



Corporación de
Educación y Salud



PLAN DE SALUD

2026

INTRODUCCIÓN	4
ANTECEDENTES GENERALES LAS CONDES	5
1. Ubicación geográfica	5
2. Población de Las Condes – Antecedentes Generales.....	6
2.1 Características demográficas	7
2.2 Crecimiento poblacional del Servicio de Salud Metropolitano Oriente.....	9
2.3 Distribución de la población según género.....	9
2.4 Población de Las Condes según rango etario censo 2024 e índice de masculinidad.....	10
2.6 Pueblos Originarios.....	13
2.7 Población migrante.....	14
2.8 Nivel socioeconómico	14
2.9 Género y Pobreza	15
2.10 Educación.....	16
3. Red vial.....	18
4. Residuos domiciliarios	18
5. Servicios Básicos	19
6. Fuentes fijas contaminantes	19
7. Salud	20
7.1 Población Inscrita Validada APS 2017-2025.....	21
7.2 Tasas de mortalidad	21
7.3 Esperanza de vida al nacer	25
7.4 Años de vida potenciales perdidos (AVPP).....	25
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD LAS CONDES.....	27
1. Bases Conceptuales:	27
2. Objetivos Sanitarios 2021 al 2030	29
3. Actividades Comunitarias y Docentes	30
4. Enfoque de Género	30
5 Indicadores de atención	32
5.1. Tabla de consultas médicas por edad.....	32
5.2 Tabla de consultas por profesional y actividad.....	33
5.3 Tablas de metas por CESFAM	34
5.4 Cumplimiento Índice de Actividades de Atención Primaria de Salud (IAAPS)	36
5.5 Recursos físicos.....	37
6 Análisis de datos estadísticos de Atención Primaria	37
6.1 Cumplimiento de Metas Sanitarias / IAAPS.....	37
Cumplimiento de Metas Sanitarias CESFAM Apoquindo	39
6.2 Salud del Niño y la Niña menores de 10 años	39
6.3 Salud Cardiovascular	41
6.4 Adulto Mayor	43

6.5 Enfermedad Pulmonar Obstructiva (EPOC).....	43
6.6 Asma Bronquial	44
6.7 Artrosis de Cadera y Rodilla.....	46
6.8 Salud de la Mujer	46
6.9 Discapacidad.....	46
6.10 Bajo Control en Salud Mental	48
6.11 Indicadores de Esperanza de Vida.....	48
6.12 Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA)	49
6.13 Consultas de Morbilidad de APS	51
6.14 Consultas de Urgencia.....	52
6.14 Consultas de Urgencia.....	53
7. Organización de la Red Comunal.....	63
7.1 Atención Primaria.....	63
- CESFAM Dr. Aníbal Ariztía	63
- CESFAM Apoquindo	65
- SAPU.....	66
- Salud Mental (COSAM)	69
- Laboratorio Clínico	72
7.2 Recursos humanos.....	76
7.3 Cartera de Servicios	77
7.5 Encuesta de Satisfacción Usuaría	80
7.6 Promoción de Salud.....	81
7.7 Plan de Capacitación	87
7.8 Explicación / Apreciación / Diagnóstico.....	90
7.9 Programas de Apoyo a la Atención Primaria	93
- Centro de Rehabilitación (RAM).....	93
- Centro de Especialidades Odontológicas	95
- Centro de Imágenes	108
- Servicio de Oftalmología.....	114
8. Programas Comunes.....	116
8.1 Calidad de Vida Laboral.....	116
8.2 Programa Integrado de Salud Escolar	118
9. Presupuesto Año 2026	120
ABREVIATURAS DE USO COMÚN EN EL ÁREA DE SALUD	122
ANEXOS 124	

INTRODUCCIÓN

El Plan Anual de Salud 2026 de la comuna de Las Condes constituye el principal instrumento de planificación estratégica en el ámbito de la atención primaria municipal. Su elaboración responde al mandato de velar por el cumplimiento de las políticas sanitarias nacionales y comunales, articulando objetivos, programas y recursos con el propósito de mejorar los niveles de salud de la población.

En la actualidad, la red comunal cuenta con una población inscrita validada de **82.123 usuarios**, lo que refleja la confianza y preferencia de los vecinos por los servicios de salud locales. Sobre esta base, el presente plan orienta sus acciones hacia la consolidación de los avances alcanzados en los últimos años, particularmente en relación con el cumplimiento de las metas sanitarias definidas por el Ministerio de Salud, en las cuales Las Condes ha demostrado un desempeño sostenido y favorable.

El compromiso municipal se expresa en el fortalecimiento continuo de la infraestructura, la capacitación permanente de los equipos de salud y la incorporación de innovaciones en la gestión y en la atención, de modo de garantizar un servicio oportuno, integral y centrado en la persona. A través de la promoción de estilos de vida saludables, la prevención de enfermedades y la atención oportuna de patologías, el Plan Anual de Salud 2026 busca avanzar en la equidad y en la calidad de las prestaciones, asegurando que cada vecino de Las Condes reciba un acompañamiento adecuado en las distintas etapas de su ciclo vital.

En síntesis, este documento establece la hoja de ruta sanitaria de la comuna para el año 2026, reafirmando el compromiso municipal con el bienestar de la comunidad y la responsabilidad de mantener y superar los estándares alcanzados en la gestión de salud primaria.

ANTECEDENTES GENERALES LAS CONDES

1. Ubicación geográfica

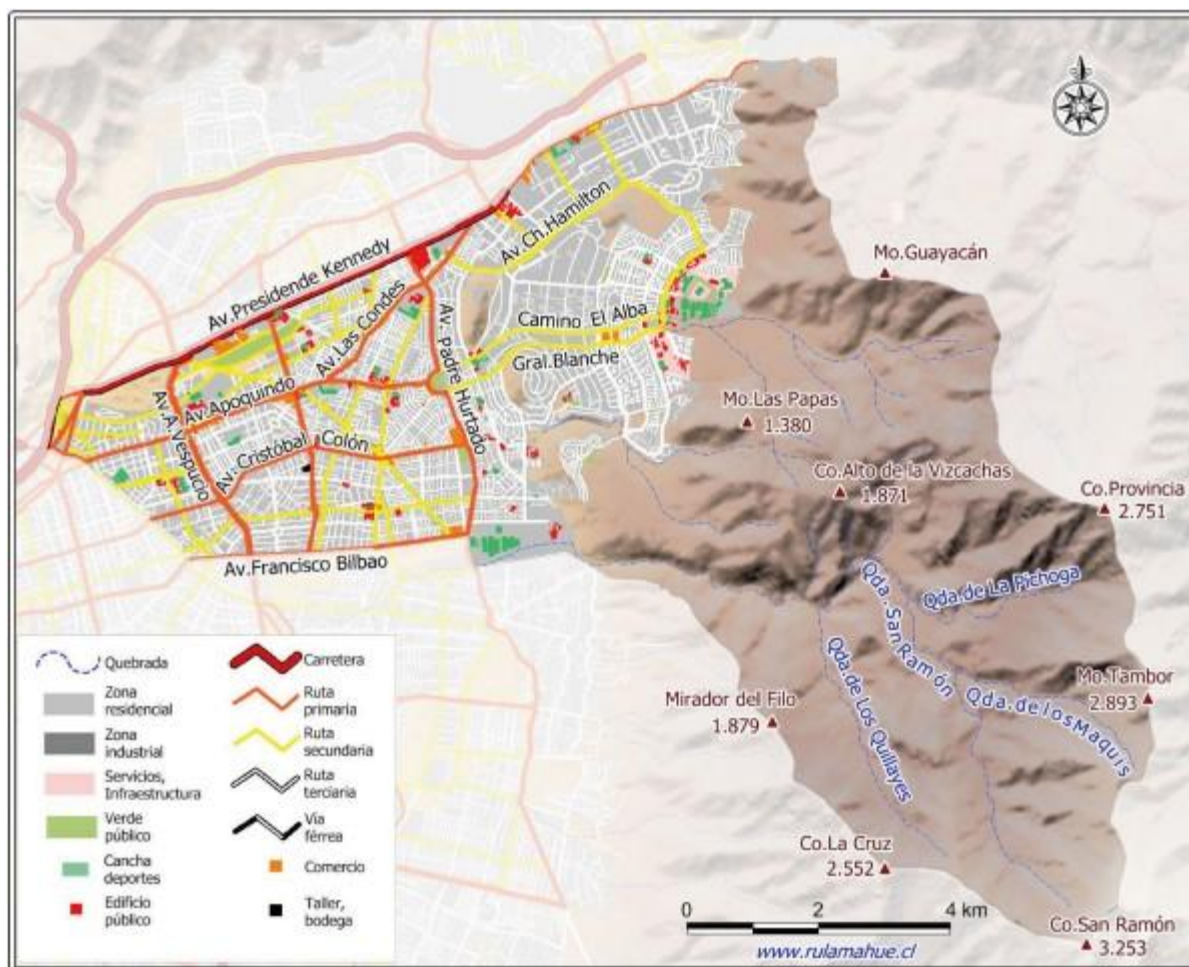
La comuna de Las Condes se ubica en el sector nororiente de la ciudad de Santiago, Región Metropolitana de Chile. Posee una superficie aproximada de 99 km² y una población superior a los 300 mil habitantes, lo que la convierte en una de las comunas más relevantes de la capital tanto en términos demográficos como socioeconómicos.

Es reconocida por su alto nivel de desarrollo urbano, su infraestructura moderna y su oferta de servicios en ámbitos como educación, salud, cultura, comercio y recreación. Alberga importantes centros financieros y empresariales, destacando el sector de El Golf como uno de los principales distritos de negocios de Chile.

Las Condes combina áreas residenciales consolidadas con espacios de esparcimiento y naturaleza, entre ellos el Parque Araucano, el Parque Padre Hurtado y sectores de la precordillera andina, que ofrecen actividades al aire libre y turismo de montaña.

La comuna se caracteriza por un alto estándar en la gestión municipal y por su constante innovación en programas orientados a la calidad de vida de sus habitantes, posicionándose como un referente en planificación urbana, seguridad y desarrollo sostenible dentro de la Región Metropolitana.

En relación a su situación geográfica, sus límites precisos son: al norte Av. Kennedy, desde el Puente Lo Salde, sobre el Río Mapocho hasta Av. Las Condes y su prolongación por ésta hasta el Camino a Farellones; al oriente desde el Camino a Farellones frente al Cerro Arrayán Sur, la línea de cumbres que pasa por ese cerro, el Moro de Guayacán, el Cerro de la Provincia el Cerro Las Lagunas, hasta el Cerro San Ramón; al sur la línea de cumbres que limita por el sur la hoya de la quebrada San Ramón, desde el Cerro San Ramón hasta la intersección de las calles Valenzuela Puelma, Onofre Jarpa y Álvaro Casanova. La calle Valenzuela Puelma, desde la intersección antes citada hasta el Canal Las Perdices; el Canal Las Perdices desde la calle Valenzuela Puelma hasta Avenida Francisco Bilbao, y Avenida Francisco Bilbao, desde el Canal Las Perdices hasta el Canal San Carlos; y al poniente el Canal San Carlos desde Avenida Francisco Bilbao hasta su desembocadura en el río Mapocho y el río Mapocho, desde la desembocadura del Canal San Carlos hasta el Puente Lo Salde.



2. Población de Las Condes – Antecedentes Generales

Las Condes, según el Censo nacional del año 2024, cuenta con una población de 296.134 habitantes, con una densidad poblacional de 2.978 personas.

El 100% de la población de la comuna corresponde al ámbito urbano.

2.1 Características demográficas

Los siguientes son los datos demográficos de la comuna:

Tabla 1:

Población	Datos
<i>Densidad de población</i>	2978
<i>Edad promedio</i>	39,1
<i>Dependencia total</i>	44,7
<i>Dependencia 0 a 14 años</i>	22,1
<i>Relación de dependencia demográfica de personas entre 0 y 14 años</i>	
<i>Dependencia 65 o más años</i>	22,6
<i>Pueblos originarios</i>	3%
<i>Paridez media</i>	0,9

Tabla 2:

Vivienda	%
<i>Viviendas desocupadas</i>	6%
<i>Hacinamiento</i>	2%
<i>Red pública de agua</i>	100%
<i>IM Aceptable</i>	99%
<i>IM Recuperable</i>	1%
<i>IM Irrecuperable</i>	0%

*IM: Índice de Materialidad

Tabla 3:

Hogar	Cifras
<i>Cantidad de hogares</i>	106.564
<i>Viv. con más de 1 hogar</i>	1%
<i>Tamaño de hogares</i>	2,7
<i>Jefas de hogar</i>	42%
<i>Hogares p. originarios</i>	6%
<i>Hogares con migrantes</i>	19%

Tabla 4:

Educación	%
<i>Escolaridad jefe hogar</i>	15,7%
<i>Asistencia ed. escolar</i>	98%
<i>Asistencia a preescolar</i>	59%
<i>Asistencia a ed. media</i>	72%
<i>Ingreso a ed. superior</i>	77%
<i>Ed. superior terminada</i>	81%
<i>Esc. p. originarios</i>	12,5%

Tabla 5:

Empleo	%
<i>Declaran trabajar</i>	62%
<i>Edad promedio</i>	43,9
<i>Mujeres</i>	49%
<i>Trabajan y estudian</i>	8%
<i>Escolaridad</i>	15,7
<i>Sector primario</i>	2%
<i>Sector secundario</i>	5%
<i>Sector terciario</i>	93%

2.2 Crecimiento poblacional del Servicio de Salud Metropolitano Oriente

El Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) atiende a una población superior a 1,3 millones de habitantes, distribuidos en nueve comunas: Las Condes, Ñuñoa, Peñalolén, Providencia, Macul, Lo Barnechea, La Reina, Vitacura y Rapa Nui.

De acuerdo con los resultados del Censo 2024, la comuna de Las Condes concentra la mayor población del servicio con 296.134 habitantes, equivalente aproximadamente al 22% del total. Le siguen Ñuñoa (241.467), Peñalolén (236.478), Providencia (143.974), Macul (123.800), Lo Barnechea (112.620), La Reina (89.870) y Vitacura (86.420).

Asimismo, forma parte del territorio de este servicio la comuna de Rapa Nui (Isla de Pascua), con 7.786 habitantes. Pese a su menor peso demográfico (menos del 1% del total), mantiene una relevancia estratégica dentro del SSM Oriente debido a su ubicación geográfica y a la gestión del Hospital Hanga Roa, que asegura la atención de salud en la isla bajo dependencia administrativa del servicio.

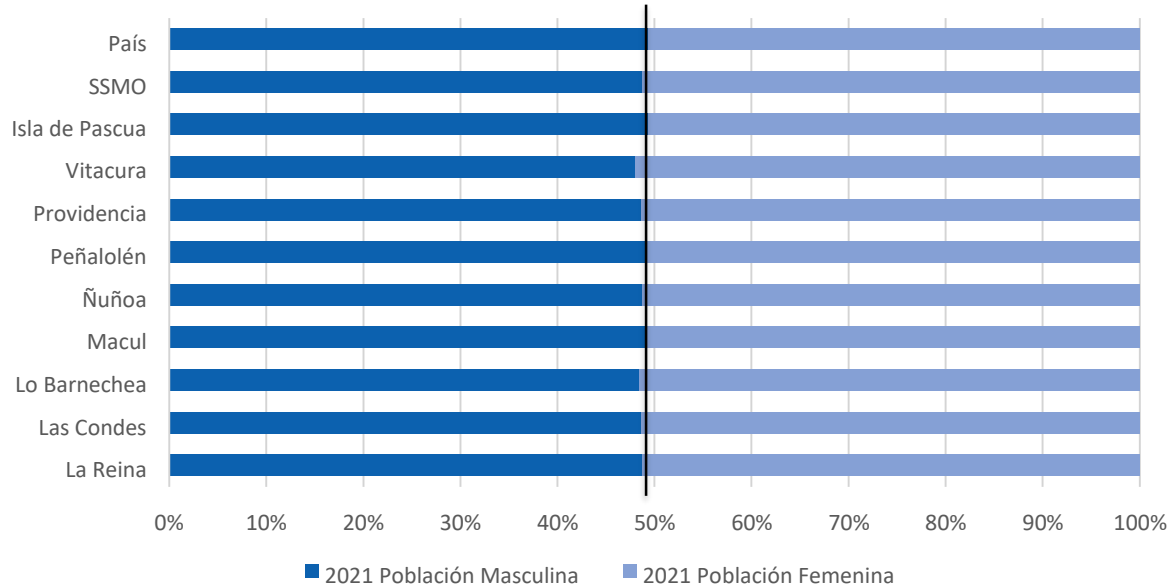
En conjunto, estas comunas suman una población aproximada de 1.338.500 habitantes, consolidando al SSM Oriente como uno de los servicios de salud más importantes del país, tanto por la magnitud de su población como por la diversidad territorial que abarca, desde sectores urbanos altamente desarrollados en Santiago hasta la realidad insular y remota de Rapa Nui.

2.3 Distribución de la población según género

Del total de la población de la comuna de Las Condes de 294.839 habitantes, según el Censo del año 2017, 135.917 habitantes (46,1%) corresponden a hombres, y 158.921 (53,9%) a mujeres.

En cuanto a las comunas del SSMO, el siguiente es el gráfico comparativo por género.

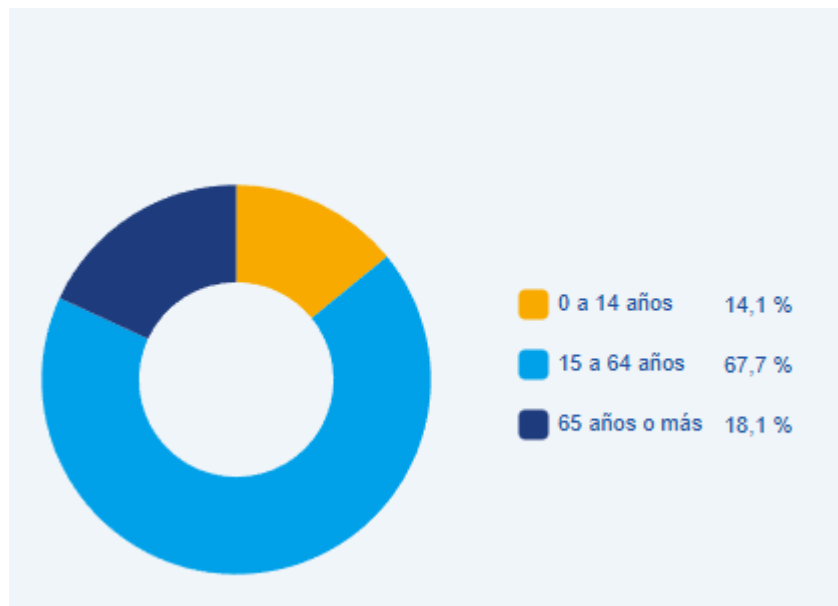
Gráfico 1



2.4 Población de Las Condes según rango etario censo 2024 e índice de masculinidad

En el siguiente gráfico se muestra la población de Las Condes por rango etario:

Gráfico 2



Fuente: Censo 2024

La siguiente tabla desglosa la población por rango etáreo:

Tabla 6

Grupos de edad	Población censada	Hombres	Mujeres	Razón hombre-mujer
Total Comuna	296.134	137.984	158.150	87,2
0 a 4	12.824	6.536	6.288	103,9
5 a 9	14.399	7.362	7.037	104,6
10 a 14	14.608	7.414	7.194	103,1
15 a 19	16.372	8.437	7.935	106,3
20 a 24	21.851	10.958	10.893	100,6
25 a 29	22.859	11.231	11.628	96,6
30 a 34	24.577	11.990	12.587	95,3
35 a 39	23.321	11.428	11.893	96,1
40 a 44	20.642	9.998	10.644	93,9
45 a 49	18.862	8.624	10.238	84,2
50 a 54	18.507	8.304	10.203	81,4
55 a 59	16.798	7.341	9.457	77,6
60 a 64	16.831	7.220	9.611	75,1
65 a 69	14.580	6.150	8.430	73,0
70 a 74	11.553	4.822	6.731	71,6
75 a 79	10.260	4.130	6.130	67,4
80 a 84	8.073	3.094	4.979	62,1
85 o más	9.217	2.945	6.272	47,0

El siguiente es el gráfico con la evolución de la población de Las Condes por segmento de edad:

Gráfico 3:

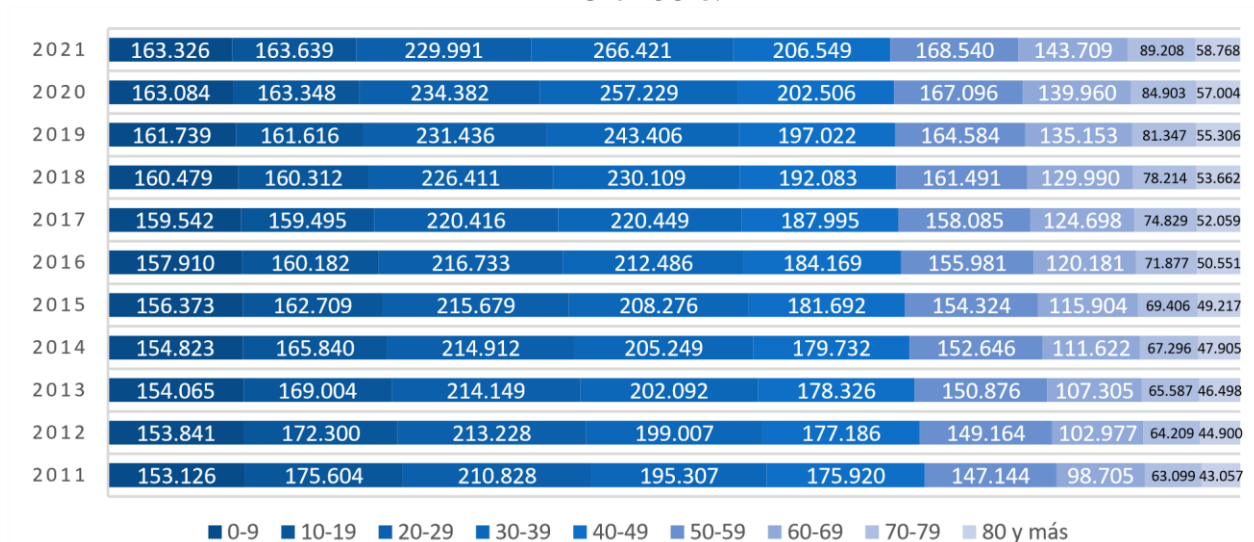


Gráfico: Distribución de la Población por Grupos de Edad Red Oriente, Período 2011-2021.

Profundizando en el punto anterior en el análisis por comuna el 2021, seis comunas de la Red tienen una población de 60 años o más por sobre el 20%, siendo Las Condes y Vitacura las que presentan las proporciones más altas con un 21,9% y 24,2%, respectivamente. Le siguen las comunas de La Reina (21,3%), Macul (20,8%), Providencia (20,6%) y Ñuñoa (20,2%).

La comuna de Lo Barnechea es la que presentó el menor porcentaje de población mayor de 60 años, con el 13,0% en territorio continental. Sin embargo, Isla de Pascua presentó un 10,9% de población igual o mayor a 60 años. Estas cifras no son menores, ya que como lo indica la OMS o el propio Ministerio de Salud¹, un aumento de población de mayor edad lleva aparejado una mayor carga de enfermedades crónicas y discapacidad, lo que tiene directa relación con una mayor demanda de servicios de salud.

¹ Fuente: "Envejecimiento, enfermedades crónicas y factores de riesgo: una mirada en el tiempo", Observatorio del Envejecimiento, PUC y CONFUTURO, 2021.

2.6 Pueblos Originarios

En la comuna de Las Condes, el 1,36% de la población se identifica como miembro de un pueblo originario. Se consideran en las categorías de respuesta los nueve pueblos indígenas reconocidos por el Estado de Chile en la ley 19.253: Mapuche, Aymara, Rapa Nui, Lican Antai, Quechua, Colla, Diaguita, Kawésqar y Yagán.

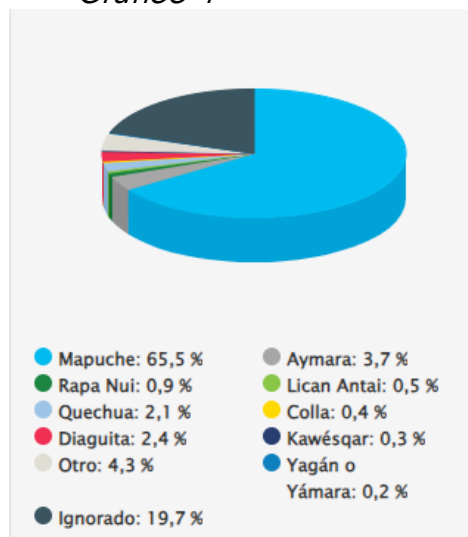
Tabla 7:

Comuna	Mapuche	Aymara	Rapa Nui	Atacameño o Lickanantay	Quechua	Colla	Diaguita	Chango	Otro	Pueblo no declarado
La Reina	3.450	171	*	*	*	*	183	*	65	11
Las Condes	3.979	374	81	86	126	*	324	*	191	54
Lo Barnechea	2.738	121	*	*	56	*	*	*	78	16
Macul	7.566	269	*	*	72	*	279	*	119	15
Ñuñoa	7.913	529	80	157	165	54	625	56	238	40
Peñalolén	22.977	453	84	52	241	*	504	*	181	34
Providencia	3.350	328	55	92	96	*	357	*	166	24
Vitacura	606	52	*	*	*	*	57	0	*	15

Fuente: Casen 2024

Del total de este grupo, el desglose por pueblo es el siguiente:

Gráfico 4



Fuente: Censo 2017

2.7 Población migrante

De acuerdo a los resultados del Censo 2024, Las Condes tiene una población migrante de 31.069 habitantes, correspondiente al 10,5% del total comunal. Esta cifra es mayor al porcentaje nacional de población inmigrante, que llega al 8,7%, pero es menor al porcentaje de la Región Metropolitana, en la que se llega al 13,04%.

2.8 Nivel socioeconómico

La última encuesta sobre Pobreza realizada el año 2020 por el Ministerio de Desarrollo Social indica que el Índice de Pobreza en Las Condes es de 2,78%. Este porcentaje representa una población cercana a las 9.200 personas.

En cuando al resto de las comunas del SSMO, y en base a los datos entregados por la encuesta CASEN 2017, respecto a la pobreza por ingresos², en general las personas que habitan las comunas continentales de la red poseen una situación económica mejor que la del país y la región. Es así como desde esta perspectiva un 1,98% de los habitantes de la red viven en condición de pobreza y un 0,59% en condiciones de pobreza extrema. La comuna más afectada por esta problemática es Macul con cifras mayores que la Región Metropolitana.

² Nueva metodología la cual clasifica a un hogar y sus integrantes como pobres cuando su ingreso por persona es inferior al valor de la "línea de pobreza" o monto mínimo necesario para satisfacer las necesidades esenciales de sus miembros. CEPAL. Fuente: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44314/1/S1800852_es.pdf ⁴ Reporte comunal de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2020.

Porcentaje de Personas en Situación de Pobreza por Ingresos Comunas de la Red Oriente, RM y País, CASEN 2017

Tabla 8

Comuna	% Pobreza Monetaria Total	% Pobreza Monetaria Extrema
Vitacura	0,00%	0,00%
Ñuñoa	0,86%	0,53%
La Reina	0,83%	0,83%
Las Condes	0,18%	0,12%
Providencia	0,43%	0,33%
Lo Barnechea	2,82%	0,68%
Macul	7,43%	0,56%
Peñalolén	4,14%	1,24%
SSMO	1,98%	0,59%
RM	5,37%	1,53%
País	8,59%	2,32%

Por otro lado, la comuna de Rapa Nui presenta un porcentaje de pobreza por ingreso de 8,12%, siendo la comuna de la Red con mayor pobreza, siendo levemente más baja que la del país.⁴

De acuerdo con los datos entregados por la encuesta CASEN 2017, en las comunas continentales de la Red Oriente, el 43,2% de sus habitantes pertenecen a FONASA, mientras un 49,95% está adscrito a una ISAPRE, esto marca una significativa diferencia con el resto del país y la región, donde sobre el 71% está incorporado a FONASA.

2.9 Género y Pobreza

A nivel país, la pobreza por ingresos afecta con mayor intensidad a mujeres llegando a un 2,41% en pobreza extrema y un 8,97% en pobreza, en las comunas de la red se observa una distribución similar, sin embargo, en pobreza extrema los hombres representan una proporción mayor que las mujeres.

Porcentaje de Hombres y Mujeres en Situación de Pobreza por Ingresos de la Red Oriente, Región Metropolitana y País, CASEN 2017

Tabla 9:

Comuna	Pobreza Extrema	Pobreza		
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer
Las Condes	0,00%	0,23%	0,06%	0,29%
SSMO	0,63%	0,55%	1,83%	2,12%
RM	1,47%	1,58%	4,96%	5,75%
País	2,23%	2,41%	8,17%	8,97%

Fuente: CASEN, 2017.

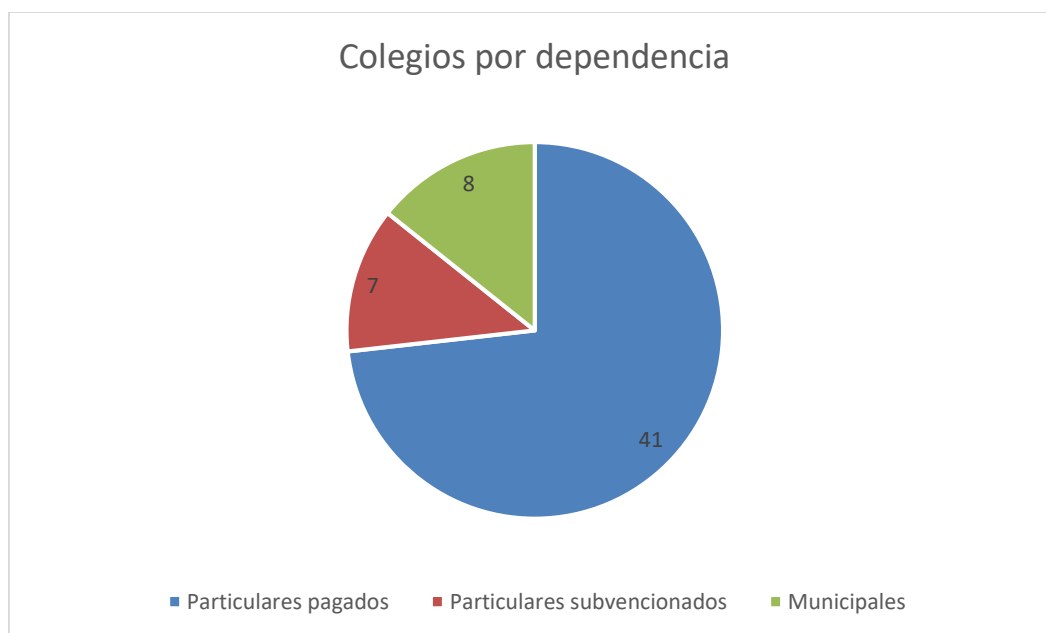
En un enfoque de género frente a la variable pobreza, se observa que, en términos relativos, la *pobreza multidimensional* afecta levemente más hombres que a mujeres. Las comunas de Peñalolén y Providencia presentan cifras superiores de pobreza en mujeres que la Región Metropolitana. En la Red, las comunas con mayor pobreza multidimensional son Peñalolén, Rapa Nui y Lo Barnechea, en ambas comunas continentales, ésta afecta más a los hombres que a las mujeres.

2.10 Educación

En la comuna de Las Condes existe una completa oferta educacional en todos los niveles. A nivel preescolar, existen jardines infantiles Particulares Pagados, públicos (dependientes de Junji) y jardines municipales.

En cuanto a colegios, el año 2023 existen 56 colegios en la comuna: 41 particulares pagados, siete particulares subvencionados y ocho establecimientos municipales.

Gráfico 5



En lo referido a educación superior, en la comuna de Las Condes existen universidades, Centros de Formación Técnica e Institutos Técnicos.

En cuanto al nivel de estudios de los vecinos de Las Condes, el desglose es el siguiente:

Tabla 10

Educación	
Escolaridad jefe de Hogar	15,7
Asistencia Ed. Escolar	98%
Asistencia a preescolar	59%
Asistencia a Ed. Media	72%
Ingreso a Ed. Superior	77%
Ed. Superior terminada	81%
Esc. P. originarios	12,5

Fuente: Censo 2017

3. Red vial

La comuna de Las Condes está ubicada en un sector estratégico de la Región Metropolitana. Cuenta con zonas residenciales, comerciales y oficinas, además de centros de salud y establecimientos educacionales.

Para responder a todas las necesidades de funcionamiento, existe una completa red de transportes, tanto en locomoción colectiva, como una moderna infraestructura vial para autos particulares y ciclovías.

Además de los microbuses que operan en la comuna, el Metro opera en Las Condes con la Línea 1 y combinación de Línea 4.

Además, en abril del año **2019** comenzaron a circular buses eléctricos y gratuitos de Las Condes, con el fin de reforzar el transporte público en la comuna. El sistema, que cuenta con wifi, puertos USB para cargar celulares, aire acondicionado, cámaras de seguridad y acceso para personas con discapacidad, no tiene costo para los usuarios.

4. Residuos domiciliarios

En la Región Metropolitana existen tres Rellenos Sanitarios, ninguno de ellos dentro de la jurisdicción del SSMO. Las comunas del SSMO depositan sus residuos domiciliarios en el Relleno Sanitario de Santa Marta las comunas de Macul y Peñalolén; y en el Relleno Sanitario Lomas Lo Colorado las comunas de La Reina, Las Condes, Lo Barnechea, Ñuñoa, Providencia y Vitacura.

Al año 2017 las comunas continentales del SSMO generaron 565.589 toneladas de residuos sólidos y asimilables domiciliarios, representando el 18,8% de la producción de la Región Metropolitana. En general la producción per cápita es menor que la producida en la región, siendo sólo las comunas de La Reina y Ñuñoa las que lo superan, como se observa en la Tabla:

Producción Total y per Cápita de Residuos Sólidos y Asimilables Domiciliarios
Generados 2017

Tabla 11

Área	Total de Residuos 2017 (toneladas)	Residuos Domiciliarios Per Cápita (Kg/día/Hab)
Las Condes	124.761	1,08
SSMO	565.589	1,14
RM	3.133.509	1,22

Fuente: Diagnostico nacional y regional sobre generación y eliminación de residuos sólidos domiciliarios y asimilables, 2017

5. Servicios Básicos

Considerando el último informe de Sector Sanitario 2018, se puede evidenciar que Chile, desde hace ya varios años, ha alcanzado altos niveles de cobertura de servicios sanitarios básicos. Lo anterior se demuestra en que el Gran Santiago se presenta un 100% de cobertura de agua potable y tratamiento de aguas servidas, y un 99,5% de acceso a alcantarillado

Tabla: Cobertura de Servicios Sanitarios, Comunas SSMO, RM y País año 2018

Tabla 12

Área	Agua Potable (%)	Alcantarillado (%)	Tratamiento
			de Aguas Servidas (%)
Las Condes	100	99,5	100
RM	100	98,8	98,8
País	99,9	97,2	100

Fuente: Superintendencia de Servicios Sanitarios

6. Fuentes fijas contaminantes

Fuentes Emisoras Fijas y Volumen de Emisiones Contaminantes, Red Oriente y Región Metropolitana, 2017

Tabla 13

Área	Fuentes Emisoras Fijas		Volumen de Emisiones	
			Fuentes Fijas	
	Nº	% en la RM	Ton	% en la RM
Las Condes	421	8,3%	74.311,107	3,1%
SSMO	1244	24%	197.118,612	8%
RM	5.093	100%	2.428.514,40	100%

Fuente: MINSAL y RETC, 2017

7.

Salud

Las Condes forma parte de la red del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (S.S.M.O.), que comprende las comunas de Providencia, Vitacura, Lo Barnechea, Las Condes, Ñuñoa, La Reina, Macul y Peñalolén.

Sistema de Salud Habitantes de las Comunas de la Red Oriente, Región Metropolitana y País, CASEN 2017

Tabla 14

Área		FONASA	FF.AA. y de Orden	ISAPRE	Ninguno (Particular)	Otro sistema	No sabe
La Reina	N	50.546	4.258	79.368	3.978	299	651
	%	36,34%	3,06%	57,06%	2,86%	0,21%	0,47%
Las Condes	N	71.658	8.266	214.929	3.588	3.418	2.138
	%	23,57%	2,72%	70,70%	1,18%	1,12%	0,70%
Lo Barnechea	N	32.145	635	17.125	1.623	405	680
	%	61,10%	1,21%	32,55%	3,08%	0,77%	1,29%
Macul	N	78.088	5.779	24.836	3.580	0	2.104
	%	68,27%	5,05%	21,71%	3,13%	0,00%	1,84%
Ñuñoa	N	91.422	7.131	129.827	6.542	1.131	1.898
	%	38,42%	3,00%	54,56%	2,75%	0,48%	0,80%
Peñalolén	N	205.860	5.668	54.147	9.257	1909	5.660
	%	72,87%	2,01%	19,17%	3,28%	0,68%	2,00%
Providencia	N	33.695	2.199	97.028	3.420	1.229	953
	%	24,32%	1,59%	70,04%	2,47%	0,89%	0,69%
Vitacura	N	6.775	1.004	42.124	664	394	105
	%	13,27%	1,97%	82,49%	1,30%	0,77%	0,21%
SSMO	N	570.189	34.940	659.384	32.652	8.785	14.189
	%	43,19%	2,65%	49,95%	2,47%	0,67%	1,07%
RM	N	5.132.462	143.631	1.555.733	260.653	38.504	92.253
	%	71,05%	1,99%	21,54%	3,61%	0,53%	1,28%
País	N	13.897.125	380.433	2.557.241	505.888	112.542	354.185
	%	78,04%	2,14%	14,36%	2,84%	0,63%	1,99%

7.1 Población Inscrita Validada APS 2017-2025

La siguiente es la evolución de la población Inscrita y Validada por Fonasa en los centros de salud de Las Condes

Tabla 15

Comuna	2.019	2.020	2.021	2022	2023	2024	2025	Variación 2019-2025
Las Condes	72.336	74.809	75.843	76.585	76.676	79.215	82.123	113,53%

Del total de vecinos de Las Condes, sólo cerca del 22% está inscrito en alguno de los centros de salud comunales, y esa cifra representa más del 11% del total del S.S.M.O.

7.2 Tasas de mortalidad

Según los últimos datos de mortalidad, al año 2021 el número de defunciones en las comunas de la Red Oriente alcanzó a las 9.608 personas con un Tasa Bruta de Mortalidad (TBM) de 6,4 por mil habitantes, siendo inferior al país.

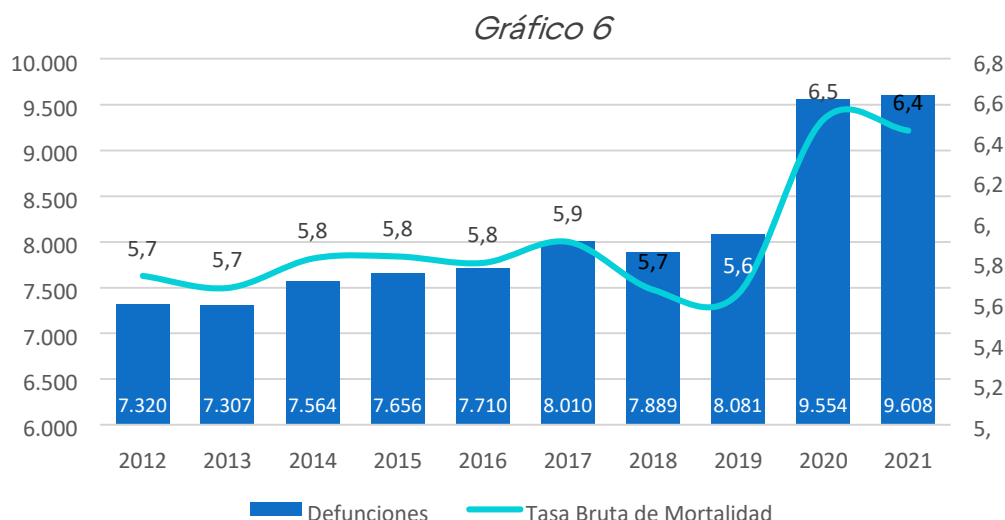
Número defunciones y Tasa Bruta de Mortalidad, Comunas SSMO, año 2024

Tabla 16

Área	Ambos Sexos			Mujer			Hombre		
	Defunciones	Población	Tasa	Defunciones	Población	Tasa	Defunciones	Población	Tasa
Las Condes	2.140	296.134	6,7	1.157	172.187	6,57	983	163.109	5,86
SSMO	9.101	1.335.563	5,98	4.958	763.336	6,38	4.143	726.815	5,56

Fuente: censo 2024

Evolución de la Mortalidad General (Defunciones-Tasa Bruta) SSMO, período 2012-2021

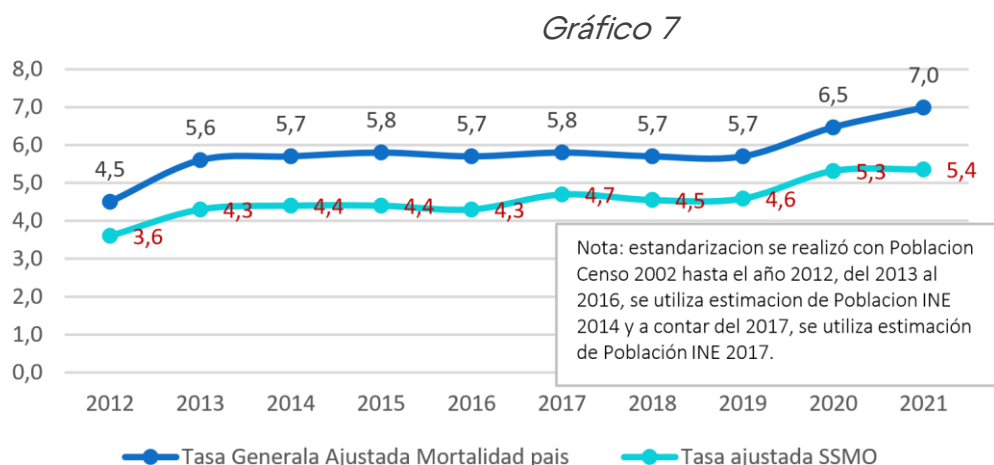


Fuente: BBDD Defunciones DEIS MINSAL 2021.

La Tasa de Mortalidad General, mostrada en el gráfico, evidencia la brusca alza en los años 2020 y 2021 producto de la pandemia COVID-19.

Como se observa en el siguiente gráfico, el riesgo de morir de los habitantes de las comunas de la Red Oriente es menor que del país, alcanzando el año 2021 una tasa ajustada de mortalidad de 5,4 y 7,0 por mil habitantes respectivamente.

Evolución de la Tasa ajustada de Mortalidad del País y del SSMO, período 2012-2021



Fuente: BBDD Defunciones 2021, DEIS.

Como se aprecia en la tabla, en niños de 0 a 4 años en La Reina, Peñalolén y Providencia presentan una tasa de mortalidad mayor al país (1,0 por cada mil habitantes). En mayores de 80 años las mayores tasas de mortalidad se encuentran en Peñalolén, La Reina y Lo Barnechea.

Tasa de Mortalidad por Grupos de Edad Comunas Red Oriente año 2024

Tabla 17

Comuna	0-4 años	5-9 años	10-14 años	15-19 años	20-44 años	45-64 años	65-79 años	80 y más años	Tasa
Las Condes	0,4	0,38	0,25	0,22	0,31	2,21	10,88	80,28	6,23
SSMO	0,35	0,31	0,21	0,39	0,53	2,89	13,25	82,61	5.98

Fuente: BBDD Defunción 2024, DEIS.

Las 3 principales causas de defunciones en el SSMO (ver Tabla) representaron en 2024 el 64.6% del total de defunciones por grandes causas son:

1. Tumores (Neoplasias).
2. Enfermedades del sistema circulatorio
3. Enfermedades del sistema respiratorio

Defunciones por Grupos de grandes Causas, Comunas SSMO, Año 2024

Gráfico 8



Fuente: BBDD defunciones 2024, DEIS.

Respecto al índice de Swaroop, que corresponde al porcentaje de fallecidos sobre los 60 años, para el año 2024 con excepción de Peñalolén y Rapa Nui, las restantes comunas de la red presentan un indicador más alto que la región y el país, por lo que tienen una mortalidad más tardía.

Índice de Swaroop de la Red Oriente, Región Metropolitana y país 2024.

Tabla 18

Área	Índice de Swaroop		
	Ambos Sexos	Mujeres	Hombres
Las Condes	92,1	93,9	89,9
SSMO	88,8	92,1	84,9

Fuente: BBDD defunciones 2024, DEIS.

7.3 Esperanza de vida al nacer

De acuerdo con las proyecciones determinadas en el último Censo (2017), se estima que en el período de 2016-2020, la esperanza de vida promedio en Chile es de 80,4 años y en el período 2021-2025 es de 81,4. En el 2021, en las mujeres se espera una esperanza de vida superior de 83,8 años, mientras que en los hombres se espera 78,3 años.

En la tabla, se observa la evolución de este indicador en el país por quinquenio desde 1996 a 2025, como se puede apreciar claramente la tendencia es al aumento de la esperanza de vida. Otro punto que refuerza el envejecimiento poblacional.

Evolución de la Esperanza de Vida al Nacer en Chile, Período 1996-2025

Tabla 19

Período	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
1996 -2000	75,8	72,8	78,9
2001 -2005	77,1	74,1	80,2
2006 -2010	78,3	75,4	81,3
2011 -2015	79,4	76,6	82,2
2016 -2020	80,4	77,7	83,2
2021-2025	81,4	78,7	84,1

Fuente: Estimaciones y Proyecciones de población Censo 2017, INE.

7.4 Años de vida potenciales perdidos (AVPP)

El indicador Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) muestra la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros.

El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida. En términos absolutos, según la última medición de este indicador, en el año 2019 en las comunas de la Red se perdieron 63.406 años de vida potenciales, de estos el 60,5% corresponden a hombres.

En términos relativos a la cantidad de habitantes de cada comuna, el territorio con la mayor tasa de AVPP es Rapa Nui con 77,6 años por 1000 hab., seguido Macul con 57,5 años por 1000 hab., esto se traduce en que en estas comunas existe un mayor número de defunciones en población joven.

En la Tabla, se observa el detalle por comunas de la red para el año 2024.
Cantidad y Tasa³ de Años de Vida Potencialmente Perdidos, Red Oriente

Tabla 20

Área	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
	Tasa	Tasa	Tasa
Las Condes	38,3	27,3	32,7
SSMO	49,9	33,8	41,8

Fuente: DEIS, 2024

Tabla 21

Área	Fuentes Emisoras Fijas		Volumen de Emisiones Fuentes Fijas	
	Nº	% en la RM	Ton	% en la RM
Las Condes	421	8,3%	74.311,107	3,1%
SSMO	1.244	24%	197.118,612	8%
RM	5.093	100%	2.428.514,40	100%

Fuente: MINSAL y RETC, 2017

³ Tasa por mil habitantes

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD LAS CONDES

1. Bases Conceptuales:

La Dirección de Salud de Las Condes es la entidad encargada de administrar y gestionar las políticas que se aplicarán en beneficio de los vecinos.

Para ello, cabe destacar los recursos adicionales que entrega la Administración Central para ofrecer un servicio de vanguardia, con profesionales y equipamiento que estén a la altura de lo que requieren los vecinos de Las Condes en el área de salud.

La Dirección de Salud realiza un seguimiento a los cambios que experimenta la población.

Los lineamientos son los siguientes:

Lineamiento N°1

Fortalecer el Modelo de Atención junto con los valores y principios que lo sustentan

Se realiza capacitación permanente para incorporar los conceptos y herramientas de este modelo, a los funcionarios que se van integrando a los Centros de Salud de La comuna. Esta capacitación consta de un curso destinado a profesionales y no profesionales, que se incorporan a la dotación funcionaria, otorgándoles competencias en el Nuevo Modelo.

Lineamiento N° 2:

Consolidar el modelo de gestión en red, local, regional, y suprarregional (macro y micro redes)

La Dirección de Salud está constantemente monitoreando las ofertas de capacitación para sus funcionarios que las redes pueden ofrecer para lograr este objetivo.

Lineamiento N°3

Fortalecer el Sistema de Garantías GES

Es necesario contar con equipos técnicos profesionales de salud motivados, estables y capacitados, reforzando y ampliando el conocimiento de aspectos normativos y técnicos. Fortaleciendo la aplicación de protocolos GES y No GES, así como el desarrollo de sistema de Referencia y Contra referencia para patologías GES y No GES, otorgados por el SSMO a fin de dar respuesta con esto, a los nuevos objetivos sanitarios de la década.

- Programa Cardiovascular
- Patologías de Salud Mental
- Patología respiratoria y TBC
- Patología Geriátrica
- Actualización en gineco- obstetricia.
- Actualizaciones en adolescentes

- Patología odontológica prevalente.

Lineamiento N° 4 y N° 5

- Mejorar la Calidad de la Atención y Trato al Usuario.
- Generar Estrategias de Desarrollo Organizacional para el Mejoramiento de Calidad de Vida Funcionaria.

La comuna de Las Condes, consciente del bienestar de nuestros usuarios especialmente el de los Centros de Salud, y de la importancia que una buena calidad de vida funcionaria, que se traduce en una alta satisfacción usuaria.

Lineamiento N° 6

Incorporar Tecnología de Información y Comunicacionales

La Dirección de Salud de Las Condes está consciente de la importancia del uso de nuevas tecnologías para ofrecer un servicio de vanguardia a sus usuarios y es por ello que, permanente entrega capacitación en esta área a sus funcionarios.

Lineamiento N°7

Desarrollar la gestión administrativa, física y financiera

El buen uso de los recursos disponibles, obliga a la Dirección de Salud a estar permanentemente preocupada de ofrecer a sus usuarios internos las herramientas para optimizar la gestión en cada uno de sus centros.

Lineamiento N°8

Mejorar la Gestión y Desarrollo de las Personas

Los funcionarios de los centros de Salud comunales acceden a capacitaciones de acuerdo a sus necesidades personales y organizacionales.

Lineamiento N° 9

Mejorar la prevención y manejo de las Contingencias, Emergencias y Catástrofes Provocadas por Desastres Naturales, Accidentes, Etc.

Los Centros de Salud deben estar permanentemente actualizados y preparados para responder adecuadamente frente a situaciones imprevistas, es por esto que existe:

- La Dirección priorizando la seguridad del paciente, capacita al personal que actúa de manera directa con el usuario: RCP Básica, dictado y evaluado por la empresa mutuaría.

- Un comité paritario por cada Centro de Salud, que recibe capacitación continua en estas materias dictado por la empresa mutuaría.

Adicionalmente, la Dirección de Salud de Las Condes ofrece a sus funcionarios seminarios y encuentros que buscan fortalecer el lineamiento estratégico que vela por la salud de cada uno de ellos, ante el desgaste propio de sus respectivas actividades.

2. Objetivos Sanitarios 2021 al 2030



3. Actividades Comunitarias y Docentes

Las actividades comunitarias se realizan en jardines infantiles, colegios, sedes vecinales, club de adultos mayores, recintos municipales, mini consultorios, etc.

Corresponden a:

- Consejos Consultivos (comunidad)
- Talleres educativos de Promoción de Salud.
- Talleres de actividad física.
- Reuniones interactivas y/o consultivas, con grupos específicos.
- Talleres preventivos en población con factores de riesgo cardiovascular.
- Reuniones periódicas con los concejos consultivos de ambos centros de salud.

Actividades Docentes:

El CESFAM Ariztía y el CESFAM Apoquindo tienen convenio con varias instituciones educacionales, siendo campo docente de varias carreras de la salud (medicina, química y farmacia, enfermería, nutrición, terapia ocupacional, TENS dental, TENS enfermería) contribuyendo importantemente a la formación académica.

4. Enfoque de Género

El enfoque de género en este Plan de Salud se presenta como la necesidad justificada de que las personas desde su género sean representadas en las acciones programadas anualmente. Las necesidades diferenciadas de hombres y mujeres deben verse reflejadas en la programación de actividades, teniendo como base la problematización constante del modelo hegemónico que ha construido el ser mujer y hombre, y sobre lo anterior trabajar desde una mirada de respeto, empatía, promoción y prevención de los derechos de las personas.

El enfoque de Género contribuye a visualizar prácticas discriminadoras y abordar la violencia con herramientas que permiten avanzar en el camino del bienestar y dignidad de las personas, familias y comunidades de nuestro territorio.

En la atención de salud, la búsqueda de equidad es parte del modelo base que emerge desde la atención primaria, y para aportar en esta búsqueda resulta fundamental la mirada asertiva y crítica en las diferentes formas de vivir la salud, de sentir la enfermedad, de acuerdo a los roles y procesos complejos que pueden enfrentar los usuarios y usuarias en el sistema de salud.

Lograr que este sistema se visualice como una posibilidad de mejora en las vidas de las personas, familias y comunidades, donde encuentran acogida a sus

inquietudes y problemas, con sus especificidades, sus relaciones, su visión, sus hábitos, es el desafío constante en el ámbito de la salud pública.

Para comprender las implicancias del enfoque de género y como a través de éste se puede abordar en parte las barreras de acceso al sistema de salud, resulta básica la capacitación de los funcionarios y funcionarias. También las iniciativas dirigidas a usuarios y usuarias externos e internos, que visibilizan aspectos como patrones de violencia, responsabilidad desigual en los cuidados de la familia, responsabilidad con las atenciones de salud, la comunicación y otros elementos que permiten educar y retroalimentar respecto a la autonomía, el respeto y toma de decisiones.

Se da continuidad a las capacitaciones desarrolladas comunalmente, y los contenidos de estas se refuerzan con protocolos para detectar e intervenir la violencia de género y todos los tipos de violencia, estos protocolos son constantemente socializados con los equipos.

Los diferentes programas que se desarrollan en la comuna realizan acciones en el ámbito educacional y comunitario, promoviendo la incorporación de personas de diferentes géneros y grupos etarios.

Trabajar en torno al respeto, la afectividad y sexualidad, el autocuidado, y la promoción de un buen trato son actividades abordadas en los programas de promoción de la salud, participación social, salud mental, género y violencia.

5 Indicadores de atención

5.1. Tabla de consultas médicas por edad

Los principales motivos de consulta médica en el Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía a julio del año 2025, son:

Tabla 22

0 a 9 años	Otras morbilidades	IRA alta	Síndrome Obstructivo	Bronquial
10 a 19 años	Otras morbilidades	Salud Mental		
20 a 64 años	Otras morbilidades	Salud mental	Control crónico	
> 65 años	Otras morbilidades	Control crónico	Salud mental	

Los principales motivos de consulta médica CESFAM Apoquindo son:

Tabla 23

0 a 9 años	Infección respiratoria alta	Infección respiratoria baja	Morbilidad general
10 a 19 años	Morbilidad general	Salud mental	Control crónico
20 a 64 años	Morbilidad general	Control crónico	Salud mental
> 65 años	Control crónico	Morbilidad general	Salud mental

5.2 Tabla de consultas por profesional y actividad

En la siguiente tabla se indica el número de prestaciones presenciales y telemáticas en los CESFAM de la comuna, entre agosto del año 2024 y julio del 2025:

Tabla 24

Atenciones	CESFAM Dr. Aníbal Ariztía	CESFAM Apoquindo	Nº atenciones
Atenciones médicas	44.132	39.453	83.585
Atenciones por enfermera	29.591	13.006	42.597
Atenciones matrona	16.550	10.693	27.243
Atenciones nutricionista	9.728	3.168	12.896
Atenciones odontólogo	33.405	13.380	46.785
Atenciones psicólogo	9.163	5.005	14.168
Atenciones kinesiólogo	3.698	1.550	5.248
Procedimientos clínicos	68.803	51.747	120.550
Visita domiciliaria integral	3.988	1.800	5.788
Procedimientos clínicos en domicilio	8.594	6.008	14.602
TOTAL	227.652	145.810	373.462

De igual forma, las atenciones del SAPU durante el año 2024 fueron los siguientes:

Tabla 25

Atenciones	Números **
Consultas Médicas	52.013
Consultas Dentales	5.845
Procedimientos Médicos *	4.216
Procedimientos de Enfermería	41.619
Traslados de Ambulancias	6.578

* Incluye suturas, reanimación cardiopulmonar, constatación de lesiones.

** Valores extrapolados de enero a septiembre del 2024 y octubre a diciembre del año anterior.

5.3 Tablas de metas por CESFAM

El siguiente es el informe del cumplimiento de metas sanitarias al mes de julio **del año 2025** en el CESFAM Dr. Aníbal Ariztía:

Tabla 26

	META	Realizado	% de cumplimiento según meta
Recuperación DSM de 12 a 23 ms.	90%	88,99%	98,77%
Reducir brecha de mujeres sin PAP vigente 10%	51,0%	50,87%	99,74%
Control odontológico pob 0 a 9 años	43,85%	33,05%	75,37%
Niños de 6 años libres de caries línea base	47,11%	28,03%	59,50%
Cobertura efectiva DM II 15 y +	29,32%	25,17%	85,85%
Cobertura de evaluación anual de pie diabético	80,00%	81,82%	102,28%
Cobertura efectiva HTA 15 y +	38,00%	34,66%	91,21%
Cobertura LME en niños de 6ms	55,41%	50,72%	91,54%
Cobertura efectiva de asma/EPOC >4 años	11,94%	11,99%	100,42%

El siguiente es el informe del cumplimiento de metas sanitarias al mes de julio del año 2024 en el CESFAM Apoquindo:

Tabla 27

	META	Realizado	% de cumplimiento según meta
Recuperación DSM de 12 a 23 ms.	85%	Sin casos	
Reducir brecha de mujeres sin PAP vigente 10%	50,4%	48,62%	96,46%
Control odontológico pob 0 a 9 años	54,3%	48,12%	88,61%
Niños de 6 años libres de caries línea base	46%	31,25%	67,93%
Cobertura efectiva Diabetes Mellitus tipo2 en personas de 15 y + años	25,5%	26,01%	102%
Cobertura de evaluación anual de pie diabético	68%	68,31%	100,4%
Cobertura efectiva hipertensión Arterial en personas de 15 y + años	34%	34,99%	102,9%
Cobertura LME en niños de 6ms	62%	66,67%	107,5%
Cobertura efectiva de asma >4 años	12,44%	12,60%	101,00%

5.4 Cumplimiento Índice de Actividades de Atención Primaria de Salud (IAAPS)

El siguiente es el Índice de Actividades de Atención Primaria de Salud (IAAPS) al mes de julio del año 2025:

Tabla 28

IAAPS 2024	META	Realizado	% de cumplimiento según meta
Tasa de morbilidad médicos	0,68	0,53	114,7%
Resolutividad APS	9,37 %	9,3%	99.25%
Tasa de visita Integral	0,25	0,15	115.38%
Cobertura EMP 20-64 mujeres	20,37%	13,9%	136,4%
Cobertura EMP 20-64 hombres	17,58%	9,42%	117,17%
Cobertura EMP 65 y + años	45,27%	25,28%	111,66%
Cobertura de evaluación DSM niños e 12 a 23 ms.	92,75%	71,2%	153,51%
Controles 10-19 años	23,50%	13,05%	111,06%
Cobertura Trastornos Mentales	28,73%	26,9%	93,63%
Tasa de controles Salud Mental	5,35	3,85	143,66%
Egresos SM por alta clínica	29,17%	10,53%	72,17%
Cumplimiento GES	100%		
Cobertura vacunación Influenza*	85,0%		
Ingreso Embarazadas antes de las 14 semanas	90,33%	88,06%	97,49%
Cobertura de métodos anticonceptivos de 15 a 19 años	21,92%	18,63%	85%
Cobertura Diabetes Mellitus tipo 2 en 15 y más años	55,08%	47,02%	85,36%
Cobertura Hipertensión Arterial en 15 y + años	52 %	46,17%	88,8%
Sección 3 de impacto			
Población <3 años libre de caries	66,04%	46,31%	140,25%
Estado Nutricional Normal en <2 años	62,5%	63,87%	102,2%

5.5 Recursos físicos

Los recursos físicos con los que cuentan los centros de salud son los siguientes:

Tabla 29

Nombre de recurso	Nº
Box de atención (incluye los de procedimientos y reanimación)	153
Espacios comunitarios (Salas de espera, salas de taller)	12
Espacios operativos (salas de reuniones, SOME, Inscripción, OIRS, farmacia, entrega de alimentos, oficinas administrativas, admisión/recepción, interconsulta, SIGGES Estadísticas/Computación, residencia, comedor)	46

6 Análisis de datos estadísticos de Atención Primaria

6.1 Cumplimiento de Metas Sanitarias / IAAPS

En relación con el cumplimiento de Metas Sanitarias, se puede observar que a la fecha de corte (julio 2025) está de acuerdo a lo esperado en la mayoría salvo:

- Cobertura efectiva de DM2 e HTA: estas metas se relacionan estrechamente con la cobertura que también está bajo lo esperado por oferta insuficiente de profesionales en el CESFAM, debido a una población inscrita validada (PIV) excesiva, con infraestructura insuficiente para poder otorgar las prestaciones necesarias.
-
- Cobertura LME: esta meta ha ido disminuyendo progresivamente por múltiples factores, entre estos la ley que faculta a las madres a optar por lactancia artificial sin causa médica y los cambios de hábitos en nuestra población.

Cumplimiento de Metas Sanitarias CESFAM Dr. Aníbal Ariztía

En relación con el cumplimiento de Metas Sanitarias, podemos observar que a la fecha de corte (julio 2025) está de acuerdo a lo esperado en la mayoría salvo:

- Cobertura efectiva de DM2 e HTA: estas metas se relacionan estrechamente con la cobertura que también está bajo lo esperado por

oferta insuficiente de profesionales en el CESFAM, debido a una población inscrita validada (PIV) excesiva, con infraestructura insuficiente para poder otorgar las prestaciones necesarias.

- Cobertura LME: esta meta ha ido disminuyendo progresivamente por múltiples factores, entre estos la ley que faculta a las madres a optar por lactancia artificial sin causa médica y los cambios de hábitos en nuestra población.

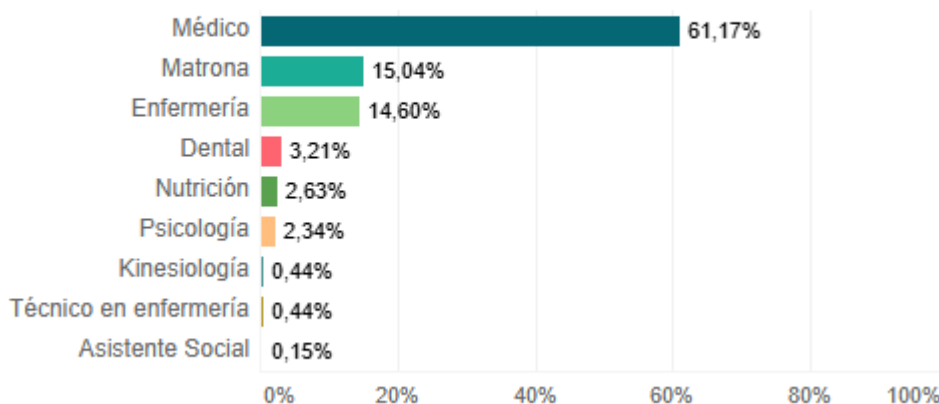
Estrategia Telesalud

A partir de septiembre 2024 se inició la incorporación de la estrategia OPS/MINSAL “Telesalud” en CESFAM Dr. Aníbal Ariztía, la cual es un sistema de gestión de demanda cuya implementación se inició en Chile durante la pandemia, con el objetivo de facilitar el acceso a la atención. Es una plataforma, a la cual se accede a través de internet, llenando un formulario con su consulta o requerimiento. El equipo integrado por profesionales matrona, enfermera y kinesiólogo del CESFAM en jornada completa revisa el requerimiento, las prestaciones otorgadas y responde al usuario según lo que sea pertinente acorde a las normas ministeriales y protocolos locales. Las citas son apoyadas por equipos de sector.

A la fecha se han recibido 22.275 solicitudes y gestionado un total 21.261, quedando pendientes por responder 856. El 61.17% de las solicitudes es para médico, 15.04% para matrona y 14.06% para enfermera. El resto de las demandas no se ofrecen a través de esta plataforma por lo que se orienta al usuario a gestionar su consulta a por los medios habituales.

Gráfico 9

% Solicitudes recibidas por prestador



Cumplimiento de Metas Sanitarias CESFAM Apoquindo

Cobertura de Lactancia Materna Exclusiva (LME): Su cumplimiento ha experimentado un descenso gradual a lo largo de los años, con una disminución más marcada durante este período. Esta situación se explica, en parte, por el derecho de las madres a no amamantar, así como por otras condiciones de salud que impiden que la lactancia materna sea la fuente primaria y exclusiva de alimentación en menores de 6 meses.

Egresos por Alta Médica en Salud Mental (SM): Durante el año 2025, se incorporaron tres nuevos indicadores relacionados con salud mental, entre los cuales se incluye el egreso por alta médica. Esto ha motivado a nuestro equipo a buscar nuevas estrategias y reorientar el programa, con el fin de estandarizar las atenciones y lograr que los profesionales procedan al egreso de los pacientes una vez finalizada la terapia.

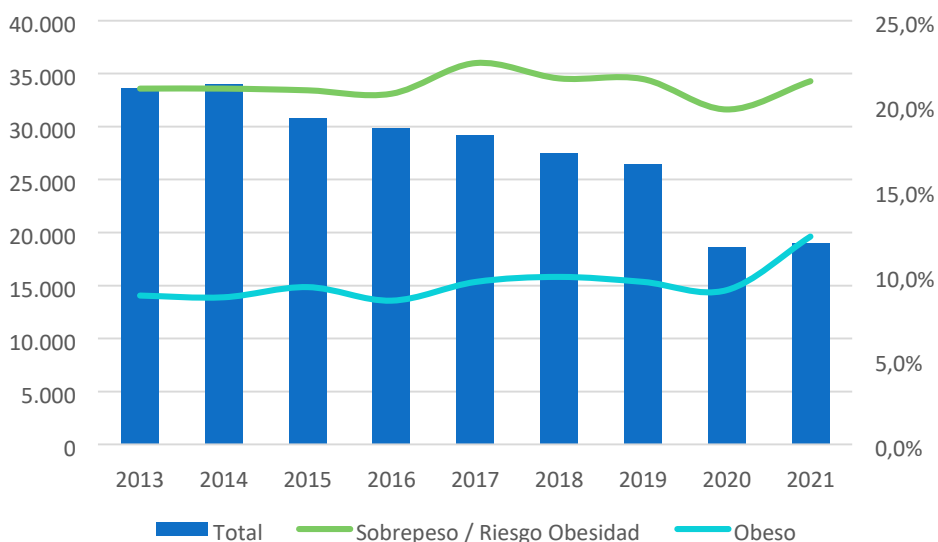
6.2 Salud del Niño y la Niña menores de 10 años

Una de las variables de mayor relevancia en la salud de la población infantil es el Estado Nutricional, particularmente en los menores de 6 años, población que hoy presenta cifras considerables de sobrepeso y obesidad. Es así como a diciembre de 2019 se encontraban en control en la atención primaria 26.508 niños y niñas menores de 6 años de los cuales un 21,6% presenta sobre peso y un 9,6% obesidad, siendo levemente superior la obesidad en niños que en niñas.

Durante el 2020, producto de la pandemia, se puede apreciar en el Gráfico que hubo una disminución de población infantil bajo control en Atención Primaria. Sin embargo, el 2021 el porcentaje de población infantil en Sobrepeso se mantienen relativamente igual al 2019 y el porcentaje en Obeso sufre un aumento en relación con años anteriores.

Población Infantil Bajo Control en Atención Primaria, Prevalencia de Obesidad y Sobrepeso Red Oriente Período 2013-2021

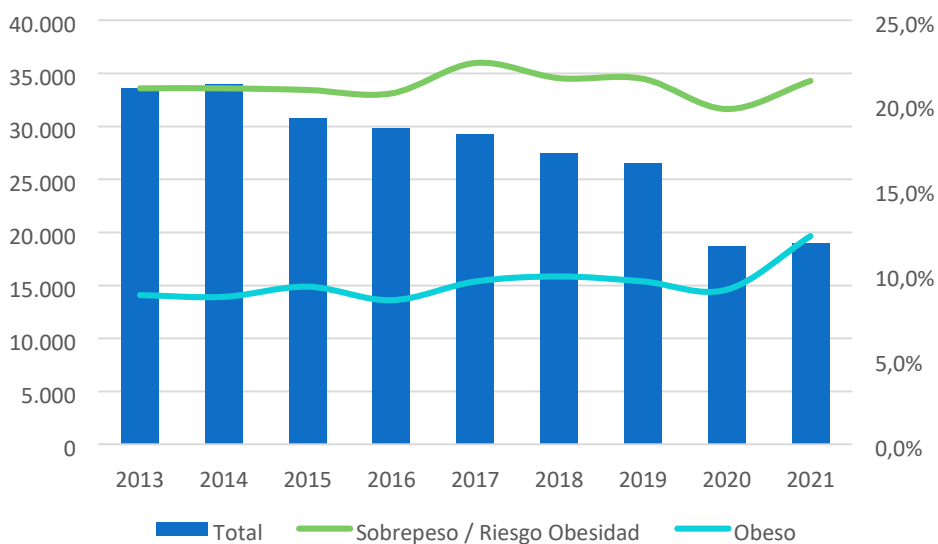
Gráfico 10



Fuente: REM Serie P02 diciembre 2013-2021 DIS-DSSMO

Población Infantil Bajo Control en Atención Primaria, Prevalencia de Obesidad y Sobrepeso Red Oriente Período 2013-2021

Gráfico 11



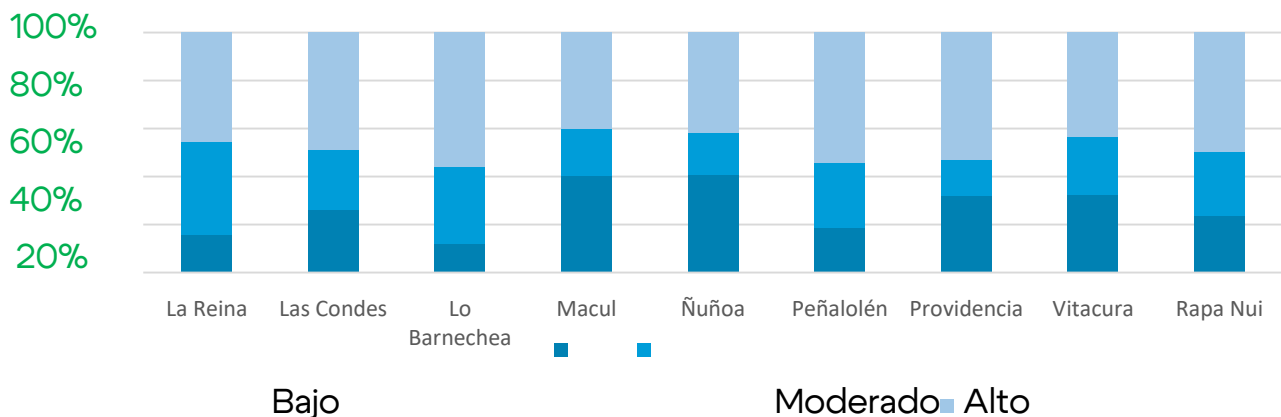
Fuente: REM Serie P02 diciembre 2013-2021 DIS-DSSMO

6.3 Salud Cardiovascular

La variable riesgo cardiovascular se evalúa y registra periódicamente en los establecimientos de atención primaria de la Red. Es así como a diciembre de 2021, se encontraban en control con clasificación de riesgo cardiovascular 95.180 personas, de las cuales un 47,8% presentaban un riesgo alto.

En el Gráfico, se observa la distribución porcentual del riesgo cardiovascular en las comunas de la Red. De acuerdo con esta gráfica, la comuna que presenta una población con mayor riesgo cardiovascular es Lo Barnechea, con un 56% de riesgo alto; seguido por Peñalolén con 54% de riesgo alto y Providencia con un 53% de riesgo alto.

Distribución Porcentual del Riesgo Cardiovascular en Población Bajo
 Control, Comunas de la Red Oriente, diciembre 2021
Gráfico 12



Fuente: REM Serie PO4 diciembre 2021 DIS-DSSMO.

Dentro de los factores de riesgo cardiovascular se encuentra la Hipertensión Arterial (HTA), problema de salud en el cual la Red Oriente alcanza una cobertura de diagnóstico en su población inscrita FONASA a diciembre de 2021 de un 51,4% sobre la prevalencia estimada por la ENS⁴. La cobertura efectiva⁵ de este problema de salud alcanza al 31,9%. La comuna con menor cobertura efectiva de su población es Rapa Nui con un 16,5%.

⁴ Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Presión arterial elevada (HTA), nacional: 27,6%.

⁵ Cobertura Efectiva: Personas bajo control con problema de salud compensado (HTA: PA<140/90 y PA<150/90. DM HbA1c<7) /Prevalencia estimada de población afectada

Número de Personas Bajo Control por HTA, Porcentajes de Cobertura a junio 2025

Tabla 30

Comuna	Nº Personas Bajo Control	Nº Personas Compensadas	Nº Personas Esperadas por Prevalencia [1]	% de Cobertura Diagnóstico	% Cobertura Efectiva
Las Condes	13.855	10.598	30.007	46,17%	35,32%
SSMO	103.119	76.260	208.070	49,56%	36,65%

Tabla 32

Power Bi SSMO a julio 2025

Al desagregar por grupos de edad se observa una mejor cobertura en los grupos de mayor edad destacando el grupo de mayores de 65 años y más, donde se alcanzan los mejores porcentajes de compensación.

En el caso de la Diabetes Mellitus (DM) tipo II se produce un fenómeno similar, la cobertura de diagnóstico alcanzada en población inscrita en los establecimientos de Atención Primaria del SSMO, calculada sobre la prevalencia estimada por la ENS⁶, es de un 52,9% (36.127 personas diabéticas bajo control) y la cobertura efectiva alcanza un 25,4%.

Número de Personas Bajo Control por DM Tipo II, Porcentajes de Cobertura a junio 2025

Tabla 31

Comuna	Nº Personas Bajo Control	Nº Personas Compensadas	Nº Personas Esperadas por Prevalencia [1]	% de Cobertura Diagnóstico	% Cobertura Efectiva
Las Condes	6.058	3.175	12.885	47,02%	24,64%
SSMO	44.436	22.482	90.893	48,89%	25,13%

Power Bi SSMO a julio 2025

⁶ Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Diabetes Nacional: 12,3%.

6.4 Adulto Mayor

A julio de 2025, se encontraban en control con diagnóstico de funcionalidad 36.699 Adultos Mayores de 65 años y más en el SSMO. Esta cifra representa el 26,51% de la población AM inscrita Fonasa, Las Condes 5.863. En el CESFAM Dr. Aníbal Ariztía el 29,1% presenta algún grado de dependencia (un 9,4% presenta dependencia grave-total según Índice de Barthel).

Es relevante destacar la alta concentración de establecimientos de larga estadía para adultos mayores ubicados en las comunas de nuestra Red. De acuerdo con la información publicada por la SEREMI de Salud Metropolitana, a junio de 2022 existen 204 establecimientos autorizados con una capacidad de 6.308 camas, con un incremento respecto al 2019, y representan un 49,6% de la oferta de camas de este tipo de establecimientos en la Región Metropolitana.

Número de Establecimientos de Larga Estadía del Adulto Mayor, Autorizados por la SEREMI 2015 – 2022

Tabla 32

Área	2015		2018		2019 (a agosto)		2022 (a junio)	
	Nº de Establecimientos	Nº de Camas	Nº de Establecimientos	Nº de Camas	Nº de Establecimientos	Nº de Camas	Nº de Establecimientos	Nº de Camas
Las Condes	44	1.577	51	1.757	53	1.767	59	1.979
Red Oriente	195	5.422	210	5.970	208	5.948	204	6.308
RM	435	12.104	459	12.680	449	12.552	429	12.710

Tabla 36

Fuente: SEREMI de Salud Región Metropolitana.

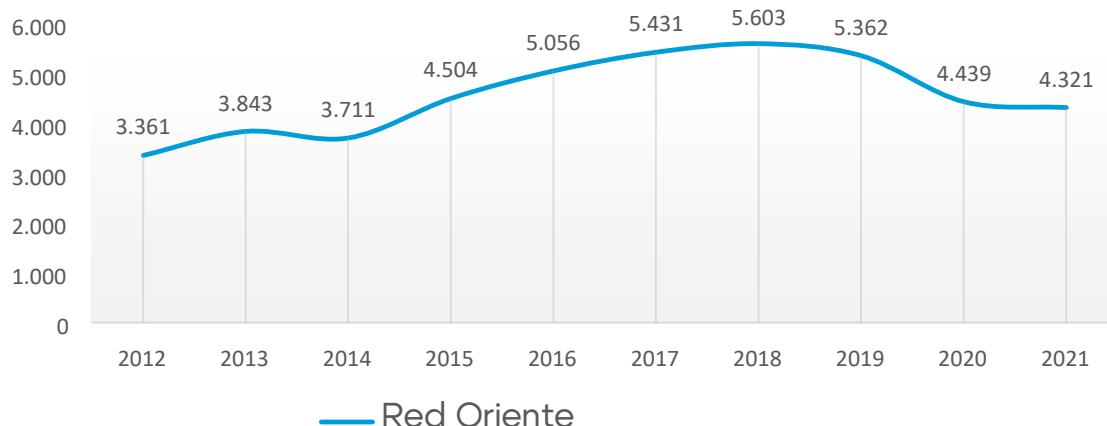
6.5 Enfermedad Pulmonar Obstructiva (EPOC)

Dentro de las prioridades del sistema sanitario chileno se encuentran las enfermedades respiratorias. Dentro de éstas, se encuentra la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. La población bajo control por este problema de salud en las comunas de la red a pesar de experimentar una caída en el año 2014 ha aumentado en un 28,6% en el período 2012-2021. A contar del 2019 ha ido disminuyendo la población bajo control, sufriendo una caída del 17,2% entre el 2019 y 2020.

Evolución de la Población EPOC, Bajo Control en los Centros de Atención Primaria de la Red Oriente

Gráfico 13

Período 2012-2021



Fuente: REM Serie P03 diciembre 2012-2021 DIS-DSSMO.

A pesar de este incremento de la cobertura, éstas aún son bajas en comparación a la prevalencia, dado el alto número de personas que estarían afectadas por este problema y el sub-diagnóstico existente. De acuerdo con el estudio Platino, la prevalencia de EPOC en mayores de 40 años es de un 16,9%⁷. Esto se traduce en que en la población beneficiaria debería haber más de 57 mil personas afectadas por EPOC, sin embargo, como se observa en la Tabla, los establecimientos de Atención Primaria de nuestra red sólo alcanzan un 7,49% de cobertura.

6.6 Asma Bronquial

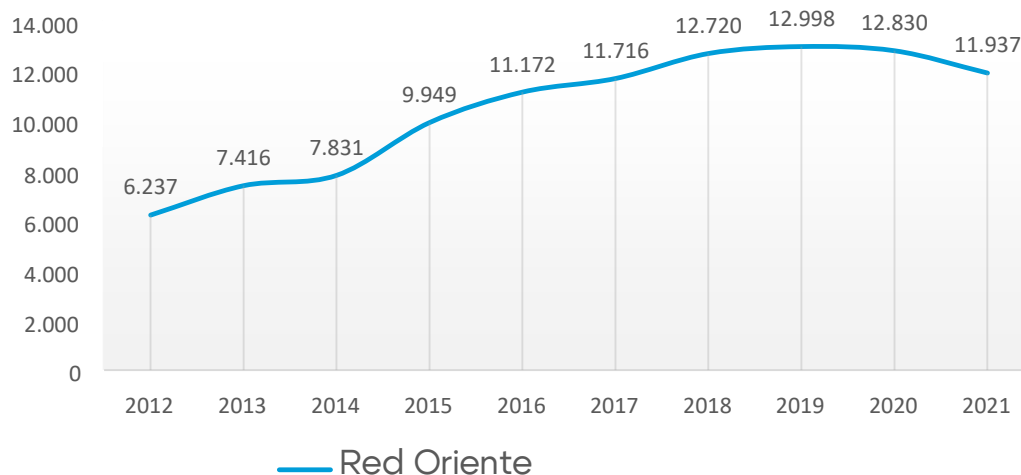
Otro de los problemas de salud respiratoria relevante en salud pública es el Asma Bronquial. La población bajo control por este problema de salud en las comunas de la red ha aumentado en un 91,4% en el período 2012-2021.

Evolución de la Población Asmática, Bajo Control en los Centros de Atención Primaria de la Red Oriente

⁷ Prevalencia de acuerdo con estudio Platino 2010

Gráfico 14

Período 2012-2021



Fuente: REM Serie P03 diciembre 2012-2021 DIS-DSSMO.

A pesar de este incremento, las coberturas alcanzadas respecto a la prevalencia aún son bajas, dado el alto número de personas que están afectadas por este problema y el sub-diagnóstico existente. La prevalencia de Asma en personas de 3 años y más se estima en un 10%⁸. Esto se traduce en que en la población inscrita debería haber más de 60 mil personas afectadas por Asma. Sin embargo, como se observa en la Tabla, los establecimientos de Atención Primaria de nuestra red sólo alcanzan una cobertura del 18,90%.

Población en Control, Prevalencia Estimada⁹ y Cobertura efectiva Asma y EPOC , Comunas de la Red Oriente junio 2025

Tabla 33

Área	Casos que logran estar controlados	Bajo Control Junio 2025	Casos Esperados por Prevalencia	Cobertura efectiva
Ariztía	1.094	1.456	8.643	12,66%

Power Bi junio 2025 SSMO

⁸ Orientaciones IAAPS, 2015. Subsecretaría de Redes

⁹ Prevalencia de acuerdo con estudio Platino 2002

6.7 Artrosis de Cadera y Rodilla

De acuerdo con la Guía Clínica de Artrosis de Rodilla y Cadera¹⁰, este problema de salud es prácticamente universal en personas mayores de 65 años. Según la última Encuesta Nacional de Salud de 2016-2017, más de un 5,7% de las personas mayores de 55 años refiere que el médico le ha dicho que tiene artrosis de rodillas.

En general, la atención primaria de la Red muestra una prevalencia de diagnóstico de artrosis de rodilla y cadera en mayores de 55 años de un 11,92%, cifra superior al auto reporte de diagnóstico médico detectado en la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. La comuna que reporta las menores cifras de personas en control con el diagnóstico de artrosis de cadera y/o rodilla es Vitacura con un 2,84% de registro de esta condición, mientras la comuna de Peñalolén presenta la cifra más alta con 15,65%¹¹.

6.8 Salud de la Mujer

Dado el perfil de población inscrita en los centros de salud de APS de las comunas (el 16,4% de los inscritos corresponde a mujeres entre 45-64 años), el climaterio como etapa del ciclo vital presenta una oportunidad de realizar acciones de prevención y promoción de la salud. Es así como, a diciembre de 2021, había en control de climaterio 23.838 mujeres (45-64 años), lo que representa el 22,53% de la población inscrita de ese grupo de edad.

Cobertura de Población en Control de Climaterio, Atención Primaria (junio 2025)

Tabla 34

Comuna	Bajo Control	N de Población Femenina entre 45-64 años Inscrita en APS	% de Cobertura
Ariztía	4.158	9.567	43,46%
Apoquindo	3.865	6.663	58%

6.9 Discapacidad

En el II Estudio de la Discapacidad 2015, se realiza un diagnóstico de la discapacidad en Chile. Este estudio hace una evaluación de diferentes niveles

¹⁰ Guía Clínica: Tratamiento Médico en personas de 55 años y más con Artrosis de Cadera y/o Rodilla, Leve o Moderada, MINSAL

¹¹ REM Serie P03 diciembre 2021.

de discapacidad: leve, moderada y severa. Esto incluye personas con pérdida de visión, migraña, lumbago, entre otros.¹²

En el estudio anterior se identificó que la discapacidad aumenta significativamente a medida que aumenta la edad. Por ejemplo, la prevalencia en entre los 2 y 18 años es de 5,2%, mientras que personas con 60 años o más presenta una prevalencia de 38,3%. Adicionalmente, la prevalencia de discapacidad en mujeres - mayores a 2 años - es, en promedio, casi el doble respecto a los hombres, esto porque la prevalencia en mujeres es de 20,3%, mientras que los hombres presentaron una prevalencia de 12,9%. Esta situación se evidencia en todos los tramos etarios.

Finalmente, de las personas que presentan discapacidad, el 8,3% presenta una discapacidad severa. Es por esto, que en la tabla a continuación se indica la prevalencia de discapacidad general y la discapacidad severa según edad, tomando de base la Población Validada Inscrita APS, 2021 (no incluye Rapa Nui).

Prevalencia de Discapacidad General y Severa (2015), en los Inscritos SSMO, 2021

Tabla 34

Edad	Población Inscrita 2018	Discapacidad General (PeSD) (Prevalencia)	Discapacidad General (PeSD) (Nº personas)	Discapacidad Severa (PeSD severa) (Prevalencia)	Discapacidad Severa (PeSD severa) (Nº personas)
2-17	99.594	5,20%	5.179	-	-
18-29	101.496	7,10%	7.206	1,80%	1.827
30-44	128.930	11,30%	14.569	2,90%	3.739
45-59	133.075	21,70%	28.877	7,20%	9.581
60+	164.312	38,30%	62.931	20,80%	34.177
Total	627.407		118.763		49.324

Fuente: Población Inscrita, 2021 y II Estudio de la Discapacidad, 2015, SENADIS, Chile.

¹² II Estudio de la Discapacidad, 2015, SENADIS, Chile. ³¹ II Estudio de la Discapacidad, 2015, SENADIS, Chile.

6.10 Bajo Control en Salud Mental

Según el REM serie P, el SSMO a junio de 2025 tiene una población bajo control de salud mental en atención primaria de 47.361 personas, de las cuales el 70,26% corresponde a mujeres. Por otro lado, se registraron en la red 3.932 ingresos netos al programa de salud mental APS, de los cuales el 68,64% eran mujeres.

La prevalencia estimada para problemas de salud mental es de un 22%¹³. Luego, considerando que el número de personas inscritas en APS en 2025 en las comunas de la Red son de 699.961, y el número de casos esperado es de 153.991 se ha prestado atención al 30,76% de la población esperada.

Los principales problemas de salud mental que se encuentran en la población bajo control del SSMO son Depresión (26,48%), Trastornos de la Ansiedad (32,52%) y Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (10,65%). Estos representan aproximadamente el 69% del total. En el CESFAM Dr. Aníbal Ariztía trastornos de ansiedad 35,02%, depresión 12,47%, Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia 10,35%, tr adaptativo 22,03%

6.11 Indicadores de Esperanza de Vida

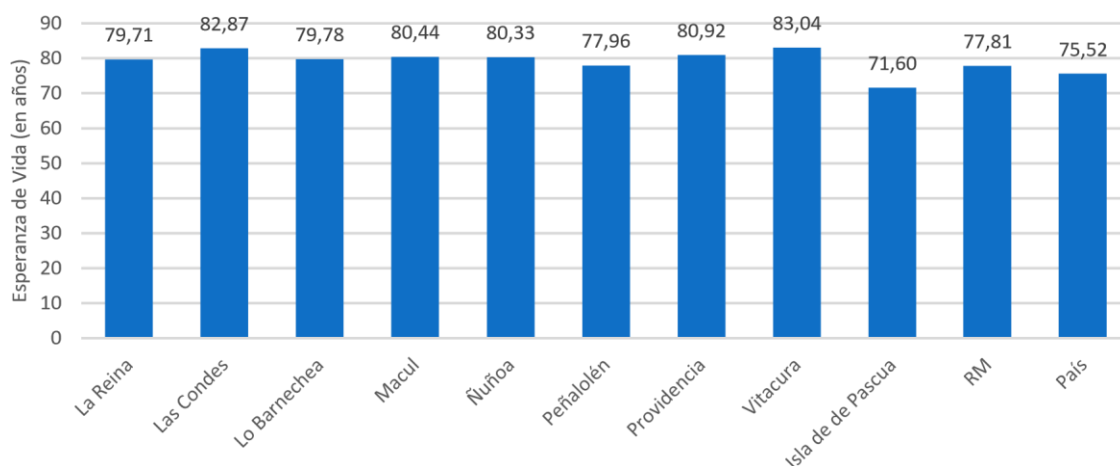
La esperanza de vida al nacer es una estimación del promedio de años que viviría un grupo de personas nacidas el mismo año, si las condiciones de mortalidad de la región/país evaluado se mantuvieran constantes. En Chile, la esperanza de vida para el decenio 1997-2006 es de 75,52 años; en la Región Metropolitana corresponde a 77,81 años; 74,89 años en los hombres y 80,84 años en las mujeres.

Según el documento de Diagnósticos Regionales con Enfoque DSS 2015¹⁴, último documento que muestra la Esperanza de Vida desgregado por comuna, en las comunas pertenecientes al SSMO la media de la Esperanza de Vida es de 80,33 años, destacando Rapa Nui como la comuna con el indicador más bajo con 71,60 años y Vitacura con el indicador más alto alcanzando los 83,04 años. Es importante destacar que, con excepción de Rapa Nui, todas las comunas de la Red superan la media nacional y de la región.

¹³ Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual - Dra. Flora de la Barra M. y cols. Rev. Med. Clin. Condes- 2012; 23(5) 521-529]

¹⁴ Ministerio de Salud. SEREMI Región del Biobío. 2015

Esperanza de Vida Comunas de la Red Oriente, Decenio 1997-2006 *Gráfico 15*



Fuente: Diagnósticos Regionales con Enfoque DSS, Depto. Epidemiología MINSAL

6.12 Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA)

El último estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible fue realizado el año 2019 (se utilizaron los resultados del estudio de Carga de Enfermedad Global año 2017 aplicados sobre los datos sociodemográficos de la población chilena proyectada por el INE para los años entre 1992 y 2050). A partir de ese estudio, Pedro Zitko y Jorge Ramírez, realizan una proyección de la carga de enfermedad para el año 2030¹⁵. De esta proyección en la siguiente Tabla se presentan los 10 Principales Grupos de Causas de AVISA, además, destaca la subida en el ranking que experimentan las enfermedades de Alzheimer y otras demencias, pulmonar obstructiva crónica y la insuficiencia renal crónica.

¹⁵ Zitko, Pedro, Ramirez Jorge, Informe Final Proyección del Estudio de carga de Enfermedad, Universidad de las Américas

Principales Grupos de Causas de Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura y Discapacidad, Estimados al 2017 y Proyectados al 2030

Tabla 35

Grupos de Causas	AVISA 2017	Ranking 2017	AVISA 2030	Ranking 2030	Variación
Dolor lumbar bajo	340.071	1	404.265	1	=
Enfermedad isquémica del corazón	210.277	2	310.885	2	=
Accidente cerebrovascular	193.651	3	288.539	3	=
Diabetes mellitus	161.468	4	228.179	4	=
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	133.284	5	178.504	5	=
Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	89.897	13	151.524	6	+
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	92.932	11	141.974	7	+
Trastornos depresivos	120.814	7	136.991	8	-
Insuficiencia renal crónica	89.799	14	131.341	9	+
Accidente de tránsito	111.905	9	128.026	10	-

Fuente: Proyección de Carga de Enfermedad, UDLA 2019

En la Tabla, se presentan las 10 principales causas específicas de pérdida de AVISA y su proyección al 2020. En esta estimación se observa un aumento en la carga de enfermedad generada por: Trastornos de las Vías Biliares y Vesícula, la Cirrosis Hepática, la Diabetes tipo II, las Enfermedades Cerebrovasculares y la enfermedad Isquémica del Corazón, todas las que suben en el ranking.

Principales Causas Específicas de Años de Vida Perdidos por Muerte Prematura y Discapacidad, Estimados al 2004 y Proyectados al 2020

Tabla 36

Causas Específicas	AVISA 2004	Ranking 2004	AVISA 2020	Ranking 2020	Variación
Enfermedad Hipertensiva del Corazón	257.814	1	320.956	1	=
Trastornos de las vías Biliares y Vesícula	157.087	3	192.932	2	+
Trastornos Depresivos Unipolares	169.769	2	190.556	3	-
Cirrosis Hepática	122.088	5	157.804	4	+
Dependencia de Alcohol	124.312	4	138.512	5	-
Accidentes de Tránsito	121.643	6	135.194	6	=
Diabetes tipo II	72.230	10	112.368	7	+
Enfermedades Cerebrovasculares	70.811	11	112.079	8	+
Violencia	101.675	7	109.683	9	-
Enfermedad Isquémica del Corazón	65.220	12	104.940	10	+

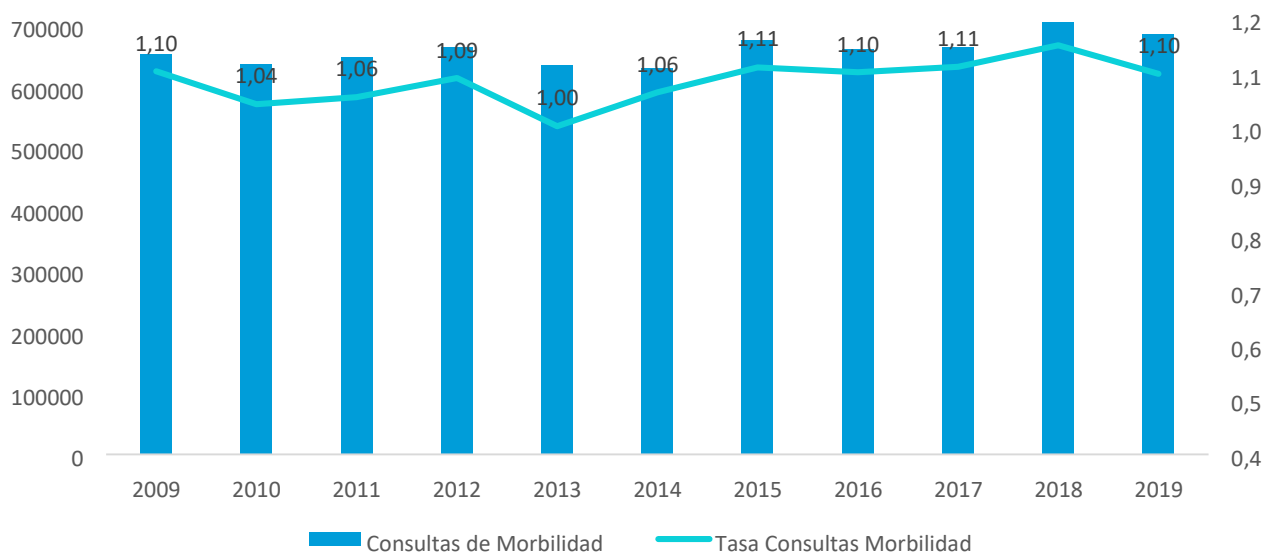
Fuente: Proyección de Carga de Enfermedad, UDLA 2010.

6.13 Consultas de Morbilidad de APS

En la tabla a continuación, se observa la producción de consultas de morbilidad en Atención Primaria en el período de 2009 al 2019. La tasa de crecimiento anual (CAGR) en los últimos 5 años fue de 1,5%, alcanzando las 686.614 consultas en 2019. El peak de consultas, en el período evaluado, fue en 2018 con 706.414 consultas, además, la tasa de consulta de morbilidad se ha mantenido sin variaciones significativas, en torno a 1.

Evolución de las Consultas de Morbilidad y Tasa de Consulta por Población Inscrita en Atención Primaria, Red Oriente 2009-2019

Gráfico 16



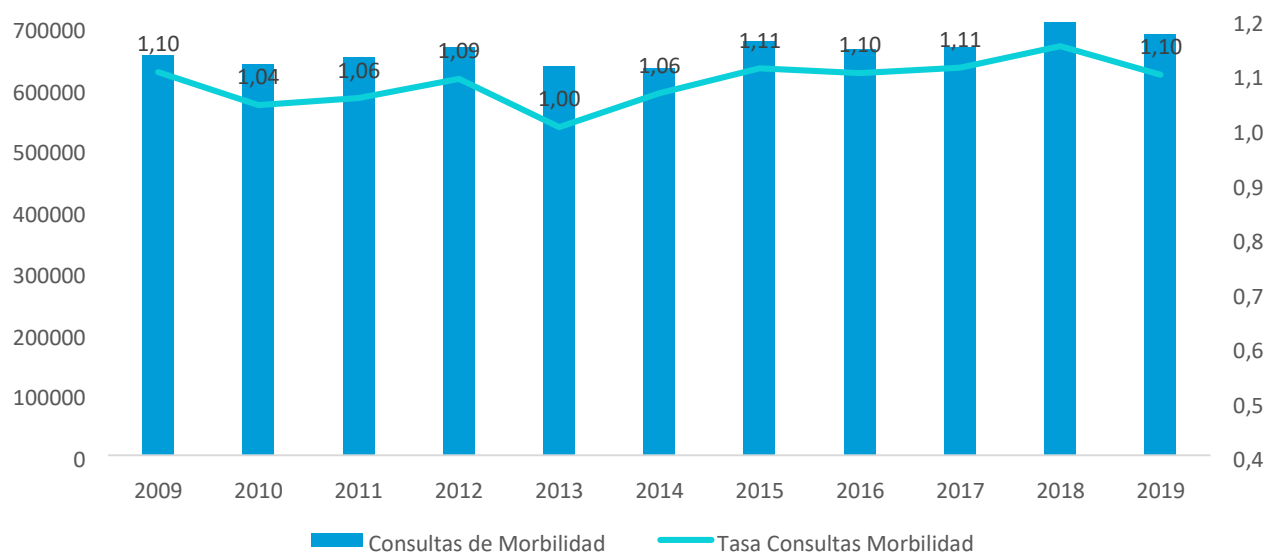
Fuente: REM-DIS SSMO

6.14 Consultas de Urgencia

En la tabla a continuación, se observa la producción de consultas de morbilidad en Atención Primaria en el período de 2009 al 2019. La tasa de crecimiento anual (CAGR) en los últimos 5 años fue de 1,5%, alcanzando las 686.614 consultas en 2019. El peak de consultas, en el período evaluado, fue en 2018 con 706.414 consultas, además, la tasa de consulta de morbilidad se ha mantenido sin variaciones significativas, en torno a 1.

Evolución de las Consultas de Morbilidad y Tasa de Consulta por Población Inscrita en Atención Primaria, Red Oriente 2009-2019

Gráfico 17



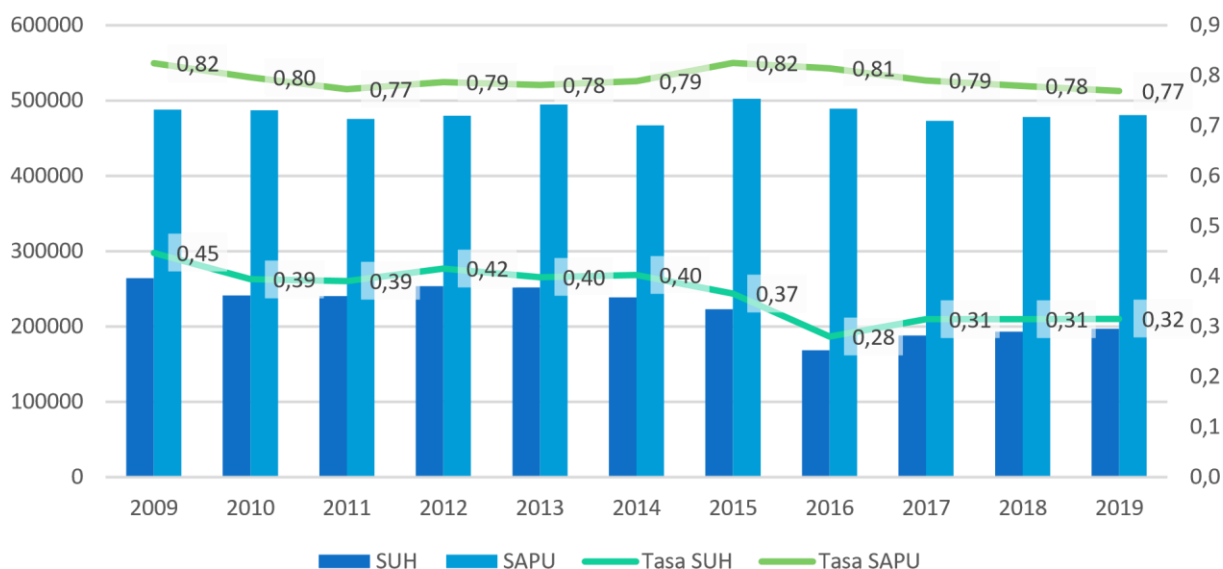
Fuente: REM-DIS SSMO

6.14 Consultas de Urgencia

En el Gráfico, se muestra la evolución de las consultas de urgencia en Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) y Servicios de Urgencia Hospitalaria (SUH), donde se puede apreciar que la tasa SAPU en general se ha mantenido estable, mientras que, la tasa SUH ha mostrado una tendencia a la baja. En ambos casos se calcula la tasa de consulta según población inscrita.

Evolución de las Consultas de Urgencia y Tasa de Consulta de Urgencia por Población Inscrita en Atención Primaria, Red Oriente, 2009-2019

Gráfico 18



Fuente: REM-DIS SSMO, 2009-2019.

De acuerdo con los antecedentes aportados en la Tabla, el total de consultas de urgencia en los establecimientos de la Red ha disminuido de manera sostenida, entre el 2009 y 2019. Especialmente, ha bajado el número de consultas de urgencia en establecimientos hospitalarios (SUH) donde las consultas de 2019 son 25,4% más bajas que el 2009, es decir, disminuyeron a una tasa anual (CAGR) de 3%.

En el período observado el promedio anual de atenciones de urgencia fue de 706.731 (223.506 en urgencias hospitalarias y 483.225 en SAPU), el peak de consultas fue el año 2009 con 752.118 consultas de las cuales el 65% de ellas se realizaron en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia, es decir, los SAPU realizaron dos consultas por cada consulta en urgencia hospitalaria.

Además, se destaca que en estos años la oferta ha ido cambiando mediante la incorporación de nuevos centros, que han contribuido en la atención de consultas de urgencia como el caso del CESFAM Aguilucho en Providencia, que opera desde el 2014 y en 2019 realizó más de 11 mil consultas de urgencia; el CESFAM de La Reina, que atiende desde 2011 y en 2019 efectuó aprox. 39 mil consultas; y el CESFAM PADRE WHELAN, que comenzó a atender en 2012 y en 2019 produjo aprox. 49,5 mil consultas de urgencia.

Consultas de Urgencia Establecimientos SSMO, Según Lugar de Ocurrencia 2009-2019

Tabla 37

Consultas de Urgencia SSMO		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	CAGR 09/19	Annual 18/19
SUH		264.286	241.011	240.207	253.611	251.981	238.449	222.702	168.286	188.058	192.932	197.040	-2,9%	2,1%
Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH)	HDS	104.080	98.093	99.865	100.822	95.637	87.654	64.855	58.791	54.664	56.398	53.102	-6,5%	-5,8%
	HSO	55.429	48.635	51.069	61.984	68.557	70.412	69.722	33.670	54.375	54.926	60.098	0,8%	9,4%
	HLCM	80.040	75.095	67.639	66.191	62.052	56.669	56.429	54.622	55.274	57.916	59.718	-2,9%	3,1%
	INCA	11.431	10.605	10.698	11.131	11.150	11.279	21.304	9.285	8.918	8.884	8.473	-3,0%	-4,6%
	HHR	13.306	8.583	10.936	13.483	14.585	12.435	10.392	11.918	14.827	14.808	15.649	1,6%	5,7%
SAPU		487.832	487.098	475.406	480.048	494.656	467.248	502.306	489.376	472.950	478.034	480.521	-0,2%	0,5%
Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)	CESFAM Dr. Aníbal Ariztía (Las Condes)	64.450	69.485	68.654	66.975	58.472	56.084	58.702	60.575	59.599	61.928	64.107	-0,1%	3,5%
	CESFAM Aguilucho (Providencia)	-	-	-	-	-	577	8.348	9.748	9.533	9.827	11.901	83,2%	21,1%
	Centro de Salud Lo Barnechea	46.149	46.067	41.744	43.269	63.401	60.468	59.954	62.033	61.067	58.999	58.120	2,3%	-1,5%
	CESFAM Rosita Renard (Ñuñoa)	22.644	19.877	21.666	23.927	25.107	23.570	24.713	24.389	22.871	24.033	27.193	1,8%	13,1%
	Centro de Urgencia Ñuñoa	91.469	94.153	88.406	81.461	76.219	73.889	68.777	69.668	64.036	60.542	52.997	-5,3%	-12,5%
	CESFAM Santa Julia (Macul)	32.128	28.863	31.107	35.515	34.960	30.747	31.104	29.272	27.796	28.867	30.155	-0,6%	4,5%
	Centro de Salud Familiar La Reina	-	-	13.780	16.945	28.972	31.177	34.538	33.657	34.583	37.993	39.088	13,9%	2,9%
	Centro de Salud La Faena (Peñalolén)	41.307	42.851	39.375	39.835	37.112	35.224	39.877	38.551	40.073	45.747	42.195	0,2%	-7,8%
	Centro de Salud San Luis (Peñalolén)	58.896	59.901	55.769	53.617	51.176	46.666	54.706	50.030	46.130	58.474	59.947	0,2%	2,5%

	Consultorio Carol Urzúa (Peñalolén)		70.912	69.248	64.887	67.156	69.550	65.946	64.921	60.696	58.316	42.725	45.350	-4,4%	6,1%
	CESFAM Hermida (Peñalolén)	Lo	59.877	56.653	50.018	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	CESFAM PADRE WHELAN (Peñalolén)		-	-	-	51.348	49.687	42.900	56.666	50.757	48.946	48.899	49.468	-0,5%	1,2%
	TOTAL		752.118	728.109	715.613	733.659	746.637	705.697	725.008	657.662	661.008	670.966	677.561	-1,0%	1,0%

Egresos Hospitalarios Establecimientos de la Red Oriente, por grupos de Edad Año 2019

Tabla 38

Establecimiento	Grupos de Edad									Total
	< de 1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-44	45-64	65 y más		
Hospital del Salvador	0	0	1	0	302	2.350	3.843	5.785	12.280	
Hospital Santiago Oriente	1.272	0	0	8	489	8.152	2.561	3.144	15.626	
Hospital Luis Calvo Mackenna	1.881	2.313	1.698	1.857	674	1	0	0	8.424	
Instituto Nacional del Tórax	0	0	0	1	141	839	2.001	2.453	5.435	
Instituto de Neurocirugía	84	163	145	181	115	1.028	1.614	857	4.187	
Instituto Nacional de Rehabilitación	392	2.033	624	281	95	74	0	0	3.499	
Instituto Nacional de Geriátrica	0	0	0	0	0	0	18	991	1.009	
Hospital Hanga Roa	33	22	28	23	41	364	192	153	856	
Total	3.662	4.531	2.496	2.351	1.857	12.808	10.229	13.383	51.316	

Fuente: Egresos SSMO 2019, DEIS.

Con respecto al diagnóstico de los egresos hospitalarios 2019 se observa que 6 grupos de grandes causas se llevan el 59,5% de estos (Ver Tabla 45):

1. Embarazo, Parto y Puerperio con un total de 6.853 casos que representa el 13,4%.
2. Enfermedades del Sistema Circulatorio con 5.582 casos representando un 10,9%.
3. Tumores (neoplasias) con un total de 4.902 casos que representa el 9,6%.
4. Traumatismos, Envenenamientos, y Algunas otras consecuencias de causas externas con 4.720 casos que representan al 9,2%.
5. Enfermedades del Sistema Respiratorio con 4.559 casos (8,9%).
6. Enfermedades del Sistema Digestivo con 3.894 casos (7,6%).

Principales Causas de Egreso Hospitales del SSMO, año 2019

Tabla 39

Cód. CIE10	Grandes Grupos de Causas	Egresos 2019	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado
(O00-O99)	Embarazo, Parto Y Puerperio	6.853	13,35%	13,35%
(I00-I99)	Enfermedades Del Sistema Circulatorio	5.582	10,88%	24,23%
(C00-D48)	Tumores [Neoplasia]	4.902	9,55%	33,78%
(S00-T98)	Traumatismos, Envenenamientos Y Algunas Otras Consecuencias De Causas Externas	4.720	9,20%	42,98%
(J00-J99)	Enfermedades Del Sistema Respiratorio	4.559	8,88%	51,87%
(K00-K93)	Enfermedades Del Sistema Digestivo	3.894	7,59%	59,46%
(Z00-Z99)	Factores Que Influyen En El Estado De Salud Y Contacto Con Los Servicios De Salud	3.581	6,98%	66,43%
(G00-G99)	Enfermedades Del Sistema Nervioso Central	3.267	6,37%	72,80%
(N00-N99)	Enfermedades Del Sistema Genitourinario	2.888	5,63%	78,43%
(Q00-Q99)	Malformaciones Congénitas, Deformidades Y Anomalías Cromosómicas	2.260	4,40%	82,83%
(M00-M99)	Enfermedades Del Sistema Osteomuscular Y Del Tejido Conjuntivo	1.910	3,72%	86,55%
(P00-P96)	Ciertas Afecciones Originadas En El Período Perinatal	1.342	2,62%	89,17%
(R00-R99)	Síntomas, Signos Y Hallazgos Anormales Clínicos Y De Laboratorio, No Clasificados En Otra Parte	1.330	2,59%	91,76%
(A00-B99)	Ciertas Enfermedades Infecciosas Y Parasitarias	1.184	2,31%	94,07%
(E00-E90)	Enfermedades Endocrinas, Nutricionales Y Metabólicas	1086	2,12%	96,18%
(F00-F99)	Trastornos Mentales Y Del Comportamiento	659	1,28%	97,47%
(D50-D89)	Enfermedades De La Sangre Y De Los Órganos Hematopoyéticos, Y Ciertos	590	1,15%	98,62%

Trastornos Que Afectan El Mecanismo De La Inmunidad				
(L00-L99)	Enfermedades De La Piel Y Del Tejido Subcutáneo	428	0,83%	99,45%
(H00-H59)	Enfermedades Del Ojo Y Sus Anexos	187	0,36%	99,82%
(H60-H95)	Enfermedades Del Oído Y De La Apófisis Mastoides	94	0,18%	100,00%
Total		51.316	100,00%	

Fuente: Egresos SSMO 2019, DEIS.

Las 5 principales causas de egreso en mujeres son:

- Embarazo parto y puerperio con 6.853 pacientes (22,8%)
- Tumores (neoplasias) 2.941 egresos (9,8%)
- Enfermedades del Sistema Circulatorio con 2.752 casos (9,2%)
- Enfermedades del Sistema Respiratorio con 2.266 egresos (7,5%)
- Traumatismos, Envenenamientos y Algunas otras consecuencias de causas externas con 2.214 egresos (7,4%)

Las 5 principales causas de egreso en hombres (53.7%), las cuales son:

- Enfermedades del Sistema Circulatorio con 2.830 (13,3%).
- Traumatismos, Envenenamientos y Algunas otras consecuencias de causas externas con 2.506 (11,8%).
- Enfermedades del Sistema Respiratorio con 2.293 (10,8%).
- Tumores (neoplasias) con 1.961 casos (9,2%).
- Enfermedades del Sistema Digestivo con 1.857 (8,7%).

En un análisis por grupos de edad y grandes causas, de los egresos ocurridos el año 2019, se puede concluir que las principales causas de egreso hospitalario por grupo de edad son las siguientes:

- ✦ En los menores de un año, las principales causas de egreso son las *“afecciones originadas en el periodo perinatal”* (36,4%), específicamente los *“trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido”*, patología que representa el 46,2% de los egresos en este grupo de causa, le siguen como grupo de causas de egreso las *“Enfermedades del Sistema Respiratorio”* con 21,1% y en tercer lugar las *“Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas”* con un 18,6%, estos tres grupos representan el 76% de los egresos.
- ✦ Entre los 20 y los 44 años, la primera causa nuevamente se concentra en las mujeres a causa del *“Embarazo, Parto y Puerperio”* con un 50,3% de los egresos, como segunda causa se encuentran las *“Traumatismos, envenenamientos y*

algunas otras consecuencias de causas externas” con 8,7% y dentro de ellas la de mayor frecuencia son: Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte y Traumatismos de la Cabeza, en tercer lugar como grupo de causa se ubican los “Tumores (Neoplasias)” con un 6,6% dentro de ellas destaca Tumores benignos.

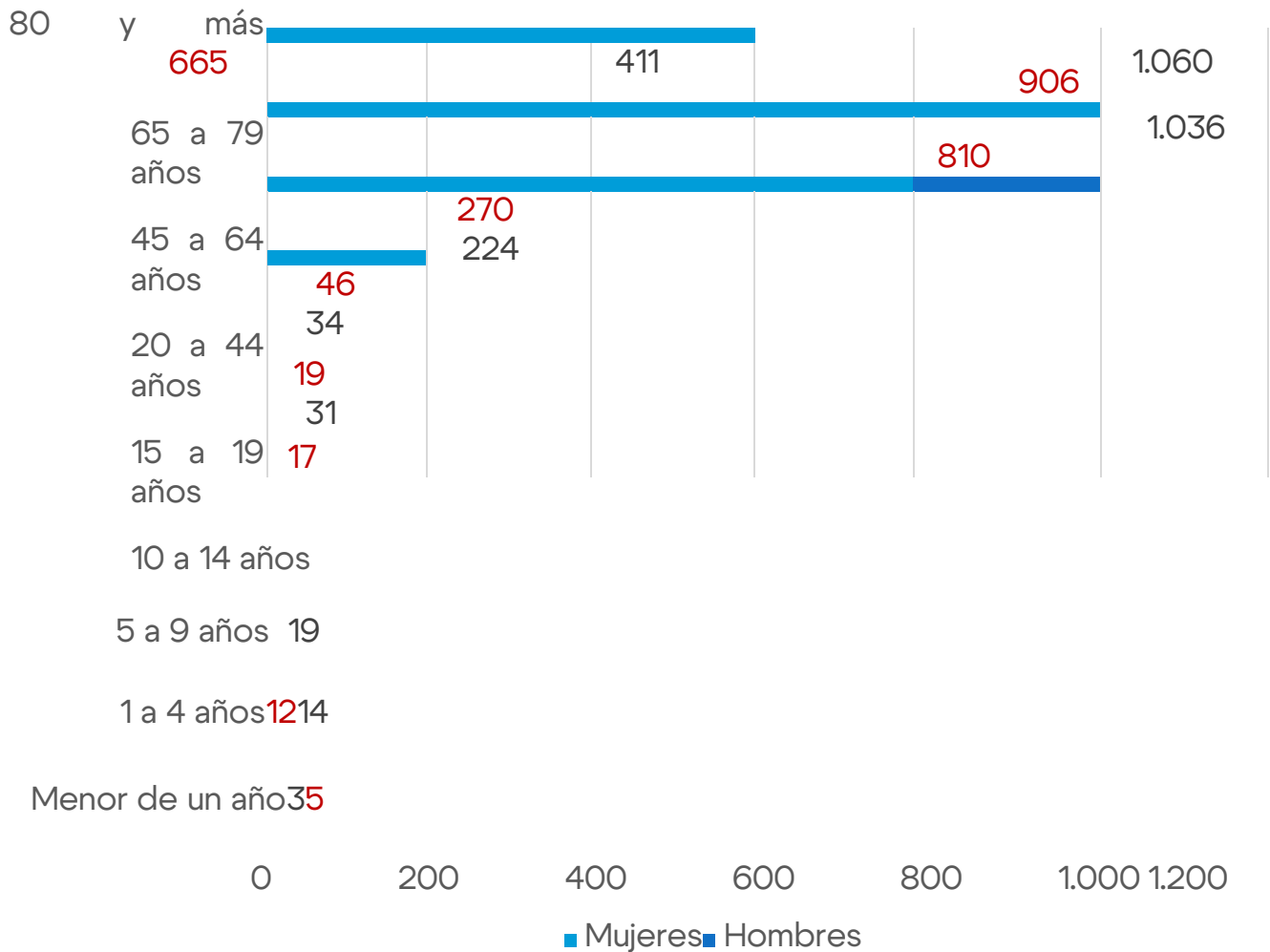
- ✦ En el grupo de los 45-64 años, la primera causa la representan las *“Enfermedades del Sistema Circulatorio”* con 18,0% y dentro de ellas *Enfermedades Cerebrovasculares*. Como segundo grupo de causa se ubican los *“Tumores”* con un 16,8% y en tercer lugar las *“Enfermedades del Sistema Digestivo”* con un 10,7%.
- ✦ En los mayores de 65 años, los grupos de causas el primer grupo lo representan las *“Enfermedades del Sistema Circulatorio”* con un 22,7%, seguido por las *“Tumores (neoplasias)”* con un 12,9% y en tercer lugar las *“Enfermedades del Sistema Respiratorio”* con un 12,0%.

Por Grupo de Grandes Causas, en los mayores de 65 las patologías más frecuentes son: *Enfermedades Cerebrovasculares, Otras formas de enfermedad del corazón y Enfermedades isquémicas del corazón.*

En el gráfico se observa como a partir de los 45 años se produce un progresivo aumento de los egresos por enfermedades del sistema cardiovascular alcanzando su pick en hombres entre 65 y 79 años.

Egresos Hospitalarios por Enfermedades del Sistema Circulatorio, Establecimientos del SSMO, Año 2019.

Gráfico 19



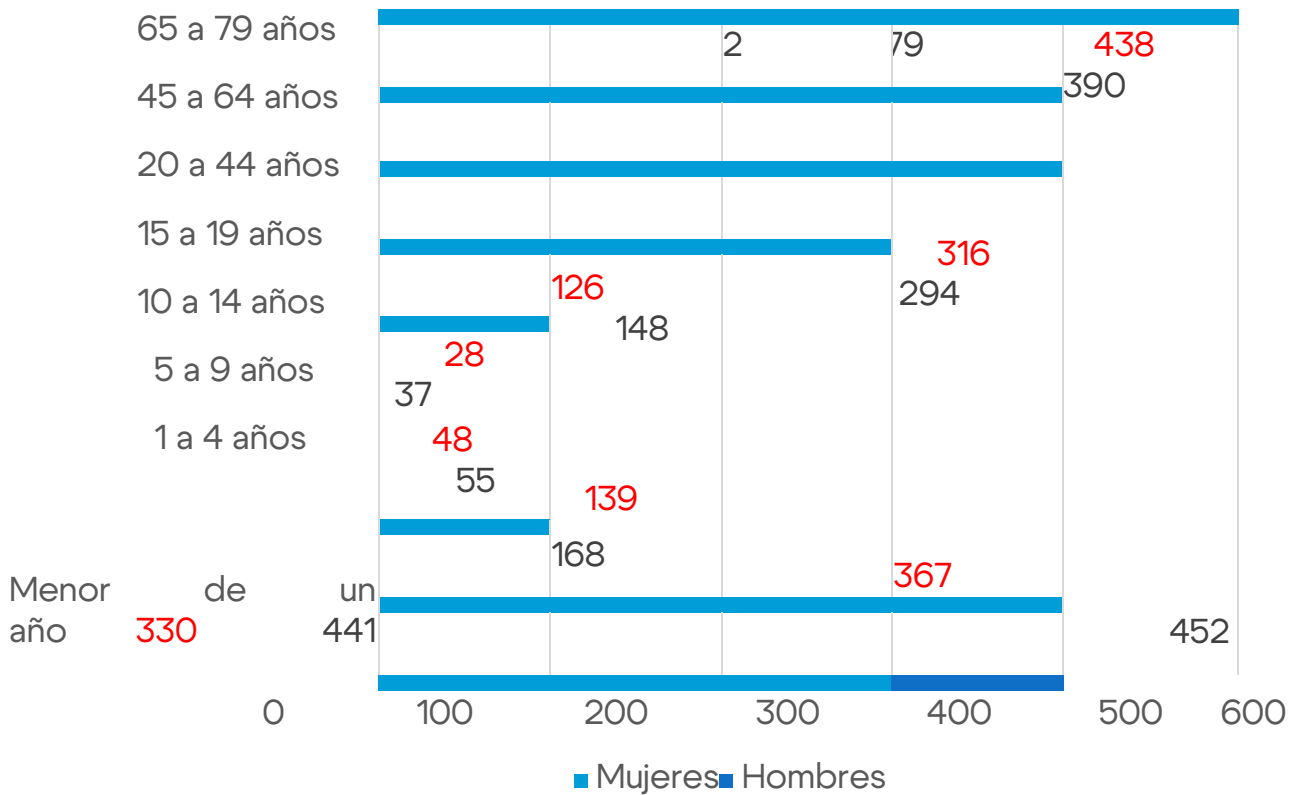
Fuente: DEIS.

En el caso de las enfermedades respiratorias, los egresos se concentran en los menores de 9 años y los mayores de 45, esto se puede observar en el Gráfico 22. Como causas específicas para los menores de 10 años son la bronquitis y bronquiolitis aguda y en los mayores de 45 años la influenza (gripe) y neumonía.

Egresos Hospitalarios por Enfermedades del Sistema Respiratorio, Establecimientos del SSMO, Año 2019.

Gráfico 20

80 y más **503**



Fuente: DEIS.

7. Organización de la Red Comunal

La Dirección de Salud de Las Condes cuenta con una red de servicios:

- Atención Primaria
CESFAM Dr. Aníbal Ariztía
CESFAM Apoquindo
SAPU
COSAM
Laboratorio Clínico
- Red de Apoyo a la Atención Primaria
Centro de Imágenes
Centro de Rehabilitación Kinésica
Centro de Especialidades Odontológicas
Unidad de Oftalmología

7.1 Atención Primaria

- CESFAM Dr. Aníbal Ariztía

El Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía es uno de los dos CESFAM de la comuna de Las Condes, establecimiento de nivel primario de atención pública ubicado en Avda. Paul Harris 1140 sector sur-oriente.

Ha sido reconocido como CESFAM de excelencia a nivel nacional el año 2012 y nuevamente 2014, siendo de los primeros CESFAM en acreditarse en Calidad como prestador de salud de las garantías GES ante la Superintendencia de Salud el año 2014, reacreditación que se renovó en 2017 y en agosto de 2022 con un 98% de cumplimiento en los ámbitos que le son pertinentes. Nuevamente enfrenta este proceso, solicitando la evaluación en agosto 2025.

La atención de Salud se enmarca en el Modelo de Salud Familiar y Estrategia de cuidados integrales centrado en las personas (MAIS-ECICEP), por lo que se orienta principalmente a actividades de promoción y prevención especialmente estilos de vida saludables, factores de riesgo, utilizando las evidencias científicas disponibles, con alto grado de resolutivez y cumpliendo con elevados estándares de calidad.

Misión

La misión del CESFAM Dr. Aníbal Ariztía, es ser un centro asistencial docente de atención de salud integral desde un punto de vista preventivo, diagnóstico, terapéutico y rehabilitador; con garantías de acceso, continuidad y con un enfoque de salud familiar.



Visión

Ser un centro de referencia por excelencia en la calidad de atención y en seguridad del paciente. Lograr la satisfacción usuaria, generando una red de salud que promueva el bienestar biopsicosocial y espiritual de la comunidad y la corresponsabilidad de las personas con su propia salud, la de su familia y de su entorno.

La población del CESFAM inscrita validada para 2025 es de 51.757 personas de las cuales de 60 años y más, corresponden al 32,9%, muy por encima del promedio nacional (19,8% según censo 2024) y de la Región Metropolitana, (18,8%) así como también menos inscritos menores de 15 años, que alcanza 11,16% (nacional 17,7%), teniendo una población mayoritariamente adulta. Nuestro índice de vejez ($>65 \text{ años} / <15 \text{ años} \times 100$) es de 222, 83. El índice de vejez de Las Condes es de 128,3 y 79 el nacional.

Los beneficiarios tienden a seguir la curva país de población en período de transición epidemiológica, con disminución del menor a 15 años y aumento de la mayor de 60 años. Por tal razón, parte importante de las estrategias, se orientan principalmente a los estilos de vida que influyen en la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y estimulando el autocuidado que permita tener más personas mayores autovalentes.

- **CESFAM Apoquindo**

El Centro de Salud Familiar Apoquindo es uno de los dos centros de Atención Primaria de Salud de la comuna de Las Condes, ubicado en la calle Cerro Altar N° 6611.

Sus atenciones se enmarcan en el Modelo de Atención de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario. Están orientadas a proporcionar a los individuos, la familia y la comunidad condiciones para el mantenimiento y el cuidado de la salud de manera integral e integrada, continua, oportuna, accesible y con altos estándares de calidad.

De acuerdo con los principios del Modelo de Atención Integral en Salud, el CESFAM realiza acciones de prevención y promoción de estilos de vida saludable, además de todas las prestaciones definidas para la recuperación y rehabilitación a lo largo de todo el ciclo vital de nuestros usuarios.

La población inscrita validada es de 30.366 usuarios, con una tendencia al aumento progresivo de la proporción de adultos mayores de 60 años, que actualmente alcanza el 43% del total. De este grupo, un 29.5% son adultos mayores de 80 años.

Este perfil epidemiológico orienta gran parte de nuestras acciones hacia este grupo etario, favoreciendo actividades que promueven la mantención de la funcionalidad y la compensación de sus patologías crónicas.



Mejoras en la Atención

Para mejorar la atención integral, se ha potenciado el trabajo interdisciplinario entre los profesionales de salud, reimplementando la estrategia ECICEP. También se han reforzado los horarios de atención para ofrecer mayor disponibilidad de citas. En cuanto a la accesibilidad y calidad del servicio, se busca optimizar la gestión de la demanda y se planea implementar la estrategia de Telesalud. Dicha Estrategia, sistema y proceso que permite gestionar la demanda de manera remota y priorizando las necesidades de Salud de los usuarios de acuerdo a criterios definidos por el equipo de salud del centro implementador”.

El Plan de Salud refleja el compromiso del Centro por ofrecer una atención integral y efectiva a la comunidad, garantizando que cada individuo reciba el apoyo necesario para alcanzar una vida saludable y plena

Misión

“Entregar un servicio de salud con enfoque familiar a los residentes de la comuna, beneficiarios de Salud Pública. Para ello, considera la problemática biopsicosocial y responde con una atención integral, oportuna, de calidad, eficiente y eficaz, que busca integrar a la comunidad con actividades de Promoción y Prevención. De esta forma, los usuarios se sienten partícipes en el logro de una mejor calidad de vida para ellos, sus familias y sus vecinos.”

Visión

“Ser un Centro de Salud modelo que acoge de manera integral las necesidades de salud de nuestras familias, brindando una atención humanizada, de calidad, de alta resolutivez y fácil acceso, con un equipo multidisciplinario altamente motivado, comprometido y en constante crecimiento técnico y profesional.”

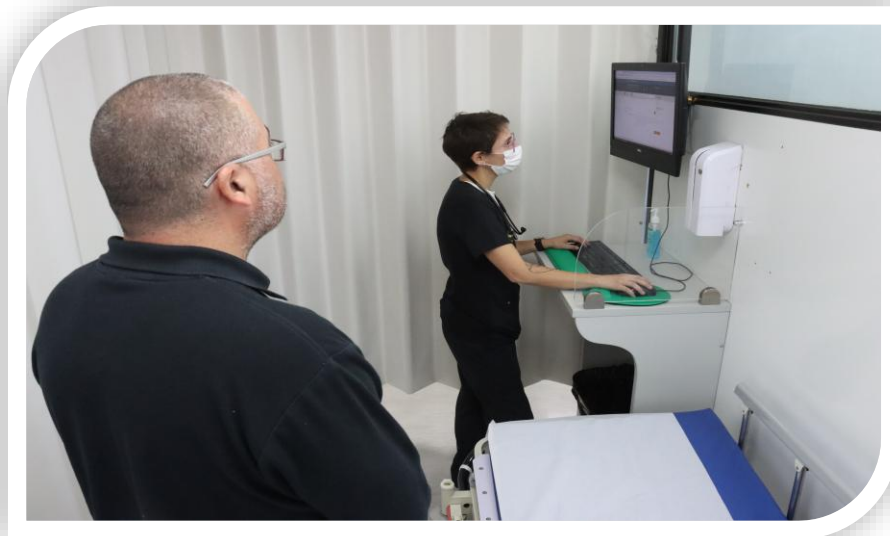
- SAPU

El Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) Dr. Aníbal Ariztía se encuentra ubicado en calle La Escuela N° 1229 y depende directamente de la Corporación de Educación y Salud de Las Condes como un centro de costo autónomo.

Su objetivo principal es brindar una atención de salud accesible y oportuna, resolutivez, segura y de calidad a la población, las 24 horas del día, los 365 días del año, procurando un manejo integral de patologías de urgencia médica y dental, tanto de baja como de mediana complejidad.

Esta Unidad forma parte importante de la Red Integrada de Urgencia (RIU), como un servicio primario perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO), en el cual se encuentran Unidades de Observación Prolongada (UOP) y otros centros de referencia tanto públicos como privados, donde se derivan los pacientes con patologías de mayor complejidad, con quienes se mantiene una permanente comunicación y coordinación en caso de requerir traslado. Además, existe una estrecha cooperación con las Unidades de Rescate Prehospitalario, tales como el Departamento de Seguridad Ciudadana y Emergencia Municipal, el Sistema de Asistencia Médica de Urgencia (SAMU), las Fuerzas de Orden y Seguridad Pública (Carabineros de Chile y Policía de Investigaciones) y el Cuerpo de Bomberos.

La dotación del Servicio la conforman 17 Médicos (con una carga horaria de 510 horas), 5 Odontólogos (con una carga horaria de 70 horas), 6 Enfermeras Universitarias (con una carga horaria de 256 horas), 14 Técnicos en Enfermería de Nivel Superior o TENS (con una carga horaria de 616 horas), 2 Técnicos en Odontología de Nivel Superior o TONS (con una carga horaria de 70 horas) y una Técnico Administrativo de Nivel Superior o TANS (con una carga horaria de 44 horas), siendo en total 45 funcionarios de gran desempeño, entre profesionales y técnicos de nivel superior, con una carga horaria total de 1.566 horas.



Las prestaciones médicas se realizan de manera continua, mediante un sistema de turnos. En cambio, el área dental atiende de lunes a viernes en horario vespertino (17:00 horas a 23:30 horas) y sábados, domingos y festivos desde las 12:00 horas a las 23:30 horas.

Para estos efectos, el Servicio cuenta con una Sala de Espera de Pacientes, una Sala de Admisión, una Sala de Categorización, 2 Boxes dobles de Atención Clínica, un Box de Atención Dental con una Sala de Rayos Dental anexa, un Box doble de Reanimación, una Sala de Procedimientos Quirúrgicos de Urgencia, una Sala de Procedimientos Respiratorios de Urgencia, una Sala de Observación de Adultos y una Sala de Observación Pediátrica. Además, contamos con una Oficina Administrativa de la Dirección Médica, una Oficina doble Administrativa de Enfermera Coordinadora y Técnico Administrativo de Nivel Superior, un Área de Telecomunicaciones, un Área Clínica de Preparación de Medicamentos, un Botiquín Farmacéutico de almacenamiento, y áreas de confort de nuestros usuarios internos (Residencia Médica y Técnica, y Estacionamiento). Todos los espacios de atención clínica y operativos cuentan con equipamiento y tecnologías de la información que nos permite realizar nuestro trabajo de forma íntegra y registrar en nuestra Ficha Clínica Electrónica Única (Sistema Rayen nodo Urgencias), lo que nos permite dar una atención segura y de calidad a sus usuarios externos.

Para una derivación oportuna, cuenta con una flota de cuatro ambulancias con personal técnico capacitado en rescate prehospitalario y completamente equipadas, las que incluyen sistema GPS y radial, con el fin de responder ante situaciones de riesgo vital y dar apoyo a los otros centros de salud de nuestra comuna, durante todo el año, en horario continuo. Así mismo, el servicio de móviles de urgencia colabora en eventos masivos y actividades deportivas comunales cuando se les solicita. Además, contamos con un Técnico en Enfermería de Nivel Superior (TENS) a bordo de una motocicleta con equipamiento de primeros auxilios, en horario de 07:00 a 21:00 horas de lunes a viernes, para apoyar la labor realizada por nuestras ambulancias, pudiendo entregar primeros auxilios de forma inmediata y reportar detallada información de la situación.

En lo que respecta a la evaluación de la planificación del año 2025, se mantuvo el funcionamiento del Programa Ministerial de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud, con Apoyo en Sapu de una Dupla Psicosocial compuesta por Psicólogo y Asistente Social, en asesoría directa con Unidad de Salud Mental dependiente del Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía, la que nos ha permitido hacer promoción y educación a usuarios que acuden a nuestro Servicio y dar una primera intervención en pacientes y/o familiares con patologías pertinentes a su ámbito y mantener un seguimiento.

Por otra parte, se mantuvo la capacitación continua al personal profesional y técnico en ámbitos atingentes a su labor diaria y de manejo de conflictos, y se concretaron mejoras en relación a infraestructura y equipamiento, donde se destaca la reorganización de Sala de Espera y la renovación de equipos

computacionales, lo que incide en el confort y grata estancia de nuestros usuarios, tanto internos como externos, facilitando el cumplimiento de los protocolos locales y ministeriales.

- Salud Mental (COSAM)

Los Centro de Salud Mental Comunitaria (CSMC) son centros de atención secundaria de base en el territorio que asignado, destinados a entregar atenciones integrales de especialidad en Salud Mental cercana al lugar de residencia del usuario, deben trabajar en red con los distintos nodos de salud local y deben intervenir en la promoción de hábitos de vida saludable que potencien el cuidado transversal de la salud mental para lo que deben trabajar en coordinación con las instituciones locales generando cooperaciones en torno a la promoción, prevención específica y la detección temprana de problemas de salud antes de que se conviertan en patologías. Así como participar del desarrollo de estrategias comunales de desarrollo comunal en relación a estas materias.



La prevalencia estimada para problemas de salud mental es de un 22,5%¹⁶ para niños de 4 a 18 años y de un 22,2%¹⁷ para mayores de 15 años. El 2021, las personas mayores de 15 años que estaban bajo control en APS fueron 38.867 y en el ingreso al programa de 13.627 personas. Luego, considerando que el número de personas mayores de 15 años inscritas en APS en 2021 en las comunas de la Red fueron de 554.895 (de 15 o más años), se ha prestado atención al 7% de la población.

¹⁶ Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual - Dra. Flora de la Barra M. y cols. Rev. Med. Clin. Condes- 2012; 23(5) 521-529]

¹⁷ Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study, Vicente, B. et al. Am J Psychiatry 163:8, August 2006.

Los principales problemas de salud mental que se encuentran en la población bajo control son Depresión (35,0%), Trastornos de la Ansiedad (30,8%) y Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (8,3%). Estos representan aproximadamente el 74,2% del total. Por otro lado, el 2021, los ingresos al programa de salud mental fueron principalmente por trastornos de ansiedad (35,8%), Depresión (26%), trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (9,1%). Estas abordaron el 71% de los ingresos.

Con respecto al nivel de atención de especialidad, los COSAM registraron ingresos por atenciones en 2021 de 2.000 personas. Los problemas más frecuentes fueron Depresión (31,9%), Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (16%) y Trastornos de la Ansiedad (14%).

Adicionalmente, de los datos de la Serie A y las consultas a especialistas, en 2021, se realizaron 32.237 consultas a psiquiatría adulto y 10.018 a psiquiatría pediátrica y de la adolescencia.

En la comuna, la Salud Mental de especialidad registra estadísticas consecuentes con lo registrado en la atención primaria de salud APS, siendo la población atendida por el COSAM de un 27,0% de adultos mayores, un 9,5% de infanto juveniles y un 64,5% la de adultos, de éstos un 66,4% corresponde a mujeres y un 33,6% a varones.

Entre las 2.079 personas atendidas en este Centro de especialidad, los diagnósticos más representados son: los Trastornos Afectivos Bipolares con un 24,1%; Trastornos de ansiedad graves 22,6%; Trastornos graves de la personalidad 14,7%; Depresiones 10,7%; Esquizofrenias y otras psicosis 5,2%; y Trastornos por uso de sustancias 7%, entre otros diagnósticos, La gran mayoría de las personas atendidas en este Centro presentan más de un diagnóstico de salud mental

El Centro de Salud Mental se encuentra en un proceso de transformación que se enmarca en el Plan Nacional de Salud Mental que pretende migrar de un modelo bio-médico a un Modelo de Salud Mental Comunitaria.

Por ello han incorporado a partir del presente año horas profesionales de Trabajador Social, Psicología y Terapia Ocupacional.

En el registro de atenciones se ve reflejado el desgaste de los equipos de salud mental descrito en todos los niveles lo que se ha visto reflejado en un aumento de las Licencias médicas de los profesionales.

Tabla 40

ATENCIONES POR ESTAMENTO 2024/25						
	PSQ	PSIC	TO	T. SOCIAL	Técnico Rehab	Total Mensual
Agosto	812	435	118	151	73	1.589
Septiembre	642	312	71	123	52	1.200
Octubre	872	567	119	186	82	1.826
Noviembre	793	441	119	126	61	1.540
Diciembre	689	341	81	124	70	1.305
Enero	813	558	81	93	29	1.574
Febrero	478	261	103	89	33	964
Marzo	810	425	146	117	60	1.558
Abril	784	442	169	52	74	1.521
Mayo	681	441	146	123	61	1.452
Junio	709	369	164	115	62	1.419
Julio	869	468	193	141	77	1.748
Total	8.952	4.719	1.510	1.440	734	17.696

Dotación COSAM

Tabla 41

Dotación RR.HH	
Psicólogos	273
Terapeutas ocupacionales	143
Trabajadores sociales	110
Psiquiatras	184
Psiquiatras infanto adolescentes	44
Técnicos en Rehabilitación	44
TENS farmacia	88
Secretarias	132
Enfermero Jefe de SOME	44
Auxiliar de servicio	44
Personal de aseo	88
Portero	44

- Laboratorio Clínico

Su misión es entregar apoyo diagnóstico a los Centros de Salud municipales de la comuna de Las Condes, para contribuir a la resolución de los problemas de salud de los vecinos a nivel de atención primaria y con ello mejorar su bienestar y calidad de vida.

En relación a sus objetivos, el Laboratorio Clínico estará abocado al cumplimiento de la Normativa vigente de Acreditación del CESFAM Dr. Aníbal Ariztía, en el ámbito de servicio de apoyo de laboratorio clínico, bajo los estándares establecidos por el Ministerio de Salud, con un énfasis en el aseguramiento de la calidad y de la mejora continua de sus procesos y un enfoque en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios.

Además, está enfocados en la ciberseguridad del laboratorio, renovando computadores, actualizando antivirus (servidores y computadores) y mejorando el sistema de respaldo de datos.

Referente al equipamiento, este continúa a la vanguardia ofreciendo exámenes con altos estándares de calidad.

En relación a la toma de muestras domiciliarias dirigido a usuarios en situación de salud frágil con dificultad para moverse (Proyecto de Innovación en Salud Municipal “Me lo Tomo en casa” Primer lugar, en ejecución desde septiembre del 2018) se mantendrán cumpliendo los estándares establecidos.

Se sigue ofreciendo a los vecinos el acceso de sus exámenes realizados vía página web, tótem de impresión de exámenes en ambos CESFAM y para los profesionales de salud, el acceso a los resultados de los exámenes vía intranet.

Orientaciones Técnico Administrativas:

El Laboratorio se enfocará en el cumplimiento de las exigencias ministeriales para las patologías GES a nivel de atención primaria, con requerimientos de exámenes de laboratorio.

El propósito es apoyar a los profesionales de salud en el diagnóstico, control y tratamiento de las patologías más relevantes y prevalentes, que afectan a los vecinos de la comuna de Las Condes:

- Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).
- Enfermedades Tiroideas.
- Cáncer Prostático.
- Enfermedades infectocontagiosas.

Exámenes incluidos en la canasta primaria comunal:

Tabla 42

Bioquímica en sangre	Bioquímica en orina	Hematología	Microbiología	Orinas	Hormonas/Serología
Glicemia	Electrolitos urinarios (muestra aislada)	Hemograma	Urocultivo con antibiograma	Orina completa	HCG sub beta cualitativo
Nitrógeno ureico	Proteinuria horas	24 VHS	Coprocultivo		TSH
Creatinina	Glucosuria (muestra aislada)	Hematocrito	Directo Hongos	de	T4 libre
Clearance de creatinina	Cetonuria (muestra aislada)	Hemoglobina	Cultivo Hongos	de	FSH
Colesterol Total	Relación Microalbuminuria/ creatininuria	Recuento reticulocitos	Directo fresco	al	Antígeno prostático específico total
Colesterol HDL	Relación Proteinuria/creatininuria	Grupo ABO y Rh	Tinción Gram	de	VDRL
Triglicéridos		Tiempo de protrombina	Cultivo corriente		
Ácido úrico		TTPK	Antibiograma corriente		
GOT		Test de Coombs indirecto	Cultivo de gonococo	de	
GPT		Hemoglobina glicosilada	Coproparasitológico seriado simple		
Gama GT			Rotavirus		
Bilirrubina Total			Leucocitos fecales		
Bilirrubina directa			Hemorragia oculta		
Fosfatasa alcalinas			pH deposición		
Proteínas plasmáticas			Azúcar reductor Fehling		
Albumina			Test de Graham		

Electrolitos	Acaro test
Plasmáticos	
Calcio	
Fósforo	
Lactato deshidrogenasa	
Proteína C reactiva	
Factor reumatoideo	
Mononucleosis (Reacción Paul Bunell)	
Anti estreptolisina O	
Prueba sobrecarga a la glucosa	
Glicemia postprandial	

Estadísticas:

Número de exámenes realizados:

- Para el año **2023** se realizó un total de **444.406 exámenes**.
- Para el año **2024** se realizó un total de **467.794 exámenes**.
- Para el año **2025** se realizó un total de **412.455 exámenes**.

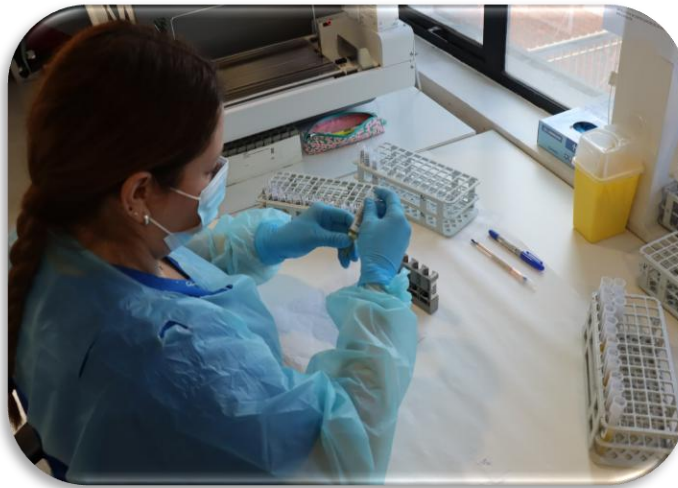
Número de pacientes atendidos:

- Para el año **2023**, se atendieron **39.019 pacientes**.
- Para el año **2024**, se atendieron **41.172 pacientes**.
- Para el año **2025**, se atendieron **38.585 pacientes**.

Número de exámenes realizados por sección año 2025:

Tabla 43

Exámenes x Sección	Nº Total
Bioquímica	320.679
Hormonas	34.004
Hematología-Coagulación	22.530
Bacteriología-Parasitología	7.155
Orinas	28.087
TOTAL	412.455



Proyecciones 2026:

- Énfasis en la coordinación con los Centros de Salud, para optimizar el uso de los exámenes de laboratorio, centrado en un trabajo en equipo y en la mejora continua.
- Renovación de equipamiento de química y hormonas.
- Seguir a la vanguardia en temas de ciberseguridad y protección de nuestros datos.

7.2 Recursos humanos

Tabla 44

CATEGORÍA	CARGO	Nº FUNCIONARIOS	Nº HORAS SEMANALES
A	Dirección establecimiento	5	220
A	Bioquímico(a)	0	0
A	Medico(a)	52	1.694
A	Medico(a) (indicar especialidad)	15	579
A	Odontólogo(a)	38	1.178
A	Químico Farmacéutico	5	209
	TOTAL A:	115	3.880
B	Dirección establecimiento	2	88
B	Asistente Social	12	616
B	Enfermera(o)	45	1.840
B	Fonoaudiólogo(a)	0	0
B	Ingeniero(a)	0	0
B	Kinesiólogo(a)	10	395
B	Matrón(a)	17	616
B	Nutricionista	11	440
B	Profesor(a)	0	0
B	Psicólogo(a)	16	484
B	Tecnólogo(a) Médico(a)	6	264
B	Terapeuta Ocupacional	2	66
B	Otro (indicar profesión)	0	0
	TOTAL B:	121	4.809
C	TENS	95	4.183
C	TANS	15	660
C	TONS	25	1.011
C	Otro (indicar profesión)	2	88
	TOTAL C:	137	5.942
D	Técnico de Salud	10	417
	TOTAL D:	10	417
E	Administrativo	56	2.425
	TOTAL E:	56	2.425

F	Auxiliar de Servicio	7	308
F	Conductores Ambulancias	5	220
	TOTAL F:	12	528
(Indicar categoría)	Facilitadores/as interculturales	0	0
	TOTAL (categoría):		
	TOTAL (A, B, C, D, E, F)	451	18.001

7.3 Cartera de Servicios

- **Actividades transversales a todas las edades**

- Control de salud desde RN
- Consulta de morbilidad
- Consulta nutricional
- Consulta y control de enfermedades crónicas
- Consultas y controles patologías GES
- Consulta y/o Consejería en Salud Mental
- Consulta Social
- Intervención Psicosocial
- Medición de agudeza Visual
- Diagnóstico y control de TBC
- Educación Grupal
- Programa de inmunización
- Consejería familiar
- Atención domiciliaria
- Visita Domiciliaria Integral
- Toma de electrocardiograma a pacientes crónicos >15 años
- Tratamiento inyectable
- Curaciones simples y avanzadas
- Cirugía menor
- Entrega de medicamentos en CESFAM y a domicilio
- Laboratorio Clínico en CESFAM y a domicilio pacientes PDS y apoyo domiciliario
- Servicio de atención primaria de urgencia

- **Actividades por ciclo vital**

Programa del Niño/Niña/Adolescente:

- Atención bajo el Modelo de Chile Crece Contigo
- Evaluación del desarrollo psicomotor
- Consultas por déficit del desarrollo psicomotor
- Consultas de kinesiterapia respiratoria sala IRA
- Programa Nacional de alimentación complementaria hasta los 6 años.

Programa del Adulto/Adulto mayor

- Fondo de ojo en pacientes diabéticos
- Consulta Kinésica Respiratoria: aguda y Crónica (Sala ERA)
- Atención podológica a pacientes diabéticos descompensados
- Intervención grupal de actividad física
- Programa de Alimentación complementaria del adulto mayor
- Atención podológica a pacientes diabéticos descompensados
- Entrega de órtesis o ayudas técnicas para mayores de 65 años.

- **Actividades programas específicos**

Programa de la Mujer

- Control prenatal
- Control diada (puérpera y recién nacido)
- Control climaterio
- Consulta y control de regulación de la fecundidad
- Consejería en salud sexual y reproductiva: preconcepcional y pre y post examen de VIH.
- Control ginecológico preventivo: mamas y toma de Papanicolaou y solicitud de VDRL.
- Consulta de morbilidad obstétrica
- Programa de Alimentación complementaria
- Consulta de morbilidad ginecológica
- Ecografía obstétrica de acuerdo a norma.

Programa de Salud Oral

- Examen de salud
- Tratamientos preventivos: pulpotomía, aplicación de sellantes, flúor barniz y flúor gel
- Tratamiento de rehabilitación integral: periodoncia (destartraje supra y subgingival, pulido coronario), operatoria (restauraciones de

amalgama, resinas compuestas, vidrio ionómero y obturaciones temporales),

- Exodoncias
- Radiografía Dental
- Urgencias odontológicas

7.5 Encuesta de Satisfacción Usuaría

Los siguientes son los resultados de la encuesta de Satisfacción Usuaría, comparativa con años anteriores:

Tabla 45

	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023	Año 2024
<i>Centro de Salud Apoquindo</i>	97%	97%	98%	99%	100%	99%	100%	100%	100%	99%	100%	99%
<i>CESFAM Dr. Aníbal Ariztía</i>	94%	96%	98%	99%	97%	97%	97%	99%	98%	97%	97%	97%
<i>SAPU</i>	92%	92%	91%	89%	97%	96%	95%	94%	96%	93%	98%	93%
<i>Cosam</i>	100%	96%	98%	94%	100%	100%	100%	97%	98%	100%	98%	100%
<i>RAM</i>	100%	100%	98%	100%	100%	99%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>Centro de Imágenes</i>	98%	100%	99%	97%	100%	100%	100%	100%	100%	98%	100%	98%
<i>Laboratorio</i>	99%	100%	100%	99%	99%	99%	100%	98%	98%	99%	100%	95%
<i>Centro Esp. Odontológicas</i>	100%	100%	100%	97%	96%	98%	98%	93%	100%	100%	99%	99%
Promedio Anual	98%	98%	98%	97%	99%	99%	99%	98%	99%	98%	99%	98%

7.6 Promoción de Salud

Durante el año 2025 se ha dado continuidad a la línea de trabajo orientada a mejorar el acceso de la población a acciones de promoción de la salud, a través de diferentes componentes, cada uno con objetivos, actividades y acciones específicas, en concordancia con las orientaciones técnicas del Convenio de Promoción de Salud.

De manera complementaria, se han sostenido anualmente diversas temáticas y actividades consideradas como línea base, cuyo propósito es contribuir al aumento de personas con factores protectores de salud. Estos factores se entienden como características individuales, familiares o comunitarias que favorecen el mantenimiento o recuperación de la salud, o bien, que contrarrestan los efectos adversos de los factores de riesgo.



Para alcanzar este propósito, se han ejecutado múltiples actividades en distintos entornos: centros de salud familiar, centros comunitarios, establecimientos educacionales y entornos laborales, reconociendo que en todos ellos es necesario promover y propiciar el cuidado de la salud, garantizando así un mayor acceso a estos espacios.

Durante el primer semestre de 2025, las acciones de Promoción de Salud se desarrollaron principalmente a través de programas y actividades que no implicaron recursos adicionales, y que fueron implementados en las distintas dimensiones y componentes señalados en las Orientaciones Técnicas del Convenio. La mayoría de estas actividades respondieron a las necesidades percibidas por la comunidad, identificadas en el Diagnóstico Participativo Comunal 2024.

Entre los principales problemas priorizadas en dicho diagnóstico se encuentran los trastornos del ánimo, diabetes, sobrepeso y la hipertensión. Frente a ellas, las acciones más relevantes han estado vinculadas a la educación comunitaria en diversos espacios como juntas de vecinos, centros comunitarios, establecimientos educacionales y salas de espera de ambos CESFAM.

Estas instancias han contado con la participación activa de profesionales de la salud y de estudiantes de carreras afines como medicina, enfermería, nutrición y dietética, obstetricia, química y farmacia, además de técnicos en enfermería de nivel superior. Asimismo, se ha mantenido el uso de redes sociales y del circuito cerrado de TV como herramientas educativas para informar y sensibilizar a la comunidad en temas de Promoción de Salud.

Con la entrada en vigencia del nuevo Convenio del Plan de Promoción 2025, se proyecta para el segundo semestre la implementación de nuevas actividades, en concordancia con las dimensiones y componentes definidos en las Orientaciones Técnicas del Convenio, tales como:

Dimensiones	Componentes
- Alimentación saludable - Actividad física - Cohesión social (participación social y salud mental)	1. Políticas y regulaciones sobre entornos saludables 2. Habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable 3. Participación comunitaria para el empoderamiento en salud 4. Comunicación social y educación para la salud

Políticas y regulaciones sobre entornos saludables

Durante el año 2025 se implementaron acciones orientadas a fortalecer este componente, con miras a proyectar su continuidad en los años siguientes. Entre ellas destaca el trabajo intersectorial asociado a la identificación y mapeo de actores comunitarios vinculados a las necesidades e intereses de niños, niñas y adolescentes (NNA) en la comuna de Las Condes.

Habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable

Se llevó a cabo un trabajo colaborativo con la Universidad San Sebastián, particularmente con la carrera de Química y Farmacia, mediante un proyecto de Vinculación con el Medio en el CESFAM. Este proyecto obtuvo financiamiento a través del Programa de Cuidados Comunitarios para la Atención Primaria, lo que permitió recuperar, mejorar y mantener huertos en el CESFAM, desarrollar charlas

educativas en distintos entornos y brindar atenciones en medicina complementaria.

De igual forma, se implementaron iniciativas adicionales como:

- Proyecto de la Unidad de Odontología para incentivar el destete oportuno del chupete en niñas y niños.
- Habilitación de una sala de lactancia materna en un espacio público del CESFAM para uso comunitario.
- Instalación y mantención de estacionamientos para bicicletas en los accesos de CESFAM Aníbal Ariztía y Mini Los Dominicos.
- Incorporación de puntos de hidratación en dependencias del CESFAM.
- Mantención del Rincón Infantil en sala de espera del CESFAM.

Participación comunitaria para el empoderamiento en salud

Se desarrollaron diálogos y conversatorios en coordinación con la Comisión Mixta, priorizando la difusión de programas ministeriales de ambos CESFAM de la comuna. También se abordaron temáticas de salud y educación, como redes de apoyo para niños con TEA y sus familias, con la intención de postular a recursos a través de futuros proyectos.



La atención a las solicitudes de la Comisión Mixta ha sido clave para fortalecer la colaboración intersectorial y promover la equidad y participación de estudiantes, docentes, equipos de salud, padres y apoderados. En esta línea, los proyectos financiados por el Programa de Cuidados Comunitarios de Salud permitieron consolidar un trabajo coordinado con el intersector, reforzando la mirada comunitaria.

Asimismo, se capacitó a líderes comunitarios como Monitores de Círculos de Escucha, con el propósito de instaurar grupos de ayuda mutua permanentes, favoreciendo la salud mental y entregando apoyo continuo a los participantes.

A través de estrategias de participación, se realiza un trabajo intersectorial que busca responder a las necesidades e intereses de los niños, niñas y adolescentes NNA. Esta información podría contribuir al componente “Políticas y regulaciones sobre entornos saludables”.

Comunicación social y educación para la salud

Las estrategias comunicacionales se orientaron a informar sobre conductas de riesgo y a promover decisiones informadas, mediante hitos comunicacionales y celebraciones internas y externas, como la Feria de la Salud y la Semana Mundial de la Lactancia Materna, entre otros.

Se continuó con la creación de cápsulas y contenidos educativos difundidos por circuito cerrado de TV e Instagram, consolidando así una estrategia de educación continua para la comunidad.

El trabajo coordinado y multidisciplinario ha sido clave para el éxito de estas acciones, permitiendo una visión integral sobre las distintas temáticas.



En el ámbito de educación en salud, se realizaron múltiples charlas y talleres sobre educación sexual, alimentación y vida saludable, prevención y manejo de enfermedades, primeros auxilios generales y en traumatismo dentoalveolar, salud bucal, trastorno del espectro autista, adicción a pantallas, lactancia materna, crianza respetuosa, salud en el adulto entre otros. Estas actividades se llevaron a cabo en diversos entornos: CESFAM, establecimientos educacionales, jardines infantiles y centros comunitarios.

El trabajo de internos de medicina, enfermería, nutrición y dietética, obstetricia, química y farmacia ha sido fundamental para la ejecución de estas acciones, aportando creatividad, materiales educativos y cercanía con la comunidad.

Adicionalmente, se efectuaron capacitaciones dirigidas a funcionarios en lactancia materna, no solo para apoyar el cumplimiento de metas sanitarias, sino también para fortalecer el acompañamiento comunitario en torno a los beneficios de la lactancia en todas sus dimensiones.

Lugar de trabajo promotor de salud

De manera paralela, durante 2025 se avanzó junto al equipo MAIS en el compromiso de avanzar en los CESFAM en ser un Entorno Laboral Promotor de la Salud. Este proceso se desarrolló en conjunto con la Corporación de Educación y Salud de Las Condes, la Asociación de Funcionarios, la Unidad de Calidad de Vida Laboral - Saludablemente y Comité de Aplicación, promoviendo así una visión integral del bienestar laboral buscando así mejorar la salud y el bienestar de las personas en el trabajo.

Programación Promoción de Salud para el año 2026

De acuerdo con lo programado para el año 2026, se proyecta dar continuidad a la línea de trabajo orientada a mejorar el acceso de la población a la promoción de la salud, a través de distintos componentes con objetivos específicos y actividades diversas.

Asimismo, se espera fortalecer las estrategias de comunicación dirigidas a la comunidad, con el propósito de informar y sensibilizar sobre diversas temáticas relevantes para la salud y el bienestar.

Por otra parte, se dará apoyo a las acciones destinadas a consolidar a ambos CESFAM como un “Entorno Laboral Promotor de la Salud”, favoreciendo el bienestar de los equipos de trabajo y su proyección hacia la comunidad.

A continuación, se presenta el Plan de Promoción de Salud 2026:

Nivel: Promoción de Salud

Objetivo: Mejorar el acceso de la población a la promoción de la salud a través de diferentes componentes, los que se detallan en la imagen que se adjunta al final de este documento.

Indicador: N° de actividades realizadas /n° total de actividades programadas

Meta: para los componentes “Políticas y regulaciones sobre entornos saludables” “Habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable” se establece un 50% de las actividades programadas se ejecutan a diciembre 2026. Para los componentes “Participación comunitaria para el empoderamiento en salud” y “Comunicación social y educación para la salud” un 60% de las actividades programadas.

FUENTE: REM 19

Tabla 46

COMPONENTES	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES
Políticas y regulaciones sobre entornos saludables	Fortalecer la gobernanza y el trabajo intersectorial para mejorar la salud y bienestar, abordando los determinantes sociales de salud	Desarrollar e implementar una estrategia intersectorial que, a través de la identificación y mapeo de actores comunitarios, promueva la salud integral de niños, niñas y adolescentes NNA en la comuna de Las Condes
Habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable	Optimizar los espacios públicos como entornos promotores en estilos de vida saludable	Dar continuidad al trabajo colaborativo con la Universidad en convenio con CESFAM, orientado a la restauración, mejoramiento y mantención de los huertos en ambos CESFAM, complementado con charlas educativas para promover el autocuidado y el uso racional de plantas medicinales. Asimismo, mantener la contratación del servicio de puntos de hidratación según disponibilidad, asegurar la habilitación y mantención de la sala de lactancia materna en espacios públicos destinados a la comunidad, conservar la instalación de ciclisteros en accesos de ambos CESFAM y del Mini Los Dominicos, y mantener el Rincón Infantil en la sala de espera del CESFAM
Participación comunitaria para el empoderamiento en salud	Fortalecer el trabajo intersectorial y territorial mediante la participación social y comunitaria, con el propósito de mejorar la salud y el bienestar de la población	Organizar actividades y reuniones periódicas con la Comisión Mixta y otras instancias de diálogo y participación. Asimismo, dar seguimiento y apoyo a los líderes comunitarios capacitados como Monitores de Círculos de Escucha durante el año 2025
Comunicación social y educación para la salud	Promover la autoeficacia de las personas para adoptar una vida saludable a través del fortalecimiento de sus conocimientos e informar sobre factores protectores y conductas de riesgo que inciden en la salud para facilitar decisiones informadas, basadas en evidencia	Desarrollar charlas educativas y talleres de promoción de la salud en diversos entornos, tales como: centros de salud, establecimientos educacionales y espacios comunitarios. Las temáticas a abordar incluirán, entre otras, educación sexual, alimentación y vida saludable, prevención y manejo de enfermedades respiratorias en invierno, primeros auxilios (RCP, traumatismo dentoalveolar, entre otros), importancia de controles de salud, pediculosis, higiene del sueño, lactancia materna, crianza respetuosa, uso de pantallas en NNA, salud integral de adultos y adultos mayores. La definición de los contenidos se realizará en base a las necesidades identificadas en el Diagnóstico Participativo Comunal 2024 y a las solicitudes de colegios y jardines infantiles. En el ámbito de la comunicación social, se contempla la difusión de mensajes de campaña en el marco de los hitos comunicacionales OPS-OMS, mediante la conmemoración de fechas relevantes a través de eventos internos y externos. Asimismo, se promoverán programas ministeriales tales como Chile Crece Más, Elige Vida Sana, Sembrando Sonrisas, Más Adultos Mayores Autovalentes. Estas acciones estarán dirigidas a usuarios internos y externos, así como a la comunidad en general, garantizando un enfoque de promoción de la salud y la incorporación de diversas temáticas. Para la difusión local se emplearán diversas estrategias comunicacionales, tales como Instagram, cápsulas audiovisuales, afiches, paneles informativos, circuito cerrado de TV en salas de espera y puntos educativos presenciales. Se proyecta la adquisición de insumos durante el año, con el fin de fortalecer las actividades y motivar aún más la participación de la comunidad

7.7 Plan de Capacitación

En Plan de Capacitación Comunal de Atención Primaria de Las Condes del año 2025, se desarrolló en base a los ejes estratégicos señalados por la estrategia nacional de salud, en concordancia a la encuesta realizada a los funcionarios y funcionarias de la comuna el año 2024 y a lo definido por la comisión de capacitación local representada por la Dirección de Salud, las direcciones de los centros de salud y las asociaciones de funcionarios.

En relación a lo anterior, se da continuidad a las capacitaciones relacionadas con la estrategia de cuidado integral centrado en las personas (ECICEP), a las capacitaciones vinculadas a la Estrategia MAIS (Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria), las actividades que educan respecto a la violencia laboral y a las actividades centradas en el autocuidado, el trabajo en equipo y el ejercicio del liderazgo, ámbito que fue manifestado en la encuesta de detección de necesidades y en la aplicación de la encuesta que mide los riesgos psicosociales en los centros de salud, CEAL SM.

Durante el año 2025 se realizaron cinco capacitaciones presenciales, planificadas bajo esta modalidad por sus contenidos, necesidad de retroalimentación inmediata y construcción grupal del aprendizaje. En los cursos de manejo del estrés, trabajo en equipo y liderazgo, trato al usuario, ACLS y PALS participaron 88 funcionarios.

Las capacitaciones restantes se realizaron en modalidad a distancia y asincrónica, dirigidas a todos los funcionarios y financiadas fundamentalmente con el programa FENAPS dirigida a la categoría A, conformada por médicos, químicos farmacéuticos y odontólogos, y el programa de capacitación y formación.

Las plataformas autogestionadas se constituyen en un recurso importante y significativo para darle continuidad al proceso de capacitación de los funcionarios con un nivel importante de autonomía. Estas plataformas abordan temáticas prioritarias para la atención primaria y aportan significativamente en la construcción de la carrera funcionaria de los trabajadores y trabajadoras de la APS, la que se construye en base a la antigüedad y la capacitación.

Durante este año los cursos dirigidos a estamentos definidos fueron altamente demandados, entre ellos se cuentan cursos dirigidos a matronas, TENS y enfermeras, nutricionistas, psicólogos y trabajadores sociales. En este sentido, se evidencia que si bien es necesario realizar capacitaciones que abordan temáticas generales para todos los funcionarios y funcionarias, también resulta fundamental y sentida la necesidad de desarrollar actividades que aborden ámbitos específicos del quehacer en los centros de salud de las diferentes disciplinas.

El plan de año 2026 tal como en años anteriores buscará abordar con integralidad las demandas que surgen desde los centros de salud desde sus diversos programas y estrategias.

Se dará continuidad a las capacitaciones dirigidas al equipo gestor, profundizando en áreas de evaluación de desempeño y conversaciones difíciles. En relación al autocuidado de los funcionarios y funcionarias, se abordarán temáticas de prevención de la violencia y salud mental en el ámbito laboral.

Al igual que en años anteriores se programarán capacitaciones relacionadas con la estrategia de cuidado integral centrado en las personas (ECICEP), y capacitaciones vinculadas a la Estrategia MAIS (Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria).

Serán parte del plan 2026 las capacitaciones en el ámbito de la alimentación saludable con una mirada sostenible, contextualizada, basada en el bienestar integral, la salud mental y las atenciones de salud profundizando en estrategias inclusivas.

Respecto al proceso de licitación mediante el cual diversos organismos capacitadores se han adjudicado la ejecución de las diferentes líneas de trabajo del plan de capacitación, es posible señalar que se han incluido elementos puntuales y específicos que contribuyan a mejorar la calidad de las capacitaciones, en cuanto a docentes, contenidos y recursos tecnológicos. Sin embargo, es un proceso que debe mejorar continuamente, buscando alternativas para dar cumplimiento a los objetivos propuestos anualmente.

A continuación, se detalla el plan de capacitación comunal del año 2026, considerando que la totalidad de las actividades de capacitación del período se ejecutan en base a este plan, en relación a las necesidades y demandas del Ministerio y del Servicio de Salud para Atención Primaria, a las necesidades comunales de acuerdo a su contexto y realidad territorial, y de acuerdo a las necesidades de los equipos de salud.

Tabla 47

PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2026 PERSONAL ESTATUTO ATENCIÓN PRIMARIA (LEY 19.378) SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE COMUNA LAS CONDES																	
LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCIÓN
			A (Médicos, Odont, QF,etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	TOTAL		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO			
EJE ESTRATEGICO 1: Medio Ambiente y entornos Saludables	Capacitación ECICEP	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades. Disminuir la exposición de la población trabajadora a condición de trabajo desfavorables	5	10	5	0	0	0	20	32			X	2000000	SSMO	Encargada Capacitación	1° o 2° semestre de 2026
	Capacitación MAIS		5	5	4	0	4	2	20	27			X	3000000	OTEC	Encargada Capacitación	1° o 2° semestre de 2026
	Curso Salud Mental en ambientes laborales		6	14	10	0	10	0	40	32			X	4000000	OTEC	Encargada Capacitación	1° o 2° semestre de 2026
EJE ESTRATEGICO 2: Estilos de Vida	Curso Salud, bienestar y nutrición sostenible	Aumentar la seguridad alimentaria y nutricional en Chile a través del curso de vida.	5	10	10	0	0	0	25	32			X	2500000	OTEC	Encargada Capacitación	1° o 2° semestre de 2026
EJE ESTRATEGICO 3: Enfermedades Transmisibles	Curso IAAS	Controlar y contribuir a la eliminación de enfermedades transmisibles	5	5	5	0	0	0	15	27			X	1500000	SSMO	Encargada Capacitación	1° o 2° semestre de 2026
EJE ESTRATEGICO 4: Enfermedades Crónicas no transmisibles y Violencia	Curso Prevención de la Violencia laboral	Disminuir la prevalencia de violencias que afectan a las personas, familias y comunidades.	3	5	5	0	5	2	20	20			X	2000000	SSMO	Encargada Capacitación	1° o 2° semestre de 2026
	Curso Estrategias inclusivas para la atención en salud		5	7	5	1	5	2	25	32			X	2500000	OTEC	Encargada Capacitación	1° o 2° semestre de 2026
EJE ESTRATEGICO 6: Emergencias y desastres	Curso Manejo de Extintores	Moderar los efectos de las emergencias y desastres en la salud y bienestar de la población	5	5	5	1	5	3	24	2			X	360000	ACHS	Encargada Capacitación	1° o 2° semestre de 2026
	Curso RCP Básico		10	6	15	1	5	3	40	2			X	200000	ACHS	Encargada Capacitación	1° o 2° semestre de 2026
EJE ESTRATEGICO 7: Gestion, Calidad e Innovacion	Curso Calidad y Acreditación para establecimientos de APS	Fortalecer la entrega de servicios de salud con calidad y seguridad a la población a lo largo de su curso de vida. Favorecer la capacitación de RRHH en los ámbitos de habilidades profesionales y administrativas.	4	4	4	0	4	1	17	27			X	1700000	SSMO	Encargada Capacitación	1° o 2° semestre de 2026
	Curso trabajo en equipo y evaluación de desempeño		9	31	0	0	2	0	42	32			X	5000000	OTEC	Encargada Capacitación	1° o 2° semestre de 2026
	Curso Manejo de Microsoft		3	7	8	0	10	2	30	32			X	3000000	OTEC/SSMO	Encargada Capacitación	1° o 2° semestre de 2026
	Cuidados de enfermería para personas mayores		0	0	19	1	0	0	20	32			X	2000000	OTEC	Encargada Capacitación	1° o 2° semestre de 2026
			Curso Curaciones Avanzada de Heridas	0	3	16	1	0	0	20	32			X	2000000	OTEC	Encargada Capacitación
	Se reconocerán dentro del PAC 2026 todas aquellas capacitaciones realizadas por funcionarios, atinentes a su cargo, impartidas por entidades debidamente reconocidas por el ministerio correspondiente y aquellas del programa de RRHH MINSAL, que cumplan con los requisitos de la Ley 19.378																
Totales			60	102	106	5	50	15	338					29.760.000			

7.8 Explicación / Apreciación / Diagnóstico

Durante el año 2025, se ha mantenido el esfuerzo por resolver la demanda de atención que se acumuló durante la pandemia, logrando consolidar progresivamente los niveles de atención previos a esta. Este avance ha permitido mejorar el cumplimiento de las metas sanitarias e IAAPS, aumentando las coberturas en los distintos programas, con especial foco en actividades de rescate y en el fortalecimiento de la oferta a través de programas de reforzamiento específicos.

En cuanto al cumplimiento de las metas sanitarias e IAAPS, si bien se ha registrado un progreso sostenido, se deben considerar factores asociados al perfil de los usuarios de la comuna. Una parte importante de la población se atiende en el sistema privado y no se adhiere completamente a los flujogramas ni a las normativas del sistema público, lo que dificulta alcanzar ciertos indicadores, particularmente en lo relacionado con los exámenes de medicina preventiva y la cobertura de métodos anticonceptivos en adolescentes.

7.8.1. Plan de acción de cuidados de salud por cursos de vida

En el año 2026, la prioridad estará enfocada en el cumplimiento de metas sanitarias/IAAPS, convenios de atención y de resolutividad, dando continuidad a los programas implementados en atención domiciliaria y odontología, así como el énfasis en la promoción y participación social en el contexto de gestión de calidad.

En relación con las actividades, se define la siguiente priorización:

Programa infantil/adolescente:

1. Priorizar la atención de salud infantil en controles:
 - Control de la diada por matrona entre los 7 y 10 días.
 - Control de 18 meses con evaluación de desarrollo psicomotor por enfermera
 - Control de riesgo de DSM en niños de 18 meses
 - Controles en clínica de lactancia para favorecer la lactancia materna hasta los 6 meses
 - Control nutricional en <2años para promover el EN normal
 - Control de salud del adolescente con énfasis en uso de MAC
2. Mantener vacunación en la población infantil.
3. Mantener atención y monitoreo de casos de NANEAS, por medio de Visitas domiciliarias y contacto telefónico.

4. Cumplir con la entrega de alimentos según norma ministerial de PPAA (programas alimentarios)

Programa Adulto y Adulto Mayor

1. Priorizar la realización de EMP y EMPAM, a través de coordinaciones con el intersector y diferentes unidades del CESFAM
2. Priorizar la adherencia en el control de usuarios con condiciones crónicas a través de estrategias como la realización de talleres de ingreso y de control grupal que permitan educar a fin de mejorar coberturas y coberturas efectivas (ECNT) con modelo ECICEP
3. Dar continuidad a la atención farmacéutica por QF en casos prioritarios definidos según criterios de vulnerabilidad clínica en CESFAM y domicilio en los usuarios con dependencia severa.
4. Cumplir con la entrega de alimentos según norma ministerial de PPAA (programas alimentarios)

Programa Dependencia Severa (PDS)

Este programa tiene por objetivo principal mantener atención integral en domicilio a pacientes dependientes severos y en apoyo domiciliario por un equipo transversal complementario a los equipos de sector para atenciones agudas y de apoyo. Éste está constituido por Médico, Enfermera, Kinesiólogo y TENS. El equipo de sector, velará por el cumplimiento de los planes integrales de intervención, realizando al menos 2 visitas al año

Programa Odontológico

Se priorizará:

1. Actividades de promoción y prevención de la salud bucal especialmente en preescolares, embarazadas.
2. Urgencias Dentales GES: disponibilidad en jornada protegida que realiza triage y atención durante toda la jornada diurna.
3. Control odontológico de < 3 años para prevenir caries
4. Control odontológico de 0 a 9 años con aplicación de pauta CERO
5. Control de morbilidad odontológica de 0 a 19 años
6. Atención odontológica integral de grupos focalizados, según GES, convenios (sembrando sonrisas, 6 años, 60 años, embarazadas, atención domiciliaria, DM tipo 2, etc.)

Programa de la Mujer

1. Actividades de promoción y prevención en salud de la mujer focalizando en temas como el climaterio y salud sexual y reproductiva
2. Priorizar toma de PAP en grupos objetivos
3. Mantener la continuidad con la atención prenatal, regulación de la fecundidad, toma de PAP, examen físico de mamas, control ginecológico,

control de climaterio y morbilidades gineco-obstétricas. Esto último manteniendo la estrategia de poli de choque matrona.

4. Rescate de pacientes con:
Exámenes críticos (PAP y Mamografías alteradas para su respectiva derivación, exámenes alterados de gestantes para evaluación, tratamiento y derivación según corresponda). Usuarías con VDRL y VIH alterados.
5. Entrega de alimentos correspondientes a embarazadas

Programa de Salud Mental

1. Priorizar atención de usuarios dando opciones vía remota y presencial, manteniendo la continuidad, y permitiendo el ingreso y acceso a intervenciones psicológicas.
2. Mantener Flujograma y Protocolos Salud Mental, en base a Mapa de Derivación con patologías asociadas, con enfoque en Modelo de atención integral en Salud (MAIS).
3. Mejorar el seguimiento y egreso por alta clínica

Atención población de riesgo psicosocial

Considerando que post pandemia, se ha observado un aumento en las consultas asociadas a vulneración de derechos, así como detección por parte de los equipos, los CESFAM deberán priorizar la atención en estos pacientes, abordando las situaciones de estrés parental, violencia intrafamiliar, vulneración de derechos, violencia sexual, hacinamiento o dificultades socioeconómicas y hacer las denuncias pertinentes además de cumplir con los convenios MINSAL asociados (SENAME, PAPs, dupla psicosocial)

Otras Estrategias

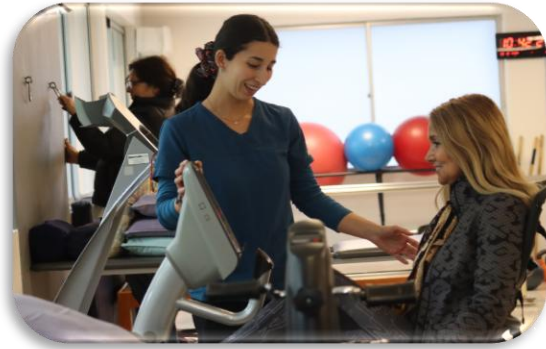
Se dará continuidad a las prestaciones incorporadas en convenios ministeriales vigentes: Las atenciones en VIDA SANA, Más adultos Mayores, DIR se realizarán preferentemente de manera presencial, coordinando derivaciones intra y extramuro.

Se dará continuidad y se fortalecerá la estrategia “Telesalud” en CESFAM Dr. Aníbal Ariztía, a través mayor difusión, fomentar la capacitación de los funcionarios y mejorar el trabajo en equipo. De igual forma, el CESFAM Apoquindo dará inicio a esta estrategia durante el año 2026.

7.9 Programas de Apoyo a la Atención Primaria

- Centro de Rehabilitación (RAM)

En el contexto actual de Chile, la demanda por servicios de salud, especialmente en rehabilitación y el ejercicio, ha experimentado un significativo crecimiento durante 2025. La población envejecida y el aumento en las lesiones músculo-esqueléticas, sumados a la creciente conciencia sobre la importancia de la recuperación funcional, ha impulsado el interés en terapias kinésicas. En este escenario, el Centro de Rehabilitación (RAM) se ha consolidado como un referente en atención especializada, ajustándose a las necesidades emergentes.



Durante este año, el RAM renovó y optimizó sus instalaciones, implementando mejoras en espacios y adquiriendo nuevos equipos y tecnologías para incrementar la calidad de sus servicios. La estructura de atención se mantiene de lunes a viernes, con horarios extendidos desde las 07:00 hasta las 20:00 horas, facilitando el acceso para los trabajadores y personas con agendas ajustadas, destacando especialmente su horario matutino, muy valorado en la comunidad laboral.

Uno de los aspectos distintivos del centro es su enfoque en terapias acuáticas, las cuales han sido reforzadas desde mediados de 2024. La incorporación de clases de hidroterapia representa un puente entre la fisioterapia convencional y la hidrogimnasia, facilitando una recuperación más integral y mejorando la condición física de los pacientes. La oferta semanal comprende aproximadamente 240 horas de semanales y más de 1.000 mensuales.

El centro cuenta con un equipo de profesionales altamente capacitados en diferentes áreas de la kinesiología. Destacan los kinesiólogos especializados en rehabilitación traumatológica, geriátrica, deportiva y neurológica, asegurando atención de calidad en una amplia gama de patologías. La edad de atención es desde los 14 años, pero el gran fuerte del RAM se enfoca especial y prioritariamente en adultos mayores, sobre todo los mayores de 75 años, quienes

reciben tratamiento sin listas de espera, reflejando el compromiso con la salud de la tercera edad, un aspecto fundamental en la política de salud chilena. La oferta semanal de kinesiología es de aproximadamente 980 horas de atención, distribuidas en más de 4.200 sesiones mensuales, beneficiando a cerca de 340 pacientes cada mes.

Chile presenta una alta prevalencia de lesiones músculo-esqueléticas, siendo las más frecuentes y limitantes lesiones de hombro, columna lumbar y rodilla, representando aproximadamente el 89% de los casos atendidos en el centro. La atención a patologías neurológicas, como accidentes cerebrovasculares, también tiene un rol importante, constituyendo un 3% del total de sesiones, no porque hayan disminuido, sino porque aumentaron las atenciones musculo esqueléticas. Estas cifras reafirman la relevancia de la kinesiología para mejorar la calidad de vida de los pacientes y promover una recuperación funcional efectiva.

Estadística:

- Ingresos Traumatológicos: 2.318; Controles. 26.569
- Ingresos Neurológicos: 70; Control: 1.165
- Pacientes Fonasa: 2.092
 - Pacientes Fonasa A: 195
 - Pacientes Fonasa B: 1.092
 - Pacientes Fonasa C: 304
 - Pacientes Fonasa D: 501
- Pacientes ISAPRE: 226
- Hombres: 1595; Mujeres: 5595; N/S: 14
- Prestaciones:
 - Reeducción Motora: 183.936
 - Educación individual: 3380
 - CHC: 3112
 - Electro analgesia: 2.333.
- Patologías músculo-esqueléticas: 97%
- Patologías neurológicas: 3%
- EDAD:
 - 0-19 años: 1,7%
 - 20-29 años: 2,0%
 - 30-39 Años: 3,8%
 - 40-49 Años: 5,8%
 - 50-59 Años: 17,6%
 - 60-69 Años: 23%
 - 70-79 Años: 25,4%

- 80-89 Años: 17,1%
- 90-99 Años: 2,7%

Uno de los objetivos del RAM para el 2026 es lograr sacar el RAM a la calle, que los pacientes con dificultades de movilidad y que pertenezcan a algún programa de dependencia severa, puedan ser atendidos en sus domicilios por kinesiólogos capacitados en tratamiento de patologías musculo esqueléticas y neurológicas.

Esto con el fin de ejercitar a los pacientes, educar a los familiares y mejorar la calidad de vida de la persona y de sus familiares.

El Centro de Rehabilitación mantiene un canal de comunicación vía email (RAM@corplascondes.cl) para recepción de órdenes de terapia, lo cual ha sido efectivo para optimizar la gestión y reducir la afluencia de pacientes que solo acuden a dejar dicha orden. Además, se ha habilitado un número de whatsapp para mejorar la comunicación con los usuarios, priorizando la comodidad y satisfacción de quienes confían en sus servicios.

- **Centro de Especialidades Odontológicas**

El Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), ubicado en calle Cerro Altar 6611 A, Las Condes, fue inaugurado el 30 de agosto del 2010, ante la necesidad de brindar atención odontológica de especialidades como Rehabilitación Oral, Endodoncia y Periodoncia a los vecinos de Las Condes, habilitados con su Tarjeta Vecino vigente, de manera particular y con arancel preferente según su previsión Fonasa o Isapre.

Hoy, el CEO ya cumple 15 años de funcionamiento, y además funciona como prestador externo de especialidades odontológicas a los CESFAM comunales, para brindar atenciones de nivel secundario a los pacientes del Convenio Programa Estrategias de Salud Bucal Comuna Las Condes 2025, con su Estrategia Ges Salud Oral, componente Salud Oral Integral en personas de 60 años, Estrategia Atención Odontológica Integral, componentes atención a Mujeres (Más Sonrisas) y Hombres, y Estrategia Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica, componentes tratamientos endodónticos especialista, tratamientos periodontales especialista y tratamientos de prótesis removibles acrílicas o metálicas especialista, además del Convenio Programa de Salud Oral Integral de la Embarazada (ex PPV); todos estos a quienes se les da prioridad de atención, debido al aumento progresivo en la población afiliada a Fonasa, beneficiarios del sistema de salud GES y Programas Ministeriales, donde se comprometen metas de pacientes a atender anualmente.

Es así entonces que, el CEO funciona de manera integrada y colaborativa con la atención primaria de salud odontológica (APS), cuyas atenciones están en red a

través de la ficha clínica electrónica integrada, sistema Rayen clínico y administrativo.

El Centro de Especialidades Odontológicas de Las Condes (CEO) declara:

Misión

Ser un centro de especialidades odontológicas de excelencia técnica y profesional, con gestión eficiente de sus recursos y con altos estándares de calidad, que brinda servicios clínicos de especialidad en Rehabilitación Oral, Endodoncia y Periodoncia, a pacientes preferentemente adultos y adultos mayores vecinos de Las Condes, y a pacientes beneficiarios del Sistema de Garantías Ges Odontológicos (60 años y Embarazadas), y pacientes de Programas Ministeriales del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) que requieran atención odontológica secundaria, y que sean derivados por los Centros de Salud Familiar Apoquindo y Dr. Aníbal Ariztía.



Visión

Ser el principal centro de especialidades odontológicas de la red de atención municipal de Las Condes, caracterizado por su atención integral al paciente, con los más altos niveles de calidad y experiencia usuaria, enfocado en la mejora continua de los procesos de atención.

Valores:

- ✓ El CEO se caracteriza por respetar los principios éticos de No Maleficencia, Beneficencia, Autonomía de las personas, y Justicia.
- ✓ El CEO trabaja con estándares de calidad establecidos en la autoridad sanitaria nacional, y con protocolos clínicos y procedimentales seguros y validados. Cuenta con procesos de Acreditación y Re-Acreditación en salud aprobados.
- ✓ El CEO trabaja con transparencia, honestidad, y prácticas de trabajo seguro, respetuoso con los demás y con el medio ambiente.

- ✓ El CEO mantiene un ambiente de trabajo acogedor, armónico y respetuoso con el personal y todos sus colaboradores, buscando permanentemente el Mejoramiento de Calidad de Vida Funcionaria.
- ✓ El CEO cuenta con buenos resultados en Satisfacción Usuaría según resultados de encuestas realizadas en los últimos años por empresas externas, lo cual desafía a mantener y mejorar la Calidad de la Atención y Trato al Usuario.

Infraestructura: El Centro de Especialidades Odontológicas cuenta con:

- 4 Salas de Procedimiento Odontológicos, con autorización sanitaria de funcionamiento.
- 1 Sala de Rayos X dental con autorización sanitaria de funcionamiento, la cual cuenta con un Equipo de Rayos X Intraoral, Reveladora para sistema digital de radiografías, y Computador para procesamiento de las imágenes.
- 1 Sala de Espera para pacientes, con TV y climatización.
- 1 Baño para pacientes, adaptado para personas con discapacidad.
- 1 Sala Administrativa y de Reuniones para funcionarios.
- 2 Baños para funcionarios.
- 1 Sala Kitchenette para funcionarios.

Dotación de RRHH: El personal en calidad de Contrato y a Honorarios del CEO se compone de:

- **Rehabilitación Oral:** 5 Especialistas, con un total de 82 horas semanales
- **Endodoncia:** 3 Especialistas, con un total de 57 horas semanales
- **Periodoncia:** 4 Especialistas, con un total de 37 horas semanales
- **TONS:** 6 Técnicos de Nivel Superior en odontología
- **Administrativo:** 1 Administrador de CEO

Para el año 2026, se mantendrá la disponibilidad de horas clínicas/sillón en CEO asignadas a las especialidades como se detalla a continuación, en virtud de la necesidad y demanda de tratamientos de cada especialidad, considerando que 4 box de atención clínica disponibles al día, permiten 176 horas semanales:

Tabla 48

	Rehabilitación Oral	Endodoncia	Periodoncia
Horas disponibles semanales	82	57	37
% de horas totales	47 %	32 %	21 %

Cartera de Servicios: Las prestaciones ofrecidas según especialidad son:

Rehabilitación Oral:

- Prótesis Removibles (Acrílicas / Metálicas)
- Prótesis Fijas (Coronas)
- Restauraciones Indirectas (Obturaciones indirectas)
- Restauraciones Directas (Obturaciones directas)

Periodoncia:

- Tratamiento periodontal de especialidad (TPNQ)
- Cirugías Periodontales (TPQ) / Exodoncias
- Promoción y Prevención en Salud Oral

Endodoncia:

- Tratamientos de endodoncia de especialidad, resolución no quirúrgica
- Terapias pulpares en dientes vitales y dientes permanentes jóvenes



En el caso de las prestaciones de rehabilitación oral que requieren fase de laboratorio dental, CEO envía sus trabajos a Laboratorios Dentales externos, quienes realizan prótesis parciales removibles acrílicas y metálicas, reparaciones de prótesis removibles, incrustaciones (inlay/onlay), prótesis fijas metal-porcelanas y cerámicas, y planos de alivio oclusal, entre otros.

Pacientes y Flujos de Atención para año 2026:

Se detalla a continuación los tipos de pacientes y Programas Ministeriales que fueron priorizados durante el año 2025, el cual se continúa para el Plan de Salud año 2026.

Tabla 49

Convenio Estrategias de Salud Bucal			Prestaciones de especialidad usuarios FONASA	
Estrategia GES Salud Oral	Componente Ges Salud Oral Integral en Personas de 60 años		Endodoncia unirradicular	
			Endodoncia bi o multirradicular	
			Prótesis de restitución (fase clínica y fase de laboratorio)	
			Prótesis metálica (fase clínica y fase de laboratorio)	
			Destartraje y pulido coronario	
			Destartraje y pulido radicular	
		Prótesis de restitución (fase clínica)		
Estrategia Atención Integral	Componentes: - Atención Odontológica Integral a Mujeres (Más Sonrisas) - Atención Odontológica en Hombres		Atención odontológica integral para reparación del daño y rehabilitación mediante prótesis removibles, en hombres y mujeres de 20 años o más	
			Tratamientos endodónticos en población de 20 años o más	
Estrategia Mejoramiento del Acceso	Componentes: - Tratamientos endodónticos - Tratamientos periodontales -Tratamientos prótesis removibles acrílicas o metálicas		Tratamientos endodónticos en población de 15 años o más	
			Prótesis removibles acrílicas y/o metálicas en población de 20 años o más	
			Tratamientos periodontales en población de 15 años o más	
Convenio Salud Oral Integral de la Embarazada (ex PPV)			Prestaciones de especialidad usuarios FONASA	
			Endodoncia unirradicular	
			Endodoncia bi o multirradicular	
			Pulido radicular	
			Prótesis metálica	
			Prótesis de restitución (fase clínica)	

Derivaciones a Especialidades en CEO por Programas y CESFAM, año 2026:

Las atenciones clínicas de nivel secundario que brinda el CEO dependen de los requerimientos del nivel primario, según la garantía o servicio requerido establecido por la Norma Técnica de cada programa de salud (OOTT). Se detallan a continuación las especialidades que se derivan a CEO por Programas y por CESFAM.

Tabla 50

	Rehabilitación Oral	Endodoncia	Periodoncia
CESFAM Apoquindo			
Ges 60 años	✓	✓	✓
Embarazadas (ex PPV)	✓	✓	✓
Programa Odontológico Integral: Mujeres Más Sonrisas	✓	✓	x
Programa Odontológico Integral: Hombres	✓	✓	x
Programa Mejoramiento del Acceso a la atención odontológica (Resolutividad)	x	✓	✓
CESFAM Dr. Aníbal Ariztía			
Ges 60 años	✓	✓	✓
Embarazadas (ex PPV)	✓	✓	x
Programa Odontológico Integral: Mujeres Más Sonrisas	✓	✓	x
Programa Odontológico Integral: Hombres	✓	✓	x
Programa Mejoramiento del Acceso a la atención odontológica (Resolutividad)	✓	✓	x

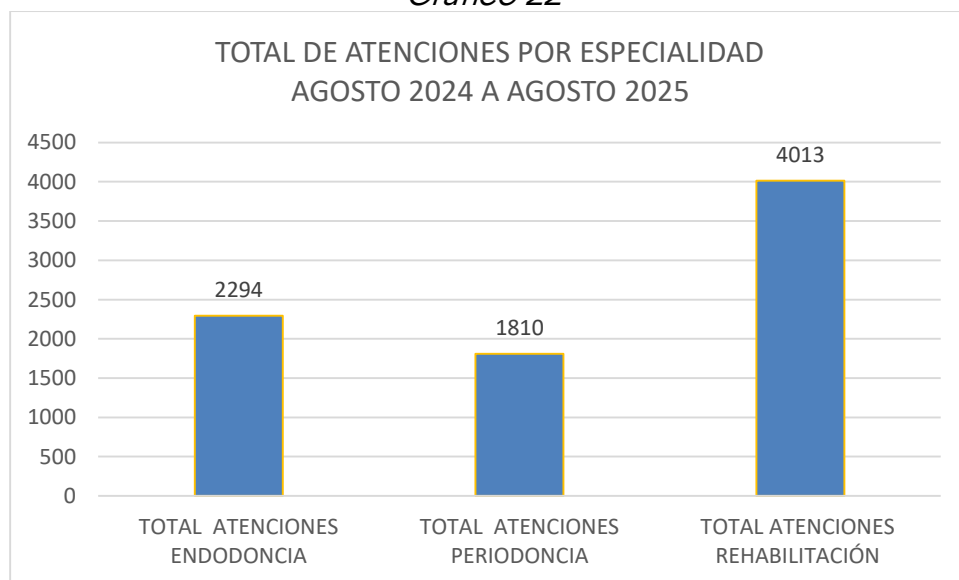
Total de atenciones en CEO, correspondiente a 8.117 atenciones, desglosado según tipo de pacientes, entre agosto de 2024 y agosto 2025:

Gráfico 21



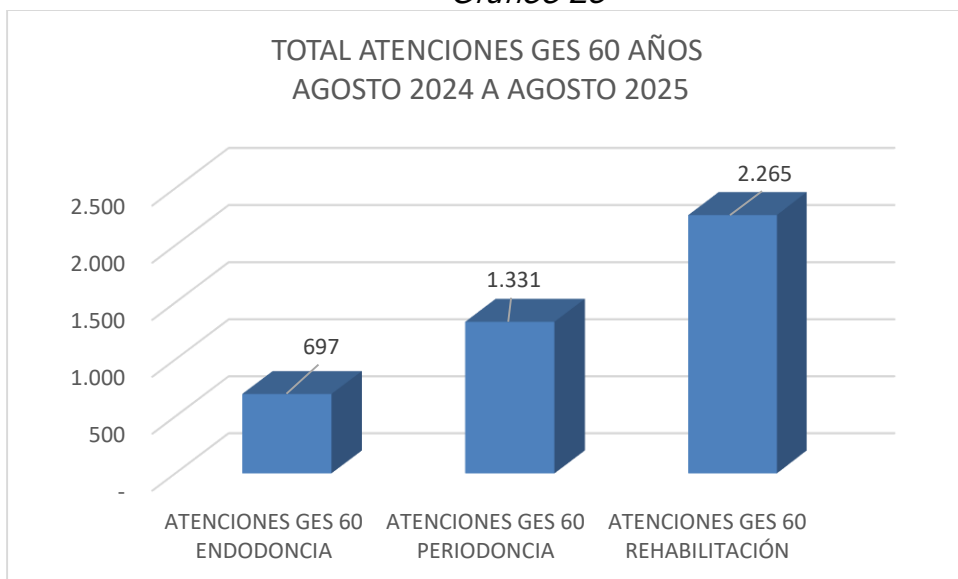
Total de atenciones por Especialidad realizadas en CEO, entre agosto de 2024 y agosto 2025:

Gráfico 22



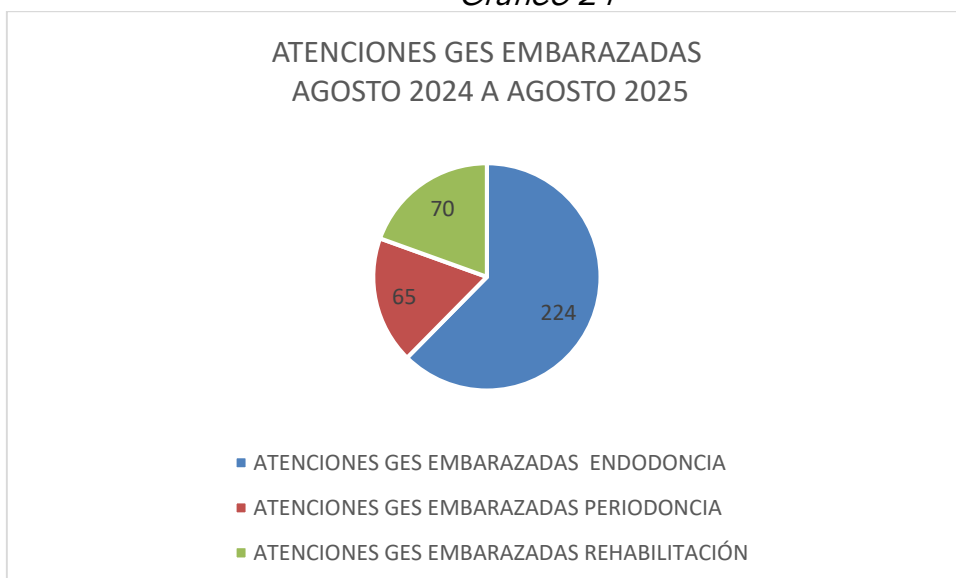
Total de atenciones por Especialidad en pacientes pertenecientes al Programa de Salud Oral Integral Ges 60 años realizadas en CEO, entre agosto 2024 y agosto 2025:

Gráfico 23



Total de atenciones Programa Salud Oral Integral de la Embarazada (ex PPV) realizadas en CEO, por Especialidad, entre agosto 2024 y agosto 2025:

Gráfico 24



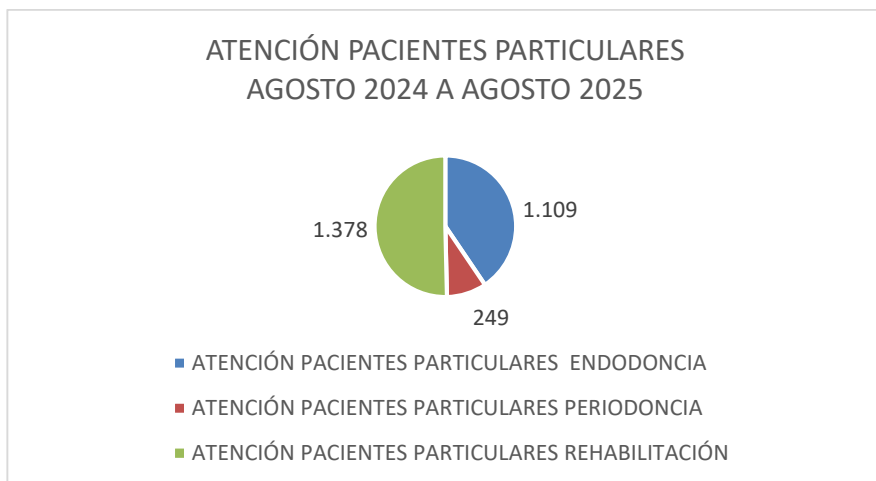
Total de atenciones en pacientes pertenecientes a Programas de Reforzamiento de la APS, PRAPS, (incluye atenciones en Programa Atención Odontológica Integral en Mujeres Más Sonrisas y Hombres, y atenciones en Programa Mejoramiento del Acceso a la atención odontológica), realizados en CEO, entre agosto de 2024 y agosto de 2025:

Gráfico 25



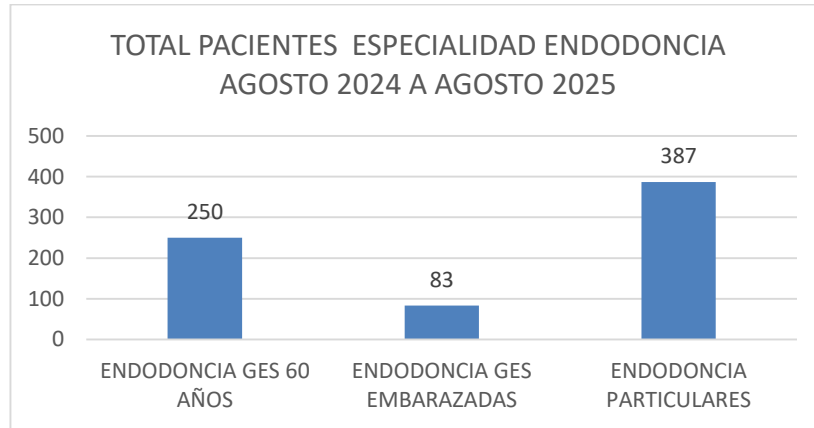
Total de atenciones en pacientes Particulares, no beneficiarios de programas ministeriales, por Especialidad, correspondientes a 2.736 atenciones, entre agosto 2024 y agosto 2025:

Gráfico 26



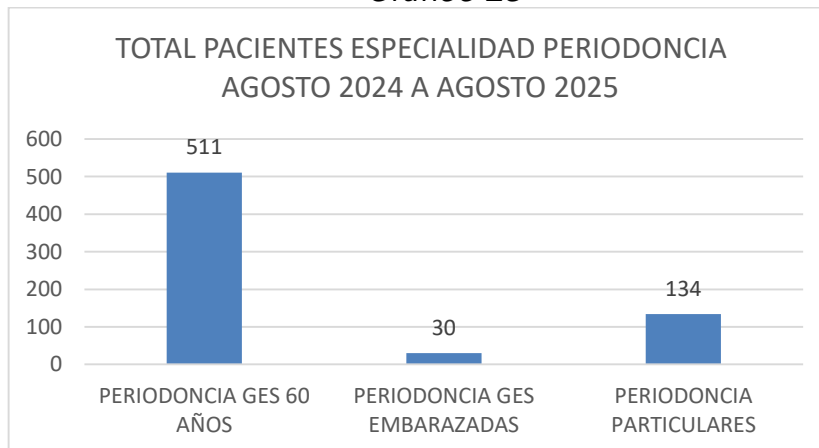
Total de Pacientes atendidos en la Especialidad de Endodoncia, y según tipo de programa, entre agosto de 2024 y agosto 2025:

Gráfico 27



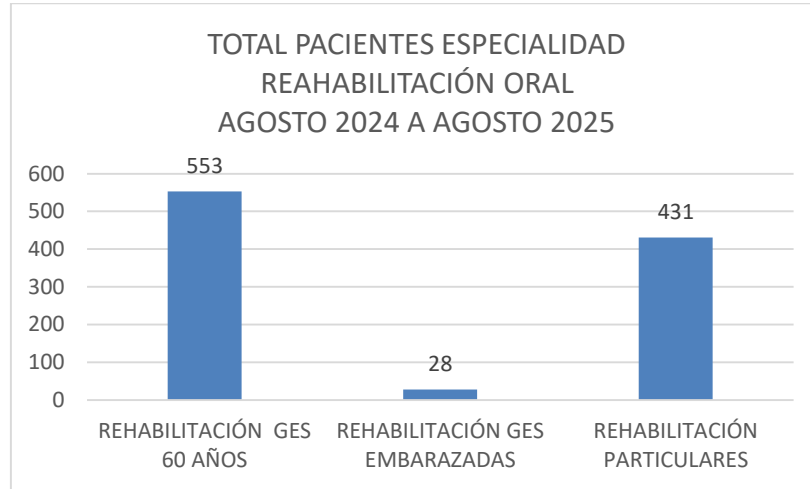
Total de Pacientes atendidos en la Especialidad de Periodoncia, y según tipo de programa, entre agosto de 2024 y agosto 2025:

Gráfico 28



Total de pacientes atendidos en la Especialidad de Rehabilitación Oral, y según tipo de programa, entre agosto de 2024 y agosto 2025:

Gráfico 29



Plan Operativo año 2026:

La cobertura y Porcentaje (%) de cumplimiento para pacientes GES y pacientes de Programas Ministeriales, se planifica de la siguiente manera:

Tabla 51

Objetivos	Plazos	Actividades	Metas	Evaluación / Monitoreo	Responsable
100% evaluaciones de Especialidad (examen de salud oral y diagnóstico) de pacientes derivados desde APS	Llamar a pacientes derivados en un plazo máximo de 30 días desde su solicitud.	Actividades de Rehabilitación Oral, Endodoncia y Periodoncia, que sean pertinentes, según tratamiento requerido.	100% tratamientos indicados por especialista (tratamientos no pertinentes son contra-referidos a su CESFAM)	Registro en Ficha Clínica Rayen. Registro en Planilla de registros mensuales por especialidad.	Director(a) de Centro de Especialidades Informar vía REM 09 a cada CESFAM.

Metas año 2026:

Durante el año 2025, en base a las Resoluciones Exentas que fijan las directrices de cada programa ministerial, y en acuerdo con las jefas de cada unidad dental y

Directoras de cada CESFAM, se acordó la cantidad y tipo de derivaciones a CEO que se detallan a continuación. Para el año 2026 se mantendrá el compromiso de esta cantidad y tipo de pacientes.

Tabla 52

	Rehabilitación Oral	Endodoncia	Periodoncia
CESFAM Apoquindo			
Convenio Estrategias de Salud Bucal			
Componente Ges 60 años	Todos los derivados	Todos los derivados	Todos los derivados
Componente Atención Odontológica Integral en Mujeres (Más Sonrisas)	14 mujeres (prótesis removibles)	Todas las derivadas	----- --
Componente Atención Odontológica Integral en Hombres	6 hombres (prótesis removibles)	Todos los derivados	----- --
Componente Mejoramiento del Acceso a la atención odontológica	----- -	16 pacientes (endodoncias)	26 pacientes diabéticos
Convenio Salud Oral Integral de la Embarazada (ex PPV)	Todas las derivadas	Todas las derivadas	Todas las derivadas
CESFAM Dr. A Ariztía			
Convenio Estrategias de Salud Bucal			
Componente Ges 60 años	Todos los derivados	Todos los derivados	Todos los derivados
Componente Atención Odontológica Integral en Mujeres (Más Sonrisas)	21 mujeres (prótesis removibles)	Todas las derivadas	----- --
Componente Atención Odontológica Integral en Hombres	9 hombres (prótesis removibles)	Todas las derivadas	----- ---
Componente Mejoramiento del Acceso a la atención odontológica	18 prótesis	25 pacientes (endodoncias)	----- --
Convenio Salud Oral Integral de la Embarazada (ex PPV)	Todas las derivadas	Todas las derivadas	----- ---

Rescate de pacientes de programas, inasistentes a atención dental:

Para cumplir con el cumplimiento de las garantías de salud, y con la cantidad de pacientes comprometidos ante el SSMO, se confirma telefónicamente el día hábil anterior a la citación a todos los pacientes, y se realiza el rescate telefónico a los pacientes inasistentes (no aplica para pacientes Particulares):

Tabla 53

	Falta Sin Aviso	3 Faltas sin Aviso
Pacientes GES / Programas Ministeriales	Rescate telefónico, se deja hora de atención programada. Se informa rescate en ficha clínica Rayen.	Se registran rescates de pacientes en Rayen, y se envía correo electrónico a Jefe(a) de Unidad Dental de APS, para solicitar rescate de paciente en domicilio.

Atención de Pacientes Particulares:

Los pacientes en tratamiento en los Centros de Salud Familiar que no son beneficiarios de Programas GES o de Programas Ministeriales, y que han sido derivados desde la APS al Hospital Salvador, a través de listas de espera, y que deseen atenderse de manera más rápida en alguna de las 3 especialidades que brinda CEO, o los pacientes vecinos de Las Condes con Tarjeta de Vecino vigente, ya sean FONASA o ISAPRE, y que soliciten atención odontológica de especialidad, pueden atenderse con aranceles particulares preferentes, los cuales se encuentran detallados en el Arancel de CEO año 2025. La cantidad y porcentaje de pacientes particulares atendidos en CEO será variable, dependiendo de la urgencia requerida, la demanda espontánea, y de la disponibilidad de horas clínicas por especialidad, comprendiendo que CEO prioriza a los pacientes de Programas.

Actividades de Promoción y Prevención en Salud Bucal:

En un trabajo conjunto entre el Centro de Especialidades Odontológicas, la Unidad Dental del CESFAM Apoquindo, y la encargada de Promoción y Prevención del CESFAM Apoquindo, a través de una funcionaria Periodoncista a cargo, se organizan diversas actividades destinadas a promover la salud integral y oral de los usuarios. El objetivo es que la población comprenda que la salud bucal y de las encías es un factor crucial para la salud en general a lo largo de la vida, y le permita adoptar estilos de vida saludable.

En este marco, se planifican las siguientes actividades para el año 2026:

Marzo:	Día Mundial de la Salud Bucodental
Mayo:	Semana de la Salud de la Encía
Mayo:	Día Mundial sin tabaco
Julio:	Día del Autocuidado
Agosto:	Semana de la Lactancia Materna
Agosto:	Mes del Corazón
Septiembre:	Semana del Trauma Dento-Alveolar Día de la Odontología
Diciembre:	Día Latinoamericano de la Lucha contra el Cáncer Bucal

- Centro de Imágenes

El Centro de Imágenes de Las Condes después de 22 años de funcionamiento ininterrumpido desde su creación, sigue manteniéndose como un referente de apoyo diagnóstico a la comunidad.

Durante este periodo, el Centro ha entregado Tecnología de vanguardia y un equipo humano altamente calificado en radiología, consolidando su rol en la detección precoz de patologías prevalentes y en el fortalecimiento de programas preventivos.

• Modelo de Funcionamiento

El centro se ha desarrollado bajo un modelo mixto de financiamiento, sin fines de lucro cuyo, objetivo principal es asegurar la accesibilidad de los usuarios a exámenes de calidad a precios justos y competitivos.



Somos prestadores del arancel FONASA nivel 1, en la modalidad de libre elección institucional, lo que garantiza que los usuarios inscritos en los establecimientos

comunales de atención primaria de Las Condes puedan acceder a exámenes al menor costo posible, con respaldo técnico y profesionales de excelencia.

- **FONASA prestaciones gratuitas a beneficiarios**

En cumplimiento del compromiso social y preventivo, el Centro de Imágenes entrega prestaciones gratuitas a los beneficiarios inscritos en los CESFAM de Las Condes en las siguientes situaciones:

. Mamografías: Mujeres beneficiarias de FONASA, entre los 50 y 69 años de edad.

. Radiografías de Tórax: Adultos mayores de 65 años y en niños menores de 5 años con sospecha de neumonía adquirida en la comunidad (NAC).

. Radiografía de Pelvis: En lactantes de 3 meses cumplidos, para la pesquisa de displasia de caderas.

. Ecotomografía Abdominal: En casos de sospecha de colelitiasis.

. Ecotomografía mamaria: En casos de probable patología maligna.

- **Vinculación con la red y convenios ministeriales**

El Centro de Imágenes participa en los programas ministeriales de resolutiveidad para APS, apoyando activamente a la red de atención primaria de Las Condes.

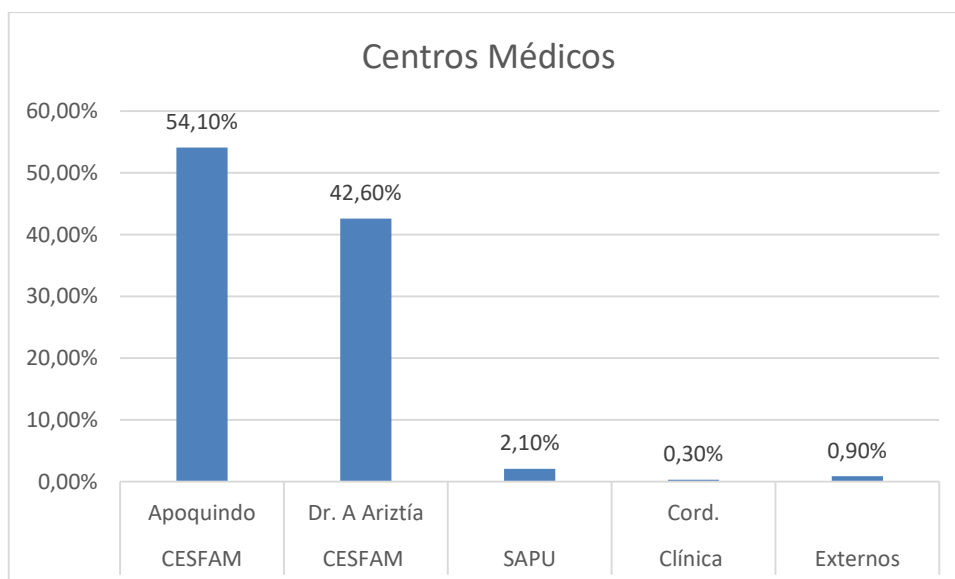
Asimismo, recibe pacientes externos y particulares los cuales representan un porcentaje marginal que no supera el 2% de las atenciones totales en el año 2025.

El sistema digitalizado y el trabajo con radiólogos online permiten la entrega de informes radiológicos en un plazo de dos horas en casos de solicitarlos con prioridad, optimizando los tiempos de respuesta. Esta modalidad ha sido clave para resolver los requerimientos provenientes del SAPU Aníbal Ariztía.

Tabla 54

Centros Médicos que derivan exámenes al Centro de Imágenes año 2025						
MES	CESFAM	CESFAM	SAP	Clínica	Externos	Total
	Apoquindo	Dr. A Ariztía	U	Cord.		
Enero	879	708	28	2	9	1.626
Febrero	822	642	25	1	10	1.500
Marzo	975	739	33	5	19	1.771
Abril	908	673	29	6	11	1.627
Mayo	926	686	47	1	10	1.670
Junio	860	690	43	10	30	1.633
Julio	775	651	31	12	13	1.482
Agosto	825	701	36	7	8	1.577
TOTAL	6.970	5.490	272	44	110	12.886
PORCENTAJE	54,10%	42,60%	2,10%	0,30%	0,90%	100%

Gráfico 30



- **Resultados e impacto sanitario**

El Centro de Imágenes ha orientado sus esfuerzos hacia los resultados sanitarios, contribuyendo al cumplimiento del compromiso APS y asegurando diagnóstico oportuno y eficiente para la población.

-Programa de Screening mamario:

Implementado desde el año 2004, el Programa Comunal de Screening Mamográfico se ha consolidado como una herramienta central en la prevención y detección temprana del cáncer de mama.

El esquema de control aplicado es:

Mamografía basal desde los 35 años, con control anual.

Impacto 2025

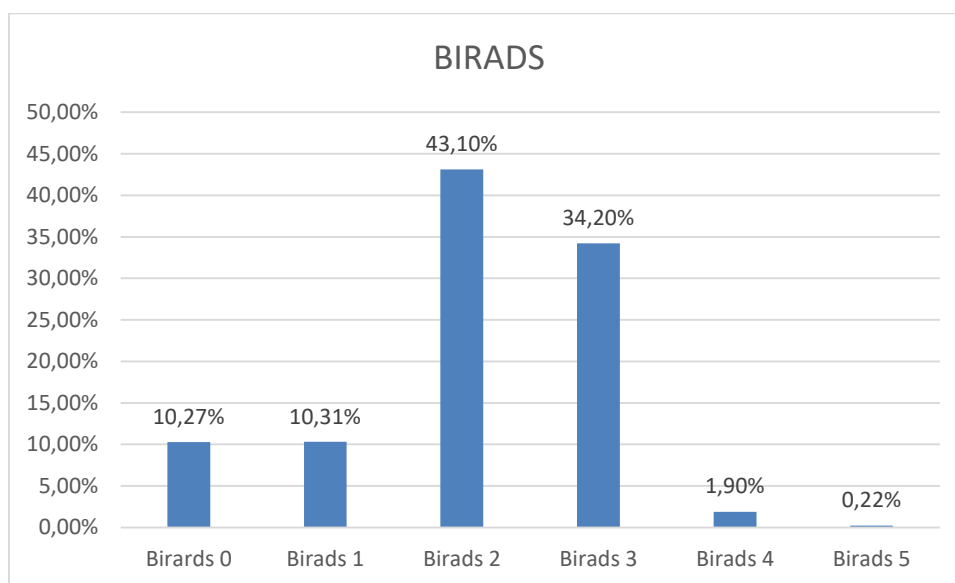
- . Se realizó un número significativo de mamografías y proyecciones complementarias.
- . Los casos con hallazgos sospechosos fueron enviados al Hospital Luis Tizné, centro especializado en patologías mamarias.
- . Los resultados se clasificaron según categorías BIRADS, permitiendo un análisis detallado del impacto del programa en la pesquisa precoz.

Tabla 55

Mamografías realizadas en Centro de Imágenes Las Condes 2025

Mes	BIRADS 0	BIRADS 1	BIRADS 2	BIRADS 3	BIRADS 4	BIRADS 5	TOTAL
Enero	57	70	24	204	10		365
Febrero	75	61	195	183	3	3	520
Marzo	88	38	299	182	11	4	622
Abril	71	51	322	154	12		610
Mayo	45	67	269	238	8	3	630
Junio	63	55	272	180	29		599
Julio	25	59	266	199	10		559
Agosto	36	61	284	192	2		575
Total Exam.	460	462	1.931	1.532	85	10	4.480
Porcentaje	10,27%	10,31%	43,1%	34,20%	1,90%	0,22%	100%

Gráfico 31



- Producción de pacientes y análisis de atención

Durante el año 2025, se realizó un análisis porcentual de las atenciones destacando que:

. La mayoría de los pacientes corresponde a usuarios derivados de la red comunal APS.

. Los pacientes externos y particulares representan menos del 2% del total, confirmando el carácter social y no lucrativo del Centro.

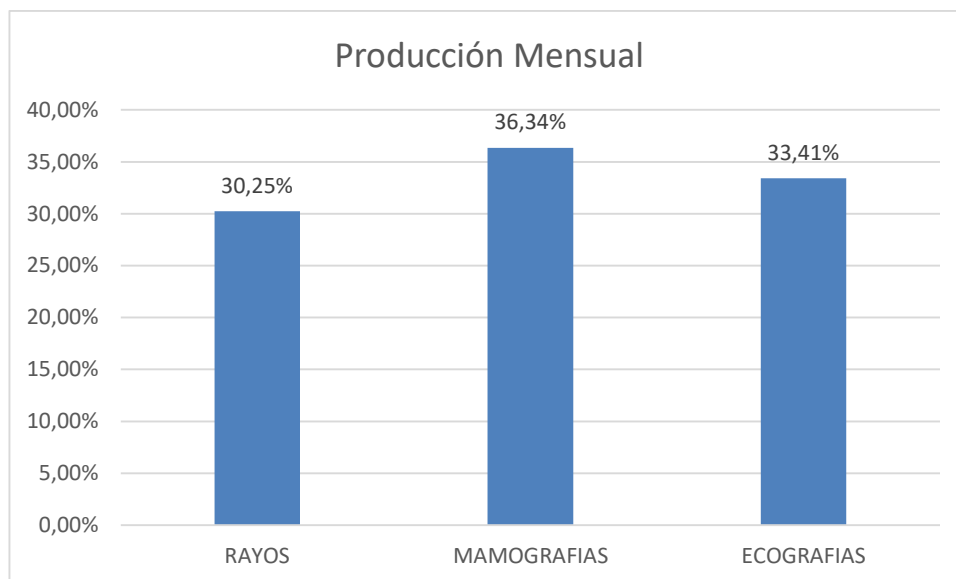
- Producción

En el transcurso del año 2025, el centro realizó una importante cantidad de exámenes diagnósticos:

Tabla 56

Producción Mensual Por Exámenes					
Mes	Año	Rayos	Mamografías	Ecografías	Total Mes
Enero	2025	474	565	587	1626
Febrero	2025	515	520	465	1500
Marzo	2025	554	622	595	1771
Abril	2025	498	610	519	1627
Mayo	2025	475	630	565	1670
Junio	2025	440	599	594	1633
Julio	2025	466	559	457	1482
Agosto	2025	477	575	525	1577
Total Exs.		3899	4680	4307	12886
Porcentaje		30,25%	36,34%	33,41%	100%

Gráfico 32



- **Servicio de Oftalmología**

La Unidad de Oftalmología presta atención a los pacientes derivados de los centros de salud Dr. Aníbal Ariztía y Apoquindo. Está ubicada en la calle Juan Palau 1940.

Su misión es atender a pacientes derivados desde los centros de salud con sospecha de vicios de refracción. La Unidad cuenta con un médico oftalmólogo, una Tecnóloga Médica especialista en oftalmología, una Tens, una secretaria y una coordinadora de la unidad.

Los pacientes se realizan previamente en su centro de salud, un examen llamado Agudeza Visual. El examen verifica que esta condición cumpla con el protocolo oftalmológico para la derivación.

La atención en esta unida es programada. Es anual para el paciente y es financiada por programas ministeriales. El paciente, con la indicación de lentes producto de esta evaluación, la resuelve en la misma unidad ya que cuenta con una óptica contratada que entrega este servicio. Se realiza la recepción de la receta médica y entrega el lente en la misma unidad. El paciente tiene a su disposición para elegir aproximadamente 100 pares de lentes.



El año 2025, las atenciones oftalmológicas han tenido un curso normal, permitiéndonos alcanzar coberturas similares de atención de años anteriores. Una óptica con experiencia y responsabilidad permite mejorar los tiempos de entrega y la calidad del lente.

La meta ministerial con la asignación de montos del año 2025 para el programa GES Vicios de Refracción del Adulto Mayor de 65 años, es de **2.000** atenciones con sus dos pares de lentes. Esta meta es superior a la de años anteriores.

Este programa, al ser GES, trae asociado garantías de oportunidad que deben ser cumplidas rigurosamente dentro de plazos establecidos. Desde hace algún tiempo, el proceso de contacto al paciente presenta mayores dificultades acortando los plazos involucrados en las garantías de oportunidad del problema de salud.

El programa Resolutividad Vicios de Refracción del Adulto Joven menor de 65 años indica como meta **1.230** atenciones con un lente.

Al 30 de agosto 2025 se han registrado las siguientes atenciones:

- Programa GES vicios de refracción Adultos Mayores de 65 años: **1.362** pacientes atendidos con sus dos pares de lentes. Faltan por atender **638** pacientes.
- Programa de Resolutividad Adulto Joven: **780** pacientes atendidos con sus lentes. Faltan por atender **450** pacientes.
- La meta ministerial asignada se puede cumplir solo si los pacientes asisten a sus horas asignadas. Las inasistencias reiteradas se presentan en los adultos jóvenes. Se solicita a los centros de salud estrategias para mantener

teléfonos y domicilios al día con el objetivo de asegurar la asignación de horas.

- Se espera para el año 2026 renovación de mobiliario ya que el actual ya cumplió su vida útil.

8. Programas Comunes

8.1 Calidad de Vida Laboral

Esta Unidad surge el año 2014 con los siguientes objetivos generales:

- Diseñar y construir estrategias locales que apunten a la mejora continua del clima laboral.
- Que los funcionarios asimilen la importancia de poner en práctica estrategias de bienestar y autocuidado en el trabajo.

Objetivos

- La organización fomentará y promoverá el desarrollo, bienestar y calidad de vida laboral, desde una perspectiva integral, de las personas que pertenecen a la institución.
- Promover y coordinar acciones que fomenten el bienestar y el autocuidado en el ámbito laboral.
- Que las personas puedan reconocer y utilizar sus fortalezas en sus actividades laborales.
- Que las personas puedan conciliar el uso de sus fortalezas en sus ámbitos laboral y personal.
- Fomentar el sentido del trabajo en el entendido que “lo que hago importa”.
- Fomentar el autocuidado de las personas y equipos de trabajo como práctica laboral continua.

Año 2026:

El bienestar y autocuidado seguirá siendo el eje de las intervenciones, dada las consecuencias que en salud mental se han diagnosticado para los equipos de salud, cuyo énfasis ha sido cada año más relevado.

El año 2024 se anuncia que la línea ministerial Saludablemente ha sido incluida dentro de los ejes temáticos del MAIS, lo cual es un reconocimiento a la importancia de la salud de los funcionarios en estos tiempos.

Por lo tanto, para el 2026 la UCVL seguirá presente en el trabajo de la construcción de ambientes laborales promotores de la salud, teniendo presencia además en los análisis y diseños de intervenciones a partir de la encuesta de detección de riesgos psicosociales CEAL SM.

Se asumirá un rol más asociado a la gestión y coordinación de acciones junto con la ejecución de las actividades que se vienen realizando año a año.

Continuaremos reforzando la implementación de estrategias comunicacionales de autocuidado.

Además, se continuará con la realización de intervenciones focalizadas grupales, en función de situaciones críticas derivadas de contextos de malos tratos entre funcionarios y con usuarios.

En este mismo sentido, se consideran intervenciones en la dimensión “exigencia emocional”, la que se ve afectada por la sobredemanda asistencial que incide negativamente en el clima laboral.

Objetivos

- Realizar talleres grupales para los funcionarios de los CESFAM Apoquindo y Aníbal Ariztía en la temática de Gestión de las Emociones y su impacto en la calidad de vida laboral y buen trato.
- Realizar campañas respecto de lo crítico que se ha vuelto la gestión del autocuidado y las emociones negativas.
- Crear y entregar material de apoyo a las acciones implementadas.
- Reforzar el proceso de instalación local del trabajo continuo de autocuidado y buen trato en cada CESFAM.
- Asesorar al nivel directivo en estrategias ligadas al liderazgo, clima laboral y diseño de intervenciones en la dinámica y funcionamiento de ciertos equipos.

- Integrar comités locales en ambos CESFAM para la ejecución de acciones de autocuidado coordinadas.

Actividades

- Diseñar y entregar material de apoyo a las actividades del año.
- Talleres grupales de autocuidado para los funcionarios de los CESFAM.
- Realización de intervenciones específicas grupales en los distintos equipos de trabajo según se requiera en la temática de autocuidado, gestión de las emociones y buen trato.
- Sensibilización a directores y jefaturas en aplicaciones prácticas ligadas a un modelo de gestión del desarrollo de las personas en ámbitos como liderazgo, motivación, trabajo en equipo, comunicación y resolución de conflictos, centradas en el autocuidado y buen trato.
- Reuniones de coordinación con MAIS, Promoción, Capacitación y Asociaciones de funcionarios para diseñar acciones promocionales y preventivas conjuntas.
- Participación en comité FAF del Cesfam Apoquindo con el objetivo de diseñar intervenciones de autocuidado y gestión de las emociones, las cuales se aplicarán también al Cesfam Ariztía.
- Participación en el comité encargado de la acreditación del Cesfam Aníbal Ariztía como lugar de trabajo promotor de la salud (LTPS).
- Participación en reuniones mensuales del SSMO con la red intercomunal de Calidad de Vida Laboral.

8.2 Programa Integrado de Salud Escolar

El Programa Integrado de Salud Escolar se circunscribe actualmente al convenio de colaboración que sostiene la Junaeb con la Municipalidad de Las Condes, en virtud del cual se brinda atención a los estudiantes, en las especialidades de otorrino, oftalmología y traumatología, en los cursos focalizados de acuerdo a criterios técnicos de la Junaeb y considerando la vulnerabilidad de los territorios y establecimientos educacionales.

El propósito del programa es contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños de los siete colegios municipales y cinco establecimientos particulares subvencionados de Las Condes, resolviendo problemas de Salud vinculados al desempeño e integración del escolar durante toda la trayectoria educativa, a través de acciones de educación, detección, atención y tratamiento médico especializado.

Esta iniciativa se articula con el Programa de Salud Escolar de la Junaeb (Convenio de Colaboración), otorgando resolutiveidad a los problemas de salud que mayor impacto tienen en el rendimiento escolar, esto es en las especialidades de oftalmología, otorrino y traumatología.

Durante el año 2025, se logró retomar las coberturas de los años previos a la pandemia, sumándose los alumnos derivados desde los CESFAM y hospitales para el correspondiente ingreso al programa, permitiendo el aumento de la cobertura en esta especialidad. Se retomaron las pesquisas de oftalmología, para el curso de 1º básico por parte del colegio, para posteriormente el tamizaje por parte de prestadores de Junaeb. En las especialidades de traumatología y otorrino, se mantuvieron las pesquisas con los correspondientes tamizajes y derivaciones a médicos prestadores del programa. La modalidad de atención de especialista fue, en el caso de otorrino, con el apoyo de audiometrías, y en el caso de oftalmología, con incorporación de la óptica licitada por Junaeb, esto último resultó ser una muy buena estrategia, en cuanto a efectividad y eficiencia. Se cumplieron los plazos de entrega, con una buena variedad de marcos y servicio de post venta.

Para la pesquisa de otorrino, se mantuvo la encuesta en formato digital (formulario google) dirigida a los padres y apoderados de niños y niñas, pero este año focalizada en 1º básico.

En cuanto a las atenciones médicas, se mantuvo la modalidad de “operativos comunales”, lo que permitió alcanzar las coberturas programadas.

Para el próximo año 2026, se espera mejorar las coberturas y trabajar en estrategias de motivación y compromiso por parte de los padres y apoderados.

9. Presupuesto Año 2026

Tabla 57

	2.025	2.026	VARIACIÓN 2025 - 2026	
	\$	\$	\$	%
Subvención Ministerio Salud	17.009.000.000	17.724.000.000	715.000.000	4,2%
Subvención Municipal Operación Salud	12.228.000.000	12.628.000.000	400.000.000	3,3%
Otros Ingresos	451.120.000	683.000.000	231.880.000	51,4%
Inversión	438.880.000	1.639.000.000	1.200.120.000	273,5%
Total Ingresos	30.127.000.000	32.674.000.000	2.547.000.000	8,5%
Gasto en Personal Salud	17.893.000.000	20.182.890.000	2.289.890.000	12,8%
Programas	4.312.000.000	3.310.140.000	-1.001.860.000	-23,2%
Gasto en Operación Salud	7.483.120.000	7.541.970.000	58.850.000	0,8%
Inversión	438.880.000	1.639.000.000	1.200.120.000	273,5%
Total Egresos	30.127.000.000	32.674.000.000	2.547.000.000	8,5%

Gráfico 33

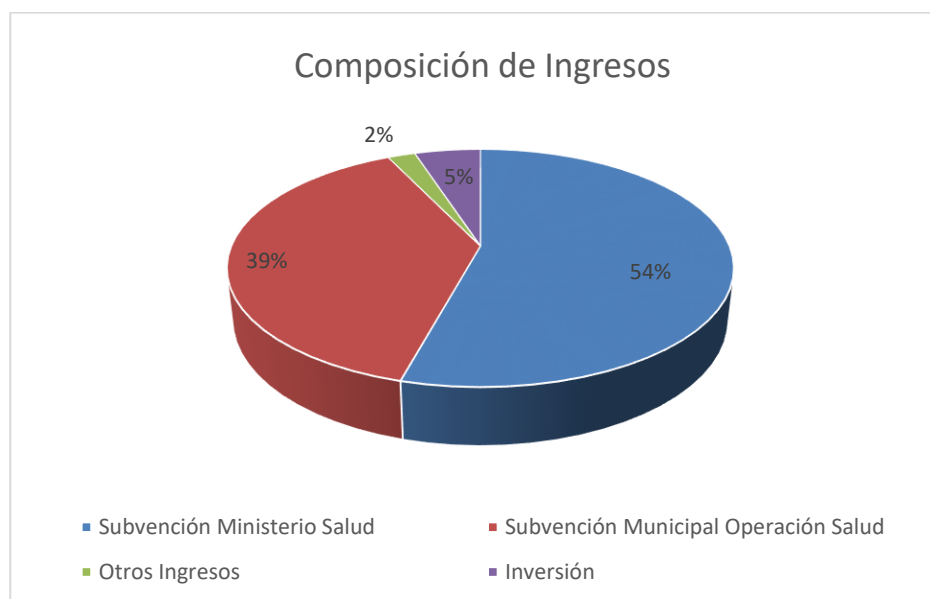
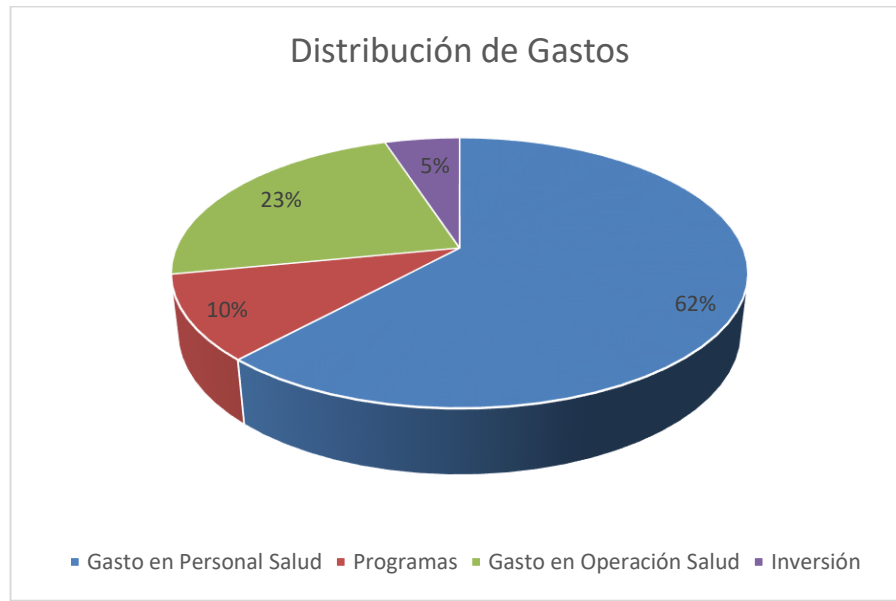


Gráfico 34



ABREVIATURAS DE USO COMÚN EN EL ÁREA DE SALUD

Acceso Universal con Garantías Explícitas	AUGE
Adulto Mayor	AM
Alcohol	OH
Antígeno Prostático Específico	APE
Atención Primaria de Salud	APS
Baciloscopía	BK
Cáncer	CA
Cáncer cérvico-uterino	CaCu
Centro de Salud Familiar	Cesfam
Centro de Salud Familiar	CSF
Centro de Salud Mental	Cosam
Departamento de Participación Usuaría Participativa	DESUP
Desarrollo Psicomotor	DSM
Diabetes Mellitus	DM
Diagnóstico	Dg
Dirección de Desarrollo Comunitario	Decom
Enfermedades Cardiovasculares	ECV
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	EPOC
Enfermedades de Transmisión Sexual	ETS
Enfermedades Respiratorias del Adulto	ERA
Escala de Evaluación Desarrollo Psicomotor	EEDP
Evaluación del Desarrollo Psicomotor	EDSM
Examen Funcional del Adulto Mayor	EFAM
Examen Médico Preventivo	EMP
Examen Médico Preventivo del Adolescente	EMPAD
Factores de Riesgo	FR
Garantías Explícitas de Salud	GES
Hemoglobina	HB
Hipertensión Arterial	HTA
Hospital del Salvador	HDS
Hospital Luis Calvo Mackenna	HLCM
Infecciones Respiratorias Agudas	IRA
Instituto Nacional de Estadísticas	INE
Junta Nacional de Jardines Infantiles	JUNJI
Kinesiólogo	KNT
Lactancia Materna Exclusiva	LME
Mamografía	MX
Ministerio de Salud	Minsal
Neumonía Adquirida en la Comunidad	NAC
Obeso (a)	OB
Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias	OIRS
Papanicolaou	PAP

Presión Arterial	PA
Programa de Salud Cardiovascular	PSCV
Radiografía	Rx
Recién Nacido (RN)	RN
Riesgo Cardiovascular	RCV
Servicio de Orientación Médico Estadístico	SOME
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	SSMO
Sistema Computacional de Registro Auge	SIGGES
Sobrepeso	SP
Técnico Paramédico	TPM
Tuberculosis	TBC
Unidad de Patología Cervical	UPC
Violencia Intrafamiliar	VIF
Visita Domiciliaria Integral	VDI

ANEXOS

Matriz de Cuidados CESFAM Dr. Aníbal Ariztía Infancia

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PROMOCION	Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población.	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva y riesgos de no amamantar. Realizar control precoz de alta, para el seguimiento e instalación de la lactancia materna en el recién nacido. Fortalecer las consultas de lactancia materna durante el primer mes. En cada control de salud pesquisar factores de riesgos y/o problemas reales que pudieran afectar la mantención y extensión de la LM. Manejar problemas de lactancia materna que se presenten en los controles de salud, fortaleciendo las clínicas de lactancia.	Porcentaje de niños y niñas con lactancia materna exclusiva controlados al sexto mes.	Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida / Nº de lactantes controlados al 6to mes * 100	53.3 %	METAS SANITARIAS

Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional al 5º mes	Población con consulta nutricional al 5º mes / Total de población bajo control de 5 meses a 11 meses 29 días * 100	60%.	REM P02, Sección D
Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.	Población con consulta nutricional a los 3 años y 6 meses (42 y 47 meses)/ Población en control de 3 años y 6 meses (42 y 47 meses) * 100	35%	REM P02, Sección D
Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	Consulta nutricional programada por norma y por derivación <2 años, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes. /Control de salud y/o consulta nutricional programada por norma y/o derivación <2 años, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de	Porcentaje de niñas y niños menores de 2 años con estado nutricional normal.	Nº de niños y niñas menores de 2 años con estado nutricional normal / Nº de niñas y niños menores de 6 años inscritos validados * 100	62,50%	IAAPS

alimentación y/o
normativas vigentes

PREVENCIÓN

Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.

Asegurar la pesquisa oportuna de alteraciones del desarrollo integral en niños y niñas con pertinencia cultural

Control de salud integral a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)

Cobertura de la evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños y niñas 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud infantil de los 18 meses.

Nº de niños y niñas de 18 a 23 meses con aplicación de test de evaluación del desarrollo psicomotor en el control de salud integral de los 18 meses en el periodo (Primera evaluación)/ Población inscrita validada de 1 año a 1 año 11 meses 29 días en el periodo* 100

92,75%

IAAPS

Control de salud integral a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. (Primera evaluación)

Cobertura de la evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños y niñas de 24 a 47 meses (Primera evaluación) en el control de salud integral de los 36 meses.

Nº de niños y niñas de 24 a 47 meses con aplicación de test de evaluación de desarrollo psicomotor (Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses en el periodo / Población inscrita validada de 3 años en el periodo*100

50%

REM A03

Prevenir enfermedades prevalentes en niños y niñas menores de 10 años, a través de su detección precoz

Toma de Radiografía pelvis a niños y niñas a los 3 meses

Porcentaje de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas

Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA * 100

90%

SIGGES

Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación.	Mantener o mejorar coberturas de inmunización	Administración de esquema primario completo en niños y niñas menores de 1 año con vacuna Hexavalente (H.influenzae tipo b, hepatitis B, difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis)	Porcentaje de niños/ as menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna Hexavalente (hepatitis B, difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis, enfermedad invasora H. Influenzae tipo b (Hib).	Nº de niños y niñas menores de 1 año con esquema primario completo vacuna Hexavalente (H.influenzae tipo b, Hepatitis B, Difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis) administrada/ Nº de niños y niñas de 2, 4 y 6 meses *100	95%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
		Administración de esquema completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños y niñas de 1 año.	Porcentaje de niños y niñas de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada administrada (El esquema completo es 2m, 4m y 12m (refuerzo))	Nº de niños y niñas de 1 año con administración de 1 refuerzo de vacuna Neumocócica conjugada) / Nº de niños y niñas de 1 año)*100	95%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
		Administración de vacuna Meningocócica conjugada a niños y niñas a los 12 meses de edad	Porcentaje de niños y niñas que se le administró vacuna Meningocócica conjugada a los 12 meses de edad	Nº de niños y niñas que se administró vacuna Meningocócica conjugada correspondiente a los 12 meses/Nº de niños y niñas de 12 meses * 100	90%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
		Administración de vacuna Tres Vírica a niños y niñas a los 12 meses de edad	Porcentaje de niños y niñas que se le administró vacuna Tres Vírica a los 12 meses de edad	Nº de niños y niñas que se administró vacuna Tres Vírica correspondiente a los 12 meses/ Nº de niños y niñas de 12 meses) * 100	90%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES

Administración de vacuna hepatitis A a los /as niños y niñas a los 18 meses de edad	Porcentaje de niños y niñas que se le administró vacuna Hepatitis A a los 18 meses de edad	Nº de niños y niñas que se administró vacuna Hepatitis A correspondiente a los 18 meses/Nº de niños y niñas de 18 meses * 100	90%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
Administración de vacuna contra la Varicela en los/as niños y niñas a los 18 meses de edad	Porcentaje de niños y niñas que se le administró vacuna contra la Varicela a los 18 meses de edad	Nº de niños y niñas que se administró vacuna contra la Varicela correspondiente a los 18 meses/ Nº de niños y niñas de 18 meses) * 100	90%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
Administración de vacuna Hexavalente (H.influenzae tipo b, hepatitis B, difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis) a niños y niñas de 18 meses.	Porcentaje de niños y niñas de 18 meses con vacuna hexavalente (hepatitis B, difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis, enfermedad invasora H.Influenzae tipo b (Hib) administrada.	Nº de niñas/os de 18 meses con refuerzo de vacuna Hexavalente (H.influenzae tipo b, Hepatitis B, Difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis) * 100	95%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
Administración de vacuna Tres vírica en niñas/os a los 36 meses de edad	Porcentaje de niños y niñas que se le administró vacuna contra la Varicela a los 36 meses de edad	Nº de niños y niñas que se administró vacuna Tres Vírica correspondiente a los 36 meses/Nº de niños y niñas de 36 meses * 100	90%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
Administración de vacuna Influenza a los niños y niñas desde los 6 meses a 5 años.	Porcentaje de niños/ as de los 6 meses a 5 años con vacuna anti-influenza administrada.	Nº niños y niñas de los 6 meses de edad a 5 años de edad con vacuna anti-influenza administrada/Nº de niños y niñas de 6 meses a 5 años de edad según proyección INE *100	85%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES

		Administración de vacuna Influenza a niños y niñas desde 1º hasta 5ºbásico.	Porcentaje de niños y niñas desde 1º hasta 5ºbásico con vacuna anti-influenza administrada.	Nº niños y niñas de 1º a 5º básico con vacuna anti-influenza administrada /Población matriculada Mineduc de niños y niñas desde 1º a 5º básico *100	85%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
		Administración de segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas y niños que cursan 5º básico.	Porcentaje de niños y niñas que cursan 5º básico con segunda dosis de vacuna VPH administrada.	Nº de niños y niñas que cursan 5º básico con 2º dosis de vacuna VPH administrada/Nº de niños y niñas matriculados en 5º básico * 100	90%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
		Administración de vacuna dTpa en niñas/os que cursan 1º básico.	Porcentaje de niñas/os que cursan 1º básico vacuna dTpa administrada.	Nº de niñas/os de que cursan 1º básico con vacuna dTpa administrada/Nº de niños y niñas matriculados en 1º año básico * 100	90%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
	Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles.	Administración de vacuna fiebre amarilla a los niños y niñas de 18 meses de edad	Porcentaje de niños y niñas de 18 meses de edad con vacuna fiebre amarilla administrada. (Solo se administra en Isla de Pascua)	Nº de niños y niñas de 18 meses de edad con vacuna fiebre amarilla administrada(Nº de niños/as de 18 meses de edad *100 (Solo se en Isla de Pascua)	90%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Fomentar los hábitos promotores de la salud bucal asociado a la reducción del consumo de azúcar	Aplicación de pauta CERO al ingreso consulta odontológica niños de 0 a 9 años	Porcentaje de niñas/os de 0 A 9 años que ingresan a la población bajo control en salud oral (CERO)	Nº de niños y niñas menores de 0 A 9 años con evaluación de riesgo odontológico anual (Aplicación de Pauta CERO)/ Total de niños y niñas de 0 A 9 años inscritos y validados en los establecimientos*100	45,93%	META SANITARIA

				Porcentaje de niños < 3 años libres de caries	Nº de niños y niñas menores de 3 años con evaluación de riesgo odontológico anual (Aplicación de Pauta CERO) libre de caries/ Total de niños y niñas menores de 3 años inscritos y validados en los establecimientos*100	66,04%	IAAPS por fijar
				Porcentaje de niños de 6 años libres de caries	Nº de niños y niñas de 6 años con evaluación de riesgo odontológico anual (Aplicación de Pauta CERO) libre de caries/ Total de niños y niñas de 6 años inscritos y validados en los establecimientos*100	49,00%	META SANITARIA
Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Fortalecer las intervenciones oportunas, adecuadas y con pertinencia cultural orientadas a la población infantil con alteración del desarrollo.	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor a los 18 meses (Meta sanitaria: recuperación es solo niños con riesgo) / Gestionar intervenciones individuales o grupales de estimulación del desarrollo psicomotor según el área déficit, en contexto de modalidad de estimulación. Realizar reevaluación del DSM posterior al cumplimiento de	Porcentaje de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 12 A 23 meses y recuperadas(os) en la reevaluación.	Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit (riesgo) en su DSM en la primera evaluación de los 12 A 23 meses y recuperadas(os) en la reevaluación / Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 12 A 23 meses *100	85% / (90% es la meta)	METAS SANITARIAS	

intervenciones en sala de estimulación

TRATAMIENTO	Disminuir la morbilidad por infecciones respiratorias agudas en la población nacional	Aumentar el acceso a la atención en salud por infecciones respiratorias agudas	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA Baja en menores de 5 años	Porcentaje de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación	Nº de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación / Nº de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico*100	100%	SIGGES
	Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Control Odontológica en menores de 10 años	Porcentaje de controles odontológicos en menores de 10 años	Nº de niños y niñas menor a 10 años con control odontológica /Total de población menor de 10 años inscrita y validada en el establecimiento*100	45,93%	METAS SANITARIAS
			Urgencia odontológica	Atención de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en menores de 10 años	Nº de niños y niñas menor de 10 años con consultas de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES /Total población menor de 10 años que consultax 100	100%	SIGGES
	Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad	Aumentar la cobertura de la demanda de personas con trastornos mentales	Consulta de ingreso de niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	Cobertura de atención integral de niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	Nº de personas de 0 a 9 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, bajo control / Nº de personas con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales de 0 a 9 años, esperados según prevalencia	28,73%	IAAPS

Atención integral y oportuna a niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales

Concentración de controles de atención integral a personas de 0 a 9 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales

Nº de controles de salud mental totales realizados a personas de 0 a 9 años/Nº de personas bajo control en el programa de salud mental de 0 a 9 años

5,35

IAAPS

**Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorías y consejerías individuales y familiares.

Adolescencia y Juventud

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	SE ARTICULA CON
PREVENCIÓN	Fortalecer el cuidado centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida		Porcentaje de Control de Salud Integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años.	(Nº de Controles de Salud Integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años/ Población adolescente de 10 a 19 años inscrita en el establecimiento de salud)*100	23,50%	IAAPS
	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Ingreso a control prenatal antes de las 14 semanas en gestantes adolescentes	Porcentaje de gestantes de 10 a 24 años que ingresan a Control prenatal antes de las 14 semanas de embarazo.	Número de gestantes de 10 a 24 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal/Número total de gestantes de 10 a 24 años en Control prenatal*100	90%	IAAPS
		Proveer de atención multidisciplinaria y servicios accesibles y de calidad con foco adolescentes jóvenes, personas mayores y diversidades sexuales.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes de 15 a 19 años.	Cobertura en uso de métodos de regulación de fertilidad en adolescentes de 15 a 19 años	(Nº de adolescentes de 15 a 19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes de 15 a 19 años) inscritos en centros de salud) *100	21%	IAAPS

Fortalecer el cuidado centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Examen de Medicina Preventiva en personas de 20 a 24 años	Cobertura de EMPA realizados a mujeres de 20 a 24 años.	(Nº de EMPA realizados a mujeres de 20 a 24 años (año vigente) / mujeres Inscritas validadas de 20 a 24 años-mujeres de 20 a 24 años en control CV-embarazadas ingresadas de 20 a 24 años)*100	20%	IAAPS
			Cobertura de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años.	(Nº de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años (año vigente) / hombres Inscritos validados de 20 a 24 años-hombres de 20 a 24 años en control CV)*101	17%	IAAPS
Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes	Aumentar la detección precoz de condiciones de riesgo de pie diabético Diabetes Mellitus Tipo 2.	Aplicación anual de pauta del riesgo de ulceración de los pies en adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes mellitus 2 y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT vigentes del MINSAL.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes mellitus tipo 2 en PSCV con aplicación de pauta del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	(Nº de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes mellitus tipo 2 bajo control)*100	80,00%	META SANITARIA
Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en	Mantener o mejorar coberturas de inmunización.	Administración de vacuna influenza a adolescentes y jóvenes portadores de	Cobertura de vacuna influenza en adolescentes y jóvenes portadores de	(Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años portadores de enfermedades crónicas con vacuna influenza	85%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES

vías de eliminación, emergentes o reemergentes	enfermedades crónicas	enfermedades crónicas	administrada/N° de adolescentes y jóvenes 10 a 24 años portadores de enfermedades crónicas) *100, **Se debe definir el denominador, ya que no se dispone de un número de personas con patologías crónicas por cohorte de edad que sirva de referencia		
	Administrar 2° refuerzo de vacuna dTpa a adolescentes que cursan 8° básico	Cobertura de vacuna dTpa en adolescentes que cursan 8° básico	(N° de adolescentes que cursan 8° año básico con vacuna dTpa administrada/Población matriculada en 8° año básico)*100	90%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
	Administración de vacuna dTpa a gestantes adolescentes y jóvenes desde las 28 semanas de gestación	Cobertura de vacuna dTpa a gestantes adolescentes y jóvenes desde las 28 semanas de gestación	(N° gestantes adolescentes y jóvenes con vacuna dTpa administrada/Total gestantes adolescentes y jóvenes desde las 28 semanas de gestación)*100	80%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
	Administración de vacuna Influenza a gestantes adolescentes y jóvenes en cualquier etapa del embarazo	Cobertura de vacuna influenza en gestantes adolescentes y jóvenes	(N° de gestantes adolescentes y jóvenes con vacuna influenza administrada/Total gestantes adolescentes y jóvenes)*100	85%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES

	Aumentar la Cobertura efectiva a tratamiento.	Realizar controles según flujograma y rescate de inasistentes	Cobertura efectiva de personas con DM 2 de 15 a 24 años bajo control.	(Nº de personas con DM2 de 20-24 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas con DM2 de 20-24 años bajo control en PSCV)	31,11%	META SANITARIA
Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Atención de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en personas de 10 a 24 años	Consultas de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en personas de 10 a 24 años	Nº personas de 10 a 24 años con consultas de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES /Total población de 10 a 24 años que consultax 100	100%	SIGGES
Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad	Aumentar la cobertura de la demanda de personas con trastornos de salud mental.	Atención integral a personas de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales.	Cobertura de atención integral de personas de 10 a 24 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	Nº de personas de personas de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, bajo control / Nº de personas con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales de 10 a 24 años, esperados según prevalencia	28,00%	IAAPS
	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Atención integral y oportuna a n personas de 10 a 19 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Concentración de controles de atención integral a personas de 10 a 19 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y	Nº de controles de salud mental totales realizados a personas de 10 a 19 años/Nº de personas bajo control en el programa de salud mental de 10 a 19 años **Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal,	5,3	IAAPS

				trastornos mentales	visita domiciliarias, consultorías y consejerías individuales y familiares.		
	Fortalecer el cuidado centrado en la persona, familia y comunidad, avanzando hacia la cobertura universal.	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.	Control integral a personas con multimorbilidad crónica 15 a 24 años	Porcentaje de Personas con multimorbilidad crónica que reciben control integral según G	(Nº de personas con multimorbilidad crónica G3) que reciben control integral según G / Nº total de personas con MM crónica G3) *100	21%	REM
	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratorias crónicas.	Aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación.	Control adolescentes de 10 a 19 años asmáticos según flujograma priorizando atención	Población adolescente de 10 a 19 años asmáticos con clasificación de control "controlado" (año vigente)	(Nº de población 10 a 19 años asmática controlada bajo control /Nº de personas de 10 a 19 años asmáticas años bajo control)*100	12,0%	META SANITARIA
NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	SE ARTICULA CON
PREVENCIÓN	Fortalecer el cuidado centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Control de Salud Integral Adolescentes de 10 a 19 años.	Porcentaje de Control de Salud Integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años.	(Nº de Controles de Salud Integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años/ Población adolescente de 10 a 19 años inscrita en el establecimiento de salud)*100	23,50%	IAAPS

Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Ingreso a control prenatal antes de las 14 semanas en gestantes adolescentes	Porcentaje de gestantes de 10 a 24 años que ingresan a Control prenatal antes de las 14 semanas de embarazo.	Número de gestantes de 10 a 24 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal/Número total de gestantes de 10 a 24 años en Control prenatal*100	90%	IAAPS
	Proveer de atención multidisciplinaria y servicios accesibles y de calidad con foco adolescentes jóvenes, personas mayores y diversidades sexuales.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes de 15 a 19 años.	Cobertura en uso de métodos de regulación de fertilidad en adolescentes de 15 a 19 años	(Nº de adolescentes de 15 a 19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes de 15 a 19 años) inscritos en centros de salud) *100	21%	IAAPS
Fortalecer el cuidado centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Examen de Medicina Preventiva en personas de 20 a 24 años	Cobertura de EMPA realizados a mujeres de 20 a 24 años.	(Nº de EMPA realizados a mujeres de 20 a 24 años (año vigente) / mujeres Inscritas validadas de 20 a 24 años-mujeres de 20 a 24 años en control CV-embarazadas ingresadas de 20 a 24 años)*100	20%	IAAPS
			Cobertura de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años.	(Nº de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años (año vigente) / hombres Inscritos validados de 20 a 24 años-hombres	17%	IAAPS

de 20 a 24 años en control CV)*101					
Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes	Aumentar la detección precoz de condiciones de riesgo de pie diabético Diabetes Mellitus Tipo 2.	Aplicación anual de pauta del riesgo de ulceración de los pies en adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes mellitus 2 y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT vigentes del MINSAL.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes mellitus tipo 2 en PSCV con aplicación de pauta del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	(Nº de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / N° total de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes mellitus tipo 2 bajo control)*100	80,00% META SANITARIA
Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación, emergentes o reemergentes	Mantener o mejorar coberturas de inmunización.	Administración de vacuna influenza a adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas	Cobertura de vacuna influenza en adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas	(Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años portadores de enfermedades crónicas con vacuna influenza administrada/Nº de adolescentes y jóvenes 10 a 24 años portadores de enfermedades crónicas) *100, **Se debe definir el denominador, ya que no se dispone de un número de personas con patologías crónicas por cohorte	85% DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES

de edad que sirva de referencia					
	Administrar 2° refuerzo de vacuna dTpa a adolescentes que cursan 8° básico	Cobertura de vacuna dTpa en adolescentes que cursan 8° básico	(N° de adolescentes que cursan 8° año básico con vacuna dTpa administrada/Población matriculada en 8° año básico)*100	90%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
	Administración de vacuna dTpa a gestantes adolescentes y jóvenes desde las 28 semanas de gestación	Cobertura de vacuna dTpa a gestantes adolescentes y jóvenes desde las 28 semanas de gestación	(N° gestantes adolescentes y jóvenes con vacuna dTpa administrada/Total gestantes adolescentes y jóvenes desde las 28 semanas de gestación)*100	80%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
	Administración de vacuna Influenza a gestantes adolescentes y jóvenes en cualquier etapa del embarazo	Cobertura de vacuna influenza en gestantes adolescentes y jóvenes	(N° de gestantes adolescentes y jóvenes con vacuna influenza administrada/Total gestantes adolescentes y jóvenes)*100	85%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
	Administrar 2° refuerzo de vacuna VPH a adolescentes que cursan 5° año básico	Cobertura de vacuna VPH en adolescentes que cursan 5° año básico	(N° de adolescentes que cursan 5° año básico con vacuna VPH administrada/Población matriculada en 5° año básico) *100	90%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES

TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más en Chile	Aumentar la Tasa de Control de hipertensión Arterial a nivel poblacional.	Mantener la pesquisa activa a través de la aplicación de EMPA espontáneo. Agendar prioritariamente casos pesquisados.	Cobertura de personas con hipertensión arterial de 15 a 24 años	Nº de personas de 15 a 24 años bajo control con hipertensión arterial / (Nº de personas con hipertensión arterial de 15 a 24 años esperadas estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	35%	IAAPS
		Aumentar la Cobertura efectiva a tratamiento.	Realizar controles según flujograma y rescate de inasistentes	Cobertura efectiva de personas con hipertensión arterial de 15 a 24 años bajo control.	(Nº de personas con hipertensión arterial de 15 a 24 años con presión arterial <140/90 mmHg /Nº de personas con hipertensión arterial de 15 a 24 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	30%	META SANITARIA
	Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes	Aumentar la Tasa de Control de Diabetes Mellitus tipo 2	Mantener la pesquisa activa a través de la aplicación de EMPA espontáneo. Agendar prioritariamente casos pesquisados.	Cobertura de personas con DM 2 de 15 a 24 años	Nº de personas de 15 a 24 años bajo control con DM 2 / (Nº de personas con DM 2 de 15 a 24 años esperadas estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	35%	IAAPS
		Aumentar la Cobertura efectiva a tratamiento.	Realizar controles según flujograma y rescate de inasistentes	Cobertura efectiva de personas con DM 2 de 15 a 24 años bajo control.	(Nº de personas con DM2 de 20-24 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas con DM2 de 20-24 años bajo control en PSCV)	31,11%	META SANITARIA

Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Atención de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en personas de 10 a 24 años	Consultas de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en personas de 10 a 24 años	Nº personas de 10 a 24 años con consultas de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES /Total población de 10 a 24 años que consultax 100	100%	SIGGES
Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad	Aumentar la cobertura de la demanda de personas con trastornos de salud mental.	Atención integral a personas de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales.	Cobertura de atención integral de personas de 10 a 24 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	Nº de personas de personas de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, bajo control / Nº de personas con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales de 10 a 24 años, esperados según prevalencia	28,00%	IAAPS
	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Atención integral y oportuna a n personas de 10 a 19 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Concentración de controles de atención integral a personas de 10 a 19 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Nº de controles de salud mental totales realizados a personas de 10 a 19 años/Nº de personas bajo control en el programa de salud mental de 10 a 19 años **Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorías y consejerías individuales y familiares.	5,3	IAAPS

Fortalecer el cuidado centrado en la persona, familia y comunidad, avanzando hacia la cobertura universal.	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.	Control integral a personas con multimorbilidad crónica 15 a 24 años	Porcentaje de Personas con multimorbilidad crónica que reciben control integral según G	(Nº de personas con multimorbilidad crónica G3) que reciben control integral según G / Nº total de personas con MM crónica G3) *100	21%	REM
Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratorias crónicas.	Aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación.	Control adolescentes de 10 a 19 años asmáticos según flujograma priorizando atención	Población adolescente de 10 a 19 años asmáticos con clasificación de control "controlado" (año vigente)	(Nº de población 10 a 19 años asmática controlada bajo control /Nº de personas de 10 a 19 años asmáticas años bajo control)*100	12,0%	META SANITARIA

Adultos

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	SE ARTICULA CON
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbilidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Aplicar pauta Examen de Medicina Preventiva del Adulto	Cobertura de EMPA mujeres de 25 a 64 años	(Nº de EMPA realizados a población mujeres inscritas validadas de 25 a 64 años/Población Total adulta inscrita validada-personas de 25 a 64 años en control CV-embarazadas ingresadas de 25 a 49 años)*100	21,00%	IAAPS
				Cobertura de EMPA hombres de 25 a 64 años	(Nº de EMPA realizados a población hombres inscritos validados de 25 a 64 años/Población Total adulta inscrita validada-personas de 25 a 64 años en control CV)*100	17,60%	IAAPS
	Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes mellitus	Aumentar la detección precoz de condiciones de riesgo de pie diabético Diabetes Mellitus Tipo 2.	Aplicación anual de pauta del riesgo de ulceración de los pies en personas de 25 a 64 años con diabetes mellitus 2 y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT vigentes del MINSAL.	Porcentaje de personas de 25 a 64 años con diabetes mellitus tipo 2 en PSCV con aplicación de pauta del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en	(Nº de personas de 25 a 64 años con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de personas de 25 a 64 años con diabetes mellitus tipo 2 bajo control)*100	80,00%	META SANITARIA

los últimos 12 meses.						
	Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación, emergentes o reemergentes	Mantener o mejorar coberturas de inmunización.	Administración de vacuna Influenza a los adultos enfermedades crónicas entre los 25 y 64 años.	Porcentaje de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza	(Nº de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas con vacuna anti-influenza administrada/ Total de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas) *100.	85% DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
			Administración de vacuna Influenza a las mujeres embarazadas de 25 y más años.	Porcentaje de gestantes de 25 y más años con vacunación anti-influenza	(Nº de gestantes de 25 y más años con vacuna anti-influenza administrada / Total gestantes de 25 y más años) *100.	85% DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
			Administración de vacuna dTpa a gestantes de 25 y más años desde las 28 semanas de gestación	Cobertura de vacuna dTpa en gestantes de 25 y más años desde las 28 semanas de gestación	(Nº de gestantes de 25 y más años desde las 28 semanas de gestación con vacuna dTpa administrada/Total gestantes de 25 y más años desde las 28 semanas de gestación) *100	85% DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por cáncer en población general.	Mejorar el diagnóstico, tratamiento precoz y rehabilitación de forma oportuna y de calidad	Realizar toma de PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años	Porcentaje de cobertura de PAP vigente cada tres años en mujeres de 25 a 64 años	(Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años / Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas)* 100	51% META SANITARIA

Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más en Chile	Aumentar la Tasa de Control de hipertensión Arterial a nivel poblacional.	Mantener la pesquisa activa a través de la aplicación de EMPA espontáneo. Agendar prioritariamente casos pesquisados.	Cobertura de personas con hipertensión arterial de 25 a 64 años	Nº de personas de 25 a 64 años bajo control con hipertensión arterial / (Nº de personas con hipertensión arterial de 20 a 64 años esperadas estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	40%	IAAPS
	Aumentar cobertura de tratamientos efectivos para las Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovascular	Realizar controles según flujograma y rescate de inasistentes	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control.	(Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años con presión arterial <140/90 mmHg / Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	25%	META SANITARIA
Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes	Aumentar la Tasa de Control de Diabetes Mellitus tipo 2	Mantener la pesquisa activa a través de la aplicación de EMPA espontáneo. Agendar prioritariamente casos pesquisados.	Cobertura de personas con DM 2 de 25 a 64 años	Nº de personas de 25 a 64 años bajo control con DM 2 / (Nº de personas con DM 2 de 25 a 64 años esperadas estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	40%	IAAPS
	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Realizar controles según flujograma y rescate de inasistentes	Cobertura efectiva de personas con DM2 de 25 a 64 años bajo control.	(Nº de personas diabéticas de 25-64 años con HbA1c<7%) / Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita	20,00%	META SANITARIA

				validada según prevalencia) *100		
Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratoria crónica	Aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación	Realizar controles según flujograma y rescate de inasistentes asmáticos de 20 a 64 años	Población bajo control por asma, con nivel de control "controlado" (año vigente)	(Proporción de población bajo control por asma con nivel de control controlado (año vigente) / Proporción de población bajo control por asma *100	10,0%	META SANITARIA
	Aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación	Realizar controles según flujograma y rescate de inasistentes con EPOC de 40 a 64 años	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	(Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado / Proporción de población bajo control EPOC que logran control por EPOC * 100	2,5%	META SANITARIA
Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad	Aumentar la cobertura de la demanda de personas con trastornos de salud mental.	Atención integral a personas de 20 a 64 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales.	Cobertura de atención integral de personas de 20 a 64 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	N° de personas de personas de 20 a 64 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, bajo control / N° de personas con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales de 20 a 64 años, esperados según prevalencia	20,00%	IAAPS

	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Atención integral y oportuna a personas de 25 a 64 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Concentración de controles de atención integral a personas de 25 a 64 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Nº de controles de salud mental totales realizados a personas de 25 a 64 años/Nº de personas bajo control en el programa de salud mental de 25 a 64 años **Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorías y consejerías individuales y familiares.	5,3	IAAPS
Fortalecer el cuidado centrado en la persona, familia y comunidad, avanzando hacia la cobertura universal.	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.	Control integral a personas con multimorbilidad crónica de 25 a 64 años	Porcentaje de Personas con multimorbilidad crónica que reciben control integral según G	(Nº de personas con multimorbilidad crónica G3) que reciben control integral según G / Nº total de personas con MM crónica G3) *100	42%	REM
Mejorar la Salud de las Personas con Diabetes aumentando el acceso a la Atención Odontológica Periodontal de beneficiarios que se atienden en APS con Diabetes Mellitus descompensada	Contribuir al Cuidado Integral Centrado en la Persona (ECICEP) mediante el Tratamiento Odontológico Periodontal a personas con Diabetes Mellitus de entre 35 a 54 años descompensadas.	Abordaje odontológico periodontal realizado a través de evaluación, diagnóstico, tratamiento y controles de salud oral a personas entre 35 y 54 años con Diabetes Mellitus Descompensadas, para mantenerlos compensados.	Porcentaje de pacientes entre 35 y 54 años con diabetes mellitus descompensada con control odontológico	(Nº de personas con diabetes mellitus descompensada entre 35 y 54 años que reciben control odontológico anual / Nº total de personas con diabetes mellitus descompensada entre 35 y 54 años) *100	Línea base	REM y rutificado

Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Entregar atención oportuna a personas que necesiten realizarse tratamientos de endodoncia en el sector anterior o pilares de prótesis.	Endodoncias en pacientes adultos (20 a 64 años) de piezas anteriores o pilares de prótesis	Porcentaje de endodoncias realizadas en el Programa de Endodoncia del Cesfam	(N° de endodoncias realizadas en el programa de Endodoncia/Suma de derivaciones a endodoncia y las realizadas en el Cesfam) /*100	Línea base	REM
--	--	--	--	---	------------	-----

Personas mayores

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	SE ARTICULA CON
PREVENCIÓN	Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes mellitus	Aumentar la detección precoz de condiciones de riesgo de pie diabético Diabetes Mellitus Tipo 2.	Aplicación anual de pauta del riesgo de ulceración de los pies en personas de 65 y más años con diabetes mellitus 2 y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT vigentes del MINSAL.	Porcentaje de personas de 65 y más años con diabetes mellitus tipo 2 en PSCV con aplicación de pauta del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	$(N^{\circ} \text{ de personas de 65 y más años con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses} / N^{\circ} \text{ total de personas de 65 y más años con diabetes mellitus tipo 2 bajo control}) * 100$	82,00%	META SANITARIA
	Disminuir la prevalencia de dependencia severa en la población nacional en todo el curso de vida.	Preservar y aumentar la funcionalidad en la población	Aplicación EMPAM a personas de 65 años y más	Cobertura Controles de Salud de Personas Mayores	$(N^{\circ} \text{ de personas de 65 años y más que reciben el EMPAM}) / (N^{\circ} \text{ de personas de 65 años y más según PIV año vigente})$	43%	IAAPS
	Disminuir la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna antineumocócica, en usuarios de 65 años inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida, a los usuarios de 65 años y más según población inscrita y validada	Porcentaje de personas de 65 años que reciben con una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida según población inscrita y validada	$(N^{\circ} \text{ de personas de 65 años que reciben una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida} / N^{\circ} \text{ Total de personas de 65 años inscritos y validados}) * 100$	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años según población	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES

TRATAMIENTO		Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más según población inscrita y validada.	Porcentaje de personas de 65 años y más vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza	(Nº de personas de 65 años y más vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/Nº Total de personas de 65 años y más inscritos y validados)*100	inscrita y validada 85% de cobertura	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más en Chile	Aumentar la Tasa de Control de hipertensión Arterial a nivel poblacional.	Mantener la pesquisa activa a través de la aplicación de EMPA espontáneo. Agendar prioritariamente casos pesquisados.	Cobertura de personas con hipertensión arterial de 65 y mas años	Nº de personas de 65 y mas años bajo control con hipertensión arterial / (Nº de personas con hipertensión arterial de 65 y mas años esperadas estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	54,00%	IAAPS
		Aumentar cobertura de tratamientos efectivos para las Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovascular	Realizar controles según flujograma y rescate de inasistentes	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 65 y mas años bajo control.	(Nº de personas hipertensas de 65 y mas años con presión arterial <140/90 mmHg /Nº de personas hipertensas de 65 y mas años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	44%	META SANITARIA
	Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes	Aumentar la Tasa de Control de Diabetes Mellitus tipo 2	Mantener la pesquisa activa a través de la aplicación de EMPA espontáneo. Agendar prioritariamente	Cobertura de personas con DM 2 de 65 y mas años	Nº de personas de 65 y mas años bajo control con DM 2 / (Nº de personas con DM 2 de 65 y mas años esperadas estimados en la población inscrita	55,00%	IAAPS

		casos pesquisados.		validada según prevalencia) *100		
	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Realizar controles según flujograma y rescate de inasistentes	Cobertura efectiva de personas con DM2 de 65 y mas años bajo control.	(Nº de personas diabéticas de 65 y mas años con HbA1c<7%) / Nº de personas diabéticas de 65 y mas años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	33,00%	META SANITARIA
Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratoria crónica	Aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación	Realizar controles según flujograma y rescate de inasistentes asmáticos de 65 y más años	Población bajo control por asma, con nivel de control "controlado" (año vigente)	(Proporción de población bajo control por asma con nivel de control controlado (año vigente) / Proporción de población bajo control por asma *100	24,0%	META SANITARIA
	Aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación	Realizar controles según flujograma y rescate de inasistentes con EPOC de 65 y más años	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	(Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado / Proporción de población bajo control EPOC que logran control por EPOC * 100	20,0%	META SANITARIA
Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad	Aumentar la cobertura de la demanda de personas con trastornos de salud mental.	Atención integral a personas de 65 y más años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales.	Cobertura de atención integral de personas de 65 y más años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	Nº de personas de personas de 65 y más años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, bajo control / Nº de personas con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales de 65 y más años,	23,00%	IAAPS

				esperados según prevalencia		
	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Atención integral y oportuna a personas de 65 y más años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Concentración de controles de atención integral a personas de 65 y más años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Nº de controles de salud mental totales realizados a personas de 65 y más años/Nº de personas bajo control en el programa de salud mental de 65 y más años **Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorías y consejerías individuales y familiares.	5,3	IAAPS
Fortalecer el cuidado centrado en la persona, familia y comunidad, avanzando hacia la cobertura universal.	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.	Control integral a personas con multimorbilidad crónica de 65 y más años	Porcentaje de Personas con multimorbilidad crónica que reciben control integral según G	(Nº de personas con multimorbilidad crónica G3) que reciben control integral según G / Nº total de personas con MM crónica G3) *100	54%	REM
Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Entregar atención oportuna a personas que necesiten realizarse tratamientos de endodoncia en el sector anterior o pilares de prótesis.	Endodoncias en pacientes adultos mayores (65 o más años) de piezas anteriores o pilares de prótesis	Porcentaje de endodoncias realizadas en el Programa de Endodoncia del Cesfam	(Nº de endodoncias realizadas en el programa de Endodoncia/Suma de derivaciones a endodoncia y las realizadas en el Cesfam) /*100	Línea base	REM

Mejorar la calidad de vida de la población adulta mayor a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Entregar atención oportuna a personas que necesiten rehabilitación con prótesis.	Rehabilitación con prótesis acrílica en pacientes adultos mayores (60 o más años)	Porcentaje de pacientes con prótesis realizadas en el Programa de Endodoncia del Cesfam	(N° de pacientes con rehabilitación con prótesis realizadas en el Cesfam/Suma de derivaciones a prótesis y las realizadas en el Cesfam) /*100	Línea base	REM y Rutificado
---	--	---	---	---	------------	------------------

Transversales

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE
PROMOCION	Fortalecer las acciones de Promoción de Salud y Participación Social en la comuna a nivel Local	Fortalecer los entornos saludables y estilos de vida saludable	Taller Educativo en calidad de vida y factores protectores en entorno comunal. Instalar dispositivos de acción psicosocial grupal que acojan a vecinas/os del territorio del CESFAM Dr. Ariztía, en especial adultos mayores que viven o se sienten solos, y/o que sufren alguna patología crónica./salud Mental	Actividades de fortalecimientos entornos y estilos de vida saludable	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas.	50%	REM
		Fortalecer las intervenciones de educación de salud en general, la participación y el empoderamiento de la comunidad	Entregar mensajes de campaña relacionados con hitos comunicacionales OPS-OMS (conmemoración de fechas importantes) a través de: eventos internos y externos como talleres y charlas abordando temáticas de salud mental, alimentación saludable y actividad física usando también medios digitales: Instagram, cápsulas, afiches, paneles, circuito cerrado de tv en salas de espera.	Eventos de difusión en educación de salud	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas.	60%	REM

Indicadores - estrategias de fortalecimiento del Modelo de Atención de Salud Familiar Integral y Comunitario

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE
PROMOCION / PREVENCIÓN / TRATAMIENTO Y REHABILITACION	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Fortalecer la implementación en Red de la continuidad del cuidado con foco en el fomento de factores protectores	Visita domiciliaria integral que se realiza al lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia con enfoque sistémico. Esta visita puede ser generada por un problema de salud individual (caso índice) o de orden familiar	Tasa de Visita Domiciliaria Integral	(Nº visitas domiciliarias integrales realizadas / Nº de familias inscritas)*100	0,25	IAAPS
ATENCION INTEGRAL	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	Realizar plan de intervención nivel 2,3 y 4	Porcentaje de familias de riesgo intervenidas	(Nº de familias con plan de intervención / Nº de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar)*100	49%	REM P7
TRATAMIENTO	Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Consultorías de Salud Mental a lo largo del curso de vida	Cobertura de Consultorías de Salud Mental en el establecimiento de APS.	(Nº de actividades de consultorías realizadas en el periodo / Nº de actividades de consultorías esperadas en el periodo) x 100.	80,00%	REM

enfoque de
equidad

Indicadores Programa de Tuberculosis en APS

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	NIVEL DE APLICACIÓN
PREVENCIÓN	Reducir la incidencia de Tuberculosis en la población en Chile.	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis	Realizar pesquisa de casos presuntivos de tuberculosis (CPT)	Incremento de la pesquisa en establecimientos de APS (%)	$[(N^{\circ} \text{ CPT estudiados} - N^{\circ} \text{ CPT estudiados el año anterior}) \times 100] / N^{\circ} \text{ CPT estudiados el año anterior}$	Aumento de 2,5% respecto a 2025	Establecimiento
	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública		Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (baciloscopía, PCR o cultivo) < 15 años	Contactos < 15 años estudiados	$(N^{\circ} \text{ de contactos} < 15 \text{ años estudiados} / N^{\circ} \text{ de contactos} < 15 \text{ años censados}) * 100$	90%	COMUNAL
		Prevenir que los contactos < de 15 años se infecten con tuberculosis o que desarrollen la enfermedad	Quimioprofilaxis en los contactos < de 15 años	Porcentaje de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis	$N^{\circ} \text{ de contactos} < \text{de } 15 \text{ años que completan quimioprofilaxis} / N^{\circ} \text{ de contactos con indicación de quimioprofilaxis} * 100$	90%	
		Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (baciloscopía, PCR o cultivo) > 15 años	Contactos > 15 años estudiados	$(N^{\circ} \text{ de contactos} < 15 \text{ años estudiados} / N^{\circ} \text{ de contactos} > 15 \text{ años censados}) * 100$	90%	
TRATAMIENTO		Lograr un 90 % de altas en las cohortes	Aplicar el Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono.	Porcentaje de pacientes con score de riesgo identificados	$(N^{\circ} \text{ de pacientes con score de riesgo identificados} / N^{\circ} \text{ de pacientes ingresados a tratamiento}) * 100$	100%	

de Tratamiento	Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica)	Porcentaje de controles médicos realizados y registrados	(Nº de controles médicos realizados y registrados en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ Nº de controles programados según norma técnica)*100	80%
	Control mensual de enfermería de los casos en tratamiento (norma técnica)	Porcentaje de consulta enfermera realizadas y registradas	(Nº de consulta de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ Nº de consultas programadas según norma técnica)*100	90%
	Programar y realizar visita domiciliaria por TENS al paciente inasistente al día siguiente de la inasistencia a tratamiento	Porcentaje de visitas domiciliarias realizadas por TENS a pacientes inasistentes al día siguiente de la inasistencia a tratamiento	(Nº de visitas domiciliarias por TENS realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente inasistente)/Nº de inasistencias a tratamiento)*100	100%
Perdida de seguimiento (abandono) menor del 5%	Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente a tratamiento dentro de la primera semana de inasistencia continuada, realizada por enfermera	% pacientes inasistentes por 1 semana continuada	(Nº de visitas domiciliarias realizadas a pacientes con inasistencia continuada dentro de la primera semana) /Nº de pacientes inasistentes continuados por una semana *100	100% *para proyección de denominador, en caso que el basal sea cero (usando como referencia inasistentes de año anterior), programar como mínimo 1 VD al año.

Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa (a lo largo del curso de vida: infancia/adolescencia y juventud/adulthood/adulthood mayor)

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE
PREVENCIÓN	Disminuir la discapacidad	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atención domiciliaria en forma integral, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa, sin UPP	(Nº de personas sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100	90%	REM P
			Aplicar la Escala de Zarit para medir el nivel de sobrecarga de cuidadores	Sobrecarga en Cuidadores de Personas en situación de Dependencia Severa	(Nº de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/Nº de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa)*100	80%	REM P
			Educar a través de talleres individuales a cuidadoras(es) y familias respecto al cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa	Cuidadores(as) de personas en situación de dependencia severa Capacitados	(Nº de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa educados /Nº de cuidadores de personas en situación de dependencia	95%	REM P

				severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa)*100		
		Realizar visitas domiciliarias integrales	Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que reciben al menos 2 visitas domiciliarias integrales en un año.	(Nº de Personas en situación de Dependencia Severa que reciben al menos 2 Visitas Domiciliarias Integrales en el año / Nº de personas bajo control en Programa de Atención Domiciliaria para Personas en situación de Dependencia Severa	100%	REM A26
TRATAMIENTO	Disminuir o prevenir carencias nutricionales en personas con dependencia severa	Realizar atención nutricional en Domicilio a usuarios con Dependencia severa y con indicación de NED.	Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de Nutrición Enteral Domiciliaria (NED) reciben atención Nutricional en Domicilio	(Nº de personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de NED y Evaluación Nutricional en domicilio /Nº de personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de NED)*100	100%	REM P

Indicadores de Prevención de la Transmisión Vertical Materno Infantil

Nivel	Objetivo de impacto estrategia	Objetivo	Actividad	Nombre indicador	Indicador	Meta	FUENTE
PREVENCIÓN	Reducir la transmisión materno infantil de la sífilis	Reducir la transmisión vertical de la sífilis	Tamizaje para sífilis durante el embarazo	Cobertura de tamizaje de sífilis en la gestante	Nº total de mujeres atendidas que fueron estudiadas durante el control prenatal/ Nº total de mujeres que ingresa a control prenatal*100	95%	REM
	reducción de la mortalidad por SIDA	Reducir la transmisión vertical del VIH ,	Tamizaje para VIH durante el embarazo	Cobertura de tamizaje de VIH en la gestante	Nº total de mujeres atendidas que fueron estudiadas durante el control prenatal/ Nº total de mujeres que ingresa a control prenatal*100	95%	REM
	Reducir la transmisión de la Enfermedad de Chagas	Reducir la transmisión vertical de Chagas	Tamizaje de enfermedad de Chagas en embarazo	Cobertura de tamizaje de chagas en la gestante	Nº total de mujeres atendidas que fueron estudiadas para enfermedad de chagas durante el control prenatal/ Nº total de mujeres que ingresa a control prenatal*100	95%	REM
	Reducir la transmisión materno infantil de la hepatitis B	Reducir la transmisión vertical de la hepatitis B	Tamizaje para hepatitis B durante el embarazo	Cobertura de tamizaje de hepatitis B en el embarazo	Nº total de mujeres atendidas por causa de parto y aborto que fueron estudiadas para hepatitis B durante el embarazo/ Nº total de mujeres atendidas por causa de parto y aborto*100	80%	REM
TRATAMIENTO	Reducir la transmisión materno infantil de la sífilis	Reducir la transmisión vertical de la sífilis	Iniciar tratamiento para sífilis	Cobertura de tratamiento inicial de sífilis	Nº gestantes con serología (+) que reciben tratamiento inicial para sífilis/ Nº total de gestantes con serología (+) para sífilis*100	95%	REM

Matriz de Cuidados CESFAM Apoquindo Infancia

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6º mes de vida.	Educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, fomentar uso de cojín de lactancia, evaluar y reforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada control de salud de niña y niño, favorecer las clínicas de lactancia.	$(N^{\circ} \text{ de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida} / N^{\circ} \text{ de lactantes controlados al 6to mes de vida}) * 100$	60%	REM
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	$(\text{Población con consulta nutricional al 5º mes} / \text{Total de población bajo control de 5 a 11 meses}) * 100$	35%	REM
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	$(\text{Población con consulta a los 3 años y 6 meses} / \text{Población bajo control entre 42 y 47 meses}) * 100$	30%	REM

PREVENCION	aumentar la proporción de menores de 2 años con Diagnóstico Nutricional Normal	incremento gradual del porcentaje de niñas y niños menores de 2 años con estado nutricional normal	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano, según el programa nacional de salud de infancia	Nº de niños y niñas menores de 2 años con estado nutricional normal N° de niñas y niños menores de 2 bajo control)x 100	48%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Control de salud a niñas y niños de 24 a 71 meses inscritos en establecimiento de salud.	(Nº de controles de salud realizados a niñas/os de 24 a 71 meses / N° total de niñas/os de 24 a 71 meses bajo control)	50%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Control de salud a niñas y niños de 6 a 9 años inscritos en establecimiento de salud.	(Nº de controles de salud realizados a niñas/os de 6 a 9 años / N° total de niñas/os de 6 a 9 años bajo control)	50%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas a lactantes de 7 a 11 meses en el control de salud de los 8 meses/ N° total de lactantes de 7 a 11 meses bajo control)*100	80%	REM

PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en CNS a lactantes de 12 a 17 meses / n° Total de controles de niño sano realizados a niñas y niños de 12 a 17 meses)*100	50%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación).	(Nº de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas a niños/as entre 12 - 23 meses)/ n° total de lactantes de 12 a 23 meses bajo control)*100	83%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas a niñas y niños de 24 meses (Primera evaluación) / N° total de control sano de niñas y niños de 24 meses)*100	60%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. (Primera evaluación).	(Nº de evaluaciones de desarrollo Psicomotor realizadas a niñas y niños (Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses / N° total de control sano de niñas y niños de 36 meses)*100	60%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	(Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes / N° Total control de ciclo vital de niñas y niños de 1 mes)*100	98%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años,	Control de salud al 2º y 6º meses de edad con aplicación de escala de Edimburgo	(Nº de aplicaciones de escala de Edimburgo realizadas a madres de niñas y niños de 2º y 6º mes / N° Total control de	70%	REM

		a través de su detección precoz		ciclo vital de niñas y niños de 2° y 6° mes)*100		
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 4 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	(N° de aplicaciones de pauta breve realizadas en CNS a lactantes sano de 4 meses / n°Total de controles de niño sano realizados a niñas y niños de 4 meses)*100	50%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses	(N° de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100	100%	SIGGES
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Control de salud al 3° mes de edad por médico	(N° de controles realizados a niñas y niños de 3 meses / N° Total de niñas y niños < de 1 año BC)*100	80%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual.	(N° de controles de salud de niños/as de 48 a 59 meses con evaluación visual / N° total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 59 meses)* 100	80%	REM
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años.	(Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días/total de niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días)*100	80%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de	(Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10	85%	RNI

	Transmisibles en eliminación		enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años.	años/total de niños/as entre los 5 y los 10 años)*100		
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de esquema primario en niños/as 2, 4 y 6 meses	(Administración de esquema primario en niños/as de 2, 4 y 6 meses/Total de niños/as de 2, 4 y 6 meses)*100 (el esquema primario incluye administración de pentavalente + Polio a los 2, 4 y 6 meses de edad)	95%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna definidas en calendario PNI al año de vida.	(Nº de niños/as de 1 año con vacuna definidas en calendario PNI administrada / Nº de niños de 1 año)*100	95%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administrar primera dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan cuarto año básico.	(Nº de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4º básico/Nº de niñas matriculadas en 4º básico)*100	80%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica Y DTP(a) en primero básico	Nº de niños/as de 1º año básico con dosis de vacuna Trivírica Y DTP(a) administrada/ Matricula niños/as 1º básico año en curso *100	95%	RNI
PREVENCION Y TRATAMIENTO	15% de niños y niñas de 6 años libres de caries	Porcentaje de niños de 6 años libres de caries	Evaluación y atención odontológica integral a todos los niños de 6 años	Nº de niños(as)de 6 años con CEOD igual a 0 en el periodo enero a diciembre 2023 X100 Nº total de niños(as) inscritos validados de 6 años, año 2024	44,34%	REM
PREVENCION Y TRATAMIENTO	Cobertura 35% en niños y niñas de 0 a 9 años en control con enfoque de riesgo odontológico	Porcentaje de niños y niñas de 0 a 9 años en control con enfoque de riesgo y pauta CERO aplicada	Evaluación y atención odontológica integral a todos los niños de 9años.	N.º de niños(as) de 0 a 9 años en control con enfoque de riesgo odontológico y pauta 0 aplicada en periodo enero a diciembre 2023 X 100 N.º total de niños(as) inscritos validados de 0 a 9 años, año 2023	56,31%	REM

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal en menores de 9 años.	lograr y mantener un porcentaje de consulta de morbilidad de 23% en niños, niñas	Realización de Consultas de Morbilidad Odontológica en población de 0 a 9 años	Número de consultas de morbilidad odontológica realizadas en población de 0 a 9 años/población de 0 a 9 años inscritos validados	75,52%	REM
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal en menores de 3 años.	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 3 años, a través de mejorar la adherencia y cobertura al control de salud desde las primeras etapas de la infancia	Evaluación de estado de salud bucal de la población menor de 3 años, que incluye charla educativa individual.	(N° de niños y niñas menores de 3 años con registro ceod= 0 / N° de niñas(os) menores de 3 años de la población inscritos validados)*100	65,97%	REM
PREVENCIÓN	Mantener la tasa de morbilidad proyectada por infecciones respiratorias agudas en menores de 1 año	Fortalecer intervenciones educativas relacionadas con los problemas de salud más prevalentes en la infancia	Educación grupal a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA en época de baja circulación viral	(N° de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y/o cuidadores ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ N° total de niños menores de 1 año bajo control)*100	20%	REM
PREVENCIÓN	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 1 años	Visitas domiciliaria a niños y niñas residentes en la comuna con score alto de riesgo de morir de neumonía.	(N° de niños y niñas menores de 7 meses (residente en la comuna) con score de riesgo alto de morir de neumonía que recibe visita domiciliaria integral / N° de niños y niñas menores de 7 meses (residente en la comuna) con score de riesgo alto de morir de neumonía *100	100%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit de su desarrollo psicomotor	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo	(N° de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias residente en la comuna con niño o niña menores de 5 años diagnosticados con déficit de DSM / N° total de niñas y niños menores de 5 años residente en la comuna	90%	REM

				diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor)*100		
TRATAMIENTO	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit de su desarrollo psicomotor	Reevaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	(Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) /numero total niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses) *100 Sacaría reevaluación	90%	REM
TRATAMIENTO	Mantener la tasa de morbilidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar la cobertura de pacientes con IRA baja en menores de 5 años de manejo ambulatorio	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con IRA baja en menores de 5 años de manejo ambulatorio en la atención primaria de salud.	(Nº de niños y niñas < 5 años con IRA baja con manejo ambulatorio / Nº de niños y niñas <5 años con diagnóstico de IRA baja de manejo ambulatorio)*100	100%	SIGGES
TRATAMIENTO	Disminuir la morbi-mortalidad prematura por (asociada a) asma bronquial	Aumentar la cobertura de pacientes con diagnóstico de asma bronquial en menores de 15 años	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica y tratamiento de población <15 años con diagnóstico de asma bronquial	(Nº de niños y niñas con manejo y tratamiento de asma bronquial / Nº de niños y niñas con diagnóstico de asma bronquial)*100	100%	SIGGES
TRATAMIENTO	Mantener la tasa de morbilidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años en la atención primaria de salud	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud.	(Nº de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años / Nº de niños y niñas de 0 a 9 años con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial esperados según prevalencia)*100	12,44%	REM

TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en menores de 20 años	Urgencia Odontológica ambulatoria en menores de 20 años	(N° total de consultas odontológicas de urgencia GES en menores de 20 años realizadas/ N° consultas por urgencia odontológicas GES de menores de 20 años)*100	100%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población menor de 9 años con problemas de consumo de OH y/o drogas	Brindar atención integral y oportuna a personas menores de 9 años con problemas o trastornos mentales por consumo perjudicial de alcohol y drogas	(N° de niños <9 años intervenidos por consumo de OH y drogas/ N° de niños <9 años BC por trastornos mentales y consumo perjudicial de alcohol y drogas)*100	100%	REM

Adolescencia

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar la disminución de peso durante la gestación, con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes adolescentes y jóvenes con malnutrición por déficit.	$\left(\frac{\text{Nº de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por déficit, con consulta nutricional}}{\text{Nº total de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por déficit}} \right) * 100$	80%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes adolescentes y jóvenes con malnutrición por exceso.	$\left(\frac{\text{Nº de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por exceso, con consulta nutricional}}{\text{Nº total de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por exceso}} \right) * 100$	40%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestantes (10 a 19 años) en riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 19 años con riesgo psicosocial, que vivan en la comuna.	$\left(\frac{\text{Nº de adolescentes gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (residente en la comuna) con VDI}}{\text{Nº de adolescentes gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (residente en la comuna)}} \right) * 100$	100%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre de 10 a 19 años y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Primer control de salud de la púérpera adolescente y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	$\left(\frac{\text{Nº de controles de salud integral a púérperas adolescentes y su recién nacido dentro de los 10 días de vida}}{\text{Nº total de ingresos de RN de púérperas de 10 a 19 años}} \right) * 100$	70%	REM

PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes adolescentes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario a todas las gestantes de 10 a 19 años con factores de riesgo de parto prematuro	(Nº de gestantes 10 a 19 años con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes 10 a 19 años con riesgo de parto prematuro)*100	100%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Derivar a toda embarazada adolescente con riesgo biomédico a atención con especialista	Derivar al nivel secundario (Alto Riesgo Obstétrico) las gestantes de 10 a 19 años con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal	(Nº de gestantes de 10 a 19 años con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes de 10 a 19 años con riesgo biomédico)*100	100%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(Nº de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/Nº total de mujeres adolescentes en los últimos 2 meses post parto y en control de RF)*100	80%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(Nº de madres adolescentes con escala aplicada a los 6 meses de posparto / Total de madres adolescentes con controles realizados a los 6 meses posparto en RF)*100	80%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes adolescentes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes adolescentes en el ingreso o 2º control prenatal.	(Nº de gestantes que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal / Nº total de ingresos a control prenatal)*100	80%	REM
PREVENCION	Aumentar los adolescentes con Factores Protectores para la salud	Aumentar la Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 19 años	Control de Salud integral adolescentes EMPAD en adolescentes de 10 a 19 años.	(Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años/ población adolescente de 10 a 19 años inscrita en el establecimiento de salud)*100	23,50%	REM
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores	Atención integral de salud ginecológica a	Control ginecológico a mujeres de 10 a 19 años	(Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 19 años/ Nº	15%	REM

	Protectores para la salud	mujeres adolescentes		de mujeres de 10 a 19 años BC)*100		
PREVENCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el número de adolescentes mujeres y hombres que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Consejería en salud sexual y reproductiva a adolescentes 10 a 19 años	(Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres de 10 a 19 años / Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 19 años)*100	90%	REM
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención el VIH-SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes.	Consejería en prevención de VIH e ITS a adolescentes y jóvenes de 10 a 19 años.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes de 10 a 19 años/ Nº de adolescentes de 10 a 19 años BC)*100	50%	REM
PREVENCION	Disminuir el embarazo adolescente	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes 15- 19 años	(Nº de adolescentes de 15-19 años BC que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes de 15-19 años inscritos) *100	21,05%	REM
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar la cobertura de vacunación	Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a adolescentes que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico	(Nº de niñas adolescentes con segunda dosis de vacuna VPH que cursan 5º básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico/Nº de niñas adolescentes matriculadas en 5º básico que recibieron 1ª dosis el año anterior) *100	80%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la DTP(a) en octavo básico	Nº de niños/as de 8º año básico con dosis de vacuna DTP(a) administrada/ Matricula niños/as 8º básico año en curso *100	95%	RNI

PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna DTP(a) a las adolescentes con embarazo de 28 semanas y más	Nº de adolescentes entre los 10 y 19 años embarazadas de 28 y más semanas vacunadas con DTP(a) / NºTotal adolescentes entre los 10 y 19 años embarazadas de 28 y más semanas) *100.	85%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los (as) adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 19 años.	(Nº de adolescentes y jóvenes entre los 10 y 19 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza / Total de adolescentes y jóvenes entre 10 y 19 años portadores de enfermedades crónicas) *100.	85%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las adolescentes con embarazo de 13 semanas y más	Nº de adolescentes entre los 10 y 19 años embarazadas de 13 y más semanas vacunadas con anti-influenza / NºTotal adolescentes entre los 10 y 19 años embarazadas de 13 y más semanas) *100.	85%	RNI
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad perinatal	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes adolescente(GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada adolescente.	(Nº de altas odontológica totales en embarazadas adolescentes/ total de gestantes adolescentes ingresadas a control prenatal)*100	100%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la morbi-mortalidad prematura por (asociada a) asma bronquial	Aumentar la cobertura de pacientes con diagnóstico de asma bronquial	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica y tratamiento de población adolescente con diagnóstico de asma bronquial	(Nº de adolescentes con manejo y tratamiento de asma bronquial / Nº de adolescentes con diagnóstico de asma bronquial) *100	12,44%	REM
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales,	Atención odontológica integral a población adolescente.	(Nº de adolescentes con alta odontológica total/ Nº Total de adolescentes inscritos y validados)*100	20%	REM

	énfasis en los más vulnerables.	preventivas y recuperativas.				
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en adolescentes	Urgencia Odontológica ambulatoria en adolescentes	(N° total de atenciones odontológicas de urgencia GES en adolescentes realizadas el año actual / N° consultas odontológicas de urgencia GES adolescente inscrita año actual)*100	100%	REM
PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal en adolescentes	lograr y mantener un porcentaje de consulta de morbilidad en adolescentes	Realización de Consultas de Morbilidad Odontológica en población adolescente	Número de consultas de morbilidad odontológica realizadas en población de 0 a 9 años/población adolescente inscritos validados	75,52%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población de 10 a 19 años con problemas de consumo de OH y/o drogas	Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 19 años con problemas o trastornos mentales por consumo perjudicial de alcohol y drogas	(N° de adolescentes de 10 a 19 años intervenidos por consumo de OH y drogas/ N° de adolescentes de 10 a 19 años BC por trastornos mentales por consumo perjudicial de alcohol y drogas)*100	100%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población de 10 a 19 años	Brindar atención integral y oportuna a población de 10 a 19 años con problemas o trastornos mentales por consumo perjudicial de alcohol y drogas	Población adolescente de 10 a 19 años bajo control por trastorno mental / Población de adolescentes de 10 a 19 años inscrita validada x prevalencia de 22%	25,45%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Brindar atención integral a personas víctimas de violencia de género en población de adolescentes de 10 a 19 años	N° de adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género ingresadas a tratamiento/ N° de adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género pesquisadas)*100	100%	REM

Edad Adulta

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 20 a 64 años ingresos respiratorios a sala ERA / (Nº total de ingresos respiratorios entre 20 y 64 años a sala ERA)* 100	50%	REM
PROMOCION	Promover normas de crianza saludable	Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	Talleres de 4 sesiones para gestantes (según Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo)	(Nº de gestantes que ingresan a educación grupal Preparación para el parto y crianza / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal)* 100	50%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar la disminución de peso durante la gestación, con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.	(Nº de gestantes bajo control con malnutrición por déficit, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por déficit)* 100	80%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	(Nº de gestantes bajo control con malnutrición por exceso, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por exceso)* 100	15%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario a todas las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro	(Nº de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario/Nº total de gestantes con riesgo de parto prematuro)*100	100%	SIGGES

PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en mujeres de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	Nº de EMPA realizados a población de mujeres de 20 a 64 inscrita validada /Población mujeres de 20 a 64 años inscrita validada - población BC PSCV*100	20,37%	REM
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en hombres de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	Nº de EMPA realizados a hombres de 20 a 64 años inscritos validados /Población de hombres de 20 a 64 años inscritos validados- población adulta BC PSCV*100	17,58%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar y derivar al equipo psicosocial a las gestantes con riesgo psicosocial	VDI a gestantes con riesgo psicosocial , según pauta EPSA.	(Nº de gestantes adultas con riesgo psicosocial residentes en la comuna con VDI/ Nº total de gestantes adultas residentes en la comuna detectadas con riesgo psicosocial* 100	100%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Ingresar precozmente a control de salud integral del embarazo	Ingreso a control de embarazo antes de las 14 semanas	(Nº de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control / Total de mujeres embarazadas ingresadas a control) * 100	90,33,%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	(Nº de controles de salud integral a puérperas y recién nacido dentro de los 10 días	60%	REM

		salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.		de vida / N° total de ingresos de RN)* 100		
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2° control prenatal.	(N° de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal / N° total de ingresos de mujeres adultas a control prenatal)* 100	100%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(N° de madres con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto en control sano del lactante/N° total de madres con 2 meses post parto en control sano del lactante)*100	70%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(N° de madres con Pauta de Edimburgo aplicada a los 6 meses postparto en control sano del lactante/N° total de madres con 6 meses post parto en control sano del lactante)*100	70%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	(N° total de población de 20 a 54 años bajo control de regulación de fertilidad/ N° total de población de 20 a 54 años bajo control) *100	60%	REM
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(N° de mujeres adultas en control ginecológico preventivo /N° total de mujeres adultas inscritas y validadas)*100	40%	REM
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de mama	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 59 años	(N° de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ N° de mujeres de 50 a 59 años inscritas validadas)* 100	90%	REM

PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino	Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino.	Realizar toma de PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años	(Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años / Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas)* 100	50,40%	Citoexpert
PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Mantener la cobertura de controles de salud de la mujer en edad de climaterio.	Control de salud integral de la mujer adulta en etapa de climaterio.	(Nº de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio/ Nº de mujeres adultas de 50 años y más inscritas validadas)*100	25%	REM
PREVENCIÓN	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV	(Nº de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / Nº total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al corte)* 100	60%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 20-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	Nº de personas de 20 a 64 años con DM2 bajo control con evaluación de pie vigente, en los últimos 12 meses / Nº de personas de 20 a 64 años con DM2 bajo control x100	68,94%	REM
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los adultos con enfermedades crónicas entre los 20 y 64 años.	Nº de adultos entre 20 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza /Total de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas) *100.	85%	RNI
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las mujeres adultas BC embarazadas con 13 semanas y más de gestación	Nº de gestantes adultas con 13 y más semanas de gestación vacunados con anti-influenza / Total gestantes adultas con 13 y mas semanas de gestación) *100.	85%	RNI

PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna DTP(a) a las mujeres adultas embarazadas con 28 semanas y más de gestación	Nº de gestantes adultas con 28 y más semanas de gestación vacunados con DTA(a)/ Total gestantes adultas con 28 y mas semanas de gestación) *100.	85%	RNI
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial y EPOC bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos y EPOC de 20 a 64 años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población adulta asmática o EPOC bajo control controlada / Proporción de población adulta asmática o EPOC bajo control en sala ERA)*100	12,44%	REM
ATENCION INTEGRAL	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	(Nº de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas de 20 a 64 años del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control de 20 a 64 años en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa)	A lo menos 2 VDI anuales a personas con dependencia severa.	REM
TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	(Nº de Visitas Domiciliarias de tratamiento y seguimiento recibidas por personas de 20 a 64 años del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control de 20 a 64 años en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa)	A lo menos 2Visitas Domiciliarias de tratamiento y seguimiento anuales a personas con dependencia severa.	REM

PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de Escaras (Úlcera por presión).	(Nº de personas de 20 a 64 años sin LPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control de 20 a 64 años en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100	90%	REM
PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	(Nº de cuidadores de personas de 20 a 64 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/Nº de cuidadores de personas de 20 a 64 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa)*100	60%	REM
PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente	(Nº de Cuidadores de personas de 20 a 64 años con dependencia severa Capacitados / Nº Total de cuidadores de personas con dependencia severa)*100	75%	REM

TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada de 20 años y más	(N° de altas odontológicas totales en embarazadas de 20 años y más / Total de gestantes de 20 años y más ingresadas a control prenatal)*100	80%	REM
TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas en programa CPU y/o cuidados paliativos oncológicos.	Atender en forma integral a las personas en programa CPU y/o cuidados paliativos oncológicos, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	(N° de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas en cuidados paliativos/ N° de población bajo control por cuidados paliativos)*100	A lo menos 2 VDI mensuales	REM
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura efectiva de tratamiento de hipertensión en personas de 20 a 64 años.	Optimizar la cobertura efectiva de hipertensión en personas de 20-64 años	(N° de personas hipertensas de 20-64 años bajo control / N° de personas hipertensas de 20-64 años inscritos esperados según prevalencia)*100	35%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura efectiva de tratamiento de diabetes en personas de 20-64 años.	Optimizar la cobertura efectiva de diabetes en personas de 20-64 años	(N° de personas diabéticas de 20 a 64 años bajo control compensados /N° de personas diabéticas de 20-64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)*100	26,50%	REM
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en población adulta.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en población adulta	Urgencia Odontológica ambulatoria en adultos	(N° total de atenciones odontológicas de urgencia GES en adultos de 20 a 64 años realizadas el año actual / N° consultas odontológicas de urgencia GES en adultos de 20 a 64 años inscrita año actual)*100	100%	REM

TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mantener Cobertura de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población de 20 a 64 años	Cobertura de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales	Número de personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales bajo control / Número de personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales de 0 y más años esperados según prevalencia x 100	28,73%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento, reducir las barreras de acceso y disminuir las brechas de tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población	Tasa de controles de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales	Número de controles de salud mental totales realizados a personas / Número de personas bajo control en el programa de salud mental.	5,35%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta de 20 a 64 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta de 20 a 64 años	(Nº de personas adultas de 20 a 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género / Nº de personas adultas de 20 a 64 años víctimas de violencia de género pesquisadas)*100	100%	REM
TRATAMIENTO	Garantizar el diagnóstico y asegurar el tratamiento para disminuir la morbi-mortalidad prematura asociada a enfermedades incluidas en el GES	Mejorar la calidad de atención de las personas, garantizando el diagnóstico y tratamiento de patologías GES de atención primaria en población de 20 a 64 años	Cumplir flujograma de acuerdo a Guías Clínicas y Listado de Prestaciones Específico para Atención Primaria según patología GES	(Nº de personas de 20 a 64 años con patología GES atendidas/Nº total de personas de 20 a 64 años con patología GES)*100	100%	SIGGES

Personas mayores

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 65 y más años ingresos respiratorios a sala ERA / (Nº total de ingresos respiratorios entre 65 y más años a sala ERA)* 100	50%	REM
PREVENCION	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Realizar Controles de Salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención (EMPAM)	(Nº de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva / Población inscrita de 65 años y más validada por FONASA) * 100	45,27%	REM
ATENCION INTEGRAL	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	(Nº de VDI recibidas por personas de 65 años y más del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control de 65 años y más en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa)	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas de 65 y más años con dependencia severa.	REM

TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	(N° de visitas domiciliarias de tratamiento y seguimiento recibidas por personas de 65 años y más del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa /N° de población bajo control de 65 años y más en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa)	A lo menos 2 visitas domiciliarias de tratamiento y seguimiento anuales a personas de 65 y más años con dependencia severa.	REM
PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de Escaras (Úlcera por presión).	(N° de personas de 65 y más años sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /N° de población bajo control de 65 y más años en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100	90% y más de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa no presentan UPP	REM
PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	(N° de cuidadores de personas de 65 y más años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliara para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/N° de cuidadores de personas de 65 y más años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa)*100	60%	REM

PREVENCION	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente	(Nº de Cuidadores de personas con dependencia severa Capacitados / Nº Total de cuidadores de personas con dependencia severa)*100	75% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.	REM
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna Neumocócica en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica a los usuarios de 65 años y más de edad	(Nº de personas de 65 y más años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica /Nº Total de personas de 65 y más años)*100	80%	RNI
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad	(Nº de personas de 65 años y más vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/Nº Total de personas de 65 años y más inscritos y validados)*100	80%	RNI
PREVENCION	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas de 65 años y más en PSCV	(Nº de adultos de 65 años y más hipertensos y/o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / Nº total de adultos de 65 años y más bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al corte)* 100	70% de las personas adultas diabéticas o hipertensas clasificadas	REM
PREVENCION	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(Nº de mujeres adultas de 65 y más años en control ginecológico preventivo /Nº total de mujeres adultas de 65 y más años inscritas y validadas)*100	20%	REM

PREVENCION	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes de mujeres adultas mayores por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 65 a 69 años	(Nº de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ Nº de mujeres de 65 a 69 años inscritas validadas)* 100	25%	REM
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura efectiva de tratamiento de hipertensión en personas de 65 y más años.	Optimizar la cobertura efectiva de hipertensión en personas de 65 y más años	(Nº de personas hipertensas de 65 y más años bajo control compensadas / Nº de personas hipertensas de 65 y más años inscritos estimados según prevalencia)*100	35%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura efectiva de tratamiento de diabetes en personas de 65 y más años.	Optimizar la cobertura efectiva de diabetes en personas de 65 y más años	(Nº de personas diabéticas de 65 y más años bajo control compensadas /Nº de personas diabéticas de 65 y más años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)*100	26,50%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 65 y más años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	Nº de personas de 65 y mas años con DM2 bajo control con evaluación de pie vigente, en los últimos 12 meses / Nº de personas de 65 años y más años con DM2 bajo control x100	68,94%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie)*100.	58%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial y EPOC bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos y EPOC de 20 a 64 años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población de 65 años y más asmática o EPOC bajo control controlada / Proporción de población de 65 años y más asmática o EPOC bajo control en sala ERA)*100	12,44%	REM

TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en población adulta.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en población adulto mayor	Urgencia Odontológica ambulatoria en adultos mayores	(Nº total de atenciones odontológicas de urgencia GES en adultos de 65 y más años realizadas el año actual / Nº consultas odontológicas de urgencia GES en adultos de 65 y más años inscrita año actual)*100	100%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mantener Cobertura de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población de 65 y más años	Cobertura de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales	Número de personas de 65 y más años con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales bajo control /Número de personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales de 0 y más años esperados según prevalencia x 100	25,45%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento, reducir las barreras de acceso y disminuir las brechas de tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población	Tasa de controles de atención Integral a personas de 65 y más con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales	Número de controles de salud mental totales realizados a personas de 65 y más años / Número de personas bajo control en el programa de salud mental.	4,42%	REM
TRATAMIENTO	Garantizar el diagnóstico y asegurar el tratamiento para disminuir la morbi-mortalidad prematura asociada a enfermedades incluidas en el GES	Mejorar la calidad de atención de las personas, garantizando el diagnóstico y tratamiento de patologías GES de atención primaria en población de 65 y más años	Cumplir flujograma de acuerdo a Guías Clínicas y Listado de Prestaciones Específico para Atención Primaria según patología GES	(Nº de personas de 65 y más años con patología GES atendidas/Nº total de personas de 65 y más años con patología GES)*100	100%	SIGGES

Transversales

Indicadores Estrategias de Salud Familiar y Comunitaria

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	FUENTE
ATENCION INTEGRAL	Fomentar dinámicas familiares sanas que permitan el desarrollo de todos sus integrantes	Tamizar las familias	Aplicación de encuesta de riesgo familiar SALUFAM	Nº de familias evaluadas con encuesta SALUFAM/Nº de familias nuevas inscritas X 100	30%	REM P7
ATENCION INTEGRAL	Fomentar dinámicas familiares sanas que permitan el desarrollo de todos sus integrantes	Abordar integralmente al grupo familiar con factores de riesgo	Nº de familias con plan de intervención	Nº de familias con plan de intervención /Nº de familias evaluadas con riesgo moderado-alto	60%	REM P7

Indicadores Estrategias de Promoción Comunal

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR
PROMOCION	Fortalecer el vínculo existente entre equipo de salud y organizaciones sociales.	Elaborar Diagnóstico Participativo Comunal en conjunto con CESFAM Aníbal Ariztía	Convocar a través de herramientas de comunicación social a usuarios de los CESFAM, Integrantes de los CDL, comunidad organizada y no organizada, grupos de especial protección de derechos, entre otros, como actores opinantes relevantes para participar en el proceso de levantamiento de información con respecto a las necesidades priorizadas en salud, para la elaboración del Diagnóstico Participativo. Contratación de empresa externa con fondos de ambos CESFAM.	Nº de actividades realizadas /Nº total de actividades programadas
PROMOCION	Fortalecer el vínculo existente entre equipo de salud y organizaciones sociales.	Sensibilizar a usuarios internos y externos de CESFAM Apoquindo acerca de temas de Promoción de Salud	Dar a conocer mensajes de campaña a través de hitos comunicacionales OPS-OMS (conmemoración de fechas importantes a través de eventos internos y externos utilizando estrategias como talleres, charlas)	Nº de actividades realizadas /Nº total de actividades programadas

Indicadores Estrategias de Participación Social

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	FUENTE
PARTICIPACION SOCIAL	Fortalecer la participación ciudadana en los procesos de toma de decisión en el sector salud	Mantener y Potenciar las instancias formales de participación social en el CESFAM. Favorecer la instalación de otras instancias de participación ciudadana	Elaboración de Plan de Participación Social integrando a Rpptes. Del Consejo de Desarrollo Local Realizar 4 reuniones del Consejo de Desarrollo Local. Reuniones de Red intersectorial y otras instancias de participación social.	Nº de actividades realizadas /Nº total de actividades programadas	80% de actividades realizadas.	REM 19 Informe de Evaluación final Plan de Participación Social
PARTICIPACION SOCIAL	Fortalecer la participación ciudadana en los procesos de toma de decisión en el sector salud	Evaluar respeto de deberes y derechos, Ley 20,584	Aplicación de encuesta desde Oficina OIRS. Elaboración informe trimestral de resultado de las encuestas.	Nº de actividades realizadas /Nº total de actividades programadas	100% de actividades realizadas.	Evaluaciones trimestrales, D.P. 1.3
PARTICIPACION SOCIAL	Fortalecer la participación ciudadana en los procesos de toma de decisión en el sector salud	Proporcionar a usuarios un sistema que facilite la entrega, recepción y respuesta de sus solicitudes ciudadanas, mediante el uso de formulario tipo.	Gestión de oficina OIRS, mantención de 3 buzones OIRS con formularios tipo a disposición de los usuarios.	nº de buzones dispuestos en salas de espera/ Nº de buzones comprometidos	3 de buzones OIRS dispuestos en sala de espera.	Informe Encargada Participación Social

PARTICIPACION SOCIAL	Fortalecer la participación ciudadana en los procesos de toma de decisión en el sector salud	Fortalecer y consolidar mecanismos de participación ciudadana e institucionalizada para lograr una mayor incidencia de parte de ésta; expresar sus opiniones, prioridades, demandas, propuestas, solicitudes, etc.	Realizar reuniones Consejo de Desarrollo Local/Realizar reuniones Comité de gestión usuaria, paneles consultivos/entre otros.	Nº de actividades realizadas /Nº total de actividades programadas	80% de las actividades realizadas	Actas de reuniones/ Registro fotográfico
PARTICIPACION SOCIAL	Fortalecer la participación ciudadana en los procesos de toma de decisión en el sector salud	Programar en conjunto con la comunidad usuaria e integrantes de organizaciones sociales actividades para abordar las necesidades y problemáticas priorizadas por la comunidad usuaria de los CESFAM a través del diagnóstico participativo del año 2024	Realizar reuniones con la comunidad usuaria, Consejo de Desarrollo Local, Comité de Gestión usuaria u otras instancias de participación ciudadana.	Nº de actividades realizadas /Nº total de actividades programadas	80 % de las actividades realizadas	Actas de reuniones/ Registro fotográfico

Indicadores Programa de Tuberculosis en APS

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	FUENTE
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Localización de casos a través de la investigación bacteriológica(CPT)	Nº de CPT estudiados 2025 - Nº de CFT estudiados el año anterior (2024) x 100/Nº CPT estudiados el año anterior(2024)	Aumentar un 5% el IP respecto del año anterior	Libro de Registro y Seguimiento de Casos Presuntivos de TBC
PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar oportunamente a las personas expuestas a la transmisión de TBC de un caso confirmado	Investigación de contactos	Nº de contactos intradomiciliarios con el 1º estudio completo x 100/Nº total de contactos intradomiciliarios censados	90%	Tarjeta de Registro de Investigación de contactos de Tuberculosis
PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr el término de tratamiento de quimioprofilaxis TBC en contactos de 15 años y más	Tratamiento farmacológico preventivo	(Nº de contactos de 15 años y más que completa quimioprofilaxis x 100/ Nº de contactos de 15 años y más que inicia quimioprofilaxis	90%	Tarjeta de Registro de Investigación de contactos de Tuberculosis

PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr el término de tratamiento de quimioprofilaxis TBC en contactos entre 6 y 14 años que tienen indicación de tratamiento	Tratamiento farmacológico preventivo	(Nº de contactos entre 6 y 14 años que completa quimioprofilaxis x 100/ Nº de contactos entre 6 y 14 años que tiene indicación de quimioprofilaxis	100%	Tarjeta de Registro de Investigación de contactos de Tuberculosis
PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr el término de tratamiento de quimioprofilaxis TBC en contactos en menores de 5 años.	Tratamiento farmacológico preventivo	(Nº de contactos menores de 5 años que completa quimioprofilaxis x 100/ Nº de contactos menores de 5 años que tiene indicación de quimioprofilaxis	100%	Tarjeta de Registro de Investigación de contactos de Tuberculosis
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr la curación de casos de Tuberculosis Activa (TT+CC)	Tratamiento finalizado (TT+CC)	(Nº de casos de pacientes con tratamiento finalizado por TBC activa x 100/ Nº total de pacientes con indicación de tratamiento por TBC activa	90%	Tarjeta de Registro de Tratamiento TBC
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Evitar pérdida de seguimiento al tratamiento de TBC activa	Tratamiento farmacológico estrictamente supervisado	(Nº de casos con pérdida de seguimiento de tratamiento de TBC activa x 100 / Nº de casos en tratamiento por TBC activa)	Menos del 5% de pérdida de seguimiento	Tarjeta de Registro de Tratamiento TBC

TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Identificar los fracasos a tratamiento de TBC	Investigación bacteriológica mensual	(Nº de casos de fracasos a tratamiento de TBC x 100 / Nº de casos de tratamiento por TBC activa)	Menos del 1% de fracaso de tratamiento	Tarjeta de Registro de Tratamiento TBC
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	estudiar casos de fallecimiento por TBC	Auditoria de casos fallecidos	(Nº de casos de pacientes fallecidos por diagnóstico de TBC con auditoría realizada x 100 / Nº de casos con pacientes fallecidos por diagnóstico de TBC)	90%	registro en ficha clínica.Tarjeta de Registro de Tratamiento TBC