Marzo	Mayo
Enero a Junio	Agosto
Enero a Agosto	Octubre
Enero a Octubre	Diciembre
Enero a Diciembre	

4.5. Procedimientos con Recursos rebajados a entidades administradoras:

Los recursos que se originen por efecto de la rebaja del aporte estatal mensual, serán administrados por el Servicio de Salud al cual pertenece la comuna objeto de la rebaja. Los destinos de estos fondos podrán ser los siguientes, en orden de prioridad:

1. Financiamiento de las Garantías Explícitas no cubiertas a los usuarios: el mayor gasto, si lo hubiese, que el Servicio de Salud deba hacer por el incumplimiento de las garantías explícita por una comuna, será cubierto con estos recursos, y la garantía a los usuarios podrá ser resuelta en otro establecimiento de la red asistencial. Del mismo modo se procederá si por el cumplimiento de plazos, ha sido FONASA la entidad que ha debido responder al usuario por una garantía.
2. Establecer Convenio de Mejoramiento con una comuna con bajo cumplimiento: El gestor de redes puede destinar recursos para apoyar la gestión de la comuna, con objetivos locales.
3. Apoyar Estrategias Innovadoras a una comuna de la red: El gestor de redes puede apoyar a comunas que han sido bien evaluadas, para que desarrollen estrategias con mayor impacto en los objetivos sanitarios, teniendo presente que los fondos pueden ser entregados por una sola vez.

5. ANEXO

Anexo Nº 1: Tabla con Indicadores de Actividad General

Nº	Indicador	Formula	Meta	Importancia relativa %	Medio verificación
1	Cobertura Examen de Medicina Preventiva en hombres de 20 a 44 años	Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población masculina de 20 a 44 años / Población masculina de 20 a 44 años inscrita, menos población bajo control en Programa Salud Cardiovascular)*100	25%	8,0	REM A02 (2012). Sección B. Celda G20 MÁS I20 ----- Población Masculina Inscrita validada de 20 a 44 años (Menos) REM P04 (2012) Sección A. Celdas F11 + H11 + J11 (Población masculina de 35 a 54 años bajo control en PSCV) Primer corte se usa población bajo control a diciembre 2012 y cortes posteriores población bajo control a junio 2013 y diciembre 2013 respectivamente.
2	Cobertura de Examen de Medicina Preventiva en mujeres de 45 a 64 años	(Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población femenina de 45 a 64 años / Población femenina de 45 a 64 años inscrita, menos población bajo control en Programa Salud Cardiovascular)*100	25%	8,5	REM A02 (2012). Sección B. Celda L20 ----- Población Femenina Inscrita validada de 45 a 64 años (Menos) REM P04 (2012). Sección A. Celdas M11 + O11 (Población femenina de 45 a 64 años bajo control en PSCV) Primer corte se usa población bajo control a diciembre 2012 y cortes posteriores población bajo control a junio 2013 y diciembre 2013 respectivamente.
3	Cobertura de Examen de Medicina Preventiva en adultos de 65 y más años	(Nº de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva / Población inscrita de 65 años y más)*100.	50%	8,5	REM A02 (2012). Sección B. Celda M20 + N20 - ----- Población inscrita de 65 y más años validada por Fonasa
4	Ingreso precoz a control de embarazo	(Nº de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control / Total de mujeres embarazadas ingresadas a control)*100	85%	8,0	REM A05 (2012). Sección A. Celda C12 ----- REM A05 (2012). Sección A. Celda C10
5	Cobertura de examen de salud del adolescentes entre 10 y 14 años	(Nº exámenes de salud realizado en adolescentes de 10 a 14 años / Población adolescente de 10 a 14 años inscrita)*100	6%	8,0	REM A03 (2011), Sección I, celdas C94 + F94 + C96 + F96 ----- Población Inscrita de 10 a 14 años
6	Proporción de menores de 20 años con alta odontológica total	(Nº de altas odontológicas totales en población menor de 20 años / población inscrita menor de 20 años) *100	20%	8,0	REM A09 (2012). Sección C. Celdas suma de celdas E73 a la L73 ----- Población Inscrita menor de 20 años validada por Fonasa
7	Gestión de reclamos en atención primaria	(Nº total de reclamos respondidos con solución dentro de los plazos legales establecidos (20 días hábiles) /Nº total de reclamos) *100	95%	10,0	REM A19.b (2012). Sección A. Celda E10 + F10 ----- REM A19.b (2012). Sección A. Celda E10 + F10 + G10 + I10 (I10 sólo del último mes del corte)

Nº	Indicador	Formula	Meta	Importancia relativa %	Medio verificación
8	Cobertura de atención de Diabetes mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años.	(Nº de personas con Diabetes Mellitus bajo control de 15 y más años / Nº Diabéticos de 15 y más años esperados según prevalencia)*100	55%	10,0	REM P04 (2012) Sección A. Celdas C17 <u>Más</u> REM A05 (2012). Sección G. Celdas C60 <u>Menos</u> Sección H. Celdas C68 ----- Población estimada según Prevalencia. Casos esperados: Población inscrita validada de 15 – 64 años x 10% + población inscrita validada de 65 y más años x 25% Primer corte se usa población bajo control a diciembre 2012 y cortes posteriores población bajo control a junio 2013 y diciembre 2013 respectivamente.
9	Cobertura de atención de Hipertensión Arterial en personas de 15 y más años.	(Nº de personas con hipertensión arterial bajo control de 15 y más años / Nº de hipertensos de 15 y más años, esperados según prevalencia)* 100	71%	10,0	REM P04 (2012). Sección A. C16 Más REM A05 (2011). Sección G. Celdas C59 Menos Sección H. Celdas C67 ----- Población estimada según prevalencia. Casos esperados: Población inscrita validada de 15 a 64 años x 15,7% + población inscrita validada de 65 y más años x 64,3% Primer corte se usa población bajo control a diciembre 2012 y cortes posteriores población bajo control a junio 2013 y diciembre 2013 respectivamente
10	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor en niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control	(Niños y niñas 12 a 23 meses con evaluación del Desarrollo Psicomotor / N° total de Niños y Niñas entre 12 a 23 meses bajo control)*100	91%	10,0	REM A03 (2012). Sección B. Celdas suma de celdas E19 +F19+ E20 +F20+ E21 + F21 + E22 + F22 ----- REM P02 (2012). Sección A. Celdas suma de celdas T12 a W12 Primer corte se usa población bajo control a diciembre 2012 y cortes posteriores población bajo control a junio 2013 y diciembre 2013 respectivamente.
11	Tasa de Visita domiciliaria Integral	Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas / Nº de familias (población inscrita / 4)	0,18	11,0	REM A26 (2012) Sección A. Celdas C9 a la C27 MAS Sección B celda C34 MAS REM A28 Sección H Celda C73 ----- Total Población Inscrita validada todas las edades / 4
<i>Total</i>				100	

Anexo Nº 2: Examen anual de Medicina Preventiva del Adulto Mayor

EXAMEN ANUAL DE MEDICINA PREVENTIVA DEL ADULTO MAYOR					
Nombre: _____		Edad: _____	RUT: _____	Fecha: ____/____/____/	
I.- MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS					
Presión Arterial Sentado: _____		Pulso: _____	Peso: _____	Talla: _____	IMC: _____
Presión Arterial de : _____		CC: _____	Realiza Actividad Física Si: _____ No: _____		

II.- DIAGNOSTICO FUNCIONAL					
EFAM					
Parte A	Puntaje	Parte B	Puntaje	MMSE	Puntaje
1.-		1.-		1.-	
2.-		2.-		2.-	
3.-		3.-		3.-	
4.-		4.-		4.-	
5.-		5.-		5.-	
6.-		6.-		6.-	
7.-					
8.-					
9.-					
TOTAL					

Autovalente sin riesgo: _____ Autovalente con riesgo: _____ En riesgo de Dependencia: _____

Otras observaciones al aplicar EFAM

Usted observa	SI	NO	Usted observa	SI	NO
Mareos			Dolor de hombro		
Temblor de reposo			Dolor de espalda		
Alteración del equilibrio			Alteración visual		
Dolor de cadera			Alteración auditiva		
Dolor de rodilla			Otro		

Identificación de Redes
En caso de tener problemas, por ejemplo de salud, de soledad etc. ¿tiene quien lo apoye?
Si : _____ No: _____
En caso que la respuesta sea si, la ayuda proviene de:
Familia: _____ Amigos: _____ Vecinos: _____ Grupos Organizados: _____

Riesgo de Caídas

Estación Unipodal	Derechasegundos	Izquierdasegundos
TIMED UP AND GO				
		segundos	

INDICE DE BARTHEL

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse,	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (Valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (Valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Independiente: _____ Leve: _____ Moderado: _____ Grave: _____ Total: _____

Yesavage: _____ Cuestionario de Actividades Funcionales Pfeffer: _____

IV.- EXÁMENES ANUALES: Glicemia: ____ Colesterol Total: ____ Baciloscopia: ____ VDRL: ____

V.- ADICCIONES : Beber Problema: AUDIT: ____ Tabaquismo: Estrategia 5A's: ____

VI.- PATOLOGÍAS

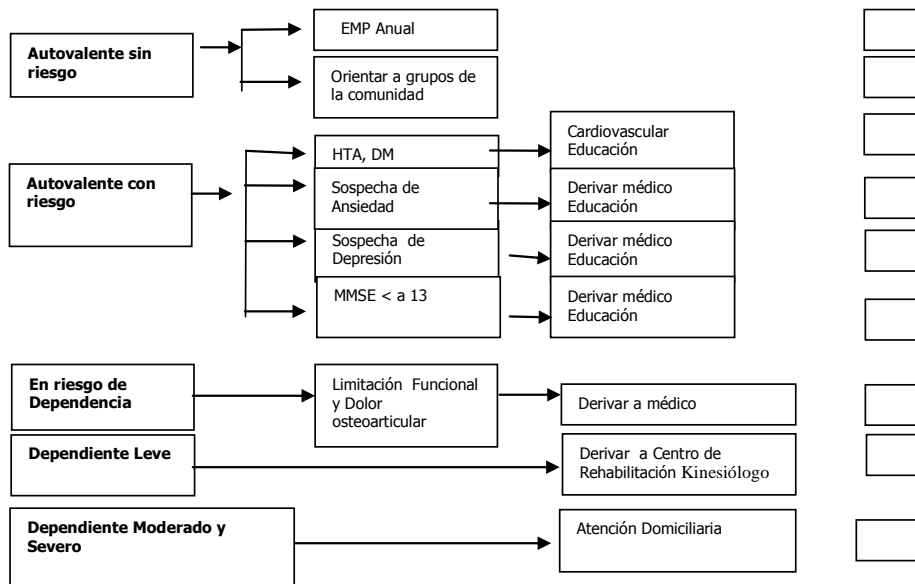
Patologías	Patologías	Patologías
HTA	EPOC	Artrosis
DM	Depresión	Artritis Reumatoidea
Dislipidemia	Demencia	Ceguera, Baja Visión
Obesidad	AVC	Incontinencia Urinaria
Desnutrición	Parkinson	Inmovilismo
Hipotiroidismo	Caidas Frecuentes	Secuela AVC
Neumonía	Hipoacusia	

VII- TERAPIA FARMACOLÓGICA

Sólo marque con una x el fármaco respectivo cuando corresponda o agregue:

Glibenclámda	Losartan	Levodopa
Metformina	Enalapril	
Tolbutamida	Hidroclorotiazida	
Nifedipino	Diazepan	
Atenolol	Fluoxetina	
Insulina	Sertralina	
Propanolol	Salbutamol	
Furosemida	Inflamida	
Tramadol	Aspirina	
Celecoxib	Paracetamol	
Omeprazol	Diclofenaco	

VIII.- PLAN DE ATENCIÓN: Marque con una x las acciones que llevará a cabo según riesgos detectados



Otras Indicaciones:

Profesional: _____

Próximo Control: ____/____/____/

Anexo Nº 3: Visita de Supervisión

FORMULARIO VISITA DE SUPERVISIÓN A ESTABLECIMIENTOS

NOMBRE SERVICIO DE SALUD :					
NOMBRE COMUNA:					
NOMBRE ESTABLECIMIENTO :					
NOMBRE DIRECTOR / RA:					
FECHA VISITA		HORA VISITA		HORA APERTURA:	

1. CONTINUIDAD DE ATENCION

PRESTACIONES	PROGRAMACION			DISPONIBLE		
	Programado		Nº de cupos programados	Si	No	Nº de cupos según agenda
	Si	No				
Morbilidad						
Controles de Crónicos	Cardiovascular					
	Respiratorio					
Controles de Salud						
Examen de salud preventivos						
Procedimientos						
Exámenes						
Odontología						
Salud Mental						
Farmacia (Si / No)						
PNAC (Si / No)						

Recurso humano en continuidad de atención	En continuidad de atención	
	Si	No
Medico		
Odontólogo		
Matrona		
Enfermera		
Nutricionista		
Kinesiólogo		
Psicólogo		
Terapeuta ocupacional		
Asistente social		
Técnico paramédico		
Educadora de párvulos		

El centro está en funcionamiento⁵ (marque Si/No) **Si:** **No:**

RESPONSABLE DE ENTREGAR INFORMACIÓN:	
Nombre	
Firma	
PROFESIONAL QUE REALIZA VISITA DE SUPERVISIÓN:	
Nombre	
Firma	

⁵ Se entenderá por "funcionamiento" aquellos centros que al momento de la visita otorgan al menos el 90% de las prestaciones programadas

2. EVALUACION DE FARMACOS TRAZADORES

NOMBRE SERVICIO DE SALUD :			
NOMBRE COMUNA:			
NOMBRE ESTABLECIMIENTO :			
FECHA VISITA		HORA VISITA	

PROBLEMA DE SALUD	FARMACOS	Unidad	Programación mensual	Disponibilidad esperada (15% de la programación mensual)	Disponible	
					Si	No
HIPERTENSIÓN ARTERIAL	1. ENALAPRIL *	Comprimido 10mg				
	2. ASPIRINA *	Comprimido 100mg				
	3. LOSARTAN *	Comprimido 50mg				
DIABETES	4. METFORMINA *	Comprimido 850mg				
	5. GLIBENCLAMIDA *	Comprimido 5mg				
	6. INSULINA	Presentación NPH 100 UI/ml				
DEPRESIÓN	7. FLUOXETINA *	Cápsula/ comprimido 20mg				
	8. SERTRALINA *	Comprimido 50mg				
DISLIPIDEMIA	9. ATORVASTATINA *	Comprimido 20mg				
	10. LOVASTATINA *	Comprimido 20mg				
ARTROSIS	11. PARACETAMOL *	Comprimido 500mg				
	12. TRAMADOL	Comprimido 50mg				
	13. CELECOXIB,	Comprimido 200mg				
EPILEPSIA	14. ÁCIDO VALPROICO	Comprimido 200mg				
	15. CARBAMAZEPINA	Comprimido 200mg				
ENFERMEDAD RESPIRATORIA	16. SALBUTAMOL	Aerosol 100 mcg/dosis)				
	17. BUDESONIDA	Aerosol 200 mcg/dosis)				
	18. BROMURO DE IPRATROPIO	Aerosol 20 mcg/dosis)				
HIPOTIROIDISMO	19. LEVOTIROXINA	Comprimido 100mcg				
PARKINSON	20. LEVODOPA CARBIDOPA	Comprimido 250mg/25mg				

(*) Fármacos trazadores incorporados en evaluación de cumplimiento del componente.

El centro cuenta con el 100% de disponibilidad de fármacos trazadores⁶. (marque Si/No)	Si:	No:
--	------------	------------

RESPONSABLE DE ENTREGAR INFORMACIÓN:	
Nombre	
Firma	
PROFESIONAL QUE REALIZA VISITA DE SUPERVISIÓN:	
Nombre	
Firma	

⁶ Se entenderá por “fármaco trazador disponible”, cuando se mantenga en bodega o unidad de farmacia del centro de salud el 15% del histórico de programación de fármacos o de la programación mensual de cada fármaco trazador, sobre la base de población bajo control corregida por frecuencia de uso de medicamento.