



MEJOR PARA TODOS

CORPORACIÓN DE
EDUCACIÓN Y SALUD

PLAN DE SALUD 2019



I.	INTRODUCCIÓN	3
II.	DIAGNÓSTICO POBLACIONAL	4
1.	Población de Las Condes.....	4
2.	Antecedentes de Las Condes.....	5
3.	Proyección afiliación a sistema previsual de salud	7
4.	Encuesta de Satisfacción Usuaría:	8
5.	Plan Actual de Capacitación 2017	9
III.	ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	11
1.	Bases Conceptuales:	11
2.	Objetivos Sanitarios 2011-2020	14
3.	Oferta de servicios o canasta de prestaciones:	21
4.	Programas Comunales	25
5.	Centros de Salud.....	39
5.1	Centro de Salud Apoquindo:	40
5.2	Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía	57
5.3	Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU):	68
IV.	UNIDADES DE APOYO A LA ATENCIÓN PRIMARIA	72
1.	Centro de Imágenes:.....	73
2.	Centro de Rehabilitación (RAM)	80
3.	Centro de Especialidades Odontológicas:	83
4.	COSAM Las Condes:	86
5.	Laboratorio Clínico:	93
6.	Servicios de Oftalmología	96
V.	ATENCIÓN TERCIARIA DE SALUD:.....	98
VI.	PRESUPUESTO AÑO 2019.....	99
VII.	ABREVIATURAS DE USO COMÚN EN EL ÁREA DE SALUD	104
	ANEXOS	106

I. INTRODUCCIÓN

El año 2018 la Dirección de Salud de Las Condes continuó trabajando en su política de acercar las prestaciones ofrecidas en sus diferentes centros a todos los usuarios de la red.

En esa línea, cabe destacar los servicios iniciados este año y que dicen relación con la entrega de medicamentos a domicilio, toda de muestras en domicilio y la ampliación del programa de Apoyo a los Postrados.

Con estas iniciativas esperamos que todos nuestros vecinos, especialmente a aquellos que tienen dificultad para desplazarse, puedan tener las facilidades para acceder a los servicios de salud y mejorar su calidad de vida.

Adicionalmente, este año 2018 comenzó a funcionar el nuevo miniconsultorio Los Dominicos, ubicado en Camino El Alba 9152, buscando descongestionar las atenciones del Cesfam Apoquindo.

II. DIAGNÓSTICO POBLACIONAL

1. Población de Las Condes

De acuerdo al último Censo nacional del año 2017, la comuna de Las Condes tiene una población de **294.838 habitantes**. De esta cifra, 135.917 (46%) corresponden a hombres y 158.921 (54%) a mujeres.

El siguiente es el detalle de la población de Las Condes, según su rango de edad:

<i>Rango</i>	Hombres	Mujeres	TOTAL
0 a 5 años	9.789	9.371	19.160
6 a 10 años	7.388	7.157	14.545
11 a 15 años	7.344	6.999	14.343
16 a 20 años	10.109	9.912	20.021
21 a 25 años	12.202	12.436	24.638
26 a 30 años	12.837	13.209	26.046
31 a 35 años	11.287	11.856	23.143
36 a 40 años	9.647	10.874	20.521
41 a 45 años	8.843	10.631	19.474
46 a 50 años	8.027	10.155	18.182
51 a 55 años	7.889	10.640	18.529
56 a 60 años	7.664	10.320	17.984
61 a 65 años	6.102	8.646	14.748
66 a 70 años	5.065	7.257	12.322
71 a 75 años	4.400	6.375	10.775
76 a 80 años	3.093	4.787	7.880
81 a 85 años	2.228	3.644	5.872
86 a 90 años	1.355	2.866	4.221
91 a 95 años	517	1.290	1.807
96 a 99 años	106	361	467
100 ó más	25	135	160
TOTAL	135.917	158.921	294.838

Según estas cifras, la población mayor de 60 años en Las Condes llega a 58.252 habitantes, cifra que representa casi el 20% del total comunal.

2. Antecedentes de Las Condes

La comuna de Las Condes está ubicada en el sector oriente de la Región Metropolitana y tiene una superficie total de 96 km², de los cuales, 43,92 km² corresponden al área urbana, la que se extiende desde su límite poniente, con Providencia, hasta los faldeos cordilleranos. El resto del territorio de precordillera es de preservación del medio ambiente natural.

Se encuentra en una zona con clima templado, estación seca de cuatro a cinco meses, con amplias áreas verdes. Esto determina una mejor ventilación, en relación al resto de las comunas de la Región metropolitana, lo que reduce los niveles de contaminación atmosférica impactando en la disminución del riesgo de enfermedades respiratorias agudas así como de descompensación de patologías respiratorias crónicas.

No obstante, el tema de la calidad del aire siempre es un factor que debe tenerse presente por el gran parque automotriz de la comuna y altas tasas de motorización de la población.



En cuanto a áreas verdes, Las Condes cuenta actualmente con una superficie aproximada de 1.940.000 m², que se distribuyen en plazas y parques principalmente, además de las áreas verdes en bandejonos y platabandas.

En relación a su situación geográfica, sus límites precisos son: al norte Av. Kennedy, desde el Puente Lo Saldes, 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 Alvaro 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 Saldes.

Medio cultural: Las Condes cuenta con una población relativamente homogénea socioeconómicamente y educacionalmente. La mayoría posee educación secundaria completa, lo que los convierte en usuarios bien informados y con alto nivel de demandas y expectativas.

También es necesario considerar a los usuarios que son trabajadores de la comuna como jardineros, obreros, conserjes y trabajadoras de casa particular, con predominio de extranjeros, quienes en ocasiones no viven en la comuna por lo que representan una población flotante que dificulta la realización de todas las acciones de salud familiar.

El transporte público prestado por el Plan Transantiago en la comuna, es servido por la línea 1 del metro y 4 líneas troncales que desarrollan 23 recorridos y 1 operador que presta servicios alimentadores con 25 recorridos.

Según la encuesta CASEN 2015, la pobreza en la comuna llega al 0,6%, lo que representa a 1.599 personas.

En la comuna hay un interés especial por el acceso de los vecinos de la comuna a una amplia gama de actividades relacionadas con la cultura, las artes, la música, la recreación, las áreas verdes y la promoción de nuestras tradiciones, contribuyendo así a fomentar y reafirmar la identidad cultural y social de sus habitantes.



3. Proyección afiliación a sistema previsional de 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.



Del total de vecinos de Las Condes, sólo cerca del 25% está inscrito en alguno de los centros de

salud comunales, y esa cifra representa el 11,7% del total del S.S.M.O.

4. Encuesta de Satisfacción Usuaría:

Como cada año, la empresa CIS Chile Investigaciones Sociales realizó una encuesta a los usuarios de los centros de salud comunales para conocer el grado de satisfacción de los servicios recibidos.

En promedio, el 99% de los encuestados se declaró satisfecho del servicio.

Encuesta Centro de Salud Comunales

	Año 2007	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018
Centro de Salud Apoquindo	98%	96%	99%	97%	98%	97%	97%	97%	98%	99%	100%	99%
CESFAM Dr. Aníbal Ariztía	90%	93%	98%	95%	95%	99%	94%	96%	98%	99%	97%	97%
Sapu	75%	81%	93%	82%	87%	90%	92%	92%	91%	89%	97%	96%
Cosam		94%	96%	100%	98%	96%	100%	96%	98%	94%	100%	100%
Ram	99%	98%	98%	98%	96%	100%	100%	100%	98%	100%	100%	99%
Centro de Imágenes	97%	98%	90%	99%	100%	98%	98%	100%	99%	97%	100%	100%
Laboratorio	98%	97%	93%	97%	97%	98%	99%	100%	100%	99%	99%	99%
Centro Esp. Odontológicas					99%	98%	100%	100%	100%	97%	96%	98%
Promedio Anual	93%	94%	95%	95%	96%	97%	98%	98%	98%	97%	99%	99%

5. Plan Actual de Capacitación 2017

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL
			A (Médicos, Odont, QF, etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)	
EJE ESTRATEGICO 1: Enfermedades Transmisibles.	Controlar y contribuir a la eliminación de enfermedades transmisibles	VIH/SIDA: Los nuevos desafíos	5	8	8	2	5	2	30
		Capacitación en tuberculosis para funcionarios de APS	2	10	8	10			30
		Jornada Capacitación anual equipo TBC	2	4	2				8
EJE ESTRATEGICO 2: Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad	Reducir la mortalidad y discapacidad por afecciones crónicas no transmisibles	Manejo Avanzado de Heridas	2	2					4
EJE ESTRATEGICO 3: Hábitos de vida.	Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población a través de la promoción de estilos de vida saludables	Promoción de la Salud: Función esencial de la salud pública	5	6	8	2	7	2	30
EJE ESTRATEGICO 4: Curso de vida.	Prevenir factores de riesgo y mejorar la calidad de vida de la población a cargo en las diferentes etapas de su ciclo vital	Salud Familiar: Conceptos y elementos claves	5	6	8	2	7	2	30
		Diplomado Medicina Familiar	2						2
		Diplomado Atención Primaria y Salud Familiar		1					1

EJE ESTRATEGICO 5: Equidad y salud en todas las políticas.	Socializar el enfoque de salud intercultural y de diversidad sexual para promover la inclusión empática y respetuosa en las atenciones de salud	Diversidad Sexual	2	6	6	1	5		20
		Trato al usuario migrante	2	4	5	2	5	2	20
EJE ESTRATEGICO 7: Institucionalidad del Sector Salud.	Fortalecer el desarrollo de competencias en los funcionarios de APS y educar respecto a mecanismos de participación	excel intermedio	5	6	4		5		20
		Seminarios Corporativos	70	66	90	19	75	14	334
		Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria: Participación Social	5	6	8	2	7	2	30
		Programa de Calidad: Taller de Indicadores	7	14			1		22
EJE ESTRATEGICO 8: Calidad de la atención.	Mantener y aumentar el porcentaje de satisfacción usuaria	Trato al usuario en APS	2	5	5	2	4	2	20
		Técnicas para manejar el estrés laboral	3	4	5	1	4	3	20
		Curso de Coaching y comunicación efectiva	7	10	6		7		30
EJE ESTRATEGICO 9: Emergencias, desastres y epidemias.	Actualizar la gestión y respuesta de los equipos de salud frente a situaciones de emergencia	ACLS	4						4
		BLS	4						4
		RCP básico	14	8	16	1	5	1	45
	Se reconocerán dentro del PAC 2019 todas aquellas capacitaciones realizadas por funcionarios, atingentes 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		148	166	179	44	137	30	704	

III. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

1. Bases Conceptuales:

La Dirección de Salud de Las Condes administra y gestiona las políticas que se aplicarán en beneficio de los vecinos, siempre pensando en planes y programas modernos e innovadores.

Destacan, en este marco, 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. A modo de ejemplo, cabe señalar la progresiva disminución del número de nacimientos y el aumento de las expectativas de vida.

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 (marco y microrredes)

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 Contrarreferencia 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 prevalerte.

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 continúa 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 2011-2020

Reducir la carga Sanitaria de las Enfermedades Transmisibles y Contribuir a Disminuir su Impacto Social y Económico

Tema	Objetivo	Meta
VIH/SIDA	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
Tuberculosis	Eliminar la Tuberculosis como problema de salud pública	Disminuir a 5 x 100.000 habitantes la tasa de incidencia proyectada de tuberculosis
Enfermedades Transmisibles	Mantener logros alcanzados en el control o eliminación de las Enfermedades Transmisibles	Mantener el número de casos de enfermedades transmisibles seleccionadas *
Infecciones Respiratorias Agudas	Reducir la mortalidad por causas respiratorias agudas	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas

Reducir los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad, a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables

Tema	Objetivo	Meta
Salud Óptima	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar 20% la prevalencia de al menos 5 factores protectores * en población mayor a 15 años
Consumo de tabaco	Reducir el consumo de tabaco	Reducir 5% la prevalencia de consumo de tabaco último mes en población de 12 a 64 años
Consumo de alcohol	Reducir el consumo de riesgo de alcohol	Disminuir 10% la prevalencia proyectada de consumo de riesgo de alcohol * en población de 15 a 24 años
Sobrepeso y obesidad	Disminuir la prevalencia de obesidad infantil	Disminuir 10% la prevalencia de obesidad en menores de 6 años
Sedentarismo	Aumentar la prevalencia de práctica física en adolescentes y jóvenes	Aumentar 20% la prevalencia de actividad física suficiente * en población entre 15 a 24 años
Conducta Sexual	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes	Aumentar 10% la prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente
Consumo de drogas ilícitas	Disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en la población en general	Disminuir 5% la prevalencia de consumo de drogas ilícitas * durante último año en población de 12 a 64 años

Reducir los mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital

Tema	Objetivo	Meta
Salud Perinatal	Disminuir la mortalidad per natal	Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada en período perinatal
Salud Infantil	Disminuir el rezago infantil	Disminuir 15% la prevalencia de rezago en población menor de 5 años
Salud de Adolescente	Disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes	Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años
Embarazo Adolescente	Disminuir el embarazo adolescente	Disminuir 10% la tasa de fecundidad proyectada en población menor de 19 años
Accidentes del trabajo	Disminuir la mortalidad por accidentes del trabajo	Disminuir 40% la tasa promedio trienal de mortalidad por accidentes del trabajo
Enfermedades profesionales	Mejorar la vigilancia de las enfermedades profesionales	Aumentar en 100% la cobertura de trabajadores formales en programas de vigilancia según riesgo
Salud de la Mujer Climatérica	Mejorar la calidad de vida de la mujer postmenopáusica	Disminuir en 10% la media de puntaje de "Salud relacionada a Calidad de Vida" en población femenina de 45 a 64 años, bajo control
Salud del Adulto Mayor	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Disminuir en 10% la media de puntaje de discapacidad en población de 65 a 80 años

Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos en la salud

Tema	Objetivo	Meta
Inequidad y posición social	Disminuir la gradiente de inequidad en salud relacionada con posición social	Disminuir 10% el índice de concentración de auto percepción de salud por años de estudio, en población mayor a 25 años
Inequidad y Geografía	Disminuir la brecha de inequidad en salud relacionada con ubicación geográfica	Disminuir 25% la medida de tasa quinquenal de Años de Vida Perdidos Prematuramente de las comunas seleccionadas *

PROTEGER LA SALUD DE LA POBLACIÓN A TRAVÉS DEL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES AMBIENTALES Y DE LA INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS

Tema	Objetivo	Meta
Contaminación Atmosférica	Disminuir exposición diaria a contaminación ambiental	Disminuir 50% la tasa de días-ciudad del año que se encuentran sobre la norma de material particulado Disminuir un 10% el nivel de contaminantes intradomiciliarios seleccionados
Residuos sólidos	Mejorar la disposición de residuos contaminantes	Aumentar la cobertura de comunas con manejo adecuado de residuos sólidos domiciliarios
Uso de aguas	Mejorar el acceso a agua potable y disposición de aguas servidas en zonas rurales	Aumentar a 50% la cobertura de sistemas de agua potable rural con agua segura y diagnóstico de disposición de aguas servidas
Enfermedades Transmitidas por alimentos	Disminuir los brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos	Disminuir 10% la tasa promedio trienal de hospitalización por enfermedades transmitidas por alimentos en brote
Entorno Urbano	Aumentar las áreas verdes urbanas	Aumentar 20% la proporción de comunas que superan recomendación de la Organización Mundial de Salud relacionadas con superficie de áreas verdes

FOMENTAR LA INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD

Tema	Objetivo	Meta
Sistemas de Información	Mejorar los sistemas de información en salud	Aumentar a 13 el número de procesos críticos* que tributan al repositorio nacional de información
Investigación en Salud	Fortalecer la investigación en salud	Aumentar a 50% la proporción de preguntas elaboradas y priorizadas * por el Consejo Nacional de Investigación en Salud, que son abordadas en proyectos de investigación, el año en curso
Recursos Humanos	Aumentar y mejorar la dotación de recursos humanos en el sector salud	<p>Aumentar 20% la proporción de Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud con dotación de Recursos Humanos adecuada *</p> <p>Aumentar a 35% la proporción de Servicios de Urgencia de hospitales de alta complejidad, que cumplen estándar de Recursos Humanos en Salud* por Servicios de Salud</p> <p>Aumentar a 44% la proporción anual de Unidades de Paciente Crítico con hospitales de alta complejidad que cumplen estándar de Recursos Humanos en Salud*, por Servicios de Salud</p>
Financiamiento	Fortalecer el financiamiento del sector	<p>Disminuir 20% el porcentaje del gasto de bolsillo sobre el gasto total en salud</p> <p>Aumentar a 100% la proporción de Servicios de Salud cuyos hospitales logran relación ingresos devengados/gastos devengados menor o igual a uno</p>
Infraestructura	Mejorar, normalizar y reponer la infraestructura del sector salud	<p>Aumentar en 30 el número hospitales en operación con mejoramiento, normalización y/o reposición</p> <p>Aumentar en 150 el número de centros de atención primaria en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición</p>
Gobernanza y Participación	Aumentar los mecanismos de participación ciudadana y fortalecer el trabajo integrado de los directivos del sector	Aumentar a 100% la proporción de Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que han implementado mecanismos de participación ciudadana y usuaria, y ejercicio de derechos

		Aumentar a 100% la proporción de Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que han implementado mecanismos de alineación de directivos y articulación de procesos de planificación
Gestión Asistencial	Mejorar la pertinencia en la referencia entre componentes de la red de Servicios de Salud	Aumentar a 80% el porcentaje de pertinencia en la referencia entre componentes de los Servicios de Salud
Salud Internacional	Mantener la participación y cooperación internacional en salud	Mantener 75% la proporción de contrapartes técnicas que participan en actividades de la agenda y la cooperación internacional

MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN UN MARCO DE RESPETO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS

Tema	Objetivo	Meta
Acceso y Oportunidad	Disminuir las listas de espera	Aumentar a 90% la proporción de Servicios de Salud con adecuada razón de resolución de listas de espera excesivamente prolongadas
Seguridad y Efectividad	Aumentar los establecimientos de salud acreditados	Aumentar a 100% la proporción de establecimientos de atención cerrada, públicos y privados, con al menos la primera acreditación de estándares de calidad y seguridad de la atención
Fármacos y Tecnologías Sanitarias	Mejorar la calidad de medicamentos y tecnologías sanitarias	Aumentar a 90% el porcentaje de fármacos priorizados que cuentan con certificación de calidad
Satisfacción Usuaría	Disminuir la insatisfacción usuaria	Disminuir 30% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de centros de atención primaria Disminuir 30% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de urgencias

**FORTALECER LA RESPUESTA ADECUADA DEL SECTOR SALUD ANTE EMERGENCIAS,
DESASTRES Y EPIDEMIAS**

Tema	Objetivo	Meta
Emergencias, desastres y epidemias	Contar con planes aprobados y actualizados en Gestión Integral del Riesgo y Establecimientos de Salud Seguros	Aumentar a 90% la proporción de instituciones de salud * con planes de gestión integral del riesgo, aprobados y actualizados Aumentar en 30 hospitales el número de hospitales antiguos y nuevos acreditados con cumplimiento de norma de seguridad

3. Oferta de servicios o canasta de prestaciones:

Atención de profesionales: Médicos, Odontólogos, Enfermeras, Matronas, Nutricionistas, Psicólogos, Kinesiólogos de adulto y niños, Asistentes Sociales y Terapeuta Ocupacional.

A. Programa del Niño y Niña:

- Control de salud del niño sano desde recién nacido
- Atención bajo el Modelo de Chile Crece Contigo
- Evaluación del desarrollo psicomotor
- Control de mal nutrición
- Educación a grupos de riesgo
- Consulta nutricional
- Consulta de morbilidad
- Control de enfermedades Crónicas
- Consultas por déficit del desarrollo psicomotor
- Consultas de kinesiterapia respiratoria
- Medición de agudeza Visual
- Consultas de salud mental
- Programa de inmunización (PNI) y campañas de vacunación
- Programa Nacional de alimentación complementaria.
- Atención domiciliaria
- Curaciones simples y avanzadas

B. Programa de salud del Adolescente

- Control Sano
- Consulta de morbilidad
- Medición de agudeza Visual, fondo de ojo en pacientes diabéticos
- Control crónico
- Control prenatal
- Control de puerperio
- Control y consulta de regulación de fecundidad
- Consejería en Salud Sexual y Reproductiva
- Educaciones grupales
- Intervención psicosocial
- Consulta y/o consejería en salud mental
- Programa nacional de alimentación complementaria
- Atención domiciliaria
- Curaciones simples y avanzadas

C. 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.
- Educación grupal
- Consulta de morbilidad obstétrica
- Consulta de morbilidad ginecológica, toma de exámenes
- Consulta nutricional
- Atención domiciliaria
- Ecografía obstétrica de acuerdo a norma.
- Curaciones simples y avanzadas

D. Programa del Adulto

- Consulta de morbilidad
- Consulta y control de enfermedades crónicas
- Consulta nutricional
- Control de salud
- Medición de agudeza Visual, fondo de ojo en pacientes diabéticos
- Intervención psicosocial
- Consulta y/o Consejería en Salud Mental
- Educación Grupal
- Consulta Kinésica Respiratoria: aguda y Crónica (Sala ERA)
- Atención domiciliaria
- Atención podológica a pacientes diabéticos descompensados
- Intervención grupal de actividad física
- Curaciones simples y avanzadas
- Programa de vacunación si corresponde

E. Programa del Adulto Mayor

- Consulta de morbilidad
- Consulta y Control de enfermedades crónicas
- Consulta nutricional
- Control de salud
- Medición de agudeza Visual, fondo de ojo en pacientes diabéticos
- Intervención psicosocial
- Consulta de salud mental
- Educación grupal
- Consulta Kinésica Respiratoria: aguda y crónica (Sala ERA)
- Vacunación
- Atención domiciliaria
- Programa de Alimentación complementaria del adulto mayor
- Atención podológica a pacientes diabéticos descompensados
- Curaciones simples y avanzadas
- Entrega de órtesis o ayudas técnicas para mayores de 65 años.

F. Programa de Salud Oral

- Examen de salud
- Educación individual y grupal
- 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.
- Consultas y controles patologías GES

G. Actividades Generales asociadas a todos los Programas

- Educación Grupal
- Consejería familiar
- Visita Domiciliaria Integral
- Consulta Social
- Intervención Psicosocial
- Diagnóstico y control de TBC
- Toma de electrocardiograma a pacientes crónicos.
- Tratamiento inyectable y curaciones
- Entrega de medicamentos de canasta de atención primaria de salud
- Laboratorio Clínico
- Servicio de atención primaria de urgencia
- Cirugía menor

Actividades Comunitarias:

Estas actividades comunitarias se realizan en jardines infantiles, colegios, sedes vecinales, club de adultos mayores, recintos municipales, miniconsultorios, 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 como Centro de la comuna de Las Condes tiene convenio con varias Instituciones Educativas, siendo campo docente de varias carreras de la salud (medicina, enfermería, nutrición, terapia ocupacional, TENS dental, TENS enfermería) contribuyendo importantemente a la formación académica.

4. Programas Comunes

Para articular la gestión de políticas sociales en beneficio de la calidad de vida de los habitantes de la comuna, la Dirección de Salud realiza una serie de programas para mejorar la calidad de vida de nuestros vecinos y funcionarios. Destacan los siguientes:

- **Unidad de Calidad de Vida Laboral**

Esta Unidad surge el año 2014 con el objetivo de crear un buen clima laboral y de que cada uno de los funcionarios mejore su sensación de bienestar en el trabajo.

Aparecen entonces, tres conceptos que inspiran y orientan la construcción de estrategias locales en el tema: Felicidad, talentos y bienestar. Se pretende a la vez, invitar a las personas a romper la inercia de creer que la felicidad y bienestar laboral sólo dependen de la gestión de la organización y no de lo que puede hacer cada persona por generarla.

Es en este momento que la unidad decide implementar un modelo en que cada persona descubra sus principales cualidades y talentos, y la relación entre el uso o no uso de ellos con su nivel de bienestar y felicidad.

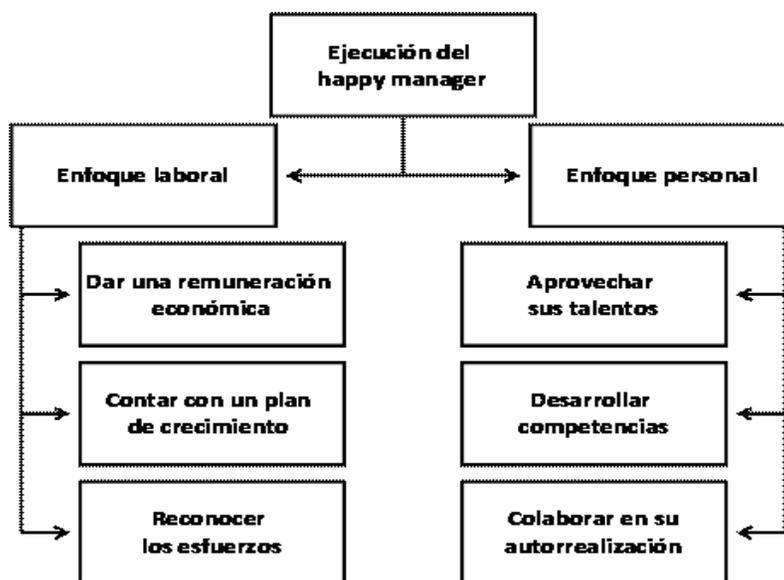
OBJETIVOS

- La organización fomentará y promoverá el desarrollo, bienestar y calidad de vida laboral, desde una perspectiva integral, de todas las personas que pertenecen a la institución.
- Promover y coordinar acciones que fomenten la felicidad 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.

Esta propuesta consta de cuatro pilares fundamentales:



Una decisión importante fue la ubicación estratégica de la Unidad dentro de la organización. A propósito de ser un proyecto novedoso e innovador, nos preocupamos de que no fuera asociado a estructuras ya existentes y vinculadas a un enfoque laboral (remuneraciones, plan de crecimiento y reconocimiento de los esfuerzos entre otros), sino que se asociara a un enfoque personal (aprovechar sus talentos, desarrollar competencias y colaborar en su autorrealización). Para hacer efectiva esta asociación es necesario relevar el rol de lo que podemos llamar el happy manager, en este caso, la directora de Salud.



METODOLOGÍA E IMPLEMENTACIÓN

Año 2014:

Primero: Adaptación de un instrumento y creación de materiales, asesorados por un diseñador gráfico externo, que permiten saber las principales cualidades y talentos de cada persona, expresados en nueve animalitos. Se define también a través de focus group la elección del logo de la Unidad.

En segundo lugar, se realiza un seminario a los funcionarios de Casa Central de la Corporación de Educación y Salud, que representan el centro de administración y gestión de toda la organización, con el objetivo de adelantar a los gestores y administradores del nivel central.

Al mismo tiempo, se realiza un taller con los directores locales formales del área salud, en la lógica de trabajar los pilares del liderazgo y participación.

En tercer lugar, se implementa una campaña masiva con tres objetivos. Dar a conocer en forma masiva la creación de la Unidad de Felicidad y Calidad de Vida Laboral, posicionar el rol del happy manager, y la aplicación y autocorrección del instrumento por los funcionarios de salud. La aplicación del instrumento permite que cada persona descubra en sí qué animalito lo representa mejor, y al mismo tiempo, los principales talentos asociados, lo que

llamamos Lado A. Cabe mencionar que para la implementación de la campaña se privilegió una metodología cualitativa experiencial, que contó con el apoyo externo de un equipo consultor de actores y artistas, que otorgan un ambiente positivo y lúdico propicio para la entrega de los contenidos y la realización de las actividades. En este sentido, se incluye la participación de una mimo con una violinista para la entrega de material y la realización de una intervención teatral como cierre e integración de todos los contenidos de esta primera etapa.

Año 2015:

En el segundo año de trabajo, se hace énfasis en profundizar respecto de qué ocurre con los talentos de cada uno en condiciones de estrés y su posible manejo. Se realizó un taller experiencial que incluyó la metodología de coaching con caballos para los directores del área. Esta actividad pretendió adelantar los contenidos a tratar con los líderes formales.

Por otra parte, durante el primer semestre se realiza un trabajo centrado en el pilar de la participación, con el comité consultivo, constituido por líderes locales informales, el que busca fortalecer el trabajo en red de la Unidad y tener una mayor cercanía con los beneficiarios finales de las distintas acciones. Esta cercanía se refuerza con la creación de un boletín bimensual de distribución masiva el que pretende mantener una constancia en la comunicación de los contenidos trabajados.

Este año de trabajo termina con la implementación de la segunda campaña masiva, que tuvo el objetivo de dar a conocer qué ocurre con cada persona y sus talentos en condiciones de estrés y alternativas de manejo, lo que llamamos Lado B. Se mantuvo la misma metodología de la campaña 2014 (cualitativa experiencial, facilitadora de un ambiente positivo y lúdico) al igual que el equipo de apoyo externo.

Finalmente, se presenta a la directora del SSMO, al encargado de calidad de vida laboral del mismo servicio y a su equipo, el modelo, la metodología y las actividades realizadas en esta corporación. De esta presentación surge la validación técnica del trabajo de nuestra unidad y la solicitud de replicar el modelo presentado en diversas unidades que conforman el SSMO.

Año 2016:

Se realizó un trabajo directo en pequeños grupos, con el objetivo central de integrar y aplicar los contenidos revisados en los años anteriores.

Actividades:

- Realización de talleres grupales teórico-práctico-experienciales a los funcionarios de los Centros de Salud de toda la red de Las Condes, lo que incluye directivos, jefaturas y funcionarios, con sesiones grupales e individuales.
- Ampliación y capacitación del comité consultivo de la Unidad de Felicidad y Calidad de Vida laboral.
- Intervenciones periódicas dentro de las reuniones programadas por los equipos de los distintos establecimientos de salud, orientadas al autocuidado.
- Elaboración y entrega de material de apoyo bimensual tipo boletín a todos los funcionarios de la red de salud.
- Implementación de la tercera campaña masiva de calidad de vida laboral orientada a la entrega de herramientas concretas de manejo del estrés y bienestar personal de acuerdo al tipo de personalidad de cada persona.
- Se concreta en marzo de 2016 una alianza técnica con el SSMO con la intención de replicar este modelo con la asesoría directa de esta unidad.
- Realización del Primer Encuentro Intercomunal de Calidad de Vida Laboral Zona Oriente.

Año 2017-2018:

En este período coinciden dos situaciones; la primera es pasar del nivel de conocimiento y autogestión de recursos a nivel personal, al poder avanzar al nivel interaccional entre los distintos animalitos en el Modelo de Calidad de Vida Laboral.

La segunda situación, es que se nos pide una propuesta para abordar la temática del Buen Trato Laboral. Decidimos empalmar ambos niveles señalados en el párrafo anterior, bajo el mismo Modelo de trabajo, siendo esta etapa proyectada y programada para realizarse en dos años.



Se agrega un nuevo objetivo:

- Formar parte del comité de Buen Trato, con el objetivo de facilitar las condiciones de sensibilización necesarias para llevar a cabo acciones tendientes hacia la construcción de relaciones saludables.

Actividades:

En las etapas anteriores cada persona ha descubierto cuál es su animalito, su lado A, su lado B, y la integración AB. Luego, nos especializamos y profundizamos en cada animalito (nivel individual).

Ahora destacaremos la importancia de la interacción entre los animales, considerando la diversidad como un valor en sí mismo, ya que en cada animalito encontraremos herramientas particulares de manejo de estrés para facilitar comportamientos de autocuidado y buen trato. Se busca relevar la interacción entre animalitos (equilibrio interdependiente), es decir: ¿de qué animal aprendo?, ¿a qué animal le enseño?

- Realización de boletín “El Cegatón”, en donde comunicamos el cambio de etapa y estrategia, señalado en el párrafo anterior.
- Actualización del Censo Animalístico local de los funcionarios de esta organización en conjunto con el Comité Consultivo.
- Programación de la “Semana de cada animalito”. En cada semana se identifica a cada persona y su animalito, se le entrega una chapita con su animal con la intención que la use esa semana, se reconozcan entre sí y se diferencien de los otros animales.
- Al mismo tiempo se anuncia localmente a través de un afiche, el inicio de la Semana de cada animalito, se explicita cuántos de esos animalitos hay y se invita a buscarlos.
- Diseño e implementación de actividad grupal de salón con metodología experiencial de 45 minutos, para cada grupo de animalito según su semana. El objetivo es descubrir la importancia de la relación entre los animales (sana interdependencia), en el sentido de comprender de qué animal aprendo y a qué animal le enseño.
- Diseño y entrega de material de apoyo (set de 9 cartas una por animal y folleto explicativo) para comprender la importancia que juega el aprender de otro animalito, la forma de armonizar mi estado de estrés y a la vez, la enseñanza que puedo hacer a otro animal en la construcción de su bienestar. Al finalizar el ciclo, cada persona tendrá las 9 cartas del sistema y la interacción de todos los animalitos (Proyecto Fauna).

- Entrega de tarjetas pendrives corporativas interactivas a cada funcionario, con el material y temáticas trabajadas desde el año 2014 al 2018, que permita a cada persona acceder a una actualización completa del modelo de calidad de vida laboral y buen trato. Se busca la transferencia y libre acceso al material íntegro hasta aquí trabajado. De esta forma, se pretende también destacar el trabajo realizado en este período como modelo de gestión organizacional en calidad de vida laboral durante esta administración.
- Realización del Segundo Encuentro Intercomunal de Calidad de Vida Laboral Zona Oriente.

Año 2019:

A partir del cierre de un ciclo de formación y capacitación desarrollado entre el 2014 y 2018, damos paso a la implementación de un proyecto que pone énfasis en las aplicaciones prácticas del modelo de calidad de vida laboral.

Para esto, los objetivos y actividades del año 2019, están centrados en el cruce de los temas calidad de vida laboral y buen trato. Se han creado materiales nuevos, una estrategia metodológica basada en “jugar en serio” y un proyecto llamado “El Cahuín en la Fauna”. ¿Cómo lo haremos? A través de Fauna Eneagrama.

Fauna Eneagrama es un juego que estamos creando basado en el Eneagrama de la Personalidad para saber qué animal se es y descubrir la fauna que nos rodea. Consta de 43 cartas (27 de animales y sus características, 9 de rompecabezas y 7 comodines), instrucciones de uso y un test que permite iniciar este juego.

Un objetivo importante de este es que podamos avanzar hacia la valoración de la diversidad a la cual pertenecemos y atreverse a vivir la vida desde el animal que somos. Entendemos el buen trato como la base sobre la cual construir climas laborales positivos y facilitadores de relaciones más equilibradas y sanas.

Junto con mantener los objetivos de los años anteriores y las actividades pertinentes para esto, en términos de mantener actualizados los contenidos y realizar intervenciones específicas en los distintos equipos de trabajo, este año agregamos además lo siguiente:

Objetivos

- Realizar talleres grupales para todos los funcionarios de los CESFAM Apoquindo y Aníbal Ariztía en la temática calidad de vida laboral y buen trato.
- Ampliar el comité consultivo de la Unidad de Calidad de Vida Laboral y capacitar a los integrantes para la realización de los talleres mencionados.
- Definir e imprimir el juego Fauna Eneagrama como material de apoyo central en la implementación del proyecto 2019.
- Crear y entregar material trimestral de apoyo a las acciones de calidad de vida laboral y buen trato.
- Realizar el 3er Encuentro Intercomunal de Calidad de Vida Laboral Las Condes.

Actividades

- Talleres grupales para seis personas con una duración de tres sesiones de una hora cada una para todos los funcionarios de los CESFAM.
- Elegir y capacitar al menos seis funcionarios para que puedan replicar los talleres señalados.
- Diseñar y concretar la impresión del juego Fauna Eneagrama.
- Diseñar y entregar nuevo material de apoyo a las actividades del año.
- Realización de intervenciones específicas en los distintos equipos de trabajo según se requiera.

- 3er Encuentro Intercomunal de Calidad de Vida Laboral Las Condes.

- **Plan de Promoción de Salud**

En el ámbito de la Promoción de la Salud, se trabajó durante el año 2018, en base al Plan Trienal de Promoción de la Salud (2016-2018), que incluyó básicamente actividades de continuidad en los componentes de Alimentación Saludable y Actividad Física, permitiendo así intervenciones con resultados en el corto y mediano plazo, trabajando con la comunidad escolar, organizaciones sociales y usuarios de los centros de salud.



En el marco de las orientaciones entregadas por el Seremi, se mantuvo el trabajo de participación social, este año, a través de un Diagnóstico Participativo, en coordinación con el Depto. Del Adulto Mayor de la Municipalidad y colegios de la comuna, convocando a líderes de la comunidad y centros de padres, en torno a la reflexión y discusión de la responsabilidad que ellos tienen en su propia salud y la de los demás.

Recogiendo los resultados del trabajo realizado con los vecinos (Juntas de Vecinos, Consejos Consultivos y otras Organizaciones Comunitarias) el año pasado, y respondiendo a sus propuestas, este año se dio continuidad a los talleres de capacitación para ellos, con el propósito de potenciar competencias relacionadas con la participación y liderazgo, fortaleciendo sobre todo, el rol de los consejos consultivos de los Cesfam Dr. Aníbal Ariztía y Apoquindo.

En cuanto al componente de Actividad Física, se continuó con el taller de senderismo, dirigido solo a los usuarios del CESFAM Aníbal Ariztía, fortaleciendo el vínculo con los Cesfam y potenciando el autocuidado.

Una de las iniciativas de este año, del grupo “Corazón Solidario”, fue la creación de un huerto urbano, en dependencias del Cesfam Dr. Aníbal Aríztiá, aportando a la cultura del reciclaje y auto-sustentabilidad, involucrando tanto a usuarios como funcionarios del centro de salud.



Se espera, de acuerdo a las orientaciones que entregue la Seremi de Salud, participar de un nuevo plan trienal (2019-2021), involucrando a las familias desde los colegios y centros de salud, abordando problemáticas que afectan la calidad de vida de las personas, y que hoy representan los principales problemas de salud pública del país.

- **Programa Integrado de Salud Escolar:**

El Programa Integrado de Salud Escolar tiene como objetivo evaluar el estado de salud de los alumnos, con el propósito de contribuir a mejorar la

calidad de vida de los niños de los seis colegios municipales y cinco colegios particulares subvencionados de Las Condes.

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

La coordinación del PISE abarca simultáneamente estas tres especialidades, en las siguientes etapas consecutivas:

- Pesquisa de casos nuevos a cargo de los profesores de los colegios (coordinadores de salud) con la colaboración de las Técnicas Paramédicas de los colegios, orientada principalmente a la enseñanza pre-básica y básica **con una matrícula total de 7.628** alumnos.
- Pre diagnóstico: con un total de **1.274** alumnos, evaluados y derivados este año por profesionales paramédicos Junaeb, en agudeza visual (421), auditiva (590) y columna (263).
- Atención de especialistas Junaeb en Oftalmología, Otorrino y Traumatología, a los casos derivados y controles, con un total de **275** alumnos, tanto de enseñanza básica como de media.

Los beneficiarios **del examen de salud** son los escolares de 1º, 4º y alumnos nuevos de enseñanza básica, con una cobertura de 94% (**1.240 alumnos examinados**), quienes fueron examinados por una doctora contratada específicamente para el programa, y de los cuales fueron derivados el **73%**. Del total de las derivaciones, el **26%** fueron a nutricionista y el **42%** a dental, pudiendo un alumno presentar una o más alteraciones.

En el ámbito de la atención de **Primeros Auxilios** que brindan las **Técnicos Paramédicos en siete colegios (6 municipales y un concesionado)**, a escolares que sufren algún accidente en el establecimiento o de trayecto, quedaron equipadas las enfermerías con Desfibriladores Externos Automáticos (DEA) y

maniqués, con el propósito de realizar talleres prácticos de entrenamiento en RCP y uso de DEA, dirigidos a toda la comunidad escolar.

- **Entrega de Medicamentos a Domicilio**

En el mes de agosto del 2018 se inauguró un programa comunal, cuyo objetivo principal es brindar una atención farmacológica completa a los pacientes postrados, los que incluye fármacovigilancia y educación a los cuidadores. Este equipo está compuesto por una químico farmacéutico y una Técnico de Nivel Superior (TENS) de farmacia.



- **Toma de Muestras en Domicilio**

Desde septiembre del año 2018 comenzó un programa comunal, cuyo propósito es tomar muestras de exámenes en sus respectivos domicilios.

Este equipo está compuesto por un tecnólogo médico y una TENS de laboratorio.

- **Sonriámosle a la Vejez**

Este programa consiste en la colocación de prótesis dentales a 350 adultos mayores que lo requieren, tras una atención en la Unidad Odontológica del Cefsam Dr. Aníbal Ariztía.

- **Programa dental móvil:**

Este programa se creó para acercar la atención odontológica a la población infantil de la comuna. Para ese contexto, la Dirección de Salud cuenta con

clínicas dentales móviles en los colegios para realizar atenciones de diagnóstico y tratamiento a los alumnos de 6 y 12 años, así como de III y IV medios de los colegios municipales.

- **Aumento de Cobertura de atención a Postrados:**

Este programa tiene por objetivo principal entregar atención integral en domicilios a pacientes postrados.

El año 2018 se agregó un nuevo equipo a cada CESFAM incluyendo un kinesiólogo. Así, cada centro cuenta con dos equipos multidisciplinario para atender a estos pacientes.

- **Aumento de Cobertura a Programa de Teledermatología:**

Programa desarrollado en los Centros de Salud comunales, que busca dar mayor resolutiveidad a las patologías dermatológicas. A través del sistema web, se envían fotos de las lesiones dermatológicas de los usuarios a especialistas del Hospital El Salvador, quienes indican el tratamiento respectivo.

El CESFAM Dr. Aníbal Ariztía, en tanto, cuenta con un médico general que recibe las derivaciones y resuelve tratamiento en el establecimiento o derivación al Hospital El Salvador, mediante el procedimiento antes señalado.

5. Centros de Salud

El sistema de atención primaria de la comuna cuenta con dos Centros de Salud: el Centro de Salud Familiar Apoquindo y el Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía, además de un SAPU que opera en la comuna:

5.1 Centro de Salud Apoquindo:

El Centro de Salud Familiar Apoquindo es uno de los dos centros de Atención Primaria de Salud de la comuna que dependen de la Corporación Municipal de Educación y Salud de las Condes.

Es un Centro Asistencial-Docente que entrega atención de salud en el marco del Modelo de Atención de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario el cual se define como: “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”.



Se basa en tres principios fundamentales que son:

- Centrado en las personas
- Integralidad de la atención y
- Continuidad del cuidado

De acuerdo a los principios del Modelo el CESFAM realiza acciones que están orientadas a proporcionar a los individuos, familia y 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 calidad, con equipos de cabecera multiprofesionales, cercanos a la personas y la comunidad.

Existe suficiente evidencia para sostener que un sistema de salud centrado en la atención primaria es la mejor manera de poner en práctica estos principios y constituye una estrategia apropiada para avanzar hacia un sistema más efectivo y equitativo (Macinko et al., 2003 y Starfield, 1992).

Los países que tienen una atención primaria fuerte en general exhiben una mejor situación de salud y un menor gasto en este rubro (Starfield, 1992)

Basándose en todas las evidencias, es que el Ministerio de Salud ha seguido fomentando este modelo, donde se deja atrás un sistema de salud jerárquico y centrado en la atención hospitalaria, para dar paso a otro donde la organización está definida por redes asistenciales de atención, donde el usuario transita por los distintos niveles o nodos y se encuentra en el centro de las acciones haciéndose corresponsable de cuidado de su salud, que significa transferir al paciente y a su familia las competencias que les permitan hacerse cargo del cuidado de su salud.

Dentro de la comuna el CESFAM Apoquindo cuenta con una red de apoyo pública (Laboratorio Comunal y COSAM) y privada (Centro de Imágenes Las Condes, Centro de Rehabilitación kinesiológico RAM, Centro de Especialidades Odontológicas y Nueva Clínica Cordillera). Al mismo tiempo está inserto en la red asistencial del área oriente (SSMO): Hospital del Salvador, Hospital Luis Calvo Mackenna, Hospital Luis Tisné, CRS Cordillera Oriente, Instituto de Neurocirugía, Instituto Nacional de Geriátría, Instituto de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica (INERyCT), algunos de los cuales son centros de referencia nacional.

La Misión está definida de la siguiente forma:

“El Centro de Salud entrega 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 tal forma que se sientan partícipes en el logro de una mejor calidad de vida, para ellos, sus familias y sus vecinos.”

Y la Visión:

“Somos un Centro de Salud modelo, acogemos 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.”

Factores Condicionantes en Salud

Población: Su población de acuerdo al último censo es de 294.838 Se muestra en la siguiente tabla la variación en los últimos años:

	CENSO 2002	CENSO 2012	CENSO 2017
TOTAL	246.474	282.972	294.838
HOMBRES	107.497	130.856	135.917
MUJERES	138.977	152.386	158.921

Al igual que la comuna de Las Condes y que el resto del país, la población beneficiaria del CESFAM Apoquindo tiende a seguir la curva de población en periodo de transición epidemiológica, con disminución de la población menor a 15 años y aumento de la población mayor de 60 años.

Su población inscrita validada es de 26.237, que continúa mostrando tendencia a un progresivo aumento de la proporción de adultos mayores de 65 años, que alcanza actualmente el 34,7% del total (Tabla N° 2), de los cuales un 38% son adultos mayores de 80 años.

POBLACIÓN VALIDADA CESFAM APOQUINDO 2018			
Edades	Masculino	Femenino	Total
0 a 19 años	1438	1408	2846
20 a 44 años	2006	4255	6261
45 a 64 años	1965	6055	8020
65 y más años	2749	6361	9110
TOTAL	8158	18079	26237

El perfil epidemiológico con esta población mayoritariamente de adultos mayores, hace que gran parte de nuestras acciones se oriente a este grupo etario, favoreciendo las actividades que promueven la mantención de la funcionalidad y la compensación de las patologías crónicas de estos usuarios: realización de EMPAM (examen de medicina preventiva del adulto mayor) periódico, control de crónicos, visitas de postrados, gestión de demanda, reuniones interdisciplinarias, etc., sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud de la Atención Primaria de Salud, pilares fundamentales de su quehacer. Asimismo, se realizan atenciones a lo largo de todo el ciclo vital con énfasis en los grupos prioritarios definidos por el MINSAL y por la Ley GES.



Esta característica de la población beneficiaria, determina una tasa de consultas mayor al de la población general.

En la siguiente tabla se muestra el porcentaje de inscritos según previsión:

Previsión	% beneficiarios
FONASA A	15,53%
FONASA B	39,24%
FONASA C	16,21%
FONASA D	26,32%
PRAIS	2,70%
TOTAL	100%

Situación de Salud

Las estadísticas en salud constituyen una valiosa fuente de información en todos los niveles de atención, y son fundamentales para la formulación, monitoreo y evaluación de los planes y políticas de salud y la toma de decisiones.

Es así que, a la luz de estos datos estadísticos, el CESFAM puede orientar sus acciones teniendo en cuenta su perfil epidemiológico. Su realidad como CESFAM, no está ajena a la realidad nacional. Debe enfrentar los desafíos que impone la mayor expectativa de vida, adultos mayores que por encarecimiento de planes de salud privado, se traspasan al sistema público, aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, mal nutrición por exceso y lo que se ha hecho más evidente desde fines del año pasado, el aumento sostenido de población migrante inscrita.

Política de Salud

La política de Salud de la comuna es el reflejo del desarrollo social del gobierno comunal y a su vez coherente con las orientaciones programáticas del Ministerio de Salud, de acuerdo a los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020, enfatizando en profundizar el desarrollo del Modelo de atención integral de salud con enfoque familiar y comunitario.

Los Objetivos Estratégicos para la década 2011 – 2020 planteados por el MINSAL:

1. Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a bajar su impacto social y económico.
2. Reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismo.
3. Reducir los factores de riesgo asociados a carga de enfermedad a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludable
4. Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital.
5. Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos en la salud.
6. Proteger la Salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de la inocuidad de los alimentos.
7. Fortalecer la institucionalidad del sector salud.
8. Mejorar la calidad de la atención en salud en un marco de respeto de los derechos de las personas.
9. Fortalecer la respuesta adecuada del sector salud ante emergencias, desastres y epidemias

Uno de los ámbitos relevantes en la Política de Salud se relaciona con la satisfacción usuaria de los vecinos. En este contexto, en la comuna se evalúa periódicamente el respeto a los derechos y deberes, satisfacción de los servicios otorgados, monitoreo permanente y mejoramiento de la capacidad de respuesta a las demandas de la población con instrumentos estandarizados a través de la Oficina de informaciones, reclamos y sugerencias (OIRS) del Centro. Además anualmente se aplica en encuesta por empresa externa para

evaluar la satisfacción usuaria, logrando este año un 99% de satisfacción usuaria.

Evaluación de lo Realizado

El Plan de Salud 2019 del CESFAM Apoquindo se basa al igual que en los últimos años, principalmente en base a las Metas Sanitarias e Índices de Actividad de Atención Primaria de Salud (IAAPS). Éstas incluyen dar todas las prestaciones que la Ley GES establece para la atención primaria y realizar las derivaciones pertinentes a las diferentes especialidades según corresponda. A octubre el cumplimiento de las metas e índices se encuentran cerca del 90% promedio lo que refleja en trabajo y esfuerzo continuo de los equipos en su totalidad. En patologías GES correspondientes a atención primaria, se da respuesta y cumplimiento a las garantías en un 100%.

En la siguiente tabla se muestra una parte de las actividades realizadas durante el año, que corresponden sólo a actividades clínicas:

Atenciones y procedimientos clínicos CESFAM Apoquindo:

ATENCIONES Y PROCEDIMIENTOS CLINICOS 2018

Tipo de atenciones	Nº atenciones*
Atenciones médicas	37.807
Atenciones por enfermera	12.169
Atenciones matrona	11.567
Atenciones nutricionista	5.103
Atenciones odontólogo	19.432
Atenciones psicólogo	4.049
Atenciones kinesiólogo	1.915
Procedimientos clínicos	50.244
Visita domiciliaria integral	2.059
Procedimientos clínicos en domicilio	2.087

***Datos enero a septiembre proyectados a diciembre 2018**

Promoción:

El Plan de Promoción de la Salud del CESFAM Apoquindo se enmarca en el Plan de Promoción Comunal, y se basa en los problemas detectados en los Diagnósticos Participativos que se realizan trienalmente con las organizaciones e instituciones de la comuna. Los componentes abordados consideran el ámbito comunal, laboral y educacional, en donde se interviene con el objetivo de educar respecto a estilos de vida saludables.

El CESFAM Apoquindo realiza actividades vinculadas a la celebración de hitos comunicacionales relacionados con Promoción de la Salud, donde se generan intervenciones educativas en la sala de espera y otros espacios del centro de salud, así mismo estas intervenciones se realizan según las demandas de la comunidad en los espacios brindados por las organizaciones sociales.

Dentro del componente laboral, se realizan talleres de actividad física a funcionarios. En el ámbito educacional, se realizan talleres de adolescencia y autocuidado con los colegios vinculados al territorio del CESFAM. En estas instancias el equipo de salud educa acerca de temas de interés, con el objetivo de promover el autocuidado de los y las adolescentes y tomar conciencia de la importancia de integrar estilos de vida saludables para mejorar su calidad de vida.

Participación Social:

El Plan de Participación Social del CESFAM Apoquindo pretende reforzar la identidad territorial de nuestras organizaciones sociales, fortaleciendo los vínculos entre el sector salud y la comunidad, comprendiendo la salud en su integralidad y desde la mirada que nos entregan las determinantes sociales.

La participación social como herramienta de solución de los problemas locales se vincula con el trabajo que anualmente desarrolla nuestro Consejo de Desarrollo Local, cuyo plan tiene por objetivo su fortalecimiento como una instancia de participación que promueve y colabora con las mejoras del centro de salud, beneficiando a la comunidad y a sus funcionarios. Con este fin, los

consejeros se reúnen permanentemente para formar parte de talleres y acordar formas de solucionar las demandas de los usuarios. De la misma manera, forman parte de las actividades destinadas a informar a la comunidad acerca del funcionamiento de la red de salud.

El Plan de Participación Social se vincula también a las acciones destinadas a mejorar la satisfacción usuaria, considerando la realización de capacitaciones a los funcionarios y reforzando los protocolos de atención.

Toma de muestra:

El Centro de Salud Apoquindo cuenta con Sala Externa de Toma de Muestras con dependencia técnica del Laboratorio Clínico CESFAM Dr. Aníbal Ariztía, el que en los últimos años ha experimentado la llegada de grandes avances tecnológicos y que ha permitido una notable automatización de los procesos analíticos y es así como el procesamiento de las muestras se encuentra ampliamente estandarizado y controlado.

Este servicio incluye diferentes etapas: procedimientos de recepción de pacientes, procedimiento de toma de muestras, procedimiento de manejo de muestras y procedimiento de derivación de exámenes al laboratorio clínico.

Durante el 2017 y comienzos del 2018 en el afán de otorgar una atención más eficiente, se mejoró la infraestructura, se aumentó la dotación de funcionarios de la unidad y además se instaló un tótem dispensador de números que optimizó la gestión de demanda a primera hora del día, facilitando una entrega más expedita y ordenada. Además existe una atención preferencial para adultos mayores de 90 años, niños hasta tres años, personas con capacidades diferentes y todos aquellos casos que por situación social o circunstancias especiales sean autorizados por la jefatura de la unidad.

Además este año el laboratorio comunal inició el proyecto "Me lo tomo en casa", el cual está destinado a la toma de exámenes en domicilio para los pacientes frágiles de nuestra comuna, para lo cual existe una coordinación eficiente con el equipo de este proyecto para la toma de exámenes de pacientes, lo que se suma a la ya existente toma de exámenes en domicilio a pacientes postrados del CESFAM Apoquindo.

La unidad de Toma de Muestras cuenta con personal altamente capacitado que se rige por instrucciones estandarizadas y controladas lo que tiene un impacto directo para asegurar la calidad de los resultados de un laboratorio.

Durante este año 2018 al mes de septiembre, en la Toma de muestras se han atendido un total de 14.077 pacientes:

**TOMA DE MUESTRA CESFAM
APOQUINDO**

2018	N° de pacientes atendidos
Enero	1.382
Febrero	1.391
Marzo	1.360
Abril	1.638
Mayo	1.348
Junio	1.312
Julio	1.358
Agosto	1.278
Septiembre	1.432
Octubre	1.578
Total	14.077

Programa de Atención Domiciliaria:

El Programa de Atención Domiciliaria a personas con dependencia severa tiene como propósito mejorar la calidad de vida de los pacientes dependientes, de sus familias y cuidadores. Para lograrlo, se ejecutan actividades derivadas del nivel promocional, preventivo y de rehabilitación, aplicando el modelo de atención integral de salud con un enfoque familiar y comunitario.

Este programa nace como una estrategia de atención en salud que pretende resguardar el derecho de las personas dependientes a tener acceso

oportuno a una atención de calidad, asegurando el seguimiento y acompañamiento que sus beneficiarios necesitan.

El CESFAM Apoquindo cuenta con una población estimada de 317 pacientes en el programa de dependencia severa. Se ha visto un aumento en la demanda de incorporación al programa, lo cual a su vez, es reflejo del envejecimiento poblacional y de una mayor esperanza de vida. Conscientes de las repercusiones que implica tener un miembro de la familia con discapacidad y de la alta demanda de atenciones que se requieren, es que a mediados de este año el CESFAM cuenta con un segundo equipo de atención domiciliaria, el cual es altamente calificado y multidisciplinario compuesto por Médico, Enfermera, Kinesióloga y Técnico de nivel superior en Enfermería.

Dentro de las prestaciones que se otorgan se encuentran: Visitas de morbilidad, controles crónicos, atención nutricional, Asistente social, Visita por psicólogo a cuidador con sobrecarga intensa, procedimientos de enfermería tales como toma de muestras de sangre y orina, baciloscopías, instalación de sondas y accesos subcutáneos, curación avanzada e inmunizaciones y entrega de órtesis.

Además, desde el segundo semestre de este año se cuenta con el programa comunal de entrega de medicamentos en domicilio para pacientes postrados. Esta labor la realiza un Químico Farmacéutico que entrega además educación y orientación farmacéutica con el fin de mejorar la adherencia a los tratamientos farmacológicos.

El programa busca empoderar al cuidador (familiar o cuidador externo) para que pueda desarrollar su labor de la mejor manera para así velar por el bienestar del paciente y reforzar el auto cuidado de quien cumple este rol. El CESFAM Apoquindo realiza capacitaciones



multidisciplinarias a los cuidadores de los pacientes beneficiarios, de esta manera se persigue entregar herramientas fundamentales para otorgar cuidados de calidad y evitar la sobre carga del cuidador.

Por último, mencionar que la intersectorialidad es un elemento clave y que está presente en el desarrollo del programa, ya que permite abordar de manera integral las diversas problemáticas de los usuarios, no sólo desde el aspecto salud sino que también desde otros sectores. Un claro ejemplo de ello es la coordinación permanente con las unidades de alivio del dolor y cuidados paliativos de la red, el trabajo con el Ministerio de Desarrollo Social en lo referente al pago de estipendio a cuidadores y con la Municipalidad a través de algunos beneficios municipales.

Programa Nacional de Inmunizaciones:

El Programa Nacional de Inmunizaciones(PNI) que define el Ministerio de Salud, posee un enfoque integral y tiene como objetivo prevenir morbilidad, discapacidad y muertes secundarias a lo largo de todo el ciclo vital, así como también persigue eliminar y erradicar enfermedades inmunoprevenibles.

Las vacunas son medicamentos biológicos que aplicados a personas sanas provocan la generación de defensas (anticuerpos) que actúan protegiendo ante el contacto con los agentes infecciosos contra los que se vacunan, evitando la infección o la enfermedad.

Las vacunas benefician tanto a las personas vacunadas como a las personas no vacunadas y susceptibles que viven en su entorno. De ahí la importancia de alcanzar las mayores coberturas posibles. Las metas de cobertura que se proponen para las vacunas definidas en el PNI son de 95%.

Como estrategia para lograr este objetivo se realizan actividades intramurales y extramurales. En el caso de estas últimas se han creado alianzas estratégicas de cooperación con diferentes instituciones para acceder a la población objetivo, tales como: salas cunas, jardines infantiles, colegios, residencias para el adulto mayor y organizaciones comunitarias con un trabajo previamente planificado y analizado.

Además de la vacunación establecida por programa, existen durante el año campañas de vacunación contra enfermedades en forma específica. Durante el 2018 la campaña contra la influenza fue particularmente mayor en la demanda comparada con otros años, especialmente al inicio, lo que demandó una capacidad de respuesta inmediata y reforzamientos de puntos de vacunación, tanto con personal técnico como de infraestructura y soporte tecnológico (registro inmediato en plataforma on line del vacunas RNI).

Atención Odontológica:

Durante el año 2018 se ha logrado reducir de manera importante el tiempo de espera para la obtención de atención dental en personas adultas debido al aumento de horas de atención dental. El tiempo estimado es menos de 2 meses, esto ha significado un gran logro considerando que a fines del año 2017 la espera era de 12 meses aproximadamente. A principios de este año existía casi el triple de pacientes de los que actualmente están en espera.

Por otra parte, este año se ha puesto en marcha la atención dental del miniconsultorio “Los Dominicos” acercando la atención dental a la comunidad y ha sido un gran apoyo para reducir la lista de espera dental de adultos.



Otro logro importante, es la implementación del Programa de Prótesis Dental Removible Comunal cuya finalidad es reducir la espera de los pacientes

de Las Condes para esta especialidad. Hasta la fecha (octubre) se han beneficiado alrededor de 40 pacientes quienes no solo han mejorado su salud bucal, sino también su calidad de vida.

Con respecto al cumplimiento de programas ministeriales, el CESFAM ha logrado cumplir a cabalidad los programas de: atención niños seis y 12 años, menores de tres años (Programa CERO), atención en colegios y programa Sembrando Sonrisas, embarazadas y pacientes de 60 años.

Para el próximo año, esperamos dar continuidad a los programas mencionados anteriormente y continuar con atención dental para pacientes con dependencia severa.

Calidad:

El CESFAM Apoquindo considera dentro de su política de salud como un eje prioritario, la calidad de la atención. Se mantienen los conceptos de mejora continua y seguridad de los procesos asistenciales, de apoyo clínico y administrativo, que permite satisfacer las necesidades del usuario en cada momento, con un servicio eficiente, efectivo y eficaz, que garantiza su seguridad, entregando un trato digno y sin discriminación.

Durante el 2017 se logró la reacreditación del CESFAM por parte de la Superintendencia de salud, a través de la Resolución exenta N°1410 del 21 de agosto de 2017.

Con la reacreditación se reafirma el compromiso con la calidad como sello del quehacer del CESFAM Apoquindo, y durante el 2018 se sigue con los procesos mejora continua que garantice la seguridad de las prestaciones a los usuarios.

Durante el mes de agosto se realizó nueva fiscalización de la mantención de la acreditación por parte de la Superintendencia, manteniendo el estándar de acreditación en un 100% las características obligatorias.

Resolutividad:

Acceder a una atención de especialidad es una de las necesidades más sentidas de la población. El acceso oportuno, de calidad, digno y resolutivo es una de las mayores preocupaciones de las autoridades en salud. Para dar respuesta a esta necesidad es imposible resolverla en forma fragmentada. Requiere la participación de toda la red asistencial con estrategias tanto en el ámbito de la gestión de demanda, gestión financiera, capacitación de los equipos y uso de nuevas tecnologías.

Es así como durante el 2018 se continúa con las acciones de resolución de listas de espera en coordinación con el Departamento de procesos asistenciales en red del SSMO y los Hospitales de la red oriente.

Se realizaron operativos de resolución de lista de espera de especialidades coordinadas con el Hospital Salvador, como instancias de trabajo conjunto como la telecardiología, atenciones de traumatología y también consultorías de especialistas en la atención primaria (geriatria, psiquiatria). Se continúa con capacitaciones a los equipos a través de videoconferencias, lo que facilita el acceso y aumenta la cobertura.

Adicionalmente en la comuna, a través del programa de resolutividad en convenio, se realizaron operativos de especialidad otorrino, atenciones de cirugía menor, atenciones oftalmológicas para adultos jóvenes y procedimientos de endoscopia digestiva alta.

Además se mantiene la labor del médico gestor a través del cual, se busca agilizar la asignación de horas en los casos de usuarios cuya patología requiere una atención prioritaria.

En el mismo contexto, la labor de la unidad de referencia-contrarreferencia del CESFAM ha sido fundamental en la articulación de todo lo anterior, ubicando y rescatando a los usuarios, para así evitar la pérdida de horas de especialistas y su mejor provecho.

Recursos Humanos, Financieros y Materiales

El Centro de Salud tiene un presupuesto asignado con recursos económicos aportados tanto por el nivel central Ministerio de Salud, a través de sistema per cápita y convenios, como del aporte Municipal.

Dentro de los recursos financieros, uno de los ítems más importantes es el de recursos humanos. Cada año se determina la dotación con la cual se llevan a cabo las acciones y actividades programadas. Se destaca que durante el 2018 de aumentaron horas profesionales médicas, de enfermera y kinesióloga y horas de técnico de enfermería para reforzar la atención de programa domiciliarios de postrados así como también para el 2019 se aumentaron las horas de profesional psicólogo para dar respuesta a demanda de patologías de salud mental.

La dotación del CESFAM para el año 2019 es la siguiente:

DOTACIÓN 2019 CESFAM APOQUINDO		
CATEGORÍA	N° cargos	Horas Totales Contratadas
A	34	1.136
B	28	1.188
C	36	1.584
D	9	396
E	20	858
F	6	264
TOTAL	133	5.426

Los funcionarios están sectorizados y distribuidos en dos sectores definidos por criterio geográfico y en unidades transversales (profesionales, botiquín de farmacia, OIRS, Interconsulta, SOME, unidades de apoyo clínico, bodega de alimentos).

El CESFAM cuenta con cinco vehículos para realizar actividades en terreno como visitas domiciliarias, actividades con organizaciones

comunitarias, campañas de vacunación, rescates domiciliarios y coordinación con los diferentes niveles de la red. Además existe un servicio externalizado de ambulancias.

Innovación tecnológica

Es necesario aprovechar las tecnologías de comunicación para mantener el contacto permanente entre las personas, sus familias y los equipos de cabecera. El uso del teléfono y de Internet, recursos cada vez más difundidos en la población, son herramientas que han demostrado ser efectivas en el mejor control de enfermedades crónicas (Piette, Weinberger, Kraemer, y McPhee, 2001, y Zhu et al., 2002), especialmente cuando están insertas en programas de seguimiento.

Es así que, durante este año se implementó un programa piloto de control de enfermedades crónicas a distancia, utilizando tecnología de telemedicina, que en el caso del CESFAM fue para pacientes diabéticos, con resultados preliminares positivos, aún en proceso de evaluación a más largo plazo.

Se crea además una plataforma web para solicitar horas de control de enfermera, nutricionista y exámenes de medicina preventiva en forma on line.

Se implementó durante este año un nuevo sistema de call center que permite dar una mejor respuesta a los llamados telefónicos, con más cobertura y posibilidad de gestión de llamadas y confirmación de horas de programas.

En el ámbito infraestructura se dio inicio y se continuará el 2019 con la remodelación de áreas de espera de público, SOME, Inscripción y oficina de OIRS. Con el fin de prestar una atención más cómoda y expedita.

Capacitación

Para enfrentar los desafíos se necesitan equipos de salud suficientes, no sólo en términos de dotación, sino también en el perfil de sus competencias.

Además se requieren condiciones de trabajo que favorezcan la excelencia, estabilidad, autocuidado e interdisciplinariedad.

Con este fin, todos los años se elabora un Plan Anual de Capacitación (PAC), destinado a todos los funcionarios, el cual se enmarca dentro de los Lineamientos Estratégicos (LE) que entrega el MINSAL.

Los LE son orientaciones que identifican los ámbitos de trabajo prioritarios para el sector, cuyo fin es que la estrategia de capacitación contribuya al logro de resultados esperados en materia de calidad, oportunidad, eficiencia y eficacia de las prestaciones de salud requeridas por la población. Los LE para la elaboración de los PAC son los siguientes:

- LE N°1.- Fortalecer el MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD, junto con los valores y principios que lo sustentan.
- LE N°2.- Consolidar el MODELO DE GESTIÓN EN RED, local, regional y supra regional (macro y micro redes).
- LE N°3.- Fortalecer el funcionamiento del SISTEMA DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD (GES) en la Red del Servicio Público de Salud.
- LE N°4.- Mejorar la CALIDAD DE LA ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO.
- LE N°5.- Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el MEJORAMIENTO DE LACALIDAD DE VIDA LABORAL.
- LE N°6.- Incorporar TECNOLOGÍAS DE INFORMACIÓN Y COMUNICACIONES (TICs), y el uso de tecnología adecuada para apoyar la gestión técnico asistencial en salud.
- LE N°7.-Desarrollar la GESTIÓN ADMINISTRATIVA, FÍSICA Y FINANCIERA.
- LE N°8°.- Mejorar la GESTIÓN Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS.
- LE N°9.- Mejorar la prevención y manejo de las CONTINGENCIAS, EMERGENCIAS Y CATÁSTROFES.

5.2 Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía

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

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, **acreditación que se renovó en julio de 2017.**



La atención de Salud se enmarca en el Modelo de Salud Familiar, por lo cual se orienta principalmente a fomentar el autocuidado por parte de los usuarios, promoviendo estilos de vida saludables y previniendo la enfermedad según los factores de riesgo, utilizando las evidencias científicas disponibles, con alto grado de resolutivez.

Misión

La misión del CESFAM Dr. Aníbal Ariztía, se centra en:

Prestar una atención de salud integral a los pacientes, desde un punto de vista preventivo, diagnóstico, terapéutico y rehabilitador; con garantías de acceso y continuidad y con un enfoque de salud familiar. Igualmente tiene como misión el cumplimiento adecuado de los compromisos de docencia e investigación adquiridos.

Visión

La visión del CESFAM Dr. Aníbal Ariztía es:

Alcanzar la excelencia en las actividades de su competencia, contribuyendo a la satisfacción de la comunidad 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.

Para lograr este objetivo, la población asignada se encuentra sectorizada, con un equipo multidisciplinario de cabecera que realiza atención integral a través de todo el ciclo vital. Incluye prestaciones profesionales en el centro de Salud, como también si lo requiere en su domicilio, con un plan de intervención consensuado entre el equipo y la familia o cuidador.

1. Descripción del Nivel o Situación de Salud

La población inscrita del CESFAM Dr. Aníbal Ariztía es principalmente adulta y adulta mayor, de 65 años y más, esta última corresponde al 22,46%, muy por encima del promedio nacional y de la Región Metropolitana así como también menos población menor de 15 años, que alcanza 12, 91% de los inscritos validados para 2019.

La población beneficiaria tiende a seguir la curva país de población en período de transición epidemiológica, con disminución de la población menor a 15 años y aumento de la población mayor de 60 años. Por tal razón, si bien la orientación del CESFAM es realizar atención integral, parte importante de las estrategias, se orientan en grupo etario de personas mayores trabajando principalmente los componentes de Promoción y Prevención de salud, especialmente las ligadas a los estilos de vida que inciden en la prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y estimulando el autocuidado que permita tener más adultos mayores autovalentes.



2. Descripción de Factores Condicionantes

a) Población usuaria:

La población que recibe atención en este Centro de Salud corresponde principalmente a los beneficiarios inscritos validados por FONASA, que incluye a los residentes de la comuna y a aquellos que por motivos de trabajo o porque

los servicios prestados le dan mayor satisfacción prefieren atenderse en este centro.

El CESFAM Dr. Aníbal Ariztía, cuenta con una población inscrita validada para 2019 de **45.540** usuarios, distribuida de la siguiente manera (tabla N° 3):

Tabla N° 1

Rango etario	% de población total inscrita validada
0 a 9 años	8,28%
10 a 19 años	9,83%
20 a 64 años	59,46%
≥ 65 años	22,43%

b) Densidad y Crecimiento Comunal

Al analizar el crecimiento demográfico de la comuna de Las Condes entre 2000 y 2012, es de tipo exponencial cercano al 2%.

c) Población y medio cultural

La población beneficiaria es una población muy diversa en relación con el nivel socioeconómico y educacional, ya que incluye desde población sin educación formal a profesionales con postgrado que se encuentran con situación económica mermada por distintos factores, tales como endeudamiento excesivo, adultos en edad productiva dependientes de sus padres y/o allegados, encarecimiento de los planes de salud privada al aumentar en edad.

Años de escolaridad promedio

Territorio	2003	2006	2009
Comuna de Las Condes	14,35	14,30	15,28
Región Metropolitana	10,99	10,83	11,19
País	10,16	10,14	10,38

Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), Ministerio de Desarrollo Social.

Nivel educacional de la población de Las Condes 2003-2009

Nivel Educativo	2003	2006	2009	% según Territorio (2009)		
				Comuna	Región	País
Sin Educación	965	4.244	3.279	1	2	4
Básica Incompleta	4.591	6.387	1.074	0	10	14
Básica Completa	6.745	8.193	2.580	1	9	11
Media Incompleta	24.256	17.126	17.011	6	19	19
Media Completa	38.654	29.524	34.239	13	31	30
Superior Incompleta	45.694	47.553	49.348	18	12	10
Superior Completa	97.475	115.667	162.771	60	17	12
Total	218.380	228.694	270.302	100	100	100

*Fuente: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN),
Ministerio de Desarrollo Social.*

Esto se relaciona estrechamente con temas de vivienda, alimentación y hábitos, existiendo focos de hacinamiento, cesantía e indigencia, siempre en % más bajos que el resto del país.

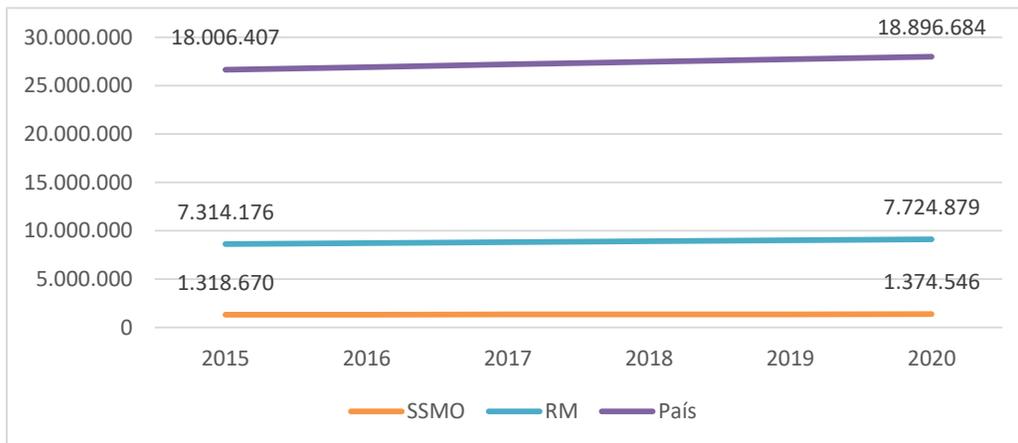
La población extranjera inscrita en el CESFAM alcanza 12% aproximadamente.

Tabla 2: Presencia de Pueblos Originarios Comunas Continentales de la Red Oriente, CASEN 2013.

La última proyección de población realizada por INE, estima para las comunas de la Red de Salud Oriente, en el período 2015-2020, existirá una variación positiva de un 4,24% esta cifras es similar a la del país (4,94%) y levemente inferior a la región (5,62%). Las comunas que experimentarían un mayor aumento en su población son Lo Barnechea (10,96%) e Isla de Pascua (19,03%), comunas que presentan el perfil de población más joven de la red. Otra comuna que experimentará un significativo aumento de población es Ñuñoa (9,74%), esto asociado a migraciones internas de población.

Comuna	Aymara		Rapa Nui		Quechua		Mapuche		Kawésqar		Diaguíta		No pertenece a ningún pueblo indígena		NS/NR		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
	La Reina	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	3.714	4,10%	0	0,00%	190	0,20%	86.847	95,70%	0	
Las Condes	328	0,10%	0	0,00%	0	0,00%	3.773	1,30%	0	0,00%	0	0,00%	287.741	98,40%	593	0,20%	292.435
Lo Barnechea	264	0,50%	0	0,00%	140	0,20%	765	1,40%	0	0,00%	0	0,00%	54.217	96,40%	840	1,50%	56.226
Macul	302	0,20%	0	0,00%	0	0,00%	6.075	3,90%	0	0,00%	0	0,00%	146.766	95,20%	962	0,60%	154.105
Ñuñoa	0	0,00%	343	0,10%	0	0,00%	9.462	4,00%	0	0,00%	0	0,00%	225.835	95,10%	1.766	0,70%	237.406
Peñalolén	408	0,20%	0	0,00%	232	0,10%	24.471	11,40%	232	0,10%	464	0,20%	185.913	87,00%	2.065	1,00%	213.785
Providencia	4.665	3,00%	137	0,10%	428	0,30%	2.991	1,90%	67	0,00%	0	0,00%	131.545	85,70%	13.727	8,90%	153.560
Vitacura	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1.023	1,30%	0	0,00%	0	0,00%	75.664	98,70%	0	0,00%	76.687
Red Oriente	5.967	0,50%	480	0,00%	800	0,10%	52.274	4,10%	299	0,00%	654	0,10%	1.194.528	93,70%	19.953	1,60%	1.274.955

Tendencia de Variación Poblacional Período 2015-2020, Servicio de Salud Oriente, Región Metropolitana y país

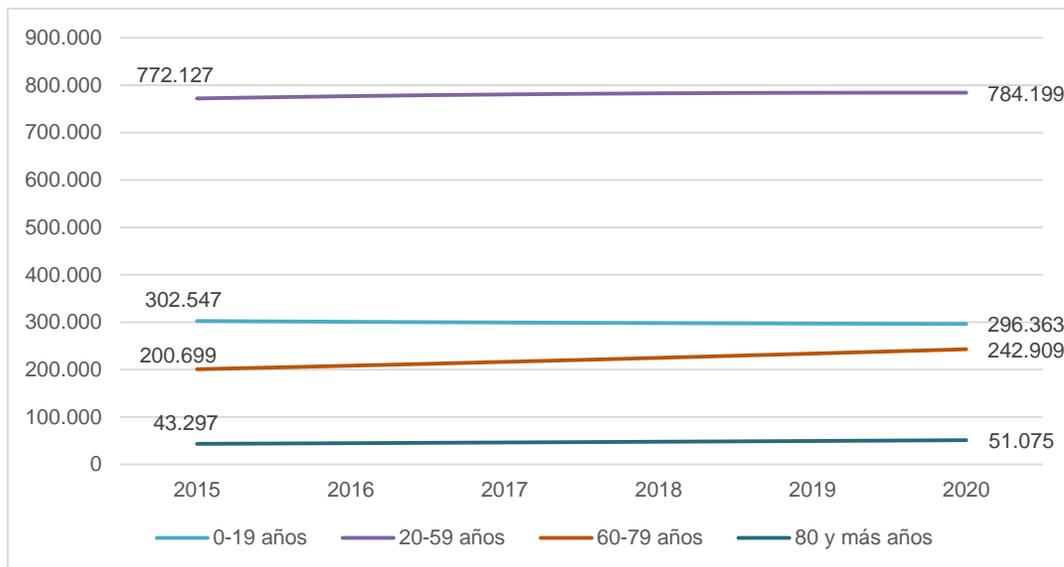


Fuente: Proyecciones INE, 2015

El grupo de edad que experimentará el mayor crecimiento en los próximos años es la población mayor de 60 años, particularmente la de 60 a 79 años que crecerá en un 21% y la de mayores de 80 años lo hará en un 18%. Otro dato significativo es la disminución que experimentará la población menor de 20 años (-2%), esta tendencia se ha mantenido en los últimos años.

De mantenerse las tendencias que se muestran en el gráfico siguiente, el 2020 la población mayor de 60 años igualará a la población menor de 20 años.

Tendencia de Variación Poblacional por Grupos de Edad Período 2015-2020, Servicio de Salud Oriente, Región Metropolitana y país



La población adscrita al CESFAM, habita en zonas residencial-urbanas. Además vecinos a ésta, existen centros comerciales, oficinas, colegios municipales, subvencionados y particulares, universidades, centros deportivos, parques, espacios culturales, lo que se materializa en una mejor calidad de vida de nuestros usuarios.

Factores de riesgo ambiental medidos según percepción de la población de la Región Metropolitana y la situación del Cesfam de acuerdo al diagnóstico participativo realizado:

- **Seguridad Pública:** La inseguridad ciudadana y la delincuencia son los problemas más importantes para los vecinos del CESFAM. Para apoyo a carabineros y PDI, contamos con una red comunal de seguridad denominada Paz Ciudadana.
- **Alcoholismo y drogadicción:** Es el tercer problema priorizado por la población adscrita al CESFAM Ariztía, el cual se ve abordado a través del departamento municipal “SENDA Previene Las Condes” que actúa en forma

coordinada con la red pública y privada a través de los diferentes programas.

- **Contaminación e higiene:** acústica, atmosférica; malos olores, perros vagos, ratones, moscas y otros; limpieza de calles y vereda, basura. Siendo para la población de la Región Metropolitana de un 77,7% de importancia, en la comuna de Las Condes, no es catalogado como un problema entre los usuarios del Cesfam, ya que la Municipalidad se encarga de minimizar esto con campañas.
- **Preocupación por la infraestructura comunitaria:** Las Condes cuenta con un % importante de áreas verdes, centros deportivos y comunitarios destinados a la recreación, esparcimiento y cultura de nuestros usuarios.
- **Preocupación por el aislamiento y la Falta de medios de comunicación:** Al igual que para el resto de la RM, no es tema considerado importante para nuestros usuarios.

e) Red Asistencial:

La Red Asistencial en el SSMO, Centros de Referencia de los pacientes que requieren atención de especialista, se encuentra formada por:

- ≥ 15 años: Hospital del Salvador, Hospital del Tórax,
- ≥ 55 años en el caso de OA rodilla y cadera leve a moderada, \geq a 60 años para el resto de condiciones de salud: Instituto Nacional de Geriatria
- Ginecología y obstetricia: Hospital Luis Tisné, CRS Cordillera Oriente
- < 15 años: Hospital Luis Calvo Mackenna
- Instituto de Neurocirugía, Instituto de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda
- Salud mental especialista: COSAM Las Condes
- Instituto nacional de rehabilitación Pedro Aguirre Cerda

Dentro de la red privada comunal en convenio existe:

- Clínica Cordillera de la Solidaridad
- Centro de Rehabilitación (RAM)
- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO)
- Centro de Imágenes Las Condes (CILC)

La comuna también cuenta con Clínicas privadas y Hospitales abiertos a la población:

- Clínica Las Condes
- Clínica San Carlos UC Red Christus
- Clínica los Andes
- DIPRECA
- Hospital FACH

f) Consejo de Desarrollo y/o Consultivo:

Constituyen un espacio de Participación Comunitaria que permite el diálogo e intercambio de información entre los usuarios internos y externos de los establecimientos de salud. Se constituye por el presidente y/o representante de la(s) organizaciones funcionales y territoriales pertenecientes a las unidades vecinales de la comuna de Las Condes.

En el CESFAM, se reúne una vez al mes, trata temas sistematizados por acta y participan 13 Juntas de vecinos, 1 Unión Comunal de Juntas de Vecinos, 1 Unión Comunal de Adulto Mayor, 4 clubes de Adulto Mayor, el encargado(a) de OIRS, un representante de los funcionarios y el director del establecimiento.

Los Consejos de Desarrollo son órganos de carácter esencialmente consultivo, destinados a formular propuestas y hacer presentes las necesidades de su respectivo territorio.

Funciones:

1. Informar a la comunidad sobre el funcionamiento del CESFAM
2. Analizar información de reclamos y/o sugerencias
3. Recoger iniciativa u opiniones de la comunidad
4. Proponer planes de mejora para el Centro
5. Impulsar acciones de trabajo conjunto entre los sectores del CESFAM y la comunidad organizada.

g) Atenciones

ATENCIONES Y PROCEDIMIENTOS CLINICOS

Atenciones	Nº atenciones*
Atenciones médicas	56.157
Atenciones por enfermera	21.676
Atenciones matrona	15.943
Atenciones nutricionista	10.889
Atenciones odontólogo	39.077
Atenciones psicólogo	7.185
Atenciones kinesiólogo	4.324
Procedimientos clínicos	40.608
Visita domiciliaria integral	3.204
Procedimientos clínicos en domicilio	7.533

***datos a septiembre proyectados a diciembre 2018**



h) Dotación

Dotación efectiva Septiembre 2017

Categoría	Nº Cargos	Nº Horas Semanales
A	43	1581
B	45	1716
C	50	2200
D	6	264
E	30	1.301
F	5	220
Totales	179	7282

5.3 Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU):

El Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) Dr. Aníbal Ariztía se encuentra ubicado en calle La Escuela Nº 1229 y depende directamente de la Corporación de Educación y Salud de Las Condes como un centro de costo autónomo.

Esta Unidad forma parte importante de la Red Asistencial de



Urgencia perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO), en el cual se encuentran otros centros de referencia

donde se derivan los pacientes con patologías de mayor complejidad, con quienes se mantiene una permanente comunicación y coordinación. Además, existe una estrecha cooperación con las Unidades de Rescate Prehospitalario, como Seguridad Ciudadana, Sistema de Asistencia Médica de Urgencia (SAMU), Carabineros y Bomberos.

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

El equipo humano del Servicio lo conforman alrededor de 45 funcionarios de gran desempeño, entre profesionales, técnicos en enfermería de nivel superior y técnicos administrativos de nivel superior.

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 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 urgencia vital y dar apoyo a los otros centros de salud de nuestra comuna, las 24 horas del día, los 365 días del año. Asimismo, el servicio de móviles de urgencia colabora en eventos masivos y actividades deportivas comunales cuando se les solicita.

Por otra parte, cabe consignar que en coordinación con el Departamento de Seguridad Ciudadana y Emergencia Municipal, se cuenta con dos Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (TENS) a bordo de motocicletas con equipamiento de primeros auxilios, los que se encuentran al servicio de la comunidad para prestar

apoyo a la labor realizada por las ambulancias en los horarios de mayor congestión vehicular, puesto que tienen la oportunidad de llegar con mayor prontitud al sitio del suceso, permitiendo entregar primeros auxilios de forma inmediata y reportar detallada información de la situación.

El SAPU Dr. Aníbal Ariztía realiza un promedio de 5.200 atenciones médicas y de 530 atenciones odontológicas mensuales a usuarios pertenecientes tanto a esta como a otras comunas, independientemente de su previsión de salud, respetando así el derecho al acceso y oportunidad de atención.

En lo que respecta a la evaluación de la planificación del año 2018, se aumentó la dotación de horas de técnico en enfermería de nivel superior de Admisión, lo que ha permitido mejorar la atención clínica y disminuir los tiempos de espera en horarios de mayor demanda asistencial.

Por otra parte, se obtuvo un 96% como resultado en la encuesta de satisfacción usuaria comunal, hecho que evidencia el alto grado de compromiso social de la Institución con los usuarios.

Asimismo, se concretó la renovación completa de la flota de ambulancias del servicio, las que se encuentran con personal técnico capacitado y equipamiento de avanzada, lo que ha permitido

prestar una atención inicial y domiciliaria oportuna, óptima y de calidad, y un traslado seguro y con altos estándares.



Finalmente, se mantuvo la capacitación continua al personal profesional y técnico en ámbitos atingentes a su labor diaria y se concretaron mejoras en relación a infraestructura y equipamiento, lo que incide en el confort y grata estancia de los usuarios y colaboradores.

Proyecciones 2019

Para el año 2019, se pretende actualizar y renovar el sistema de ficha clínica electrónica del servicio, pudiendo optimizar el uso del Dato de Atención de Urgencia, trabajar integrados con el resto de la red comunal y ministerial, mejorar la gestión y agilizar la atención clínica, lo que iría en directo beneficio de los usuarios.

En segundo lugar, se propone implementar la toma de exámenes radiológicos de urgencia en el servicio, apoyados por un sistema de diagnóstico a distancia en radiología (Tele-Radiología), con la finalidad de aumentar la precisión diagnóstica y capacidad resolutive, permitiendo realizar una prestación de calidad con efectividad y eficiencia.

Por otra parte, al igual que cada año y con el propósito de aumentar la capacidad resolutive del personal de salud, además de generar una instancia de aprendizaje de equipo a través del conocimiento de las experiencias y del desarrollo teórico-práctico, se mantendrá el continuo plan de capacitación en materias atingentes a las labores diarias. De este mismo modo, la Institución de Seguridad Laboral (Asociación Chilena de Seguridad), fomentará a través de su Comité Paritario la capacitación al personal en relación a una atención segura.

Por último, con el objetivo de mejorar y reponer la infraestructura del Servicio, se contempla para este año la renovación y mantenimiento de elementos que promueven una estancia grata y aumentan el confort de los usuarios, tales como señalética, luminaria, baños y mobiliario de nuestras dependencias, así como la renovación y adquisición de

equipamiento e implementación de una Red de Aspiración Central en la Sala de Reanimación.

Actividades realizadas

Las atenciones del SAPU durante el año 2018 fueron los siguientes:

Atenciones	Números **
Consultas Médicas	61.741
Consultas Dentales	6.359
Procedimientos Médicos *	5.058
Procedimientos de Enfermería	66.942
Traslados de Ambulancias	5.562

* Incluye suturas, reanimación cardiopulmonar, constatación de lesiones.

** Valores extrapolados de enero a septiembre del 2018 y Octubre, Noviembre y Diciembre del año anterior.

IV. UNIDADES DE APOYO A LA ATENCIÓN PRIMARIA

Las Condes cuenta con una completa red de centros de apoyo a la Atención Primaria, con un equipo profesional y técnico de primer nivel.

Así se busca ofrecer una mayor resolutiveidad a nuestros vecinos con el Centro de Imágenes, el Laboratorio Clínico, RAM, y el Centro de Especialidades Odontológicas.

Además, cabe consignar que el aumento de demanda por atenciones oftalmológicas por parte de los adultos jóvenes y mayores, ha exigido un incremento en la oferta de horas por parte de especialistas, que resuelven un alto porcentaje de una demanda cada vez más creciente, por el aumento etario de los usuarios, pero

que al trabajar también en el nivel terciario, logran cerrar el ciclo completo de la prestación, según sea necesario.

1. Centro de Imágenes:

El Centro de Imágenes las Condes (CILC) tiene 14 años de funcionamiento al servicio de la comunidad de Las Condes, proporcionando acceso a tecnología de vanguardia en imagenología, con el más alto nivel de profesionales del área de la radiología. Todo esto con el propósito de otorgar un servicio de apoyo diagnóstico a los problemas de salud de la población de Las Condes. El principal objetivo del centro es implementar y ejecutar un Programa de Screening Mamográfico, eco tomografías y programa de rayos x para el diagnóstico precoz de patologías de alta incidencia, mejorando así la resolutivez de los establecimientos de atención primaria (CESFAM) de la comuna.



Desde sus inicios en el año 2004, posee un sistema mixto de financiamiento, sin fines de lucro, procurando accesibilidad para los beneficiarios de la comuna, a exámenes de apoyo diagnóstico de alta calidad y tecnología Digital Directa, al más bajo precio disponible, focalizada y dirigida a la población beneficiaria de Las Condes, siendo un prestador suscrito al arancel FONASA nivel I (Modalidad Libre Elección).

Otorga además, prestaciones gratuitas a los beneficiarios inscritos en los Establecimientos de Atención Primaria comunales (CESFAM) para:

- Beneficiarios grupo A de FONASA inscritos en la Comuna de Las Condes, en todos los exámenes de imagenología.
- Mujeres beneficiarias grupo A y B de FONASA, para mamografías.
- Radiografía de tórax con sospecha diagnóstica de neumonía adquirida en la comunidad a todos los adultos mayores y a los niños menores de cinco años, cualquiera sea su grupo previsional de FONASA.
- De la misma manera, radiografía de pelvis en los menores de tres meses.

El Centro de Imágenes de Las Condes también provee servicios mediante convenios, a los programas de resolutivez ministeriales para APS, y recibe pacientes externos y particulares.

Lineamientos Estratégicos CILC y Logros

A fines de enero de 2017, se llevó a cabo una modernización en proveedor del software de imágenes de alta resolución (sistema RIS-PACS). Lo anterior, ha significado mejorar sustancialmente la gestión, los tiempos y posibilidades de acceder a un servicio de alta calidad en imágenes diagnósticas

El presenta año CILC pondrá a disposición de la comunidad la entrega de exámenes on – line. Lo que permitirá mejorar los tiempos de retiro y acceso desde sus casas a sus exámenes.

Además, el año 2018 y con el afán de mejorar los estándares de satisfacción usuaria de la población, comienza un proceso de modernización de la gestión, generando una proceso de planificación estratégica con el objetivo de mejorar los indicadores de productividad y calidad. La productividad durante 2018, alcanza

las 22.230 prestaciones anuales. (Meses de noviembre y diciembre proyectados según productividad mes de octubre).

DATOS PORCENTAJES EXACTOS

	MX	RX	Eco
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL EXÁMENES CILC	7.294	7.632	7.303
	32,8%	34,3%	32,9%

Datos aproximados:

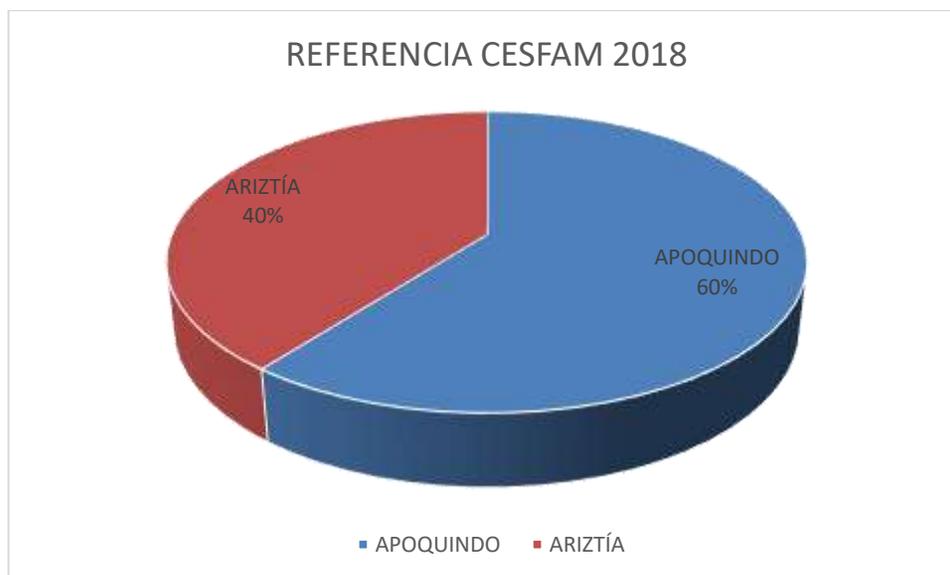


La referencia desde los centros comunales indica que, un 60,4% de los usuarios provienen de CESFAM Apoquindo y un 39,6%, del CESFAM Dr. Aníbal Ariztía.

DATOS PORCENTAJES EXACTOS:

	APOQUINDO	ARIZTÍA
REFERENCIA CESFAM 2018	12.889	8.433
	60,4%	39,6%

DATOS APROXIMADOS:



Los pacientes externos o particulares atendidos, históricamente en el CILC no exceden el 2% de las atenciones, siendo para el 2018, de un 1,9%.

Orientaciones Hacia Resultados Sanitarios

En concordancia con los objetivos del Centro de Imágenes, los esfuerzos como equipo, han estado permanentemente orientados a contribuir al cumplimiento de las metas sanitarias comunes a la atención primaria. Esto se traduce en el aporte que se puede hacer a la atención integral de salud de la población, contribuyendo al diagnóstico precoz de las enfermedades inmunoprevenibles, como a las predominantes enfermedades crónicas no transmisibles y fundamentalmente del cáncer.

La competencia se extiende y complementa el programa de Garantías Explícitas de Salud (GES), dada la importancia que reviste para el sistema de salud y especialmente en la oportunidad y calidad de la resolución de los problemas de salud de los usuarios.

Los servicios se integran a la red pública de salud, contribuyendo con un significativo aporte a los indicadores de salud comunal y del SSMO.

Prioridades Sanitarias

El propósito del Centro de Imágenes es contribuir como apoyo diagnóstico a toda patología a cuyo diagnóstico se acceda o sospeche mediante imágenes.

En Chile, al igual que en la Región Metropolitana de Santiago, la primera causa de mortalidad la constituyen las enfermedades del sistema circulatorio con una tasa de 143,3 x 1.000 hab.

La segunda causa la constituyen los tumores malignos con una tasa de 129 x 1.000 hab. (DEIS-MINSAL 2011)

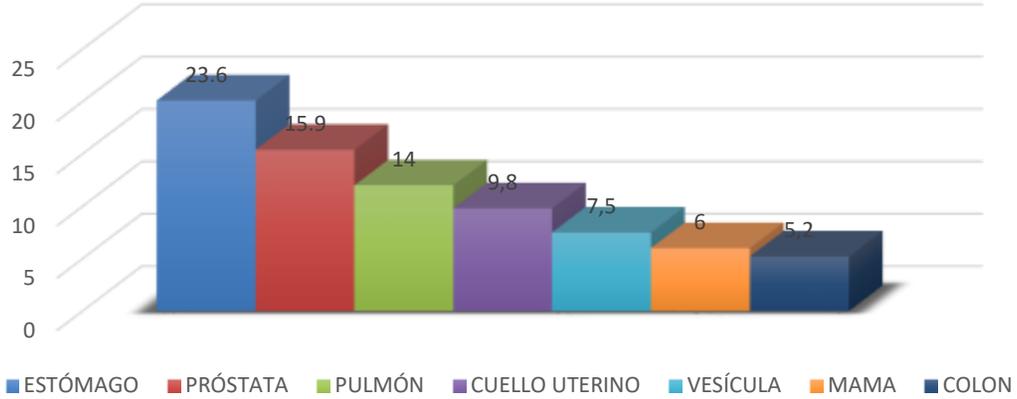
Por otra parte, si se toma como indicador los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), los tumores malignos constituyen la mayor proporción con un 26%, siendo la primera causa para este indicador, por sobre las del sistema circulatorio con un 18%.

Cáncer

Si se analizan las tasas específicas de mortalidad por causa nacionales, para ambos sexos, el cáncer de estómago en la Región Metropolitana ha tomado el primer lugar con una tasa de 23.6 × 100.000, seguido del de próstata con una tasa de 15.9 × 100.000 y por el de pulmón con una de 14 × 100.000. (DEIS-MINSAL 2017)

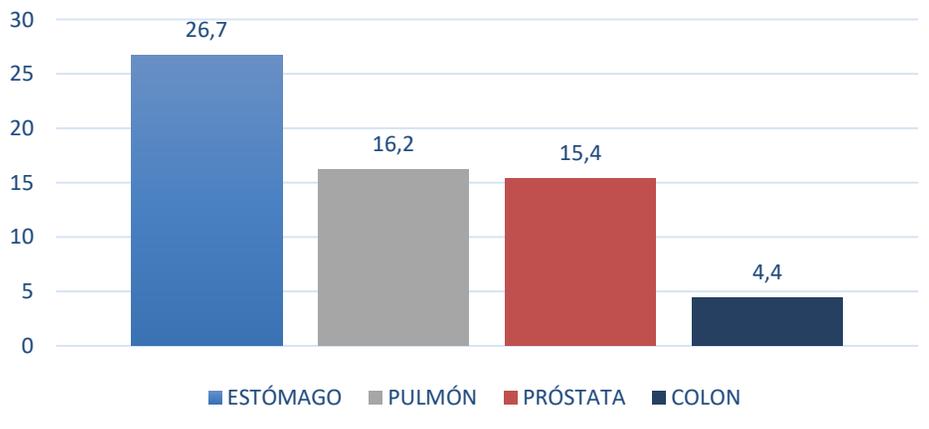
Se observa, en relación a estadísticas de años anteriores, que en general las tasas de los cánceres descritos, tienden a declinar, salvo el de estómago cuya tendencia ha sido de aumento para ambos sexos.

TASAS MORTALIDAD AMBOS SEXOS CHILE-RM 2015 (DEIS-MINSAL)



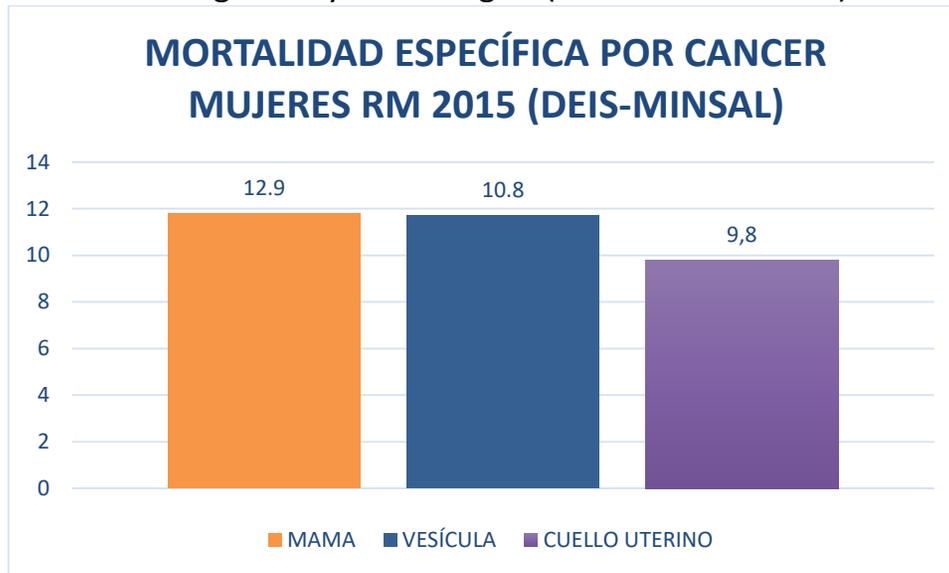
Al analizar las tasas de mortalidad específica por sexo, en el hombre, la primera causa de muerte por cáncer corresponde al de estómago con una tasa de $26,7 \times 100.000$, seguida por el de pulmón con $16,2 \times 100.000$ y de próstata con una tasa de $15,4 \times 100.000$. (DEIS-MINSAL 2015)

MORTALIDAD ESPECÍFICA POR CANCER HOMBRES RM 2015 (DEIS-MINSAL)



En el caso de las mujeres, el cáncer de mama es uno de las causas más frecuente de muerte en Chile, con una tasa de $12,9 \times$

100.000 mujeres, desplazando al cáncer de vesícula y cuello uterino a un segundo y tercer lugar. (DEIS-MINSAL 2017)



En 2018 el cáncer de mama en Chile se convierte en la primera causa de muerte en las mujeres. Cada día mueren tres mujeres a causa del cáncer de mama, siendo diagnosticado cada tres horas una mujer por cáncer de mama.



En la atención primaria se abordan fundamentalmente las medidas de prevención primaria, pero también se hace necesario medidas de intervención que corresponden a la prevención

secundaria a través del diagnóstico precoz, utilizando sistemas de tamizaje.

Este escenario fundamentalmente el CILC tiene como objetivo intervenir en la prevención del cáncer de mama bajo el Programa comunal de Screening Mamográfico implementado el año 2004: toda mujer bajo control mayor de 35 años en nuestros centros de salud, accede a un control mamográfico periódico de acuerdo al siguiente esquema: mamografía basal a los 35 años, un control mamográfico cada 2-3 años entre los 40 y 50 años y una mamografía anual después de los 50 años.

Con lo anterior se ha logrado impactar en la mortalidad, mediante la detección precoz del cáncer mamario. De acuerdo a nuestros registros, en un año, combinando mamografías con proyecciones adicionales y ecografías complementarias, logramos detectar 106 probables cánceres mamarios, cuyos pronósticos son alentadores, debido a su temprana pesquisa.

2. Centro de Rehabilitación (RAM)

Para el año 2019, el RAM pretende aumentar su oferta de atenciones en el área de traumatología, debido a la gran demanda de pacientes que necesitan este tipo de atención. Se tiene programado una oferta de atención de cerca de 225 horas semanales, lo que se traduce en aproximadamente 675 horas de atención semanalmente.

Al igual que el año pasado se espera un aumento importante de pacientes adulto jóvenes y jóvenes (menores de 18 años) que se atienden en el RAM, esto debido a la importancia que se le está dando actualmente a la rehabilitación y prevención de mayores complicaciones en su vida adulta, a esto se suma a la buena gestión, resolutivez y al reconocimiento de los vecinos al trabajo realizado.

Los pacientes menores de 14 años siguen aumentando, debido al aumento de la actividad física en los vecinos y la importancia que se le da en la comuna. En el caso de ellos, como son menores de edad, deben venir siempre en compañía de un adulto responsable.



En el otro lado de la vida, los pacientes de edad avanzada están siendo cada vez más. Se espera que los Adultos Mayores de la 4ta edad aumenten sus consultas considerablemente este 2019.

El pronóstico para este año es atender alrededor 350 pacientes traumatológicos mensualmente, con un total cercano a los 3.600 pacientes para el año 2019.

		Total Estimado	5.400 Pacientes
Pretensión de horas 2019	de	Neurológicas	400 Pacientes
		Hidroterapia	-
		Gimnasia	1.200 Pacientes
		Traumatología	3.600 Pacientes
		Trastornos de la Marcha	200 Pacientes

Este gran número de atenciones obliga a seguir mejorando la gestión de horas, la adhesión del paciente a su tratamiento, aumentar la oferta de prestaciones a los pacientes y aumentar el espacio físico del gimnasio y equipamiento, para seguir brindando una atención de calidad y oportuna. Para esto se pondrá a disposición de los pacientes un correo electrónico en el que podrán hacer las consultas de horarios, valores, disponibilidad de horas y enviar sus órdenes médicas de atención para ser evaluados.

El horario de atención sigue siendo de 08:00 a 20:00 horas, de lunes a viernes durante todos los días del año y la oferta de horas que el paciente puede elegir para realizar su tratamiento es de 32.000 aproximadamente.

	Traumatológicas	32.000
Oferta de horas anuales	Neurológicas	2.000
	Hidroterapia	8.000
	Hidrogimnasia	6.000

Como ha sido en años anteriores, las patologías más comunes para este 2019 serán los Hombro Doloroso, Patologías de la Columna Lumbar, Artrosis de Cadera y Rodilla. Dentro de los menores de 16 años las patologías más comunes son escoliosis y alteraciones posturas en general.

		Hombro 39%
Distribución patologías	por	Columna Lumbar 22%
		Artrosis de Cadera 14%
		Artrosis de Rodilla 13%
		Menores de 16 Años 5%
		Otras 7%

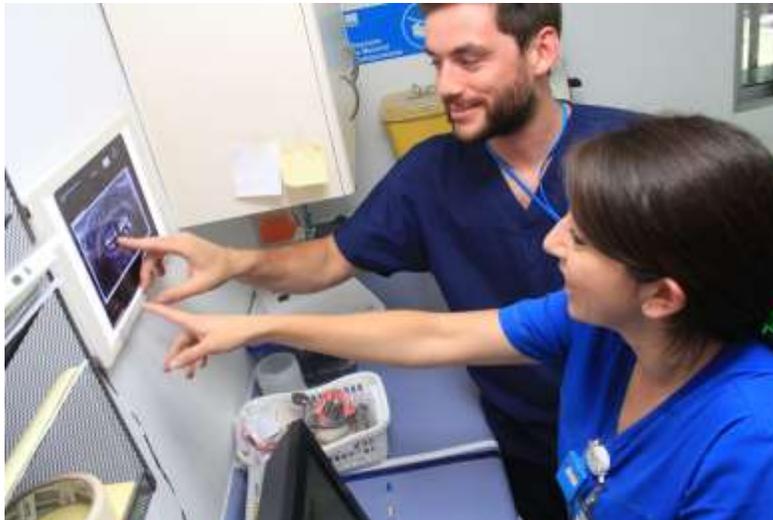
Proyecciones 2019

Con el aumento de los pacientes deportistas y los que realizan actividad física, se ha solicitado el aumento de tamaño del gimnasio para implementar mayores y mejores máquinas de ejercicios y así seguir siendo un aporte importante de la rehabilitación de los deportistas

Además, se seguirá con el proyecto piloto para atender a los pacientes postrados en el área traumatológica y pacientes dependientes transitorios (Ej: prótesis de cadera recién operados) de la comuna para otorgar la posibilidad de mejorar las condiciones físicas de los postrados y lograr la independencia que necesiten los pacientes dependientes transitorios para acudir al RAM a continuar sus terapias

3. Centro de Especialidades Odontológicas:

El Centro de Especialidades entrega atención Odontológica Integral (Endodoncia, Periodoncia y Rehabilitación Oral) a los vecinos de la comuna de Las Condes que cuenten con su Tarjeta Vecino y a pacientes del programa Ges 60 años y Ges embarazadas que requieran de nuestra atención



Durante el año 2018, el Centro ha entregado 10.581 atenciones odontológicas de especialidad, beneficiando a

pacientes GES 60 años, GES Embarazadas y pacientes particulares residentes en la comuna.

Atención a pacientes GES:

El Centro de Especialidades brinda atención Secundaria Odontológica Integral (Endodoncia, Periodoncia y Rehabilitación Protésica) a todos los pacientes Ges 60 años y Ges embarazadas que requieran atención secundaria, derivados por los CESFAM comunales, logrando en conjunto cumplir con las garantías GES comprometidas por la comuna ante el SSMO.

A octubre del año 2018, el 92% de los pacientes GES 60 requirió tratamiento de especialidad, por lo que se han entregado 3.416 atenciones.

Este programa tiene un gran impacto en la calidad de vida de estos pacientes, ya que los prepara en buena forma para enfrentar con salud odontológica óptima la tercera edad.

En relación a las pacientes Ges Embarazadas, a octubre del 2018, el 100% de las pacientes de este programa, requirió prestaciones de especialidad, con un total de 1.216 atenciones a la fecha.

La importancia de este programa en la embarazada, se traduce principalmente en la eliminación de focos infecciosos que pueden alterar el normal desarrollo del embarazo y/o del parto, crear cambios de hábitos saludables y devolver la Salud Bucal.

En ambos grupos de pacientes se repite la necesidad de dos o tres especialidades, lo que demuestra el grado de complejidad de nuestros pacientes.

Atención Particular:

El centro se encuentra abierto a pacientes particulares residentes en la comuna que necesiten prestaciones de estas especialidades.

La atención se brinda con un copago preferencial y acreditando su residencia con Tarjeta Vecino vigente. A la fecha ya se han efectuado 5.933 atenciones particulares en las distintas especialidades.

Periodoncia:

Esta especialidad se preocupa de prevenir y tratar enfermedades que afectan a los tejidos que soportan a los dientes.

El tratamiento está enfocado a prevenir la pérdida de piezas dentarias y disminuir el riesgo de enfermedades asociadas, haciendo intervenciones durante las sesiones de tratamiento. Las mismas que buscan educar y generar cambios como por ejemplo: Tabaquismo

A octubre del 2018, se han entregado 2.691 atenciones que corresponden a 754 pacientes.

Rehabilitación Oral:

Esta especialidad se encarga de recuperar piezas dentales perdidas, devolviendo al paciente la función y estética de su cavidad oral. El tratamiento se realiza a través de aparatos fijos y/o removibles.

A octubre del 2018, se han entregado 5.413 atenciones que corresponden a 1.048 pacientes.

Endodoncia:

Esta especialidad tiene como objetivo conservar un diente cuando su tejido más interno se ve comprometido por una caries muy profunda o por un traumatismo.

A octubre del 2018, se han entregado 2.461 atenciones que corresponden a 681 pacientes.

En mayo de 2018, el equipo de Endodoncia planificó y ejecutó exitosamente el operativo de apoyo a Isla de Pascua en esta especialidad, logrando beneficiar con 45 tratamientos de alta.

Compromiso año 2019

- Mantener el promedio de nivel de satisfacción usuaria histórico
- Entregar atención a un 100% de los pacientes Ges derivados de los Centros de Salud
- Seguir trabajando en las áreas de Promoción y Prevención de Salud Bucal.
- Lograr una espera de no más de 3 meses para pacientes particulares derivados a Rehabilitación.

4. COSAM Las Condes:

La Municipalidad de Las Condes, a través de su Corporación de Educación y Salud, tiene como uno de sus objetivos de Salud, proporcionar y promover la salud mental de los habitantes de la comuna.

Para este propósito cuenta con el COSAM (Centro de Salud Mental Comunitaria) que otorga una atención oportuna, amable y empática de un alto nivel de calidad a sus usuarios. Esto, a través de prestaciones individuales, familiares, grupales y comunitarias que tienden a apoyar los procesos de recuperación.



En cuanto a los objetivos Sanitarios, el Cosam está dedicado a cumplir con las normas emanadas de la autoridad sanitaria (Minsal), lo que significa poner énfasis en el cumplimiento de las Patologías de Salud Mental priorizadas (GES):

- Trastornos depresivos
- Trastornos bipolares
- Esquizofrenia primer episodio

También se ocupa de otras patologías de alta prevalencia que no están garantizadas pero si existen en la cartera de prestaciones denominadas NO GES:

- Trastorno por Ansiedad.
- Trastornos de personalidad.
- Trastorno por abuso de sustancias.



Dentro del marco de los objetivos sanitarios, además de cumplir con lo estipulado por Minsal a través de su Servicio de Salud Metropolitana Oriente (SSMO) y sus convenios, el Cosam ha incrementado sus atenciones en los distintos ámbitos de intervención.

Con relación al programa de atención Psiquiátrica y Psicológica Infanto- Juvenil, que atiende a usuarios de entre los 0 y 17 años 11 meses es destacable señalar que las consultas se incrementaron de 150 a 190 pacientes al año 2018 lo que ha permitido abordar de mejor manera la problemática de Salud Mental en la población Infanto Juvenil a nivel comunitario, disminuyendo así las derivaciones a centros hospitalarios. Así se logró ser un aporte concreto a la red local de salud Infanto Juvenil.

El Cosam, para la atención de usuarios con problemas de adicciones, presenta un convenio con S.S.M.O por programas PPV, que permite a la fecha entregar 207 atenciones.

Por otra parte, dentro de la misma línea de tratamiento para el consumo de sustancias se mantiene el Convenio con SENDA-MINSAL que permite atender a ocho pacientes en su modalidad Programa Ambulatorio Intensivo (PAI) y Cosam aumento su

alcance logrando entregar atención a 25 pacientes bajo esta modalidad.

Para dar respuesta a otra problemática de salud mental, Cosam a través de instancias de intervención grupal, actualmente está realizando el taller Psicoeducativo para familiares y pacientes con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), y el taller grupal, para personas con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar sumado al taller de Habilidad para la Vida enfocado a mujeres con diagnóstico de Trastorno de Personalidad, así como el Taller de Habilidades Parentales.

Para la consecución de los objetivos sanitarios más los distintos convenios que trabaja este centro, adicionado el aumento de la morbilidad en salud mental, Cosam cuenta con una dotación profesional para el año 2018, que está compuesta por:

- 4 Psiquiatras adultos.
- 1 Psiquiatra infanto-juvenil.
- 5 Psicólogos adultos.
- 2 Psicólogos infantiles.
- 2 Terapeutas Ocupacionales.
- 1 Trabajadora social
- 2 Secretarias
- 1 Técnico en Rehabilitación
- 1 Mayordomo
- 1 Administrador

Infraestructura Cosam 2018

En conjunto con la Dirección de Salud, durante el año 2018 se mantienen las políticas de mantención de los espacios públicos, como estacionamientos y jardines, entregando todas las comodidades y facilidades, tanto a usuarios como a profesionales para desarrollar con un alto nivel de satisfacción la atención Clínica.

Es por esto que cada año en la encuesta de satisfacción usuaria COSAM, obtiene una alta calificación respecto a calidad de atención a usuarios.

Proyecciones 2019:

El equipo COSAM Las Condes se ha propuesto, como meta para el próximo año, como principal objetivo mantener el alto estándar de calidad de atención a la población beneficiaria y aumentar la optimización de la oportunidad de la atención.

Además, de cumplir con las normativas emanadas desde S.S.M.O adaptándose a los cambios de política que están emanando de ese nivel, al igual que desde SENDA.

COSAM incorporara dentro de sus intervenciones el proyecto de Rehabilitación Psicosocial el cual está orientado a apoyar a los usuarios en el proceso de adaptación a la vida cotidiana y social basado en los siguientes principios;

- Facilitación de funciones Psíquicas y la vida diaria.
- Relaciones interpersonales y desempeño de Roles.
- Convivencia en entorno normalizado.
- Igualdad de oportunidades.

Bajo estos conceptos se implementarán tres Talleres:

- Participación en la Comunidad a cargo de Trabajadora Social.
- Actividades de la Vida Diaria a cargo de Técnico Ocupacional.
- Psicoterapia de Grupos a cargo de un Psicólogo.

Asimismo, el COSAM continuará gestionando el Programa de acción Comunitaria en Salud Mental, programa que tiene como objetivo entregar herramientas y educar a la comunidad en

promoción y prevención en salud mental, proyecto que es liderado por su Director.

Por otro lado, avanzará en mejorar y optimizar el trabajo con las redes comunales de salud y con otros dispositivos con los que cuenta la comuna, entregando información y asesoría, estudio y revisión de casos para fortalecer la capacidad resolutive a los médicos de los dos CESFAM de la comuna (Consultoría). Ello permite una mejora continua, en la referencia y contra referencia de usuarios, comunicación y dinámica de referencia diagnóstica de los pacientes que llegan al COSAM.

A su vez, seguirá implementando la contraloría Psiquiátrica, como proceso de filtro al ingreso.

Se espera, asimismo, continuar con un alto nivel de compromiso con los pacientes quienes son el objetivo de dedicación, esfuerzo y que en definitiva son los que justifican la existencia de este centro de salud.

Estadísticas

Durante este año 2018 al mes de septiembre, el COSAM ha tenido un total de atenciones profesionales, desglosadas de la siguiente forma:

2018 Atenciones de Enero a Septiembre

ATENCIONES 2018										
Profesional	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Total
Dr Fasani	194	146	162	185	110	159	130	151	140	1377
Dr Testa	110	81	94	105	90	31	97	97	63	768
Dra Rojas	108	160	193	139	181	188	139	195	111	1414
Dra Reinhart	40	22	45	33	44	29	43	152	29	437
Dra Bertossi	105	90	87	103	101	74	67	90	61	778
	557	499	581	565	526	481	476	685	404	4774
G.Tapia	83	20	84	85	76	92	65	99	60	664
M.Guiñez	47	31	36	43	52	41	54	50	37	391
M. Abhufele	66	48	78	73	64	70	95	79	65	638
C.OVALLE	58	64	69	52	49	54	49	55	35	485
M.Jabbaz	22	31	43	30	39	48	49	58	41	361
C.Rodriguez	66	67	94	37	8	45	49	53	33	452
C.Reyes	23	18	27	30	36	29	34	37	32	266
	365	279	431	350	324	379	395	431	303	3257
Pedro Flores	118	59	119	103	102	100	81	102	68	852
M.Jose Beytia	78	68	43	58	63	67	62	49	54	542
A. Gamio	20	21	16	13	15	15	10	11	10	131
C.Maritnez	110	80	135	103	114	95	69	108	77	891
	326	228	313	277	294	277	222	270	209	2416
TOTAL										10447

Número de Pacientes por Profesional 2018

NUMERO DE PACIENTES 2018										
Profesional	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Total
Dr Fasani	139	98	125	147	94	124	114	120	113	1074
Dr Testa	66	57	69	83	67	31	74	72	48	567
Dra Rojas	89	110	140	108	131	139	112	146	76	1051
Dra Reinhart	24	9	24	19	28	26	30	34	20	214
Dra Bertossi	86	70	66	93	78	60	53	72	51	629
	404	344	424	450	398	380	383	444	308	3535
G.Tapia	19	12	17	25	20	29	26	34	20	202
M.Guiñez	15	21	13	14	14	12	22	14	15	140
M. Abhufele	16	29	25	21	11	22	23	23	32	202
C.OVALLE	16	25	15	19	8	18	19	16	19	155
M.Jabbaz	5	11	13	10	10	17	13	12	16	107
C.Rodriguez	13	30	30	16	4	16	18	22	17	166
C.Reyes	3	5	2	3	6	8	10	11	9	57
	87	133	115	108	73	122	131	132	128	1029
Pedro Flores	31	30	33	32	32	32	28	72	19	309
M.Jose Beytia	18	17	11	20	18	20	13	16	17	150
A. Gamio	0	4	4	3	0	0	2	0	0	13
C.Maritnez	15	9	25	15	15	13	15	14	18	139
	64	60	73	70	65	65	58	102	54	611
TOTAL										5175

Totales por Estamento Profesional 2018

	ATENCIONES 2018				
	PSQ	PSIC	TO	T.SOCIAL	Tecnico Rehab
Enero	557	365	196	20	110
Febrero	499	279	127	21	80
Marzo	581	431	162	16	135
Abril	565	350	161	13	103
Mayo	526	324	165	15	114
Junio	481	379	167	15	95
Julio	476	395	143	10	69
Agosto	685	431	151	11	108
Septiembre	404	303	122	10	77
Octubre					
Noviembre					
Diciembre					
Total	4774	3257	1394	131	891

5. Laboratorio Clínico:

El Laboratorio Clínico es una unidad cuya 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.

Referente a sus objetivos sanitarios, el Laboratorio clínico estará dedicado a mantener el 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 la mejora continua de sus procesos y un enfoque en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios.

Referente al equipamiento, se mantendrá en la vanguardia tecnológica en las áreas de química, hormonas, hematología, coagulación y urianálisis, considerando específicamente el cambio a un equipo de primer nivel en urianálisis, a modo de seguir

otorgando una calidad analítica demostrable y una oportunidad de respuesta apropiada a los vecinos de Las Condes.



En relación al inicio de servicios de toma de muestras domiciliarias dirigido a usuarios en situación de salud frágil con dificultad para movilizarse (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.

El Laboratorio Clínico contempla para el año 2019, evaluar la factibilidad de conexión electrónica de su sistema informático integral con la ficha clínica electrónica de los Centros de Salud, con el propósito de registrar los exámenes de laboratorio correspondientes en la ficha de los usuarios. En este contexto, por el momento se está ofreciendo a los vecinos el acceso de sus exámenes realizados vía página web y acceso a nuestros profesionales de salud vía intranet.

Orientaciones Técnico Administrativas:

El Laboratorio se abocará al 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.

Estadísticas:

- Durante el año 2017, se realizó un total de 410.719 exámenes de laboratorio.
- Para este año 2018, se estima la realización alrededor de 415.000 exámenes en total y para el año 2019, se espera un crecimiento alrededor de un 1,2 %, respecto al año 2018.

Proyecciones 2019:

- Remodelación de la Recepción y Salas de Tomas de Muestras del Laboratorio para ofrecer a nuestros usuarios una atención más eficiente en espacios más cómodos.
- Evaluación de la Incorporación de una mayor automatización en Urianálisis, para seguir mejorando la calidad y oportunidad en la entrega de los exámenes a nuestros usuarios, en esta área técnica.

- Evaluación de Integración electrónica del sistema informático del laboratorio con la ficha clínica electrónica de los Centros de Salud.
- 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.

6. Servicios de Oftalmología

La importancia de mantener una adecuada salud visual a la población es la preocupación y la ocupación de este servicio.

La atención de oftalmología sigue siendo una de las mayores demandas de atención en los centros de salud de Las Condes.

Un aumento considerable en la población joven para acceder a esta atención, también hace necesario de disponer de una



adecuada respuesta a esta necesidad. Por otra parte, el creciente aumento de adultos mayores inscritos en los centros de salud de la

comuna que están insertos en forma activa en la sociedad hace que demanden este servicio anualmente. Gran parte de esta población ha accedido previamente a esta unidad por lo que cada día es menor la población nueva sin previa atención de oftalmólogo.

El mayor número de consultantes accede para control o por desmejoramiento de su condición.

Por este motivo, se han desarrollado diversas estrategias para satisfacer la alta demanda de atención. El año 2018 se aumentó el número de horas de atención de tecnóloga médica con el fin de disponer de una jornada más para la atención de adultos mayores. Con estas horas adicionales, el tiempo de espera se acorta para los adultos mayores.

Por otra parte, se utilizan diversas estrategias para la citación de estos pacientes para evitar el ausentismo y pérdidas de horas asignadas que generalmente se reportan en el grupo de adultos jóvenes.

Los programas ministeriales le dan obligatoriedad a la atención del adulto mayor con la garantía GES de vicios de refracción en pacientes mayores de 65 años con una garantía de oportunidad de 180 días desde la derivación por la APS a la especialidad.

De igual forma, el adulto joven menor de 65 años es un paciente que demanda en forma imperativa esta atención



porque las patologías oftalmológicas inciden directamente en su trabajo.

Proyección 2019

Para el año 2019 es necesario la revisión de protocolos de citación del adulto joven para evitar el ausentismo sin justificación y pérdidas de horas asignadas, mantener la cobertura de asistencia del adulto mayor con el fin de disponer de la asignación de

recursos que se otorgan y persistir en la estrategia de oferta de horas combinadas entre el especialista oftalmólogo y la tecnóloga médica especialista en oftalmología.

Para realizar esta actividad se hace necesario el apoyo de igual modo de personal técnico paramédico, secretaria, digitador y coordinador de la unidad que acompañen este proceso que obliga a llevar un alto nivel de registros, digitación y control con el fin de responder también a los programas ministeriales que controlan el proceso cada día con mayores exigencias para la asignación de recursos.

V. ATENCIÓN TERCIARIA DE SALUD:

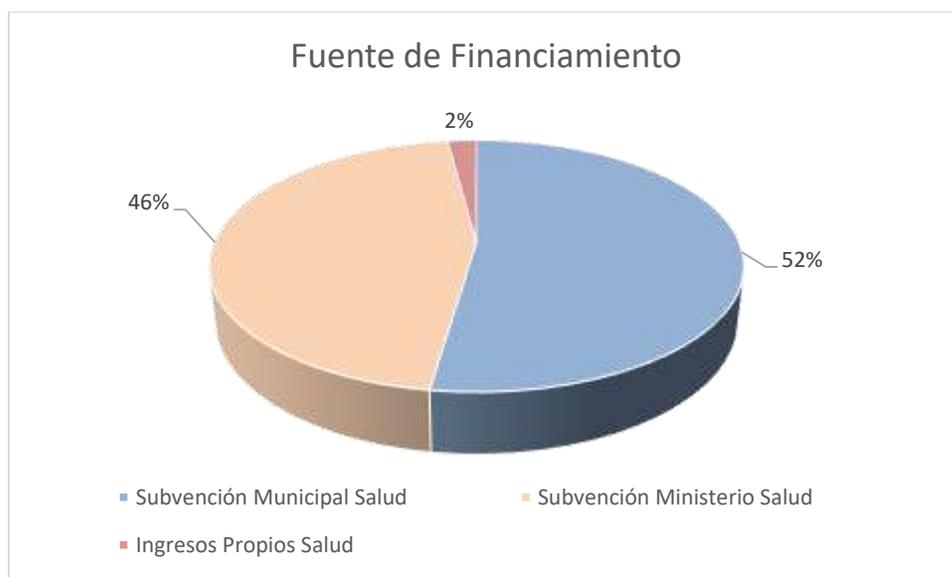
El año 2018, la Dirección de Salud de Las Condes continuó con su trabajo coordinado con el Departamento de Desarrollo Comunitario (Decom) de la comuna para otorgar atenciones médicas a los residentes de Las Condes en la Clínica Cordillera de Las Condes.

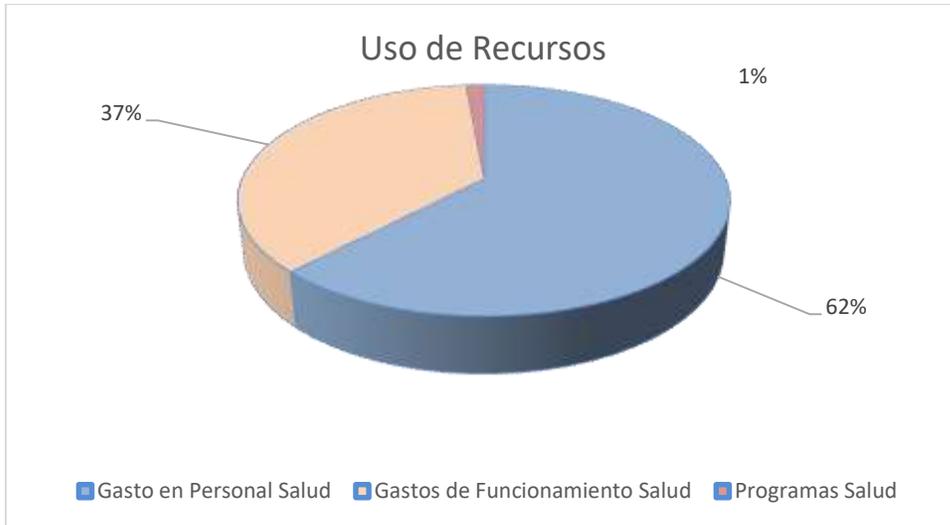
Esta coordinación se realiza a través de dos médicos contralores y los beneficiados reciben en esta clínica atenciones médicas de especialidades, quirúrgicas y de emergencias, dependiendo de sus necesidades.

La Clínica Cordillera realiza permanentemente programas para determinadas prestaciones a un bajo costo, en el marco del Programa Salud para Todos.

VI. PRESUPUESTO AÑO 2019

	Vigente	PPTO	VARIACIÓN	
	2018	2019	2018 - 2019	
Subvención Municipal Salud	8.246.931	8.538.000	291.069	3,5%
Subvención Ministerio Salud	7.295.522	7.438.253	142.731	2,0%
Ingresos Propios Salud	329.600	340.000	10.400	3,2%
Total Ingresos	15.872.053	16.316.253	444.200	2,8%
Gasto en Personal Salud	9.837.214	10.140.000	302.786	3,08%
Gastos de Funcionamiento Salud	5.814.539	5.946.253	131.714	2,27%
Programas Salud	220.300	230.000	9.700	4,40%
Total Egresos	15.872.053	16.316.253	444.200	2,80%





- **Presupuesto Salud 2019**

Programas Salud: M\$ 230.000.-

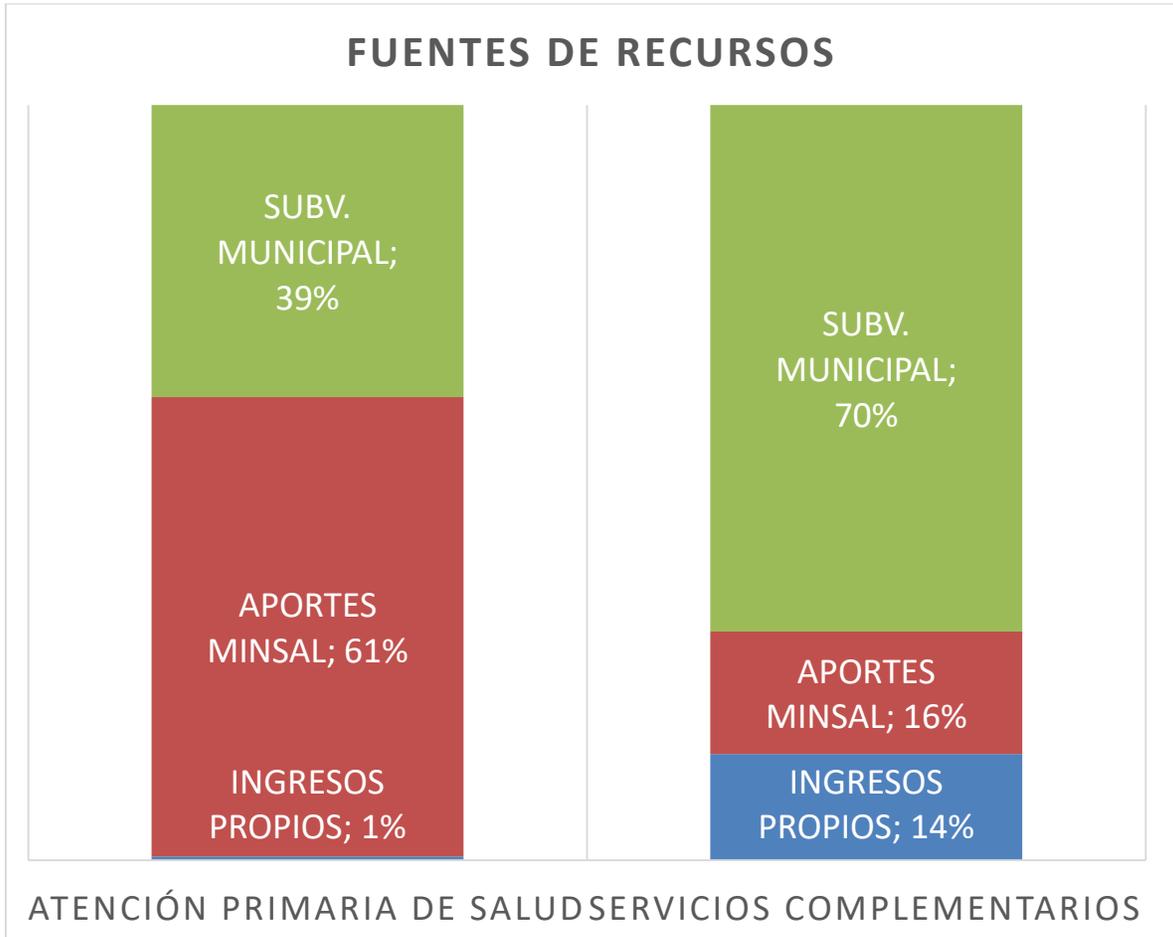
Variación 2018 – 2019 : 4,4%



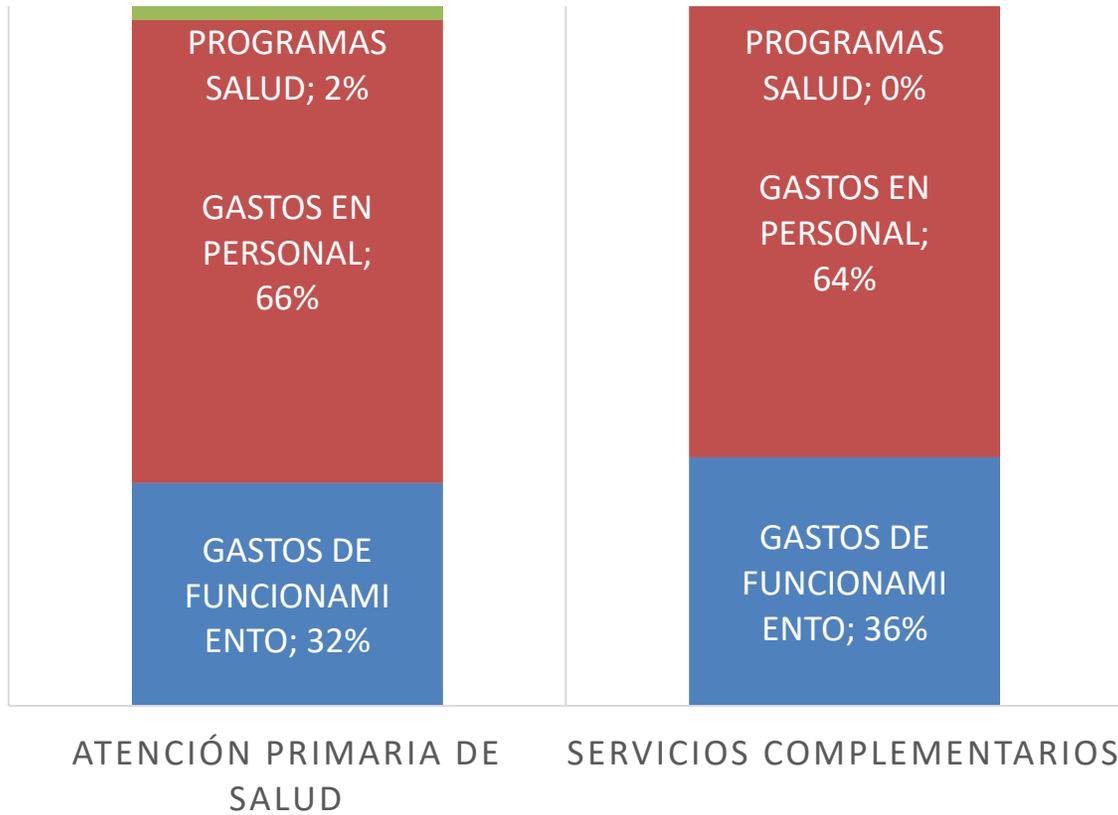
- **Costo prestación promedio**

APS: \$13.339

servicios complementarios: \$21.421



USOS DE RECURSOS



Presupuesto Inversión 2019

33 01 Al Sector Privado (Var -7,3%)

	Vigente	PPTO	VARIACIÓN 2018 - 2019	
	2018	2019	\$	%
	M\$	M\$		
Licencias de Software, Antivirus y Actualización Equip. Tecnológico Salud	61.800	60.000	-1.800	-2,90%
Renovación de Mobiliarios y Equipamiento Salud	154.500	100.000	-54.500	-35,30%
Obras de Reparación y Mantenimiento Anual Ocho Centros de Salud	401.700	440.000	38.300	9,50%
Habilitación Casa Marlit	120.000	-	-120.000	-100,00%
Mejora Infraestructura CESFAM Apoquindo y Ariztia Traslado a Nuevas Dependencias	103.000	-	-103.000	-100,00%
Proyectos de Inversión Salud	-	160.000	160.000	100,00%
Total Presupuesto Inversión	841.000	760.000	-81.000	-7,30%

VII. 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

PLAN DE SALUD CESFAM APOQUINDO

PRIORIDADES SANITARIAS

CUIDADOS DE LA SALUD DE LA POBLACION INFANTIL (0 a 9 AÑOS)

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.	$(\text{N}^\circ \text{ de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida} / \text{N}^\circ \text{ de lactantes controlados al 6to mes}) * 100$	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.	$(\text{Población con consulta nutricional al 5º mes} / \text{Total de población bajo control de 5 a 11 meses}) * 100$	80%	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.	$(\text{Población con consulta a los 3 años y 6 meses} / \text{Población bajo control entre 42 y 47 meses}) * 100$	50%	REM
PROMOCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Aumentar el número de padres (hombres) que participan en los controles de salud de sus hijos e hijas.	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre	$(\text{N}^\circ \text{ de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre} / \text{N}^\circ \text{ de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años}) * 100$	20%	REM
PREVENCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia.	$(\text{N}^\circ \text{ de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente} / \text{N}^\circ \text{ de niños/as eutróficos bajo control, en cada control correspondiente}) * 100$	60%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 5 años bajo control.	$(\text{N}^\circ \text{ de madres, padres o cuidadores(as) de niños(as) menores de 5 años que ingresan a talleres Nadie es Perfecto} / \text{Población bajo control de niños(as) menores de 5 años}) * 100$	5%	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.	$(\text{N}^\circ \text{ de controles de salud de niñas/os de 24 a 71 meses} / \text{N}^\circ \text{ total de niñas/os de 24 a 71 meses bajo control})$	80%	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 de niñas/os de 6 a 9 años / Nº total de niñas/os de 6 a 9 años bajo control)	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 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)/ total control de salud de niñas/os de 7 a 11 meses bajo control)*100	100%	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 al grupo de 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses / Total de controles sano realizados a niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	90%	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 evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses / Nº total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control)* 100	90%	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 en el grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) / Nº total control sano de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	90%	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 aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses(Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses / Nº total control sano de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)*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	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 / Nº Total control de ciclo vital de niñas y niños de 1 mes)*100	100%	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 2º y 6º meses de edad con aplicación de escala de Edimburgo	(Nº de aplicaciones de escala de Edimburgo realizadas a niñas y niños de 2º y 6º mes / Nº Total control de ciclo vital de niñas y niños de 2º y 6º mes)*100	90%	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 4 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 4 meses en control de niño/a sano/ Total de controles sano realizados a niñas y niños de 4 meses bajo control)*100	90%	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	(Nº 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 3º mes de edad por médico	(Nº de controles realizados a niñas y niños de 3 meses / Nº Total de niñas y niños < de 1 año BC)*100	90%	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.	(Nº de controles de salud de niños/as de 48 a 59 meses con evaluación visual / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 59 meses)* 100	90%	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	85%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años.	(Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años/total de niños/as entre los 5 y los 10 años)*100	85%	RNI
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	95%	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	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años.	Mejorar y mantener la salud bucal de menores de 20 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	Evaluación y atención odontológica integral a todos los menores de 20 años.	Nº de niños inscritos de 7 a <10 años con alta odontológica total / Nº de niños de 7 a <10 años inscritos x 100	29%	REM
PREVENCION Y TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en niños de 6 años.	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 6 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Evaluación y atención odontológica integral a todos los niños de 6 años.	Nº de niños de 6 años con alta odontológica total / Nº de niños de 6 años inscritos x 100	79%	REM
PREVENCION Y TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 7 años.	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 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.	(Nº de niños y niñas menores de 3 años con registro ceod= 0 / Nº de niñas(os) menores de 3 años de la población bajo control infantil)*100	50%	REM
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	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	(Nº de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y/o cuidadores ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ Nº total de niños menores de 1 año bajo control)*100	20%	REM
PREVENCION	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 9 años	Visitas domiciliaria a niños y niñas residentes en la comuna con score alto de riesgo de morir de neumonía.	(Nº 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 / Nº 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	(Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias (residente en la comuna) con niño o niña con déficit de DSM / Nº total de niñas y niños menores de 5 años (residente en la comuna) diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor)*100	100%	REM
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) en la reevaluación/ Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses) *100	75%	REM

TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad 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 mortalidad 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	20%	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	(Nº 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	(Nº 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

CUIDADOS DE LA SALUD DE LA POBLACION ADOLESCENTE (10 A 19 AÑOS)

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PROMOCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva a adolescentes de 13 a 18 años en colegios, con énfasis en prevención de ITS y	Talleres realizados durante el año/Talleres programados para ese año	80%	REM
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.	(Nº de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por déficit, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes adolescentes bajo control con	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.	(Nº de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por exceso, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes adolescentes bajo control con	60%	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.	Nº de adolescentes gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (residente en la comuna) con VDI/ Nº de adolescentes gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (residente en la comuna)*100	100%	REM
PREVENCION	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 de 10 a 19 años y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	(Nº de controles de salud integral a púérperas de 10 a 19 años y su recién nacido dentro de los 10 días de vida / Nº total de ingresos de RN de púérperas de 10 a 19 años)*100	70%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes de 10 a 19 años 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	100%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Derivar a toda embarazada de 10 a 19 años 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	(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	90%	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	90%	REM
PREVENCION	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 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	90%	REM
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral adolescentes, con énfasis en adolescentes de 10 a 14 años.	(Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 14 años/ población adolescente de 10 a 14 años inscrita en el establecimiento de	18%	REM
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Atención integral de salud ginecológica a mujeres adolescentes y jóvenes.	Control ginecológico a mujeres de 10 a 19 años	(Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 19 años/ Nº de mujeres de 10 a 19 años	35%	REM
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	100%	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	80%	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	19%	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	95%	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/ Matrícula 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)	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 por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población de 10 a 24 años con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de adolescentes y jóvenes (10-19 años) asmáticos bajo control	(Nº de población 10 a 19 años asmática controlada / Nº de personas de 10 a 19 años asmáticas años)*100	80%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad perinatal	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (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	80%	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 brnquial) *100	100%	SIGGES
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Atención odontológica integral a población adolescente de 12 años.	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/ Nº Total de adolescentes de 12 años inscritos y validados)*100	74%	REM

TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	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
PREVENCION Y TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años.	Mejorar y mantener la salud bucal de menores de 20 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	Evaluación y atención odontológica integral a todos los en menores de 20 años.	N° de adolescentes inscritos de entre 10 a <20 años con alta odontológica total / N° de adolescentes de 10 a <20 años inscritos x 100	29%	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 10 a 19 años con problemas de consumo de OH y/o drogas	Brindar atención integral y oportuna a personas menores 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%	SIGGES
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%	20%	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% (en 2017 no se presentó ningún caso)	REM

CUIDADOS DE LA SALUD DE LA POBLACION 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.	$(\text{N}^\circ \text{ de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 20 a 64 años ingresos respiratorios a sala ERA} / (\text{N}^\circ \text{ total de ingresos respiratorios entre 20 y 64 años a sala ERA}) * 100$	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)	$(\text{N}^\circ \text{ de gestantes que ingresan a educación grupal Preparación para el parto y crianza} / \text{N}^\circ \text{ total gestantes que ingresan a control prenatal}) * 100$	65%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar la disminución de peso durante la gestación, con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.	$(\text{N}^\circ \text{ de gestantes bajo control con malnutrición por déficit, con consulta nutricional} / \text{N}^\circ \text{ total de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por déficit}) * 100$	80%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	$(\text{N}^\circ \text{ de gestantes bajo control con malnutrición por exceso, con consulta nutricional} / \text{N}^\circ \text{ total de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por exceso}) * 100$	60%	REM
PREVENCIÓN	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	$(\text{N}^\circ \text{ de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario} / \text{N}^\circ \text{ total de gestantes con riesgo de parto prematuro}) * 100$	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 personas de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	$\text{N}^\circ \text{ de EMPA realizados a población adulta inscrita validada} / \text{Población Total adulta inscrita validada} - \text{población adulta BC PSCV} * 100$	20%	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 personas de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 20 a 64 años aplicando pauta de protocolo.	(Nº de examen de medicina Preventiva (EMP) realizado en población masculina de 20 a 64 años / Población masculina de 20 a 64 años inscrita menos población masculina de 20 a 64 años BC en PSCV)*100	19%	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 personas de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en mujeres de 45 a 64 años aplicando pauta de protocolo.	(Nº de examen de medicina Preventiva (EMP) realizado en población femenina de 45 a 64 años / Población femenina de 45 a 64 años inscrita menos población femenina de 45 a 64 años BC en PSCV)*100	29%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar y derivar al equipo psicosocial a las gestantes con riesgo psicosocial	Detectar y derivar 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	86%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Primer control de salud de la púérpera y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	(Nº de controles de salud integral a púérperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida / Nº total de ingresos de RN) * 100	70%	REM
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 2º control prenatal.	(Nº de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal / Nº 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)	(Nº de madres con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto en control sano del lactante/Nº total de madres con 2 meses post parto en control sano del lactante)*100	90%	REM

PREVENCION	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)	(Nº de madres con Pauta de Edimburgo aplicada a los 6 meses postparto en control sano del lactante/Nº total de madres con 6 meses post parto en control sano del lactante)*100	90%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo.	Control prenatal acompañado pareja, familiar u otro.	(Nº de controles prenatales de gestantes adultas con acompañante/ Nº Total de controles de gestantes adultas prenatales realizados)*100	20%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo.	Control puérpera con recién nacido acompañado pareja, familiar u otro.	(Nº de controles diada (puérpera con recién nacido) con acompañante/ Nº Total de controles de diada (puérpera con recién nacido) realizados)*100	60%	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	(Nº total de población de 20 a 54 años bajo control de regulación de fertilidad/ Nº total de población de 20 a 54 años bajo control) *100	80%	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.	(Nº de mujeres adultas en control ginecológico preventivo /Nº total de mujeres adultas inscritas y validadas)*100	40%	REM
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 64 años	(Nº de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ Nº de mujeres de 50 a 64 años inscritas validadas)* 100	70%	REM
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	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	58%	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	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Categorizar a las mujeres de 45 a 64 años, según Escala MRS al ingreso a control por climaterio, según Orientación Técnica	Aplicación de la Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio	(Nº de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control/ Nº total de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio)*100	10%	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	70% de las personas	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 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 con diabetes tipo 2 bajo control)*100	70% de las personas de 20 a 64	REM
PREVENCIÓN	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar (pacientes inscritos validados residentes en la comuna).	(Nº de auditorías realizadas a casos de 20 a 64 años que fallecen en su domicilio por neumonía (pacientes inscritos validados residentes en la comuna) / Nº de casos de 20 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonía (pacientes inscritos validados residentes en la comuna))*100	50% de auditorías realizadas	Plataforma PVS
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	20%	REM

ATENCIÓN 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.	(N° de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas de 20 a 64 años del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa /N° 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 persona	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 20 a 64 años del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa /N° de población bajo control de 20 a 64 años en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa)	A lo menos 6 Visitas Domiciliarias	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 20 a 64 años sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /N° de población bajo control de 20 a 64 años en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100	92% y más de la población bajo	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 20 a 64 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/N° 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	(N° de Cuidadores de personas de 20 a 64 años con dependencia severa Capacitados / N° Total de cuidadores de personas con dependencia severa)*100	75% de los cuidadores de personas con	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 20 a 64 años en control en el PSCV.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	(N° de personas de 20 a 64 años diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente/N° total de personas de 20 a 64 años BC en PSCV por diabetes))*100	Aumentar en 5% la cobert	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	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a la persona con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	(N° de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con cáncer, dolor en cuidados paliativos/ N° de población bajo control por alivio del dolor y cuidados paliativos))*100	A lo menos 2 VDI mensuales	REM
TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Entregar Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Prescripción de TRH a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	(N° de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS / N° total de mujeres que requieren TRH según escala MRS)* 100	80%	REM

TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 20 a 64 años.	Optimizar la cobertura de hipertensión en personas de 20-64 años	(Nº de personas hipertensas de 20-64 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 20-64 años estimados en la población inscrita validada)*100	77%	REM Población estimada según
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 20 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-64 años	(Nº de personas hipertensas de 20-64 años bajo control con (PA <140/90)/Nº de personas hipertensas de 20-64 años bajo control en PSCV)*100	58%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 20-64 años.	Optimizar la cobertura de diabetes en personas de 20-64 años	(Nº de personas diabéticas de 20 a 64 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 20-64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)*100	59%	REM, ENS 2009 (10%)
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 20-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-64 años	(Nº de personas diabéticas de 20-64 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 20-64 años bajo control en PSCV)	35%	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	(Nº total de atenciones odontológicas de urgencia GES en adultos de 20 a 64 años realizadas el año actual / Nº 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	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población de 20 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a población de 20 a 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Población de 20 a 64 años bajo control por trastorno mental / Población de adolescentes de 20 a 64 años inscrita validada x prevalencia de 22%	20%	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 (dada la baja incidencia)
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

CUIDADOS DE LA SALUD DE LA POBLACION ADULTA MAYOR (MAYORES DE 65 AÑOS):

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.	$(N^{\circ} \text{ de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 65 y más años ingresos respiratorios a sala ERA} / (N^{\circ} \text{ total de ingresos respiratorios entre 65 y más años a sala})$	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)	$(N^{\circ} \text{ de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva} / \text{Población inscrita de 65 años y más validada por FONASA}) * 100$	48%	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.	$(N^{\circ} \text{ de VDI recibidas por personas de 65 años y más del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa} / N^{\circ} \text{ de población bajo control de 65 años y más en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa})$	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.	$(N^{\circ} \text{ de visitas domiciliarias de tratamiento y seguimiento recibidas por personas de 65 años y más del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa} / N^{\circ} \text{ de población bajo control de 65 años y más en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa})$	A lo menos 6 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).	$(N^{\circ} \text{ de personas de 65 y más años sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa} / N^{\circ} \text{ de población bajo control de 65 y más años en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa}) * 100$	92% 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	$(N^{\circ} \text{ de cuidadores de personas de 65 y más años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit} / N^{\circ} \text{ de cuidadores de personas de 65 y más años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con})$	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	85%	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	85%	RNI
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 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 / N° 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
PREVENCIÓN	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	30%	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
PREVENCION	Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con riesgo y en riesgo de Dependencia.	Aplicación de Instrumento HAQ-8 al ingreso y egreso del programa.	(Nº de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejoran su condición funcional / Nº de total de adultos mayores ingresados al programa) *100	60 % de los AM egresados del programa mantengan o mejoren su condición funcional (excluyendo	REM

PREVENCIÓN	Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Planificar y ejecutar diagnóstico participativo con líderes de las agrupaciones participantes de los talleres del Mas Adultos Mayores Autovalentes.	Dicotómico SI/NO	Elaboración y ejecución de un diagnóstico participativo en autocuidado y estilos de vida saludables, para la	INFORME
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 65 y más años.	Optimizar la cobertura de hipertensión en personas de 65 y más años	(Nº de personas hipertensas de 65 y más años bajo control / Nº de personas hipertensas de 65 y más años estimados en la población inscrita validada)*100	77%	REM Población estimada según
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 65 y más años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 65 y más años	(Nº de personas hipertensas de 65 y más años bajo control con (PA <140/90)/Nº de personas hipertensas de 65 y más años bajo control en PSCV)*100	58%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 65 y más años.	Optimizar la cobertura de diabetes en personas de 65 y más años	(Nº de personas diabéticas de 65 y más años bajo control/Nº de personas diabéticas de 65 y más años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)*100	59%	REM, ENS 2009 (10%)
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 65 y más años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 65 y más años	(Nº de personas diabéticas de 65 y más años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 65 y más años bajo control en PSCV)	35%	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 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 más 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 65 y más años con diabetes tipo 2 bajo control)*100	67% de las personas de 65 y más años con diabetes con evaluación y plan de manejo	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.	80%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente/Nº total de personas de 65 años y más BC en PSCV por diabetes))*100	Aumentar en 5% la cobertura	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	20%	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	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta mayor de 65 y más años	Brindar atención integral y oportuna a población adulta mayor de 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental de la población adulta de 65 y más años/ Población adulta de 65 y más años inscrita validada x prevalencia de 22%	20%	REM
TRATAMIENTO	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a la persona con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con cáncer, dolor en cuidados paliativos/ Nº de población bajo control por alivio del dolor y cuidados paliativos))*100	A lo menos 2 VDI mensuales	Registro sectores/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

INDICADORES ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE SALUD

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	N° de familias evaluadas con encuesta SALUFAM/N° 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	N° de familias con plan de intervención	N° de familias con plan de intervención /N° de familias evaluadas con riesgo moderado-alto	80	Registros sector

INDICADORES ESTRATEGIAS DE PROMOCION COMUNAL

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	FUENTE
PROMOCION	Fortalecer el vínculo existente entre equipo de salud y organizaciones sociales.	Aumentar y mejorar las actividades programadas entre los equipos de salud y la comunidad organizada.	Equipos de salud generan plan de trabajo en conjunto con organizaciones sociales para promover actividades educativas y el fortalecimiento de la red.	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas	100% del plan de trabajo ejecutado	REM 19
PROMOCION	Contribuir a la creación de conciencia y conocimiento respecto a problemas vinculados con estilos de vida saludables	Aumentar las conductas de autocuidado en adolescentes de colegios vinculados al CESFAM Apoquindo a través de Comisión Mixta.	Actividades educativas con los colegios del territorio a través de talleres en torno a Adolescencia y autocuidado	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas	100% de actividades realizadas (Talleres Adolescencia y autocuidado)	REM 19
PROMOCION	Fomentar hábitos saludables y conocimientos en materia de actividad física y alimentación saludable	Disminuir los niveles de sedentarismo y obesidad en los usuarios y comunidad.	Hitos comunicacionales de Promoción de la Salud (3): Realizar educación grupal en torno a temática vinculada a alimentación saludable y actividad física	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas	100% de las actividades de hitos comunicacionales realizadas	REM 19

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	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población de 15 y más años	(Nº de baciloscopias realizadas en población de 15 y más años sintomáticos respiratorios/ N° de consultas de morbilidad en	50 x 1000	Encargada Programa TBC
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Confirmación de los casos a través del cultivo	(Nº de casos pulmonares diagnosticados por cultivo/ N° total de casos pulmonares	20 a 30% de los casos	Registro nacional de pacientes
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Prevenir que los contactos < de 15 años se infecten con tuberculosis o que desarrollen la enfermedad	Quimioprofilaxis en los contactos < de 15 años	N° de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis/N° total de contactos *100	100%	Informe de evaluación de estudio de contacto
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Identificar los hogares de adultos mayores y clubes de adulto mayor presentes en la comunidad	Catastro con el N° de hogares y clubes de AM identificados en el área del consultorio	Contar con registro	Catastro de hogares
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis pulmonar.	Estudio de Contacto de casos índices con bacteriología positiva (baciloscopia, PCR o cultivo).	(Nº de contactos estudiados / N° de contactos censados) *100	90%	Informe de Evaluación del
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Estudio de Contacto en casos índices menores de 15 años.	(Nº de contactos estudiados < de 15 / N° de contactos < de 15 censados) *100	100%	Informe de Evaluación del
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Aplicar el Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono.	(Nº de pacientes con score de riesgo identificados/ N° de pacientes ingresados a tratamiento)*100	100%	Tarjeta de tratamiento
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Visita Domiciliaria a todos los casos (residentes en la comuna) que ingresan a tratamiento	(N° de pacientes (residentes en la comuna) ingresados a tratamiento /N° de visitas domiciliarias	100%	Tarjeta de Tratamiento
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica)	(N° de controles médicos realizados y registrados en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ N° de controles	100%	Ficha Clínica/Tarjeta de tratamiento.
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	3 consultas enfermeras: ingreso, cambio de fase de tratamiento y alta de tratamiento (norma técnica)	(N° de consulta de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ N° de consultas	3 consultas al 100%	Ficha Clínica/Tarjeta de tratamiento.
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Programar y realizar consulta de enfermera al paciente inasistente por más de 1 semana al tratamiento	(N° de consultas de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente inasistente por más de 1 semana)/N° de consultas de	100%	tarjeta de tratamiento
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Perdida de seguimiento (abandono) menor del 5%	Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente por más de 3 semanas al tratamiento realizada por enfermera	(N° de inasistentes por más de tres semanas / N° de visitas domiciliarias realizadas) *100	100%	Tarjeta de tratamiento.

CENTRO DE SALUD FAMILIAR DR. ANÍBAL ARIZTÍA

CUIDADOS DE LA SALUD DE LA POBLACION INFANTIL (0 a 9 AÑOS)

NIVEL	Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Indicadores
PROMOCION	Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6º mes de vida.	Mantener cobertura LME a los 6 meses en 65%	<ul style="list-style-type: none"> *Entrega guía anticipatoria lactancia materna en todas las edades antes del 6º mes *Celebrar semana de lactancia *fortalecer comité de lactancia materna *educación continua a profesionales que atienden niños 	<p>Educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva.</p> <p>Fomentar uso de cojín de lactancia, Evaluar y reforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud de niña y niño.</p> <p>Favorecer las clínicas de lactancia, asegurando el buen uso de los maletines de lactancia entregados.</p>	(Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida / Nº de lactantes controlados al 6to mes)*100
	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Lograr consejería en act. Física al menos al 10% del BC entre 4 y 9 años	<ul style="list-style-type: none"> *Mantener entrega de guía anticipatoria colaciones saludables *Disminuir rendimiento en 10 min para realizar a todos los niños consejería en el control del niño sano *Derivación a programa vida sana *consulta nutricional 15 meses. *promoción en colegios y jardines infantiles. 	Consejería individuales de actividad física entregada a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años	(Nº de consejería individuales en actividad física entregadas a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años/ Total de población bajo control menor de 10 años)* 100
	Aumentar el número de padres (hombres) que participan en los controles de salud de sus hijos e hijas.	Lograr 22% de controles con padre	<ul style="list-style-type: none"> *Mejorar registros en tarjetón , *fomento de la presencia del padre desde controles prenatales, atención de niños en control sano después del horario habitual para favorecer la presencia del padre 	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre	(Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre / Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años)*100

PREVENCIÓN	Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.	Lograr cobertura de 50 %	Fortalecer en los equipos la aplicación de esta pauta , incluirla en los protocolos de ficha electrónica y hacerlo campo obligatorio	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia.	(Nº de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente/Nº de niños/as eutróficos bajo control, en cada control correspondiente)*100	
	Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	Mejorar cobertura en un 10%	*Educación en horarios flexibles y diferidos (diurno y vespertino) *mejorar la convocatoria a través del uso de videos promocionales en TV las condes , *promocionar la actividad en las reuniones con los funcionarios, *derivación oportuna de casos , *reclutamiento efectivo con auditoria de fichas para saber realmente cuantos invitan a los padres	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 5 años bajo control.	(Nº de madres, padres o cuidadores(as) de niños(as) menores de 5 años que ingresan a talleres Nadie es Perfecto/ Población bajo control de niños(as) menores de 5 años)*100	
	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil.	Disminuir en 10%	rescate de inasistentes mensual		Rescate de población inasistentes a los controles de salud	(Nº de niños/as inasistentes a control de salud en el grupo etario/ total de niños/as bajo control en el grupo etario)*100
		Determinar línea base de niños extranjeros bajo control	coordinación con educación para detectar casos , coordinación con inscripción del Cesfam		Control de Salud a niños y niñas migrantes	(Número de niños y niñas migrantes bajo control año vigente - número de niños y niñas migrantes bajo control año anterior)/ Número de niños y niñas migrantes bajo control año anterior
		1 control anual	rescate de inasistentes 2 veces en el año		Control de salud a niñas y niños de 24 a 71 meses inscritos en establecimiento de salud.	(Nº de controles de salud de niñas/os de 24 a 71 meses / Nº total de niñas/os de 24 a 71 meses bajo control)

PREVENCIÓN	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Cobertura de DSM 94%	Rescate de inasistentes mensualmente	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 al grupo 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)/ total control de salud de niñas/os de 7 a 11 meses bajo control)*100
		Cobertura de DSM 94%	capacitacion a enfermeras para mejorar la aplicación de la pauta	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses / Total de controles sano realizados a niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100
		Cobertura de evaluación DSM 94%	aumentar rendimiento para aplicación de M-chat,capacitaciones formales en la aplicacion	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación).	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses / N° total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control)* 100
		Cobertura de evaluación DSM 50%	aumentar rendimiento para aplicación de M-chat,capacitaciones formales en la aplicacion	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) / N° total control sano de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100
		Cobertura de evaluación DSM 90%	aumentar rendimiento para aplicación de M-chat,capacitaciones formales en la aplicacion	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. (Primera evaluación).	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses(Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses / N° total control sano de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)*100
	Entregar herramientas para la promoción y prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y la violencia de género a padres y/o cuidadores y/o profesores mediante educación grupal	1,5%	Educación en prevención de consumo de alcohol y drogas dirigido a Comunidad Escolar.	Actividades promocionales y preventivos de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género a niños/as menores de 10 años y a sus madres, padres y/o cuidadores de niños/as preferencialmente en el ámbito educacional (jardines, escuelas, liceos)	(N° de personas que asisten a actividades (año vigente))/ (Población inscrita entre 0 y 9 años (año vigente))*100

PREVENCIÓN	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Aplicación de PNS al mes de vida al menos al 60% de los inscritos de ese grupo etéreo	*mantener a los médicos nuevos informados de esta pauta y su aplicación *Horario protegido para atención médica	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 / Nº Total control de ciclo vital de niñas y niños de 1 mes)*100
		Lograr cobertura de 80% de niños bajo control con Rx pelvis a los 3 meses	*Coordinar citaciones de pacientes con Centro radiológico en convento * Solicitar Rx de pelvis a todos los niños de 3 meses que asisten a control *Rescatar mensualmente inasistentes a control de 3 meses o inasistentes a hora de Rx	Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses	(Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100
		Lograr cobertura de 60% del bajo control	* derivación oportuna en el control de los 4 años *mejorar registros	Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual.	(Nº de controles de salud de niños/as de 48 a 71 meses con evaluación visual / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 71 meses)* 100
		Incrementar a 65% de cobertura	* Mejorar coordinación derivación a control con equipo *mejorar la convocatoria a través del uso de videos promocionales en TV las condes *Mantener agendas diferida diurna y vespertina	Medición de la presión arterial para detectar precozmente niños y niñas portadores de hipertensión arterial	Nº de controles de salud de niños/as de 36a 71 meses con evaluación de presión arterial / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 36 a 71 meses)* 100
	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Cobertura de vacunación 90%	incluir guía anticipatoria de vacunas en control prenatal y primer control con matrona	Administración de vacuna hepatitis A a los /as niños/as a los 18 meses de edad	(Nº de niños/as de 18 meses de edad con vacuna hepatitis A administrada)/(Nº de niños/as de 18 meses de edad)*100
		Cobertura de vacunación 95%		Administración de esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños/as de 1 año.	(Nº de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada)/(Nº de niños/as de 1 año)*100
		Cobertura de vacunación 90%		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
				Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años.	(Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años)/(total de niños/as entre los 5 y los 10 años)*100
		Cobertura de vacunación 95%		Administración de esquema primario completo de vacuna contra <i>H. Influenzae tipo b</i> , <i>Hepatitis b</i> , <i>tétanos</i> , <i>tos convulsiva</i> , <i>poliomelitis</i> en niños/as menores de 1 año	(Administración de esquema primario completo de vacuna contra <i>H. Influenzae tipo b</i> , <i>Hepatitis b</i> , <i>tétanos</i> , <i>tos convulsiva</i> , <i>poliomelitis</i> en niños/as menores de 1 año)/(Total de niños/as menores de 1 año)*100 (el esquema primario incluye administración a los 2, 4 y 6 meses de edad)
		Cobertura de vacunación 90%		Administración de la primera dosis de vacuna Trivirica al año de vida.	(Nº de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivirica administrada / Nº de niños de 1 año)*100
		90% de los(as) niños y niñas con vacuna SRP administrada		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
		90% de los(as) niños y niñas con vacuna DTP(a) administrada		Administración de la primera dosis de vacuna SRP Y DTP(a) en primero básico	Nº de niños de 1º año básico con dosis de vacuna SRP administrada/ Matricula niños 1º básico año en curso *100
	Administración de la primera dosis de vacuna SRP Y DTP(a) en primero básico	Nº de niños de 1º año básico con dosis de vacuna dtp(a)administrada/ Matricula niños 1º básico año en curso *100			

PREVENCIÓN	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 7 años.	Clasificar al 100% de los niños ingresados a control	*derivar a los niños desde cero meses , *rescatar a los inasistentes * auditorías para evaluar procedimiento de derivación	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población menor de 7 años.	(Nº de niñas y niños menores de 7 años con registro ceod/ Nº total de niñas y niños menores de 7 años ingresados a control con enfoque de riesgo en el centro de salud (CERO)* 100
	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 3 años.	Cobertura de 50%		Control de salud oral de niños y niñas menores de 3 años	(Nº de niños y niñas menores de 7 años ingresados en la población bajo control en salud oral/ Nº de niños y niñas menores de 7 años inscritos y validados en los establecimientos)*100
	Fortalecer intervenciones educativas relacionadas con los problemas de salud más prevalentes en la infancia	Cobertura de 50% del BC	Educación grupal con citaciones a pacientes que asisten a CNS y en inscripción en época de baja circulación viral	1 sesión grupal pob BC a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA	(Nº de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y /o cuidadores ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ Nº total de niños menores de 1 año bajo control)*100
	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	Hacer seguimiento 100% de niños <7 meses bajo control con score de riesgo grave de morir por neumonía	*Clasificar al 100% de niños <7 meses bajo control con pauta de score de riesgo *Rescate de niños inasistentes , *informe mensual a sectores *Horario protegido para VD *Auditoría de fichas de fallecidos por NAC	*Aplicación de pauta score a todos los niños <7meses en control de salud *Visita domiciliaria a niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía grave. *Realizar auditoría clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en el hogar.	(Nº de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral / Nº de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave)*100

TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a niños/as con dependencia moderada /o y severa	*Derivación con A.S. para evaluar condición gestión de apoyo asistencial y coordinación con redes.	Atender en forma integral a niños/as con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a niños/as con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº de población Infantil bajo control por dependencia moderada y/o severa))*100
	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Control del 90% de niños con rezago o déficit	*Aplicar test de DSM o pauta breve según edad al 100% de niños bajo control *Rescate de niños inasistentes , *derivacion oportuna a sala de estimulacion o escuela de lenguaje , *derivacion oportuna a especialista *Horario protegido para VD	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo	(Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM / Nº total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor)*100
	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	Mantener cobertura de 29% en SBOR y 17% en asma	*Atención espontánea kinesiólogo y médico *Educación individual *Coordinación equipo IRA y enfermería *Rescate de Inasistentes a programa	*Consultas y controles según demanda y agenda médico y kine * Procedimiento de rescate por TENS de enfermería	(Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses) *100
	Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja	100%	Atención espontánea kinesiólogo	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA Baja en menores de 5 años	(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
	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Lograr cobertura de ≥75%	*Agenda con horario flexible * Clínica dental móvil con atención en colegios	Atención odontológica integral a población de niños y niñas de 6 años.	(Nº de niñas y niños de 6 años con egresos odontológicos total/ Nº Total de niñas y niños de 6 años inscritos y validados)*100
	Brindar atención integral y oportuna a personas mayores de 5 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales	*Derivación con A.S.-T.S. para articulación de redes trabajar en coordinación con PAPS	Atención Integral de niños y niñas mayores de 5 años mayores de 5 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental mayor de 5 años (año vigente) / Población inscrita validada mayor de 5 años x 22% de prevalencia
	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Mantener el número de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	Derivación a Consulta Social por parte del equipo de salud, para intervención con víctimas o adulto responsable, para su empoderamiento y vinculación con redes de apoyo.	Casos presentados en consultoría de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año vigente) / Nº de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente))* 100
	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Alcanzar un 10%	Agendas protegidas con horario flexible	Altas terapéuticas de niños y niñas mayores de 5 años con diagnósticos de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Nº de personas egresadas por alta terapéutica (año vigente) / Nº de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente))
	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Concentración entre 4 y 12 de controles.		Atención integral a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas con énfasis en la intervención grupal	((Nº de controles de Salud Mental totales realizadas (año vigente) / Nº de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente))

Cuidados de la salud de la población adolescente (10 a 19 años)

NIVEL	Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Indicadores
PROMOCION	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería 50% de ingresos de 12 años a tratamiento odontológico.	CONSEJERIAS ANTITABACO, DERIVACIÓN A KINESIOLOGO	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios. Realizar consejerías breves antitabaco en pacientes de 12 años que ingresan a tratamiento odontológico.	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años / (Nº total de ingresos agudos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años (MÁS) Nº consultas de morbilidad de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años (MÁS) Consultas de atenciones agudas de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años))* 100
	Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años	Determinar línea base	Educación grupal en establecimientos educacionales en esto estar atentos ante los requerimientos de parte de educación	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva adolescentes de 10 a 19 años	(Nº de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año vigente) / Nº de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior))*100

PREVENCIÓN	Aumentar el número visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestante de 10 a 19 años en riesgo psicosocial.	Aumentar o mantener lo realizado el año anterior	Clasificar riesgo de todas las embarazadas adolescentes que ingresan a control a través de EPSA	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 19 años con riesgo psicosocial.	(Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (año vigente) [MENOS] N° de VDI a adolescentes Gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)/ N° de VDI a adolescentes Gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)) *100
	Derivar a toda embarazada de 10 a 24 años con riesgo Obstétrico y/o biomédico a atención con especialista	Derivar al 100% pacientes detectadas con riesgo	*Agenda protegida para control de embarazo *Educación individual respecto a oportunidad de realización de exámenes y consultas	Derivar al nivel secundario (Alto Riesgo Obstétrico) las gestantes de 10 a 24 años con factores de riesgo Obstétrico y/o biomédico, según Guía Perinatal	(Nº de gestantes de 10 a 24 años con riesgo Obstétrico y/o biomédico derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes de 10 a 24 años con riesgo Obstétrico y/o biomédico)*100
	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
	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
	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.	(Nº de gestantes adolescentes a las que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal / N° total de ingresos a control prenatal)*100
	Conocer el porcentaje de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal	Aumentar a 78% embarazadas extranjeras con ingreso antes de 14 sem. De embarazo	Agende protegida para ingresos	Control prenatal	Número de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal/Número total de gestantes migrantes de 10 a 24 años en Control prenatal*100
	Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención	Determinar línea base	Mejorar registros por grupo étnico	Control prenatal	(Número de gestantes de 10 a 24 años bajo control Prenatal portadora de Streptococo Grupo B /Número de gestantes de 10 a 24 años bajo control Prenatal) *100
	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Cobertura de EMPAD de 15% población 10 a 19 años	*realizar consejerías individuales *Disminuir rendimiento de controles *entrega de guía anticipatoria *Derivación a programa VS	Control de Salud Integral adolescentes de 10 a 19 años con aplicación de ficha CLAP	(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
	Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres de 20 a 24 años	Aumentar en un 15% lo observado en 2018, es decir lograr 27,5%	*Coordinar con equipo la derivación a control preconcepcional *Mejorar registros por matrona *Derivación a programa VS	Control Preconcepcional.	(Nº de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) N° de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año anterior)/ N° de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año anterior))*100

PREVENCIÓN	Atención Integral de salud ginecológica a mujeres adolescentes y jóvenes.	Aumentar en un 10%	*Capacitar al equipo respecto a la importancia de la derivación a control ginecológico *Mejorar registros por matrona	Control ginecológico a mujeres de 10 a 24 años	(Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior)/ Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior)) *100
	Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención el VIH-SIDA e ITS y Promover el uso del condón en adolescentes	Aumentar en un 30%	*Atención espontánea a adolescentes que lo soliciten *Mantener disponibilidad kit de test rápido *Mantener stock suficiente de preservativos	Adolescentes y Jóvenes que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva, Consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y Consejería en regulación de la fertilidad, con entrega de condones	(Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones (año vigente)(MENOS) Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones (año anterior) / Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones (año anterior)) *100
	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	Mantener o mejorar 22% de adolescentes con método de regulación de fecundidad 15-19 años (META ENS)	*Educación en los establecimientos educacionales *Agenda protegida	Control 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
	Aumentar el uso de doble anticonceptivo (método de regulación de fertilidad efectivo más preservativo) en adolescentes)				(Nº de adolescentes de 15 a 19 años en control de regulación de la fertilidad con "método de regulación de fertilidad más preservativo") / Nº de adolescentes de 15 a 19 años en control de regulación de la fertilidad) *100
	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.	determinar línea base	*Atención espontánea a usuarios que lo soliciten *Mantener disponibilidad kit de test rápido	Realizar examen de VIH en jóvenes de 15-24 años que consultan por morbilidad.	(Nº total de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15-24 años (año vigente) /Nº total de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15-24 años, (año anterior)) *100
	Aumentar la cobertura de vacunación	90 % de cobertura	Vacunación escolar según PNI	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 adolescentes vacunadas con segunda dosis de vacuna VPH el año en curso)/(Nº de adolescentes vacunadas con primera dosis en el año anterior) *100
	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.		Difusión a través de canales de Tv local y reuniones	Administración de vacuna Influenza a los (as) adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 24 años.	(Nº de adolescentes y jóvenes entre los 10 y 24 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza / Total de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años s portadores de enfermedades crónicas) *100.

PREVENCIÓN	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	95 % de cobertura	derivacion oportuna de casos , reclutamiento efectivo con auditoria de fichas para saber realmente cuantos invitan a los padres	Administración de vacuna Influenza a las adolescentes con embarazo de 13 semanas y más	N° de adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y mas semanas vacunadas con anti-influenza / N°Total adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y mas semanas) *100.
	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.			Administración de vacuna Influenza a las jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 13 semanas y más de gestación	N° jóvenes entre los 20 y 24 embarazadas con 13 y mas semanas de embarazo vacunadas con anti-influenza / N° Total mujeres jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas de 13 y mas semanas de gestación) *100.
	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	85 % de cobertura	informar a los funcionarios sobre la estrategia	Administración de vacuna dTpa a las adolescentes con embarazo de 28 semanas y más de gestación	N° de adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y mas semanas vacunadas con dTpa/ N°Total adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y mas semanas) *100.
	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.			Administración de vacuna dTpa a las jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 28 semanas y más de gestación	N° jóvenes entre los 20 y 24 embarazadas con 28y mas semanas de embarazo vacunadas con dTpa/ N° Total mujeres jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas de 28 y mas semanas de gestación) *100.
	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.	100% de auditorías realizadas a pacientes inscritos	*Educación a la población de los factores de riesgo que puedan producir neumonía. *Además educar con respecto a la importancia de la aplicación de la encuesta.	*Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar. *Rescate de familiares para responder la encuesta para lograr auditoría. *Mantener registros de los pacientes actualizados en FE.	(N° de auditorías realizadas a casos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que fallecen en su domicilio por neumonía / N° de casos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonía)* 100
	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo en hombres de 20 a 24 años.	Cobertura de EMPA en la población inscrita validada hombres de 25 a 64 años 19,6%	*Mantener módulo en sala de espera para realización de empa durante todo el año *Continuidad de la derivación desde diferentes unidades del CESFAM *Incorporar en la inducción de Médicos nuevos como realizar EMPA *Mantener actividades en terreno	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando formulario correspondiente	Calculo de cobertura: (N° de EMPA realizados a población adulta inscrita validada según edad y género /Población Total adulta inscrita validada)*100
	Entregar herramientas para la promoción y prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y la violencia de género a padres y/o cuidadores y/o profesores mediante educación grupal y aplicación de instrumentos de detección	Alcanzar 10% cobertura	*Derivación a Consulta Social por parte del equipo de salud, para intervención con víctimas o adulto responsable, para su empoderamiento y vinculación con redes de apoyo. *Mantener aplicación de instrumentos en EMP	1- Actividades promocionales y preventivos de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género a adolescentes de 10 a 19 años y a sus madres, padres y/o cuidadores /as preferencialmente en el ámbito educacional (escuelas, liceos) 2- Aplicación de Instrumentos detección de trastornos mentales y consumo de sustancias (AUDIT, ASSIST, CRAFFT)	(N° de adolescentes de 10 a 19 años que asisten a actividades + N° de adolescentes de 10 a 19 años con instrumento de detección aplicado (año vigente))/ (Población inscrita entre 10 y 19 años (año vigente))*100
	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	El 100% de casos notificados por hospitales del SSMO o informados por usuarios con control dentro de 7 días del alta.	Mejorar comunicación con la comunidad sobre importancia de dar aviso a personal del CESFAM sobre hospitalización y alta de los pacientes inscritos	*Informar a comunidad en reuniones territoriales y de consejo *Realizar plan consensuado en los casos notificados	(N° de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7días hábiles post-alta /N° total de egresos hospitalarios notificados de personas adultas con ACV o IAM)* 100

PREVENCION	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	100% de las personas diabéticas o hipertensas bajo control, clasificadas	*Mejorar registro de de clasificación de ERC en Ficha *Mejorar el registro de exámenes en ficha	Etapificar función renal en base a creatinina plasmática	(Nº de adultos hipertensos y/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/o diabéticos) al corte)* 100
	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	70% de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes con evaluación y plan de manejo	*Mejorar derivación de médicos a enfermera *Realizar rescates de inasistentes a evaluación desde atención podológica *Mejorar rescates en cada sector	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	(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 tipo 2 bajo control)*100
	Mejorar la calidad de atención de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años con diabetes en control en el PSCV.	65 % cuentan con un fondo de ojo vigente.	*Mejorar la derivacion para la realizacion de este exs de todos los profesionales que realizan control de salud cardiovascular *Aumentar oferta de fondos de ojo realizados en CESFAM	Realización de fondo de ojo con agendas diferidas a pacientes adultos de 15 a 24 años diabéticos en el PSCV	(Nº de personas de 15 a 24 años diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente / (Nº total de personas de 15 a 24 años con diabetes bajo control)*100

TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de atención en población de 10 a 24 años con asma bronquial bajo control.	Cobertura de un 16,67% en relación a la prevalencia en población mayor 20 años con ASMA	*Capacitación continua del equipo de Salud en la pesquisa y derivación	*Asignar hora inmediata al paciente que sea derivado al Programa. *Frente a exámenes respiratorios alterados hora inmediata.	(Proporción de población bajo control asmática/controlada / Proporción de población esperada asmática
	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a adolescentes y jóvenes con dependencia moderada y/o severa	*Derivación con A.S. para evaluar condición gestión de apoyo asistencial y coordinación con redes.	Atender en forma integral a adolescentes y jóvenes con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a adolescentes y jóvenes con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº de población adolescente y joven bajo control por dependencia moderada y/o severa))*100
	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Lograr 10% cobertura efectiva	*Continuar con estrategias descritas para EMPAD *Educación y control grupal a pacientes que ingresan a control PSCV *Continuar con 1 hora protegida mensual por enfermera de cada sector para realización de rescates para el PSCV *Cupos reservados para pacientes rescatados	*Talleres de educación grupal a pacientes que ingresan a control *Realizar controles de hipertensión y/o DM en personas de 15 a 24 años.	(Nº de personas hipertensas de 15 a 24 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 15 a 24 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100 Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)
	mejorar el control metabólico integral de las personas diabéticas tipo 2	Incrementar en 10% las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial, respecto al año anterior	* Educación y control grupal e individual a pacientes bajo control PSCV * Gestión de agendas *Abastecimiento adecuado de fármacos	*Talleres programados mensuales * Control crónico en horarios protegidos en agendas diferidas	Personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial. /Personas diabeticos en control PSCV
	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Lograr cobertura ≥75%	*Agenda con horario flexible * Clínica dental móvil con atención en colegios	Atención odontológica integral a población adolescente de 12 años.	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/ Nº Total de adolescentes de 12 años inscritos y validados)*100
	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes de 10 a 19 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales	*Derivación con A.S.-T.S. para articulación de redes trabajar en coordinación con PAPS - *Programa 24 horas, Cooperación Moviliza, Casa Futuro y CAINF	Atención integral de adolescentes de 10 a 19 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental de 10 a 19 años (año vigente) / Población inscrita validada de 10 a 19 años x 22% de prevalencia

TRATAMIENTO	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población 10 a 24 años	Mantener el número de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior	Coordinación con CESAM	Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas a población de 10 a 24 años	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental (año vigente) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente))(MENOS) N° de casos presentados en consultoría de salud mental (año anterior) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100
	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Aumentar los ingresos de adolescentes y jóvenes a atención integral por violencia de género en relación al año anterior	Derivación a Consulta Social por parte del equipo de salud, para intervención con víctimas o adulto responsable, para su empoderamiento y vinculación con redes de apoyo.	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años Ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100
	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población de 10 a 24 años	Concentración entre 6 y 12 de controles.	Agendas protegidas	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas con énfasis en la intervención grupal en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	((N° de controles de Salud Mental totales realizados (año vigente) / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente))
	Aumentar la cobertura de pacientes con asma bronquial de 10 a 24 años en la atención primaria de salud	Cobertura de un 16,67% en relación a la prevalencia en población 10 a 24 años con ASMA	Capacitación continua del equipo de Salud en la pesquisa y derivación	*Asignar hora inmediata al paciente que sea derivado al Programa. *Frente a exámenes respiratorios alterados hora inmediata.	(Población adolescente y jóvenes de 10 a 24 años bajo control (año vigente) / Población adolescentes y jóvenes bajo control de 10 a 24 años (año anterior))* 100
	Avanzar en la detección de necesidades de la población adolescente con capacidades especiales (discapacitados)	Incrementar la población adolescente en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación en relación al año anterior.	Derivación a Consulta Social para vinculación a redes de apoyo gubernamental y comunal(dpto- de discapacidad, COMPIN, acción social, registro nacional de discapacidad)	Identificar el número de adolescentes (10 a 19 años) insertos en programas de rehabilitación	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación / N° de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad inscritos en el centro de salud)*100

Cuidados de la salud de la población adulta

NIVEL	Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Indicadores
PROMOCION	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	40% de ingresos y consultas respiratorios con consejería breve antitabaco	*Capacitación continua a profesionales que atienden consultas respiratorias *Derivación oportuna a sala ERA *Mantener guías en los box de atención	Entrega de guía anticipatoria y consejería breve durante la consulta	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios entre 25 y 64 años / (Nº total de ingresos agudos entre 25 y 64 años (MÁS) Nº consultas de morbilidad respiratoria entre 25 y 64 años * 100
		50% de ingresos gestantes a tratamiento odontológico.		Realizar consejerías breves antitabaco en ingresos de gestantes a tratamiento odontológico.	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a gestantes / (Nº total de ingresos odontológicos gestantes * 100
	Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	Aumentar en 10% ingreso a talleres	*Horario flexible para talleres, diurno y vespertino *Confirmar a usuaria hora y día de taller a través de contacto telefónico o correo electrónico	Talleres de 4 sesiones para gestantes (según Manual de Talleres Prenatales en APS)	(Nº de gestantes que ingresan a educación grupal sesiones de educación prenatal / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal)* 100
	Promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Aumentar el número de actividades de educación grupal respecto al año anterior	Educación grupal	Realización de actividades promoción de estilos de vida saludable a población adulta de 25 a 64 años	(Nº de actividades realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100

PREVENCIÓN	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en gestantes adultas con malnutrición por exceso.	Realizar talleres educativos mensuales	*Coordinación efectiva con el equipo para derivación oportuna *Rescates por sector	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	(Nº de gestantes adultas bajo control con malnutrición por exceso, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes adultas bajo control con malnutrición por exceso)* 100
	Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención	Determinar línea base	Mejorar registros por grupo étnico	Control prenatal	(Número de gestantes adultas bajo control Prenatal con Test pesquisa de Streptococo Grupo B /Número de gestantes adultas bajo control Prenatal)
	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)	Aumentar en 3 %	*Coordinación con encargada PSCV para derivaciones * Educación por matrona a médicos	*Derivación a control matrona en primer control grupal CV *capsula en reunion médica sobre derivacion de estos pacientes	(Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)(año vigente) (MENOS) (Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior)/ Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior)) *100
	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de mujeres viviendo con VIH.	aumentar o mantener lo alcanzado el año anterior.	*Mejorar registros de casos diagnosticados * Rescate de pacientes por parte de encargada de programa VIH	Control de regulación de fertilidad	(Nº total de población mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad /mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años inscritas *100
	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Cobertura de EMPA en la población inscrita validada hombres de 25 a 64 años 19,6%, mujeres de 45 a 64 años 29%	*Mantener módulo en sala de espera para realización de empa durante todo el año *Continuidad de la derivacion desde diferentes unidades del CESFAM *Incorporar en la induccion de Médicos nuevos como realizar EMPA *Mantener actividades en terreno *Derivación a programa VS *Establecer trabajo en Red para difusión y ejecución de exámenes preventivos de salud en Sedes J. de participación de equipo de salud en Ferias u otras actividades masivas organizadas por Dpto. de Deportes y Recreación de DECOM	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando formulario correspondiente	(Nº de EMPA realizados a población adulta inscrita validada según edad y género /Población Total adulta inscrita validada)*100
	Detectar y derivar al equipo psicosocial a las gestantes con riesgo psicosocial	100% de ingresos	mantener aplicación de EPSA y derivación oportuna	Aplicar pauta EPSA en todos los ingresos de embarazo.	(Nº de gestantes adultas con riesgo psicosocial son derivadas al equipo psicosocial / Nº total de gestantes adultas con riesgo psicosocial* 100
	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	70% de inscritos validados	*Solicitud de cita a control vía telefónica *Rescates de acuerdo a nómina de egresos maternidad	Primer control de salud de la puerpera y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	(Nº de controles de salud integral a puerperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida / Nº total de ingresos de RN) * 100
	Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	100% de pacientes bajo control	mantener aplicación de Edimburgo y derivación oportuna	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2º control prenatal.	(Nº de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal / Nº total de ingresos de mujeres adultas a control prenatal)* 100
	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto			Aplicar a las madres a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(Nº de madres adultas con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/Nº total de mujeres adultas con antecedente de parto en los últimos 2 meses y en control de RF)*100
	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto			Aplicar a las madres a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(Nº de madres adultas con escala aplicada a los 6 meses de posparto / Nº total controles a mujeres adultas realizados a los 6 meses posparto en RF x 100

PREVENCIÓN	Aumentar porcentaje gestantes migrantes adultas que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal	85% de pacientes bajo control	Agende protegida para Ingresos	Control prenatal	Número de gestantes adultas migrantes que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal/Número total de gestantes adultas migrantes en Control prenatal*100
	Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a las personas adultas para tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad)	Aumentar en 5%	*Mejorar registros *Horario de atención flexible	Consejería en salud sexual y reproductiva	(Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior)/ Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior))*100
	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa.			Control de regulación de fertilidad	(Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100
	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas migrantes con vida sexual activa.	aumentar o mantener lo alcanzado el año anterior.		Control de regulación de fertilidad	(Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100
	Evaluación integral de la mujer adulta que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas.	100% de consultantes	Poli de choque diario para atención espontánea	Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas, dentro de los 15 días del alta y entregar consejería en RF e ingresar a Regulación de Fertilidad	(Nº de mujeres que acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas/Nº total de mujeres post aborto u otras pérdidas reproductivas referidas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología) *100
	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Aumentar el 5%	Horario de atención flexible	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(Nº de mujeres adultas en control ginecológico preventivo /Nº total de mujeres adultas inscritas y validadas) *100
	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Alcanzar al menos 50%	*Mantener convenio de resolutivez para examen de Mx *Reforzar información e indicaciones al equipo	Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 64 años	(Nº de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ Nº de mujeres de 50 a 64 años inscritas validadas) * 100
	Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino.	50%	*Toma de PAP espontáneo a diario *Derivación a PAP a toda paciente nueva desde inscripción * Recordatorio de derivación a PAP individualizado en las agendas diarias *Horario flexible	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
	Aumentar la cobertura de controles de salud, de la mujer en edad de climaterio.	Aumentar en 15 %	*Mejorar registros *Reforzar importancia a equipo de salud para derivación oportuna	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 (año vigente) (MENOS) N° de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio el (año anterior)/ N° de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año anterior))*100
	Categorizar a las mujeres de 45 a 64 años, según Escala MRS al ingreso a control por climaterio, según Orientación Técnica	100%		Aplicación de la Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio	(Nº de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control/ Nº total de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio)*100

PREVENCIÓN	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	El 100% de casos notificados por hospitales del SSMO o informados por usuarios con control dentro de 7 días del alta.	Mejorar comunicación con la comunidad sobre importancia de dar aviso a personal del CESFAM sobre hospitalización y alta de los pacientes inscritos	*Informar a comunidad en reuniones territoriales y de consejo *Realizar plan consensuado en los casos notificados	(Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta / Nº total de egresos hospitalarios notificados de personas adultas con ACV o IAM)* 100
	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas bajo control, clasificadas	*Mejorar registro de de clasificación de ERC en Ficha *Mejorar el registro de exámenes en ficha	Etapificar función renal en base a creatinina plasmática	(Nº de adultos hipertensos y/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/o diabéticos) al corte)* 100
	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 25 a 64 años en control en el PSCV.	65 % cuentan con un fondo de ojo vigente.	*Mejorar la derivación para la realización de este exs de todos los profesionales que realizan control de salud cardiovascular *Aumentar oferta de fondos de ojo realizados en CESFAM * Mejorar registros	Realización de fondo de ojo con agendas diferidas a pacientes adultos de 25 a 64 años diabéticos en el PSCV	(Nº de personas de 25 a 64 años diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente / (Nº total de personas de 25 a 64 años con diabetes bajo control)*100
	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	75% de las personas de 25-64 años con diabetes bajo control con evaluación de pie diabético, clasificación de riesgo y plan de manejo si corresponde	*Mejorar derivación de médicos a enfermera *Realizar rescates de inasistentes a evaluación desde atención podológica *Mejorar rescates en cada sector	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	(Nº de personas 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 con diabetes tipo 2 bajo control)*100
	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea y por morbilidad.	Aumentar en 10% el examen de VIH en relación al año anterior	*Realizar exámenes de VDRL y VIH juntos *Disponibilidad TRVIH	Realizar examen de VIH en personas de 25-64 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 25-64 años (año vigente) (MENOS) Nº de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años, (año anterior))*100
	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Aumentar en un 10% la consejería con respecto al año anterior.	*Mejorar registros *Realizar consejería en los controles ginecológicos	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo (año anterior) / Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo realizadas (año anterior))*100
	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	50% de auditorías realizadas en domicilio	*Educación a la población de los factores de riesgo que puedan producir neumonía. *Además educar con respecto a la importancia de la aplicación de la encuesta.	*Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar. *Rescate de familiares para responder la encuesta para lograr auditoría. *Mantener registros de los pacientes actualizados en FE.	(Nº de auditorías realizadas a casos de 25 a 64 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de 25 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100
	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	95 % de cobertura	*Mantener campañas de vacunación intra y extra mural * Mejorar coordinación con el equipo	Administración de vacuna Influenza a los adultos enfermedades crónicas entre los 25 y 64 años.	(Nº de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza / Total de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas) *100.
	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.			Administración de vacuna Influenza a las mujeres adultas embarazadas con 13 semanas y más de gestación	Nº de gestantes de 25 y mas años con 13 y mas semanas de gestación vacunados con anti-influenza / Total gestantes de 25 y mas años con 13 y mas semanas de gestación) *100.
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	85 % de cobertura		Administración de vacuna dTpa a las mujeres adultas embarazadas con 28 semanas y más de gestación	Nº mujeres adultas embarazadas con 28 y mas semanas de embarazo vacunadas con dTpa/ Nº Total mujeres adultas embarazadas de 28 y mas semanas de gestación) *100.	

PREVENCIÓN	Entregar herramientas para la promoción y prevención de los problemas de salud mental (incluye alcohol y drogas) y la violencia de género en personas entre 25 y 64 años mediante educación grupal y aplicación de instrumentos de detección.	Alcanzar 10% cobertura	Derivación a Consulta Social por parte del equipo de salud, para intervención con víctimas para su empoderamiento y vinculación con redes de apoyo.	1-Actividades promocionales y preventivos de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género a niños/as en personas entre 25 y 64 años. 2-Aplicación de instrumentos de detección de trastornos mentales y consumo de sustancias (Edimburgo 2meses, AUDIT, ASSIST)	(N° de personas que asisten a actividades + N° personas con instrumento de detección aplicado (año vigente)) / (Población inscrita entre 25 y 64 años (año vigente))*100
	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a personas con dependencia moderada y/o severa	Derivación con A.S. para evaluar condición socioeconómica, gestión de apoyo asistencial y coordinación con redes.	Atender en forma integral a la persona con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	(N° de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ N° de población bajo control por dependencia moderada y/o severa)) *100
	Entregar Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Aumentar 2%	Reforzar importancia a equipo de salud para derivación oportuna	Prescripción de TRH a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	(N° de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS menos control año anterior / N° total de mujeres que requieren TRH según escala MRS) * 100
	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Lograr 68% cobertura efectiva	*Continuar con estrategias descritas para EMPA *Educación y control grupal a pacientes que ingresan a control PSCV con énfasis en actividad física *Continuar con 1 hora protegida mensual por enfermera de cada sector para realización de rescates para el PSCV *Cupos reservados para pacientes rescatados	*Talleres de educación grupal a pacientes que ingresan a control *Realizar controles de hipertensión en personas de 25-64 años.	(N° de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control / N° de personas hipertensas de 25 a 64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100 Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)
	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Lograr 44% de cobertura efectiva	*Continuar con estrategias descritas para EMPA *Educación y control grupal a pacientes que ingresan a control PSCV *Continuar con 1 hora protegida mensual por enfermera de cada sector para realización de rescates para el PSCV *Cupos reservados para pacientes rescatados	*Talleres de educación grupal a pacientes que ingresan a control *Realizar controles de DM en personas de 25-64 años.	N° de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control/N° de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada respecto año anterior
	Mejorar la atención y derivación de gestantes que vivan o hayan vivido violencia de género	Aumentar el porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante detectadas en el EPsA ingresadas al programa de salud mental en relación al año anterior.	Derivación a Consulta Social por parte del equipo de salud, para intervención con víctimas para su empoderamiento y vinculación con redes de apoyo.	Mejorar la atención y derivación de gestantes víctimas de violencia de género detectadas en el EPsA en población adulta de 25 años en adelante.	(N° de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante que ingresan al programa de salud mental (año vigente)/ N° de gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA)

TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Cobertura de un 16,67% en relación a la prevalencia en población mayor 20 años con ASMA	*Capacitación continua del equipo de Salud en la pesquisa y derivación	*Asignar hora inmediata al paciente que sea derivado al Programa. *Frente a exámenes respiratorios alterados hora inmediata.	(Proporción de población bajo control asmática/EPOC controlada / Proporción de población esperada asmática/EPOC
	mejorar el control metabólico integral de las personas diabéticas tipo 2	Incrementar en 10% las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial, respecto al año anterior	* Educación y control grupal e individual a pacientes bajo control PSCV * Gestión de agendas * Abastecimiento adecuado de fármacos	*Talleres programados mensuales * Control crónico en horarios protegidos en agendas diferidas	Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial. /Personas diabéticas en control PSCV en relación con año anterior
	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Concentración entre 6 y 12 de controles.	*Agenda con horario flexible *Coordinación con el equipo	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta de 25 a 64 años	((N° de controles de Salud Mental totales realizadas (año vigente) / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente)) (Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorias y consejerías individuales y familiares)
	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta de 25 a 64 años	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en adultos (25 a 64 años) del 22% de prevalencia	Coordinación con CESAM	Brindar atención integral y oportuna a población adulta de 25 a 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental en adultos de 25 a 64 años (año vigente) / Población adulta de 25 a 64 años inscrita validada x prevalencia de 22%
	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población adulta de 25 a 64 años	Mantener el número de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior de población adulta de 25 a 64 años	Coordinación con CESAM	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta de 25 a 64 años	(N° de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año vigente) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100 (población adulta de 25 a 64 años)
	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Ingresar 12 pacientes EPOC al Programa de Rehabilitación Pulmonar y lograr continuidad de éste.	*Pesquisa médica y kinesiológica durante el año para evaluación médica preparticipativa. * Motivación constante al paciente por parte del Equipo ERA para asegurar continuidad.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	(Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado año (año vigente) / Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior)) *100
	Brindar atención integral a personas con multimorbilidad	Mantener controles de pacientes con multimorbilidad acorde al bajo control	Mantener agendas con rendimientos acorde a la multimorbilidad	Realizar control integral de la multimorbilidad en personas con enfermedades crónicas no transmisibles	(N° de establecimientos que implementan la actividad/ N° total de establecimientos)x100

Cuidados de la salud de la población adulta mayor (mayores de 65 años)

NIVEL	Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Indicadores
PROMOCION	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	40% de ingresos y consultas respiratorias con consejería breve antitabaco	*Capacitación continua a profesionales que atienden consultas respiratorias *Derivación oportuna a sala ERA *Mantener guías en los box de atención	Entrega de guía anticipatoria y consejería breve durante la consulta	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 65 y más años / (Nº total de ingresos agudos a usuarios de 65 y más años (MÁS) Nº consultas de morbilidad a usuarios de 65 y más años (MÁS) Consultas de atenciones agudas a usuarios de 65 y más años))* 100
PREVENCIÓN	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)	Cobertura de 80% de EMPAM vigente	*Continuidad de la derivación desde diferentes unidades del CESFAM *Horario protegido para nuevos inscritos *Derivación a Consulta Social por parte del equipo de salud, para intervención con víctimas de VIF o adulto responsable, para su empoderamiento y/o vinculación con redes de apoyo (SENAMA, Dpto. Del A.M., Fiscalía, Corpor. De Asistencia Judicial de Las Condes)	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor aplicando formulario correspondiente	Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud con EMPAM vigente/Nº de personas de 65 años inscritos validados* 100
	Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM)	40% con control de seguimiento realizado	Mantener horas protegidas para seguimiento de EMPAM *registrar en carnet de paciente fecha de seguimiento de EMPAM *Mantener actividades en terreno *Establecer trabajo en Red para difusión y ejecución de exámenes preventivos de salud en Sedes), de participación de equipo de salud en Ferias u otras actividades masivas organizadas por Dpto. de Deportes y Recreación de DECOM y Dpto. del A.M.	Realizar control de seguimiento con EFAM a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y con riesgo de dependencia dentro de los primeros 6 meses realizado control de Salud (EMPAM).	(Nº de personas de 65 años y más con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM)/ Nº de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con Control de Salud (EMPAM) vigente))* 100
	Aumentar cobertura de vacuna antineumocócica , en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años según población inscrita y validada	Mantener campañas de vacunación intra y extra mural	Administrar una dosis de vacuna AntiNeumocócica , a los usuarios de 65 años de edad según población inscrita y validada	(Nº de personas de 65 años que reciben una dosis de vacuna AntiNeumocócica /Nº Total de personas de 65 años inscritos y validados)*100
	Aumentar cobertura de vacuna influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	95 % de cobertura		Administrar una dosis de vacuna Anti-Influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad inscrita y validada.	(Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/Nº Total de personas de 65 años y más inscritos y validados)*100
	Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.	*Educación y degustaciones dando a conocer beneficios de programa, cada 2 meses. *Mantención de material educativo con requisitos de ingreso y beneficios nutricionales de este.	*Talleres grupales *Entrega de material educativo en talleres y consultas	(Proporción de personas bajo control > 70 años. que reciben PACAM (año vigente)/(MENOS) proporción de personas bajo control > de 70 años que reciben PACAM (año anterior))
Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV.	100% de las personas adultas mayores diabéticas o hipertensas bajo control, clasificadas	*Mejorar registro de de clasificación de ERC en Ficha *Mejorar el registro de exámenes en ficha	Etapificar función renal en base a creatinina plasmática	(Nº de adultos mayores hipertensos y/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/o diabéticos) al corte)* 100	

PREVENCIÓN	Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$) o ERC etapa 3b-5 (VFG estimada $< 45 \text{ mL/min/1.73m}^2$)	90% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$) o ERC etapa 3b-5 en tratamiento con IECA o ARA II.	*mejorar clasificación y registro de pacientes con ERC *Reforzar lineamientos clínicos a médicos en reunión	Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 en el PSCV.	(N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses / N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$) o ERC etapa 3b-5 al corte)* 100
	Atención integral de salud ginecológica en mujeres de 65 años y más	Aumentar el 5%	Mejorar coordinación con equipo para derivación anual	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(N° de mujeres adultas mayores con control ginecológico preventivo anual /N° total de mujeres adultas mayores inscritas y validadas)*100
	Disminuir las muertes de mujeres adultas mayores por cáncer de mama.	Alcanzar al menos 50%	*Mantener convenio de resolutiveidad para examen de Mx *Reforzar información e indicaciones al equipo	Solicitar mamografía a mujeres de 65 a 69 años	(N° de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ N° de mujeres de 65 a 69 años inscritas validadas)* 100
	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas adultas mayores con cáncer, dolor, dependencia moderada y/o severa	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales	Derivación con A.S. para evaluar condición socioeconómica, gestión de apoyo asistencial y coordinación con redes.	Realizar visita domiciliaria integral a la persona adulta mayores con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	(N° de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas adultas mayores con problemas oncológicos, dolor y dependencia moderada y/o severa/ N° de población adulta mayor bajo control por dependencia moderada y/o severa)*100
	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	El 100% de casos notificados por hospitales del SSMO o informados por usuarios con control dentro de 7 días del alta.	Mejorar comunicación con la comunidad sobre importancia de dar aviso a personal del CESFAM sobre hospitalización y alta de los pacientes inscritos	*Informar a comunidad en reuniones territoriales y de consejo *Realizar plan consensuado en los casos notificados	(N° de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta /N° total de egresos hospitalarios notificados de personas adultas mayores con ACV o IAM)* 100
	Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más, que consultan por morbilidad o que lo soliciten espontáneamente	Incrementar en un 5% el examen de VIH	*Realizar exámenes de VDRL y VIH juntos *Disponibilidad TRVIH	Realizar examen VIH a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad	(N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año vigente) (MENOS) N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año anterior)/N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más, (año anterior))*100
	Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS.	40% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS.	*Mejorar registros *Realizar consejería en los controles ginecológicos	Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos.	(N° total de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS / N° total de personas de 65 años y más bajo control)*100
	Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con riesgo y en riesgo de Dependencia.	60 % de los AM egresados del programa mantengan o mejoren su condición funcional.	continuar con derivación de estos pacientes programa mas AM-Fomentar la asistencia a diferentes grupos de AM en la comuna	Aplicación de Instrumento HAQ-8 al Ingreso y egreso del programa.	(N° de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejoran su condición funcional / N° de total de adultos mayores ingresados al programa)*100
	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Que al menos el 12 % de los adultos mayores autovalentes en control en el centro de salud, ingresen al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	*continuar con derivación de estos pacientes programa mas AM *Fomentar la asistencia a diferentes grupos de AM en la comuna *Fomentar los Factores protectores psicosociales a través de vinculación con redes de apoyo y promoción de actividades comunitarias y participación social; Clubes A.M., Actividades Dpto. del A.M., Programa Mas A.M. Autovalentes, etc.	Derivación a Programas Más posterior a aplicación de EMPAM que arroje clasificación autovalentes, autovalente en riesgo y en riesgo de dependencia.	N° de personas de 65 años y mas ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia/ población AM en control con condición autovalente + autovalente con riesgo + riesgo de dependencia)*100
	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Elaboración y ejecución de un diagnóstico participativo en autocuidado y estilos de vida saludables, para la planificación de una capacitación de líderes comunitarios.	Fomentar la participación de los AM que asisten a talleres MAS	Planificar y ejecutar diagnóstico participativo con líderes de las agrupaciones participantes de los talleres del Mas Adultos Mayores Autovalentes.	Dicotómico SI/NO
1-Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud 2-Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Alcanzar 10% cobertura	Derivación a Consulta Social por parte del equipo de salud, para intervención con víctimas de VIF o adulto responsable, para su empoderamiento y/o vinculación con redes de apoyo (SENAMA, Dpto. Del A.M., Fiscalía, Corpor. De Asistencia Judicial de Las Condes)	Entregar herramientas para la promoción y prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y la violencia de género en personas mayores de 64 años mediante educación grupal	(N° de personas que asisten a actividades + N° personas con instrumento de detección aplicado (año vigente))/ (Población inscrita mayor de 64 años (año vigente))*100	

TRATAMIENTO	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 65 años y más.	Lograr 68% cobertura efectiva	*Continuar con estrategias descritas para EMPAM *Educación y control grupal a pacientes que ingresan a control PSCV *Continuar con 1 hora protegida mensual por enfermera de cada sector para realización de rescates para el PSCV *Cupos reservados para pacientes rescatados	*Talleres de educación grupal a pacientes que ingresan a control *Realizar controles de hipertensión en personas de 65 y mas años.	(Nº de personas hipertensas de 65 años y mas bajo control / Nº de personas hipertensas de 65 años y mas estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100
	Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.	Mantener proporción sobre 85% de hipertensos de 65 años y más bajo control con presión arterial <140/90 mmhg en personas de 65 a 79 años y presión arterial < 150/90 mmhg en personas de 80 y más años	*Mejorar registro en tarjeton de seguimientos de los paciente PSCV con ultimo control cardiovascular *Derivacion oportuna con QF para control individualizado *Educación grupal e individual *Agendas protegidas	*Talleres de educación grupal a pacientes en control *Realizar controles de hipertensión en personas de 65 y mas años reforzando educación individual de hábitos y tto.	Nº de hipertensos con presión arterial <140/90 mmHg en personas de 65 a 79 años y presión arterial <150/90 mmHg en personas de 80 y más años/Nº de hipertensos de 65 y mas años bajo control en PSCV
	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	80% reciben manejo avanzado de heridas	*Agendas protegidas para atención en CESFAM y domiciliaria *Mantener stock de insumos suficientes y adecuados	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 total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses)*100.
	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	65 % cuentan con un fondo de ojo vigente.	*Mejorar la derivacion para la realizacion de este exs de todos los profesionales que realizan control de salud cardiovascular *Aumentar oferta de fondos de ojo realizados en CESFAM	Realización de fondo de ojo con agendas diferidas a pacientes adultos mayores diabéticos en el PSCV	(Nº de personas demayores diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente / (Nº total de personas mayores con diabetes bajo control)*100
	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Cobertura de un 16,67% en relacion a la prevalencia en poblacion mayor de 65 años con EPOC y ASMA	*Capacitacion continua del equipo de Salud en la pesquisa y derivación	*Asignar hora inmediata al paciente que sea derivado al Programa . *Frente a exámenes respiratorios alterados hora inmediata.	(Proporción de población bajo control asmática/EPOC controlada / Proporción de población esperada asmática/EPOC
	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Mantener al menos 70% de la poblacion bajo control asistente.	Educación individual a los pacientes de la adherencia al tratamiento ,control y estilos de vida saludables. *Programa de rehabilitación pulmonar.	*Optimizar el tratamiento de asmáticos de 65 y más años bajo control en Programa ERA. *Controles Kinesiologicos y medicos. *Espirometria anual,BK bianual. *Uso de racional de farmacos. *Rehabilitacion Pulmonar.Charlas antitabaco *Uso de farmacos para terapia antitabaco..Deivacion al INT (Programa Antitabaco)	Población bajo control asma/EPOCde 65 y mas años con controles al día *100 /Población bajo control de 65 y mas años Asma/EPOC
	Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio.	Lograr atencion del 100% de los pacientes con diagnostico NAC con indicacion de KTR en sala ERA	Educación continua del equipo de salud y derivacion .	Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años.	(Nº de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/Nº de casos en personas de 65 años y más con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100

TRATAMIENTO	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto mayor	3,5%	Agenda con horario flexible	Morbilidad Odontológica en adultos mayores	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en adultos mayor/N° de adultos mayores inscritos y validados en el establecimiento)*100
	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta mayor de 64 años	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial	*Agenda con horario flexible *Coordinación con el equipo	Brindar atención integral y oportuna a población adulta mayor de 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental de la población adulta mayor de 64 años (año vigente) / Población adulta mayor de 64 años inscrita validada x prevalencia de 22%
	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población adulta mayor de 64 años	Mantener el número de casos presentados en consultorías respecto al año anterior	Coordinación con CESAM	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta mayor de 64 años	(N° de casos presentados en consultoría de salud mental de personas mayores de 64 años (año vigente) / N° de personas mayores de 64 años ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente))(MENOS) N° de casos presentados en consultoría de salud mental de personas mayores de 64 años (año anterior) / N° de personas mayores de 64 años ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100 (población adulta mayor de 64 años)
	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 64 años	Alcanzar un 10% de cobertura		Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta mayor de 64 años	N° de personas egresadas por alta terapéutica (año vigente) / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente)) *100
	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 64 años	Concentración entre 6 y 12 de controles.	*Agenda con horario flexible *Coordinación con el equipo		((N° de controles de Salud Mental totales realizados (año vigente) / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente))
	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Ingresar 12 pacientes EPOC al Programa de Rehabilitación Pulmonar y lograr continuidad de éste.	Pesquisa médica y kinesiológica durante el año para evaluación médica participativa. Motivación constante por parte del Equipo ERA para asegurar continuidad.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	N° de pacientes de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año vigente)
	Brindar atención integral a personas con multimorbilidad	Mantener controles de pacientes con multimorbilidad acorde al bajo control	Mantener agendas con rendimientos acorde a la multimorbilidad	Realizar control integral de la multimorbilidad en personas con enfermedades crónicas no	(N° de establecimientos que implementan la actividad/ N° total de establecimientos)x100

Promoción de la salud y cuidados de la familia

NIVEL	Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Indicadores
PROMOCION	Mejorar las acciones de Promoción de Salud en Comunas	100% de eventos de alimentación saludable comprometidos realizados	EVENTOS MASIVOS ALIMENTACION SALUDABLE	Realizar 3 eventos masivos en alimentación saludable (Día de alimentación 16 de OCT, semana de Lactancia, Día de la diabetes)	(Nº de eventos masivos de alimentación saludable realizados/Nº eventos masivos de alimentación saludable programados)*100
	Mejorar las acciones de Promoción de Salud en Comunas	100% de eventos de actividad física comprometidos realizados	EVENTO MASIVO DE ACT FISICA	Realizar 1 evento masivo de TREKKING	Nº de eventos masivos en actividad física realizados/Nº de eventos masivos en actividad física programados
	Mejorar las acciones de Promoción de Salud en Comunas	Actividad grupal en alimentación saludable y actividad física realizada	Educación grupal DE ALIMENTACION SALUDABLE PARA FUNCIONARIOS + ACT FISICA (ENTORNO LABORAL)	Taller grupal MENSUAL en alimentación saludable y actividad física, priorizando el entorno comunal y laboral	Una actividad educativa grupal mensual en alimentación saludable y actividad física realizada.
	Incorporar componente de protección de salud mental, promoción y participación ciudadana en los planes de gestión del riesgo de las SEREMI, Servicios de Salud y establecimientos de la red.	Plan comunal de Gestión de Riesgo con participación ciudadana elaborado	Incorporar miembro de equipo de SM	Realizar un plan comunal de gestión del Riesgo con participación ciudadana y que cuente con elementos de protección de la salud mental en caso de desastres.	Plan comunal de Gestión de riesgo elaborado con participación ciudadana.

Prevención y tratamiento de la tuberculosis

NIVEL	Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Indicadores
Tuberculosis	Mantener o disminuir la incidencia y prevalencia de la enfermedad	Lograr índice de pesquisa >= 50/1000 consultas de > de 15 años	<p>Paciente que presenta síntomas respiratorios por más de 15 días consultante en cualquier unidad</p> <p>Coordinación con TENS de sala TBC para toma de BK a todo sintomático respiratorio >15</p> <p>Mantener formularios de solicitud en todas las unidades</p> <p>Bk cada 6 meses a pacientes en control sala ERA en consulta espontánea cualquier unidad</p>	<p>Bk espontáneo a todo paciente sintomático respiratorio</p> <p>Seguimiento y registro de Bk a pacientes en control sala ERA</p>	Nº de BK a >15 años*100/Nº de consultas >15 años

NIVEL	OBJETIVO	META	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	INDICADOR
PROMOCION / PREVENCIÓN / TRATAMIENTO Y REHABILITACION	Contribuir a fortalecer factores protectores en la familia / O brindar apoyo al diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la persona en su contexto familiar	0,22	Reuniones de equipo para evaluar casos en riesgo familiar detectados a través de consultas espontáneas, controles de salud, reuniones comunitarias.	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.	Tasa de Visita Domiciliaria Integral.(Nº visitas domiciliarias integrales realizadas / Nº de familias (población inscrita / 3,3)
PREVENCIÓN	Apoyar en la mejora de la calidad de vida de las familias y sus miembros, mediante la detección temprana de condiciones, sociales o de enfermedad, como hábitos y conductas de salud que pueden determinar factores de riesgo a nivel familiar	15%	Existencia de instrumento de evaluación que permita a los equipos de salud categorizar el o los riesgos a los que se encuentre expuesto el grupo familiar, y así consensuar y adoptar intervenciones ad hoc a sus necesidades.	Aplicación de una pauta o matriz, de desarrollo local, para establecer grado de vulnerabilidad o riesgo biopsicosocial de familias en su territorio a cargo.	Porcentaje de familias evaluadas según riesgo Familiar (Nº de familias evaluadas según riesgo familiar/Nº total de familias inscritas (población inscrita/3,3)
ATENCION INTEGRAL	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	Lograr cobertura de 30% familias con riesgo moderado o alto	Intervenir familias con riesgo moderado o alto de acuerdo a plan consensuado	*Realizar plan consensuado con familias de riesgo *Realizar seguimiento	Nº de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4/Nº de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar

Atención domiciliaria

NIVEL	OBJETIVO	META	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	INDICADOR
PREVENCION	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.	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas en situación de dependencia severa.	Involucrar al equipo multidisciplinario en VDI y Plan consensuado.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	(N° de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas en situación de dependencia severa / Dependencia Severa / N° de población bajo control en Programa de Atención Domiciliaria para Personas en situación de Dependencia Severa
		92% y más de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria	Capacitación anual a los cuidadores en tema de UPP *llevar registros de UPP por hospitalización prolongada	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	(N° de personas sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa / N° de población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100
		El 100% de las Personas Dependientes Severas con indicación de NED, reciben atención Nutricional en	Mantener control anual con nutricionista a los pacientes con dependencia severa y seguimiento.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	(N° de personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de NED y Evaluación Nutricional en domicilio / N° de personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de NED)*100
		100% de los cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria 35% de	Mantener aplicación escala al ingreso y seguimiento anual	Evaluación del nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	(N° de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/ N° de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa)*100
		100% de los cuidadores de personas en situación de dependencia severa	Capacitaciones individuales y grupales	Sesiones educativas en atención domiciliaria y en talleres grupales	(N° de Cuidadores(as) de personas en situación de dependencia severa capacitados / N° Total de cuidadores de personas en situación de dependencia severa *100