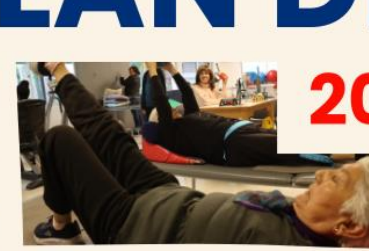




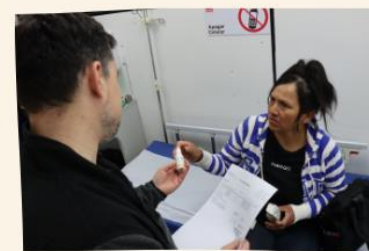
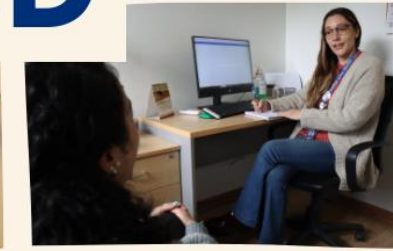
Las Condes
 MEJOR PARA TODOS
 CORPORACIÓN DE
 EDUCACIÓN Y SALUD



PLAN DE SALUD



2025



INTRODUCCIÓN	4
ANTECEDENTES GENERALES LAS CONDES	5
1. Ubicación geográfica	5
2. Población de Las Condes – Antecedentes Generales.....	6
2.1 Características demográficas	7
2.2 Crecimiento poblacional.....	8
2.3 Distribución de la población según género.....	9
2.4 Población según rango etario.....	10
2.5 Índice de Masculinidad.....	12
2.6 Pueblos Originarios	13
2.7 Población migrante.....	14
2.8 Nivel socioeconómico	15
2.9 Género y Pobreza	16
2.10 Educación	17
3. Red vial.....	18
4. Residuos domiciliarios	18
5. Servicios Básicos	19
6. Fuentes fijas contaminantes	20
7. Salud	21
7.1 Población Inscrita Validada APS 2017-2024	22
7.2 Tasas de mortalidad	22
7.3 Esperanza de vida al nacer	25
7.4 Años de vida potenciales perdidos (AVPP).....	26
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD LAS CONDES.....	27
1. Bases Conceptuales:.....	27
2. Objetivos Sanitarios 2021 al 2030	30
3. Actividades Comunitarias y Docentes	31
4. Enfoque de Género	31
5 Indicadores de atención	33
5.1. Tabla de consultas médicas por edad	33
5.2 Tabla de consultas por profesional y actividad.....	34
5.3 Tablas de metas por CESFAM	35
5.4 Cumplimiento Índice de Actividades de Atención Primaria de Salud (IAAPS)	37
5.5 Recursos físicos	38
6 Análisis de datos estadísticos de Atención Primaria.....	38
6.1 Cumplimiento de Metas Sanitarias / IAAPS	38
6.2 Salud del Niño y la Niña	39
6.3 Salud Cardiovascular.....	40
6.4 Adulto Mayor	44
6.5 Enfermedad Pulmonar Obstructiva (EPOC).....	45
6.6 Asma Bronquial.....	46
6.7 Artrosis de Cadera y Rodilla	48
6.8 Salud de la Mujer	48
6.9 Discapacidad	49
6.10 Bajo Control en Salud Mental	50

6.11 Indicadores de Esperanza de Vida.....	51
6.12 Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA).....	51
6.13 Consultas de Morbilidad de APS.....	53
6.14 Consultas de Urgencia.....	54
7. Organización de la Red Comunal	64
7.1 Atención Primaria.....	64
- CESFAM Dr. Aníbal Ariztía	64
- CESFAM Apoquindo	66
- SAPU	67
- Salud Mental (COSAM)	69
- Laboratorio Clínico.....	71
7.2 Recursos humanos	75
7.3 Cartera de Servicios.....	80
7.4 Participación Social / Intersectorialidad	82
7.5 Encuesta de Satisfacción Usuaría	84
7.6 Promoción de Salud.....	85
7.7 Plan de Capacitación	90
7.8 Explicación / Apreciación / Diagnóstico	98
7.9 Programas de Apoyo a la Atención Primaria	101
- Centro de Rehabilitación (RAM).....	101
- Centro de Especialidades Odontológicas	102
- Centro de Imágenes	111
- Servicio de Oftalmología	116
8. Programas Comunales	118
8.1 Calidad de Vida Laboral.....	118
8.2 Programa Integrado de Salud Escolar	120
8.3 Botiquín Las Condes	122
8.4 Óptica Comunal.....	123
8.5 Programa de Salud Mental Materna	124
8.6 Atención de Salud Digital	126
9. Presupuesto Año 2025	127
ABREVIATURAS DE USO COMÚN EN EL ÁREA DE SALUD.....	129
ANEXOS 131	

INTRODUCCIÓN

El Plan Anual de Salud 2025 se realizó en coordinación con todas las unidades y centros de salud municipal de la comuna de Las Condes.

En este documento se explicitan las acciones realizadas durante el último año, a la vez que se establece un plan de acción para el año 2025, tras la evaluación a la gestión en curso.

El Plan Comunal de Salud está alineado con el Plan de Desarrollo Comunal (Pladeco) que indica, en lo referente a esta área específica: “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 un estilo de vida saludable y previniendo la enfermedad según los factores de riesgo, utilizando evidencias científicas disponibles, con alto grado de resolutivez y cumpliendo con elevados estándares de calidad”.

En este documento también se incorpora una proyección del presupuesto de Salud para el año 2025.

ANTECEDENTES GENERALES LAS CONDES

1. Ubicación geográfica

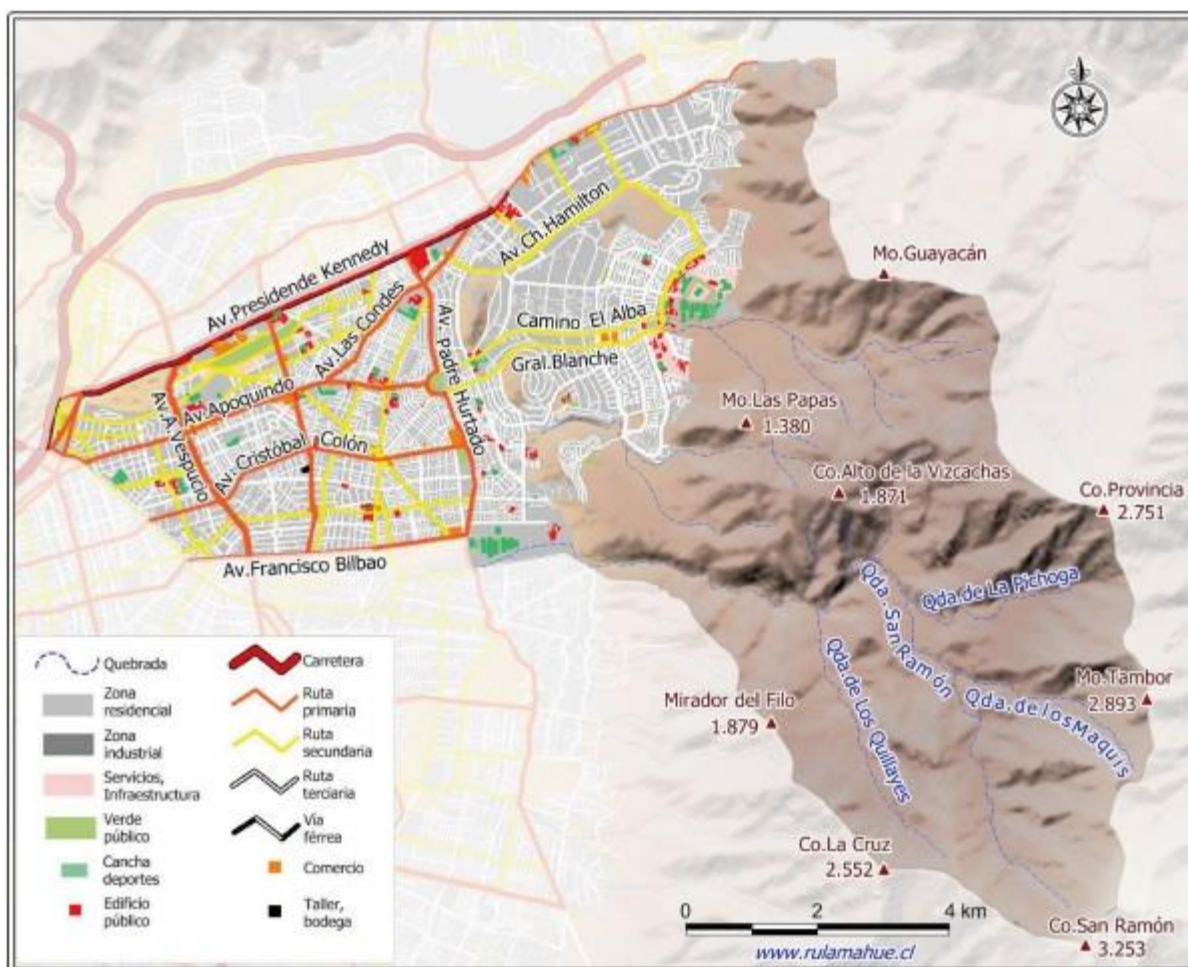
La comuna de Las Condes se encuentra ubicada en la zona oriente de la Región Metropolitana y cuenta con una superficie total de 96 km². De ese total, 43,92 km² corresponden al área urbana. . Se extiende desde su límite poniente, con Providencia, hasta los faldeos cordilleranos. El resto del territorio de precordillera es de preservación del medio ambiente natural.

Las Condes es uno de las comunas con mayor nivel de desarrollo comercial, inmobiliario y de servicios

Su clima es templado, con una 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.

Las Condes cuenta actualmente con una superficie aproximada de 1.940.000 m² de áreas verdes, que se distribuyen en plazas y parques principalmente, además de las áreas verdes en bandejones 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 Álvaro Casanova. La calle Valenzuela Puelma, desde la intersección antes citada hasta el Canal Las Perdices; el Canal Las Perdices desde la calle Valenzuela Puelma hasta Avenida Francisco Bilbao, y Avenida Francisco Bilbao, desde el Canal Las Perdices hasta el Canal San Carlos; y al poniente el Canal San Carlos desde Avenida Francisco Bilbao hasta su desembocadura en el río Mapocho y el río Mapocho, desde la desembocadura del Canal San Carlos hasta el Puente Lo Saldes.



2. Población de Las Condes – Antecedentes Generales

De acuerdo a cifras proyectadas de población del último Censo nacional, la comuna de Las Condes tendrá una población el año 2023 de 315.183 habitantes, con una densidad poblacional de 2.977 personas.

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

2.1 Características demográficas

Los siguientes son los datos demográficos de la comuna:

Tabla 1:

Población	Datos
<i>Densidad de población</i>	2977,03
<i>Edad promedio</i>	39,1
<i>Dependencia total</i>	44,7
<i>Dependencia 0 a 14 años</i>	22,1
<i>Relación de dependencia demográfica de personas entre 0 y 14 años</i>	
<i>Dependencia 65 o más años</i>	22,6
<i>Pueblos originarios</i>	3%
<i>Paridez media</i>	0,9

Tabla 2:

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

*IM: Índice de Materialidad

Tabla 3:

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

Tabla 4:

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

Tabla 5:

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

2.2 Crecimiento poblacional

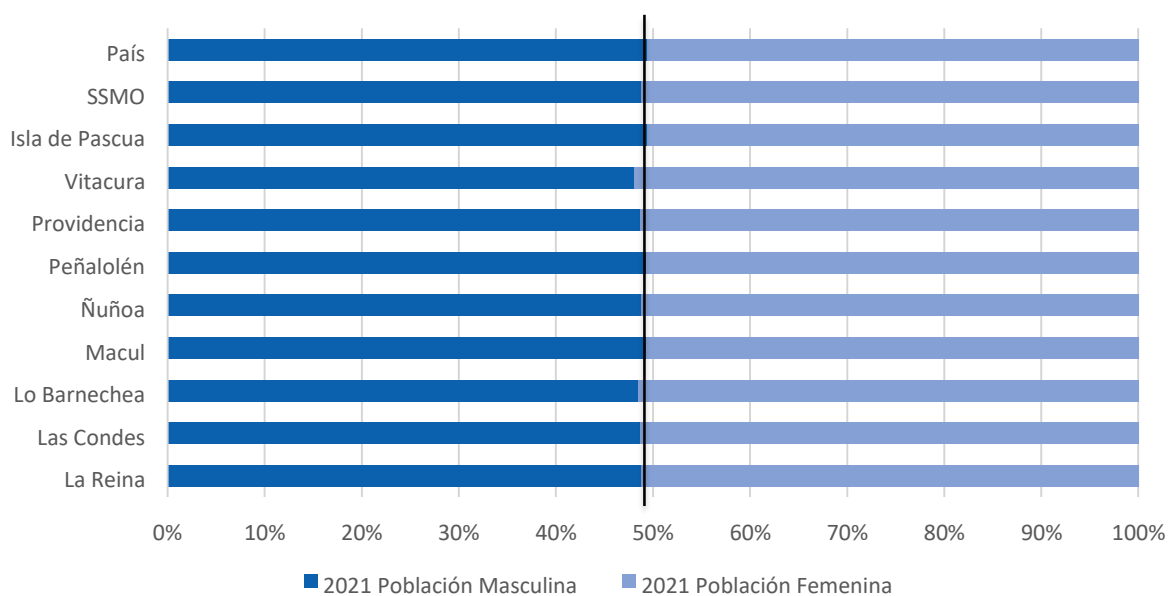
En cuanto al crecimiento poblacional, para el período 2015-2021, de acuerdo con las proyecciones realizadas por el INE, se espera que la población de las comunas de la Red Oriente se incremente en un 13,4% (176.571 personas), crecimiento superior al estimado para el país y la región, con los mayores aumentos en Lo Barnechea (21,7%), Ñuñoa (20,6%) y Rapa Nui (16,7%).

2.3 Distribución de la población según género

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

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

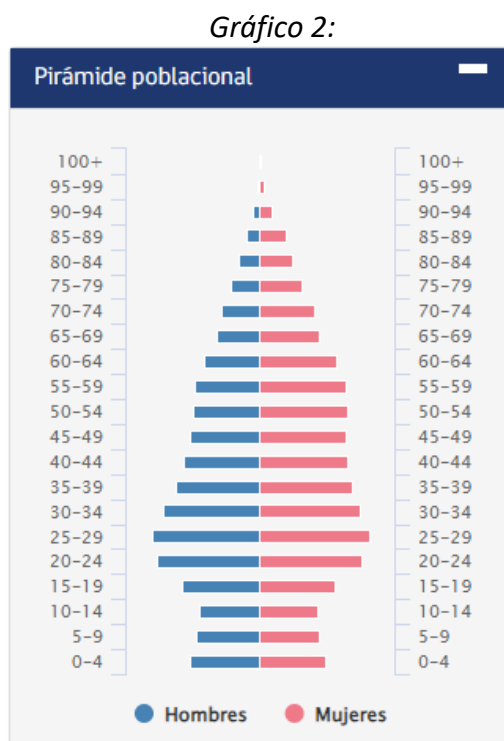
Gráfico 1



Fuente: Proyección Censo 2017, INE

2.4 Población según rango etario

En el siguiente gráfico se muestra la pirámide poblacional por rango etario:



Fuente: Censo 2017

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

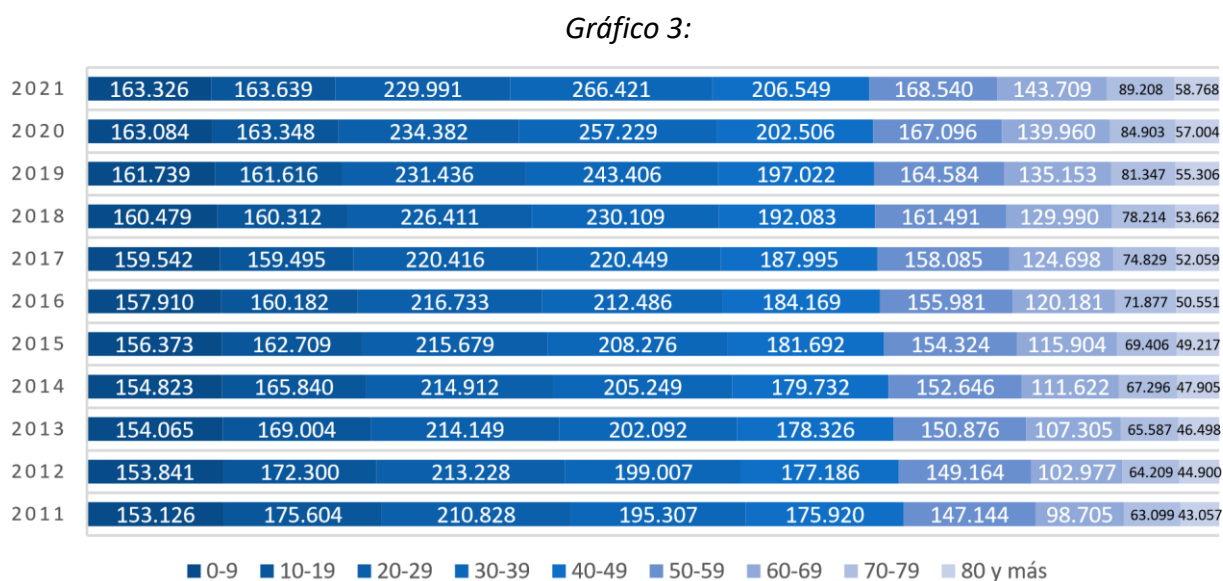


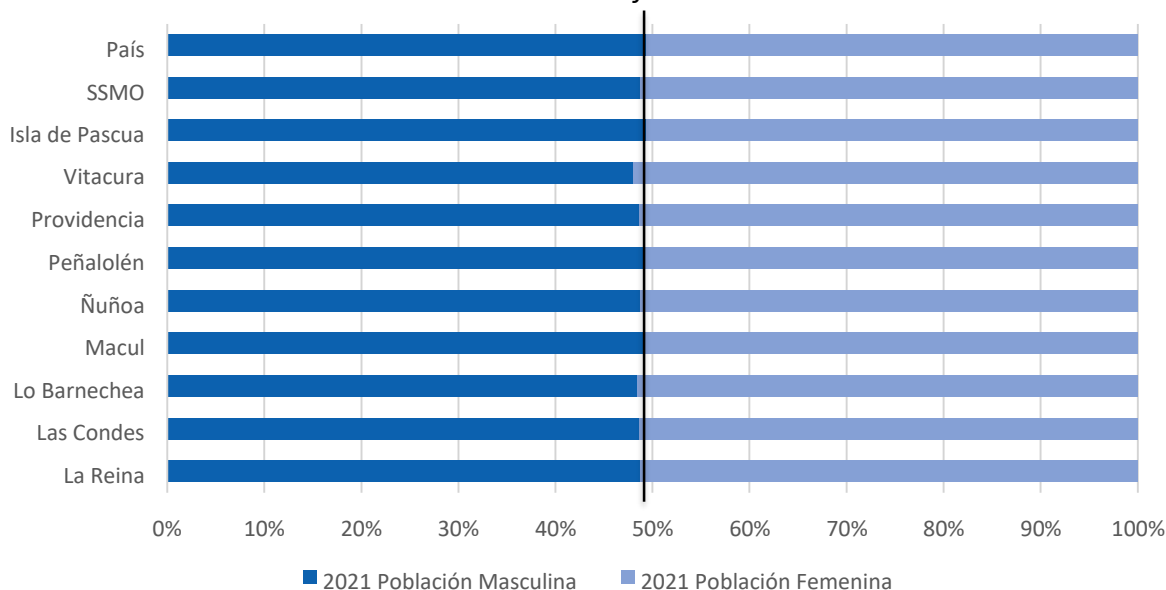
Gráfico: Distribución de la Población por Grupos de Edad Red Oriente, Período 2011-2021.

Fuente: Proyección Censo 2017, INE.

Profundizando en el punto anterior en el análisis por comuna el 2021, seis comunas de la Red tienen una población de 60 años o más por sobre el 20%, siendo Las Condes y Vitacura las que presentan las proporciones más altas con un 21,9% y 24,2%, respectivamente. Le siguen las comunas de La Reina (21,3%), Macul (20,8%), Providencia (20,6%) y Ñuñoa (20,2%). La comuna de Lo Barnechea es la que presentó el menor porcentaje de población mayor de 60 años, con el 13,0% en territorio continental. Sin embargo, Isla de Pascua presentó un 10,9% de población igual o mayor a 60 años. Estas cifras no son menores, ya que como lo indica la OMS o el propio Ministerio de Salud¹, un aumento de población de mayor edad lleva aparejado una mayor carga de enfermedades crónicas y discapacidad, lo que tiene directa relación con una mayor demanda de servicios de salud.

El siguiente cuadro muestra la relación entre hombres y mujeres en las comunas dependientes del Servicio de Salud Metropolitano Oriente:

Gráfico 4:



Fuente: Proyección Censo 2017, INE

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

2.5 Índice de Masculinidad

El índice de masculinidad indica la cantidad de varones por cada 100 mujeres. La siguiente tabla refleja este índice en las comunas del SSMO:

Tabla 6:

Área	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
La Reina	94,3	94,6	94,9	95,0	95,0	94,9	95,1
Las Condes	93,4	93,7	94,1	94,1	94,3	94,7	94,7
Lo Barnechea	94,6	94,8	95,0	94,7	94,3	93,8	93,9
Macul	94,8	95,0	95,3	95,6	95,9	96,8	97,0
Ñuñoa	93,1	93,4	93,9	94,2	94,9	95,0	95,2
Peñalolén	96,0	96,1	96,4	96,6	96,8	96,9	97,0
Providencia	93,5	93,8	94,3	94,6	94,6	94,6	94,7
Vitacura	92,4	92,7	93,0	93,0	92,7	92,3	92,4
Rapa Nui	97,7	97,6	97,5	97,7	97,7	97,6	97,6
SSMO	94,1	94,3	94,7	94,8	95,0	95,1	95,2
RM	96,1	96,3	96,6	97,0	97,3	97,5	97,6
País	96,9	97,0	97,1	97,2	97,3	97,4	97,4

Tabla: Índice de Masculinidad Comuna 2015-2021, Comunas SSMO, RM, País.

2.6 Pueblos Originarios

En la comuna de Las Condes, menos del 3% de la población se identifica como miembro de un pueblo originario. Se consideran en las categorías de respuesta los nueve pueblos indígenas reconocidos por el Estado de Chile en la ley 19.253: Mapuche, Aymara, Rapa Nui, Lican Antai, Quechua, Colla, Diaguita, Kawésqar y Yagán.

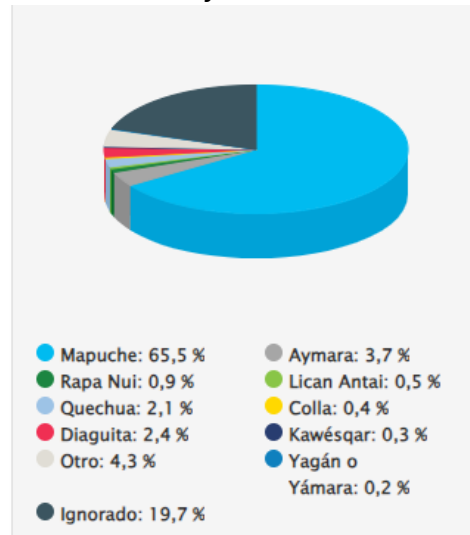
Tabla 7:

Comuna	Aimara	Rapa Nui o pascuenses	Quechua	Mapuche	Atacameño (Likan-Antai)	Collas	Kawashkar o Alacalufes	Yáman o Yagán	Diaguita	Pertenece a algún pueblo indígena	No pertenece a ningún pueblo indígena	NS/NR
Las Condes	0,1%	0,0%	0,0%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	98,5%	0,2%
Red Oriente	0,1%	0,0%	0,0%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,9%	96,0%	0,1%
RM	0,2%	0,0%	0,1%	6,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	6,8%	93,2%	0,1%
País	0,6%	0,0%	0,1%	8,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,4%	9,5%	90,4%	0,1%

Fuente: Casen 2017

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

Gráfico 5



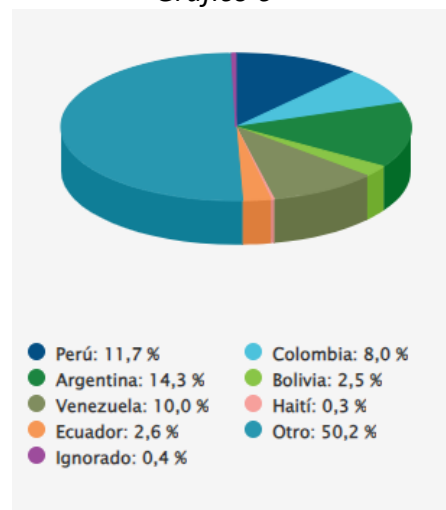
Fuente: Censo 2017

2.7 Población migrante

Las Condes tiene una población migrante de 31.012 habitantes, correspondiente al 6,4% del total comunal. Esta cifra es mayor al porcentaje nacional de población inmigrante, que llega al 4,4%, pero es menor al porcentaje de la Región Metropolitana, en la que se llega al 7,0%.

En el siguiente gráfico se muestra el desglose de la población migrante:

Gráfico 6



Fuente: Censo 2017

2.8 Nivel socioeconómico

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

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

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

Tabla 8

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

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

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

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

2.9 Género y Pobreza

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

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

Tabla 9:

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

Fuente: CASEN, 2017.

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

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

Tabla 10:

Área	Pobreza Multidimensional		Total
	Hombre	Mujer	
Las Condes	3,44%	3,67%	3,56%
SSMO	9,75%	8,82%	9,26%
RM	18,49%	17,10%	17,76%
País	19,28%	17,98%	18,60%

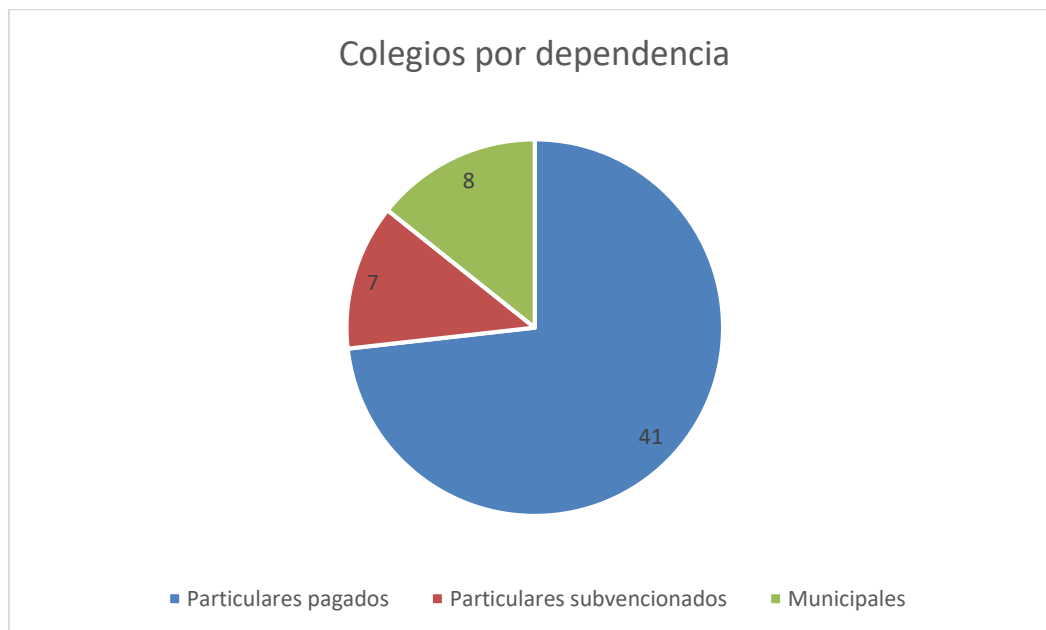
Fuente: CASEN, 2017.

2.10 Educación

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

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

Gráfico 7



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

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

Tabla 11

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

Fuente: Censo 2017

3. Red vial

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

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

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

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

4. Residuos domiciliarios

En la Región Metropolitana existen tres Rellenos Sanitarios, ninguno de ellos dentro de la jurisdicción del SSMO. Las comunas del SSMO depositan sus residuos

domiciliarios en el Relleno Sanitario de Santa Marta las comunas de Macul y Peñalolén; y en el Relleno Sanitario Lomas Lo Colorado las comunas de La Reina, Las Condes, Lo Barnechea, Ñuñoa, Providencia y Vitacura.

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

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

Tabla 12

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

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

5. Servicios Básicos

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

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

Tabla 13

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

Fuente: Superintendencia de Servicios Sanitarios

6. Fuentes fijas contaminantes

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

Tabla 14

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

Fuente: MINSAL y RETC, 2017

7. Salud

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

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

Tabla 15

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

Fuente: CASEN 2017.

7.1 Población Inscrita Validada APS 2017-2024

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

Tabla 16

Comuna	2.018	2.019	2.020	2.021	2022	2023	2024	Variación 2018- 2024
Las Condes	70.183	72.336	74.809	75.843	76.585	76.676	79.215	12,87%

Del total de vecinos de Las Condes, sólo cerca del 28% está inscrito en alguno de los centros de salud comunales, y esa cifra representa más del 11% del total del S.S.M.O.

7.2 Tasas de mortalidad

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

Número defunciones y Tasa Bruta de Mortalidad, Comunas SSMO, RM y País, año 2021

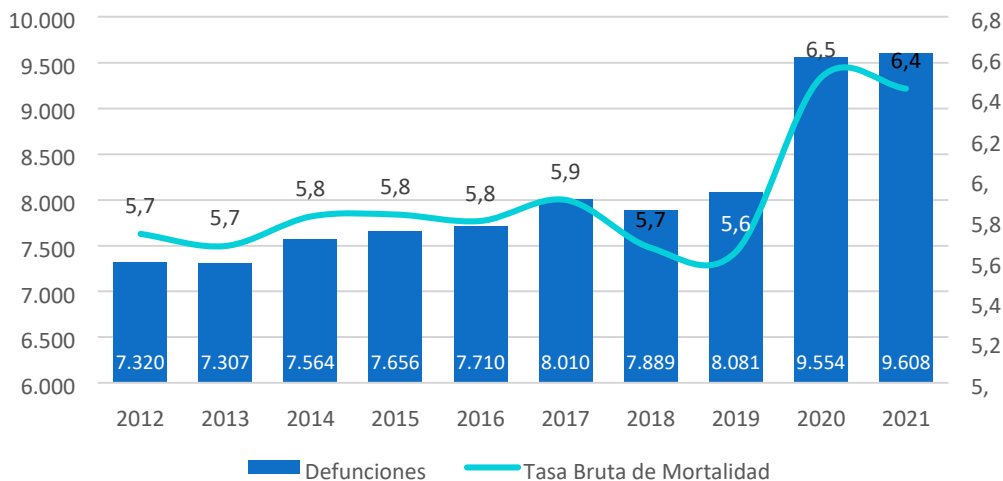
Tabla 17

Área	Ambos Sexos			Mujer			Hombre		
	Defunciones	Población	Tasa	Defunciones	Población	Tasa	Defunciones	Población	Tasa
Las Condes	2.235	335.296	6,7	1.217	172.187	7,1	1018	163.109	6,2
SSMO	9.608	1.490.151	6,4	5.040	763.336	6,6	4.568	726.815	6,3
RM	51.487	8.242.459	6,2	24.704	4.171.195	5,9	26.780	4.071.264	6,6
País	137.426	19.678.363	7	64.121	9.969.851	6,4	73.293	9.708.512	7,5

Fuente: BBDD Defunciones DEIS MINSAL 2021 y Proyección Censo 2017, INE.

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

Gráfico 8



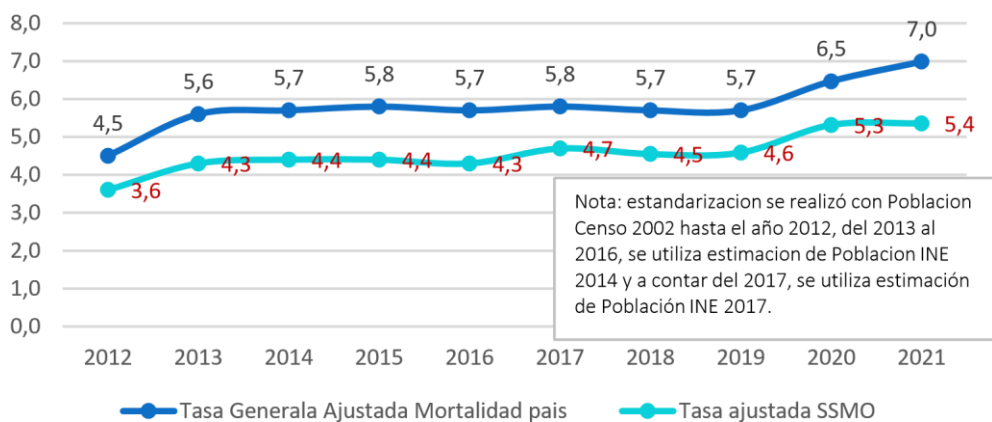
Fuente: BBDD Defunciones DEIS MINSAL 2021.

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

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

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

Gráfico 9



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

Tasa de Mortalidad por Grupos de Edad Comunas Red Oriente año 2021

Tabla 18

Comuna	0-4 años	5-9 años	10-19 años	20-44 años	45-64 años	65-79 años	80 y más años	Tasa
Las Condes	0,9	0,1	0,1	0,3	2,7	14,7	86,6	6,7
SSMO	1,0	0,1	0,1	0,6	3,9	16,8	88,8	

Fuente: BBDD Defunción 2021, DEIS.

Las 3 principales causas de defunciones (ver Tabla) representaron en 2021 el 61% del total de defunciones por grandes causas son:

1. Enfermedades del sistema circulatorio
2. Tumores (Neoplasias).
3. Códigos para propósitos especiales

Defunciones por Grupos de grandes Causas, Comunas SSMO, Año 2021

Tabla 19

Grupos de grandes Causas	Número	Porcentaje
Enfermedades del sistema circulatorio	2.131	22,18%
Tumores [Neoplasias]	2.041	21,24%
Códigos para propósitos especiales	1.712	17,82%
Enfermedades del sistema respiratorio	969	10,08%
Enfermedades del sistema digestivo	497	5,17%
Enfermedades del sistema nervioso central	377	3,92%
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas	342	3,56%
Enfermedades del sistema genitourinario	320	3,33%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	319	3,32%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	280	2,91%
Trastornos mentales y del comportamiento	260	2,71%
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	163	1,70%

Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo	54	0,56%
Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos, y ciertos trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad	41	0,43%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	39	0,41%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	33	0,34%
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	27	0,28%
Embarazo, parto y puerperio	4	0,04%
Total	9.609	100,0%

Fuente: BBDD defunciones 2021, DEIS.

Respecto al índice de Swaroop, que corresponde al porcentaje de fallecidos sobre los 60 años, para el año 2021 con excepción de Peñalolén y Rapa Nui, las restantes comunas de la red presentan un indicador más alto que la región y el país, por lo que tienen una mortalidad más tardía.

Índice de Swaroop de la Red Oriente, Región Metropolitana y país 2021.

Tabla 20

Área	Índice de Swaroop		
	Ambos Sexos	Mujeres	Hombres
Las Condes	91,9	93,4	90,1
SSMO	86,8	90,5	82,8
Región Metropolitana	80,5	86,3	75,2
País	80,3	85,8	75,6

Fuente: BBDD defunciones 2021, DEIS.

7.3 Esperanza de vida al nacer

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

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

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

Tabla 21

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

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

7.4 Años de vida potenciales perdidos (AVPP)

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

El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida. En términos absolutos, según la última medición de este indicador, en el año 2019 en las comunas de la Red se perdieron 63.406 años de vida potenciales, de estos el 60,5% corresponden a hombres. En términos relativos a la cantidad de habitantes de cada comuna, el territorio con la mayor tasa de AVPP es Rapa Nui con 77,6 años por 1000 hab., seguido Macul con 57,5 años por 1000 hab., esto se traduce en que en estas comunas existe un mayor número de defunciones en población joven.

En la Tabla, se observa el detalle por comunas de la red para el año 2019.

Cantidad y Tasa³ de Años de Vida Potencialmente Perdidos, Red Oriente, Región Metropolitana y País, Año 2019

Tabla 22

Área	Hombres		Mujeres		Ambos Sexos	
	N	Tasa	N	Tasa	N	Tasa
Las Condes	6.175	40,7	4.922	31,5	11.097	36
SSMO	38.329	56,4	24.917	35,7	63.406	46,1
RM	298.989	77,9	171.683	44,3	470.912	61
País	776.945	84,1	449.664	48,1	1.227.809	66,1

Fuente: DEIS, MINSAL 2019

³ Tasa por mil habitantes

Tabla 23

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

Fuente: MINSAL y RETC, 2017

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD LAS CONDES

1. Bases Conceptuales:

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

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

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

Los lineamientos son los siguientes:

Lineamiento N°1

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

Lineamiento N° 2:

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

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

Lineamiento N°3

Fortalecer el Sistema de Garantías GES

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

- Programa Cardiovascular
- Patologías de Salud Mental
- Patología respiratoria y TBC
- Patología Geriátrica
- Actualización en gineco- obstetricia.
- Actualizaciones en adolescentes
- Patología odontológica 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 continua en estas materias dictado por la empresa mutuaría.

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

2. Objetivos Sanitarios 2021 al 2030



3. Actividades Comunitarias y Docentes

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

Corresponden a:

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

Actividades Docentes:

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

4. Enfoque de Género

Uno de los ejes fundamentales a considerar en la elaboración del Plan Comunal es el enfoque de género. Éste se complementa e interrelaciona con otros elementos que convergen en la atención de salud, comprendiendo que uno de los pilares fundamentales del sistema de salud es la búsqueda de la equidad en las atenciones e intervenciones de las personas, grupos y comunidades. Desde este punto de vista, la mirada biopsicosocial de los procesos aporta en comprender la base de las desigualdades históricas entre las personas y las comunidades, y la diversidad de personas que convergen en un territorio determinado, presentando diferentes demandas, de acuerdo a los roles diferenciados que asumen hombres y mujeres.

Desde este punto de vista, existe claridad respecto a las diferentes formas de vivir la salud y la enfermedad, a los factores de riesgo, los factores protectores, la salud mental, los roles y los procesos complejos que pueden enfrentar los usuarios y usuarias que consideran que el sistema de salud les resulta distante, incomprensible o poco amigable, considerando en este punto particularmente a las personas de la diversidad sexo genéricas.

El enfoque de género permite cuestionar un modelo que genera acceso desigual a los recursos y permite visibilizar las barreras de acceso al sistema de salud.

Una de las estrategias prioritarias se concentra en la capacitación y sensibilización de funcionarios y funcionarias en género, violencia, derechos humanos, diversidad e inclusión. Las capacitaciones que se desarrollan comunalmente y que también se promueven desde el Servicio de Salud permiten, en primer lugar, instaurar una forma de atención donde lo fundamental sea el respeto, la escucha y la derivación asistida y cuidada. En segundo lugar, se genera un espacio de concientización respecto a la normalización de conductas estigmatizantes y estereotipadas que forman parte de nuestra cotidianidad y que impiden y limitan el desarrollo integral al que todas las personas tenemos derecho.

La existencia de protocolos y su promoción constante para detectar la violencia de género y todos los tipos de violencias es otro de las estrategias que se llevan a cabo por parte de los equipos.

Los programas de promoción de la salud, participación social, salud mental, género y violencia permanentemente están realizando acciones que buscan promover la atención desde las necesidades de las personas, realizando acciones en el ámbito educacional y comunitario, promoviendo también el trabajo grupal con personas diversas que pueden a partir de estas actividades trabajar en torno al respeto, la afectividad y sexualidad, el autocuidado, la corresponsabilidad en los cuidados y la promoción de un buen trato,

El equipo de salud también ha problematizado los sesgos en la atención de salud, respecto de hombres, mujeres y personas de las diversidades sexo genéricas. Lo anteriormente planteado, corresponde a una forma de entender la salud que se encuentra en proceso de socialización y construcción permanente.

5 Indicadores de atención

5.1. Tabla de consultas médicas por edad

Los principales motivos de consulta médica en el Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía son primer semestre 2024:

Tabla 24

0 a 9 años	Morbilidad general	IRA alta	Síndrome Obstructivo	Bronquial
10 a 19 años	Morbilidad general	Salud Mental		
20 a 64 años	Morbilidad general	Consultas cardiovasculares	Control crónico	
> 65 años	Morbilidad general	Control crónico	Consultas cardiovasculares	

Los principales motivos de consulta médica CESFAM Apoquindo son:

Tabla 25

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

5.2 Tabla de consultas por profesional y actividad

En la siguiente tabla se indica el número de prestaciones presenciales y telemáticas en los CESFAM de la comuna, entre agosto del año 2023 y julio del 2024:

Tabla 26

<i>Atenciones</i>	<i>CESFAM Aníbal Ariztía</i>	<i>Dr. Apoquindo</i>	<i>Nº atenciones</i>
<i>Atenciones médicas</i>	43.430	39.453	82.883
<i>Atenciones por enfermera</i>	27.162	13.006	40.168
<i>Atenciones matrona</i>	15.208	10.693	25.901
<i>Atenciones nutricionista</i>	9.748	3.168	12.916
<i>Atenciones odontólogo</i>	31.099	13.380	44.479
<i>Atenciones psicólogo</i>	9.590	5.005	14.595
<i>Atenciones kinesiólogo</i>	1.228	1.550	2.778
<i>Procedimientos clínicos</i>	45.684	51.747	97.431
<i>Visita domiciliaria integral</i>	3.939	1.800	5.739
<i>Procedimientos clínicos en domicilio</i>	10.658	6.008	16.666
TOTAL	197.746	145.810	343.556

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

Tabla 27

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

* Incluye suturas, reanimación cardiopulmonar, constatación de lesiones.

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

5.3 Tablas de metas por CESFAM

El siguiente es el informe del cumplimiento de metas sanitarias al mes de **julio del año 2024** en el CESFAM Dr. Aníbal Ariztía:

Tabla 28

	META	Realizado	% de cumplimiento según meta
Recuperación DSM de 12 a 23 ms.	85%	85,71%	100%
Reducir brecha de mujeres sin PAP vigente 10%	46.1%	46,92%	100%
Control odontológico pob 0 a 9 años	41%	27,31%	66,61%
Niños de 6 años libres de caries línea base	41,71%	32,38%	77,64%
Cobertura efectiva DM II 15 y +	31,11%	30,47%	97,95%
Cobertura de evaluación anual de pie diabético	78,43%	71,21%	90,79%
Cobertura efectiva HTA 15 y +	40%	36,62%	91,55%
Cobertura LME en niños de 6ms	56%	55,79%	99,62%
Cobertura efectiva de asma/EPOC >4 años	12,2%	11,78%	96,59%

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

Tabla 29

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

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

El siguiente es el Índice de Actividades de Atención Primaria de Salud (IAAPS) al mes de **junio del año 2024**:

Tabla 30

IAAPS 2024	META	Realizado	% de cumplimiento según meta
Tasa de morbilidad y controles médicos	1,01	0,5	49,5%
Resolutividad APS	>91 %	93,6%	
Tasa de visita Integral	0,24	0,13	54,17%
Cobertura EMP 20-64 mujeres	17,84%	8,4%	47,08%
Cobertura EMP 20-64 hombres	14,18%	5,9%	41,6%
Cobertura EMP 65 y + años	42,86%	20,9%	48,76%
Cobertura de evaluación DSM niños e 12 a 23 ms.	83%	43,1%	51,93%
Controles 10-19 años	18,01%	11,2%	62,19%
Consulta morbilidad od de 0 a 19 años	75,52%	36,8%	49,55%
Cobertura Trastornos Mentales	25,45%	29,2%	100%
Tasa de controles Salud Mental	4,42	2,59	58,6%
Cumplimiento GES	100%	100%	100%
Cobertura vacunación Influenza*	80,00%	150,3%	187,88%
Ingreso Embarazadas antes de las 14 semanas	87,84%	91%	100%
Cobertura de métodos anticonceptivos de 15 a 19 años	21,05%	17,7%	84,09%
Cobertura Diabetes Mellitus tipo 2 en 15 y más años	50,61%	47,3%	93,46%
Cobertura Hipertensión Arterial en 15 y + años	49,91%	46%	92,17%
Sección 3 de impacto			
Población <3 años libre de caries	65,97%	35%	53,05%
Estado Nutricional Normal en <6 años	48%	46,9%	97,71%

5.5 Recursos físicos

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

Tabla 31

Nombre de recurso	N°
Box de atención (incluye los de procedimientos y reanimación)	153
Espacios comunitarios (Salas de espera, salas de taller)	12
Espacios operativos (salas de reuniones, SOME, Inscripción, OIRS, farmacia, entrega de alimentos, oficinas administrativas, admisión/recepción, interconsulta, SIGGES Estadísticas/Computación, residencia, comedor)	46

6 Análisis de datos estadísticos de Atención Primaria

6.1 Cumplimiento de Metas Sanitarias / IAAPS

En relación con el cumplimiento de Metas Sanitarias /IAAPS, podemos observar que a la fecha de corte (julio 2024) está de acuerdo a lo esperado en la mayoría e incluso con la meta cumplida en:

- Cobertura trastornos mentales

Al hacer el análisis de estos cumplimientos podemos observar que las estrategias aplicadas han dado buen resultado y reflejan el esfuerzo de todo el equipo de salud por lograr reestablecer la cobertura de la población que dejó de asistir durante la pandemia.

Tenemos las siguientes metas con cumplimiento a junio 2024 bajo lo esperado:

- Cobertura EMP mujeres y hombres

Este incumplimiento parcial se puede explicar por los siguientes factores:

Esta actividad se realiza en población predominantemente sana, laboralmente activa, con hijos menores o adolescentes, o cuidadores de personas mayores razón por lo cual tienen tiempo limitado para acudir al CESFAM y al sentirse bien no consideran importante consultar. Se realizan múltiples estrategias para mejorar esta actividad

como es EMP espontáneo a consultantes de los CESFAM y en Centros comunitarios o juntas de vecinos

- Cobertura de MAC adolescentes de 15 a 19 años

Si bien esta meta está bajo lo comprometido, está mejorando paulatinamente con las estrategias de intervención a través de información en las reuniones de comisión mixta y coordinación internas del CESFAM para mejorar la diferentes desde los diferentes estamentos

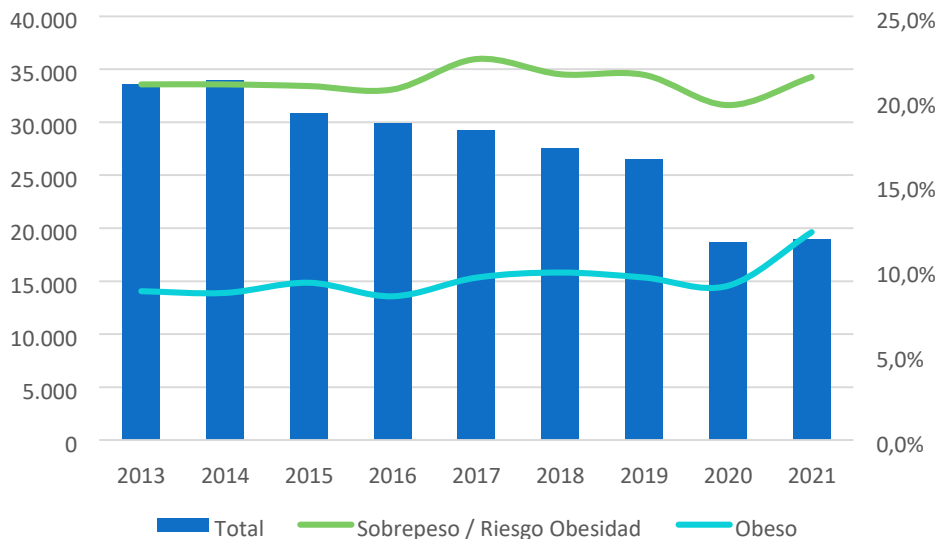
6.2 Salud del Niño y la Niña

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

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

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

Gráfico 10



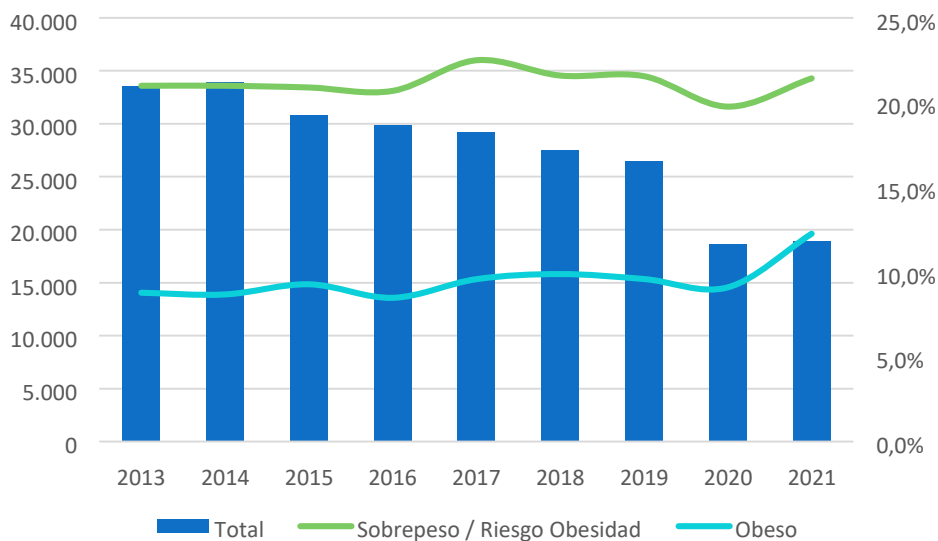
Fuente: REM Serie P02 diciembre 2013-2021 DIS-DSSMO

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

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

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

Gráfico 11



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

6.3 Salud Cardiovascular

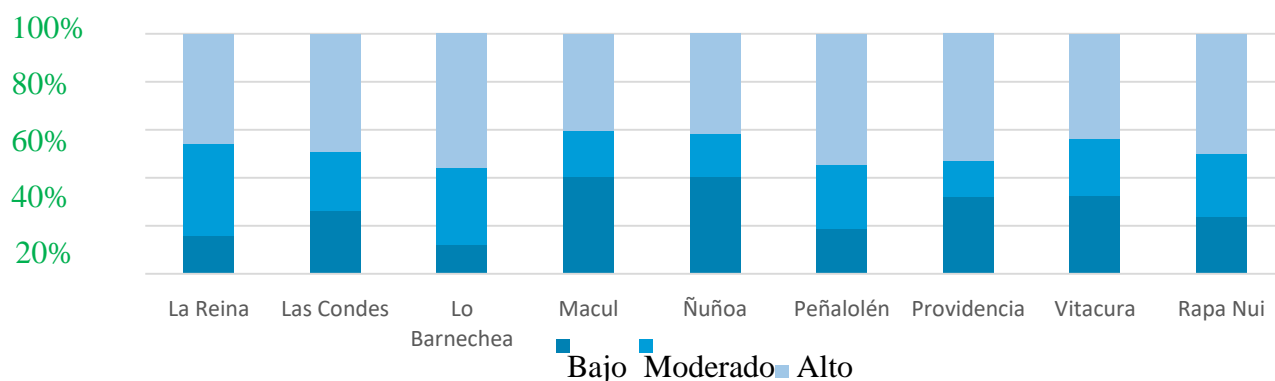
La variable riesgo cardiovascular se evalúa y registra periódicamente en los establecimientos de atención primaria de la Red, es así como a diciembre de 2021, se encontraban en control con clasificación de riesgo cardiovascular 95.180 personas, de las cuales un 47,8% presentaban un riesgo alto.

En el Gráfico, se observa la distribución porcentual del riesgo cardiovascular en las comunas de la Red, de acuerdo con esta gráfica la comuna que presenta una

población con mayor riesgo cardiovascular es Lo Barnechea, con un 56% de riesgo alto; seguido por Peñalolén con 54% de riesgo alto y Providencia con un 53% de riesgo alto.

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

Gráfico 12



Fuente: REM Serie P04 diciembre 2021 DIS-DSSMO.

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

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

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

Número de Personas Bajo Control por HTA, Estimación de Prevalencia y Porcentajes de Cobertura a diciembre 2021

Tabla 32

Comuna	N° Personas Bajo Control	N° Personas Compensadas	N° Personas Esperadas por Prevalencia [1]	% de Cobertura Diagnóstico	% Cobertura Efectiva
Las Condes	12.823	10.554	19.054	67,30%	55,39%
SSMO	78.716	48.841	153.151	51,40%	31,89%

Fuente: REM Serie P04 diciembre 2021 DIS-DSSMO. [1] Datos diciembre 2021. Población inscrita FONASA 2021.

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

Porcentaje de Cobertura Efectiva Hipertensión Arterial, por Sexo y Grupos de Edad. Comunas de la Red Oriente diciembre de 2021

Tabla 33

Área	15 a 24 años			25 a 44 años			45 a 64 años			65 años y más		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombr es	Muj eres	Total
Las Condes	62,93%	31,29%	46,56%	18,41%	15,07%	16,32%	30,85%	30,35%	30,51%	48,53 %	44,14 %	45,52 %
SSMO	14,58%	19,42%	17,03%	8,47%	11,35%	10,12%	16,87%	22,97%	20,55%	33,1 9%	33,6 0%	33,46 %

Fuente: REM Serie P04 diciembre 2021 DIS-DSSMO.

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

Número de Personas Bajo Control por DM Tipo II, Estimación de Prevalencia y Porcentajes de Cobertura a diciembre 2021

Tabla 34

Comuna	N° Personas Bajo Control	N° Personas Compensadas	N° Personas Esperadas por Prevalencia [1]	% Cobertura Diagnóstico	% de Cobertura Efectiva
Las Condes	5.580	3.751	8.491	65,71%	44,17%

Fuente: REM Serie P04 diciembre 2021 DIS-DSSMO.

Al desagregar por grupos de edad, se observa una mejor cobertura en los grupos de mayor edad, esto, al igual que en la Hipertensión, es en el grupo de mayores de 65 años y más.

Porcentaje de Cobertura Efectiva DM Tipo II, por Sexo y Grupos de Edad. Comunas de la Red Oriente diciembre 2021

Tabla 35

Área	15 a 24 años			25 a 44 años			45 a 64 años			65 años y mas		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Las Condes	3,26%	1,52%	2,36%	5,20%	8,64%	7,35%	32,04%	25,05%	27,25%	51,14%	33,29%	38,92%
SSMO	0,45%	2,90%	1,69%	4,56%	6,38%	5,60%	16,20%	18,23%	17,42%	33,05%	27,03%	29,14%

Fuente: REM Serie P04 diciembre 2021 DIS-DSSMO

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

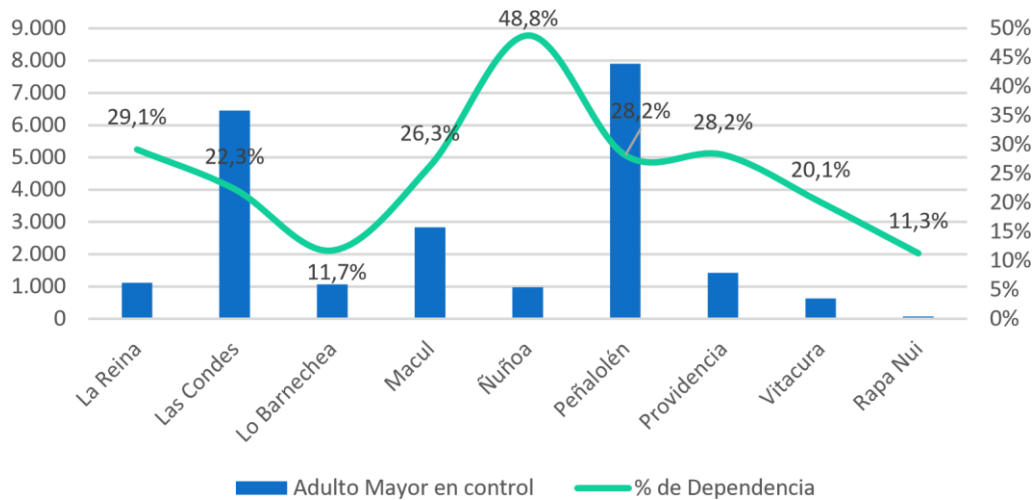
6.4 Adulto Mayor

A diciembre de 2021, se encontraban en control con diagnóstico de funcionalidad 22.459 Adultos Mayores de 65 años y más. Esta cifra representa el 18% de la población AM inscrita Fonasa, de estas 22.459 personas el 26,1% presenta algún grado de dependencia (un 10,5% presenta dependencia grave-total según Índice de Barthel).

Por otra parte, la comuna con los mayores porcentajes de dependencia en su población bajo control son Ñuñoa (48,8%), La Reina (29,1%), Peñalolén y Providencia (28,2%).

Población Adulto Mayor Bajo Control en las comunas de la Red Oriente y Porcentaje de Dependencia diciembre 2021

Gráfico 13



Fuente: REM Serie P05 diciembre 2021 DIS-DSSMO.

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

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

Tabla 36

Área	2015		2018		2019 (a agosto)		2022 (a junio)		
	N° de Establecimientos	N° de Camas	N° de Establecimientos	N° de Camas	N° de Establecimientos	N° de Camas	N° de Establecimientos	N° de Camas	N° de Camas
Las Condes	44	1.577	51	1.757	53	1.767	59	1.979	
Red Oriente	195	5.422	210	5.970	208	5.948	204	6.308	
RM	435	12.104	459	12.680	449	12.552	429	12.710	

Fuente: SEREMI de Salud Región Metropolitana.

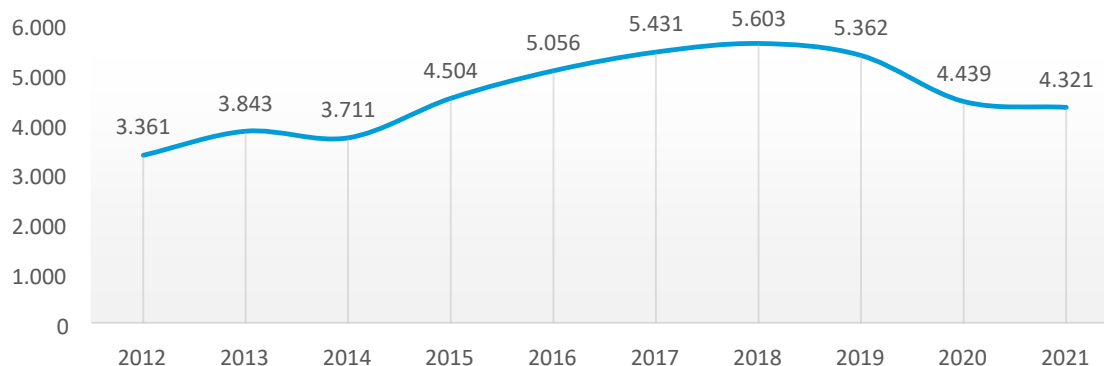
6.5 Enfermedad Pulmonar Obstructiva (EPOC)

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

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

Gráfico 14

Período 2012-2021



— Red Oriente

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

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

Población en Control, Prevalencia Estimada²⁵ y Cobertura EPOC, Comunas de la Red Oriente Dic 2021

Tabla 37

Área	Bajo Control Dic. 2021	Casos Esperados por Prevalencia	Cobertura
Las Condes	591	8.198	7,21%
Total	4.321	57.655	7,49%

Fuente: REM Serie P03 diciembre 2021 DIS-DSSMO.

6.6 Asma Bronquial

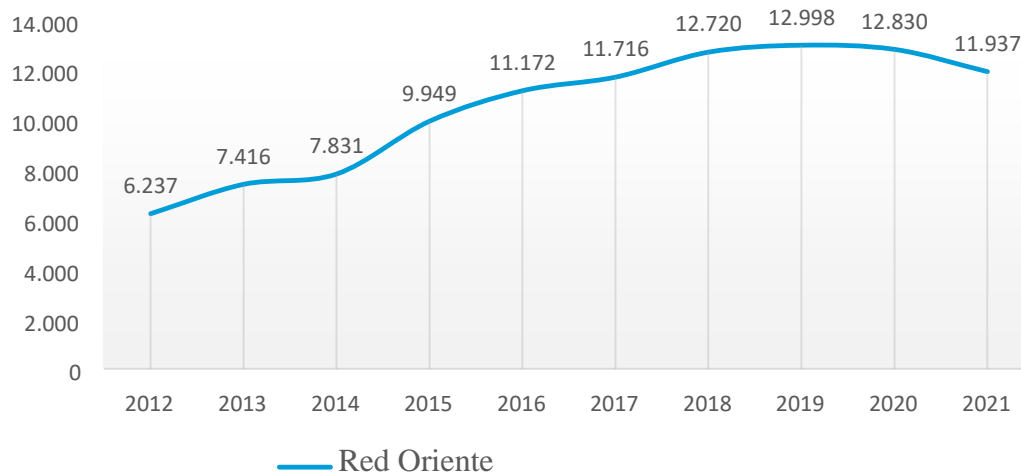
Otro de los problemas de salud respiratoria relevante en salud pública es el Asma Bronquial. La población bajo control por este problema de salud en las comunas de la red ha aumentado en un 91,4% en el período 2012-2021.

⁷ Prevalencia de acuerdo con estudio Platino 2010

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

Gráfico 15

Período 2012-2021



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

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

Población en Control, Prevalencia Estimada⁹ y Cobertura Asma, Comunas de la Red Oriente diciembre 2021

Tabla 38

Área	Bajo Control Dic. 2021	Casos Esperados por Prevalencia	Cobertura
Las Condes	1.564	7.560	20,69%
Total	11.937	63.159	18,90%

Fuente: REM Serie P03 diciembre 2021 DIS-DSSMO

⁸ Orientaciones IAAPS, 2015. Subsecretaría de Redes

⁹ Prevalencia de acuerdo con estudio Platino 2002

6.7 Artrosis de Cadera y Rodilla

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

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

6.8 Salud de la Mujer

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

Cobertura de Población en Control de Climaterio, Atención Primaria, SSMO, diciembre 2021

Tabla 39

Comuna	Bajo Control	N de Población Femenina entre 45-64 años Inscrita en APS	% de Cobertura
Las Condes	6.317	15.663	40,33%
SSMO	23.838	105.800	22,53%

Fuente: REM Serie P01 diciembre 2021 DIS-DSSMO.

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

¹¹ REM Serie P03 diciembre 2021.

6.9 Discapacidad

En el II Estudio de la Discapacidad 2015, se realiza un diagnóstico de la discapacidad en Chile. Este estudio hace una evaluación de diferentes niveles de discapacidad: leve, moderada y severa. Esto incluye personas con pérdida de visión, migraña, lumbago, entre otros.¹²

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

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

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

Tabla 40

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

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

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

6.10 Bajo Control en Salud Mental

Según el REM serie P, el SSMO a diciembre de 2021 tiene una población bajo control de salud mental en atención primaria de 44.525 personas, de las cuales el 71,8% corresponde a mujeres y el 28,2% a hombres. Por otro lado, se registraron en la red 15.838 ingresos al programa de salud mental APS y especialidades, de los cuales el 70% eran mujeres.

La prevalencia estimada para problemas de salud mental es de un 22,5%¹³ para niños de 4 a 18 años y de un 22,2%¹⁴ para mayores de 15 años. El 2021, las personas mayores de 15 años que estaban bajo control en APS fueron 38.867 y en el ingreso al programa de 13.627 personas. Luego, considerando que el número de personas mayores de 15 años inscritas en APS en 2021 en las comunas de la Red fueron de 554.895 (de 15 o más años), se ha prestado atención al 7% de la población.

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

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

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

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

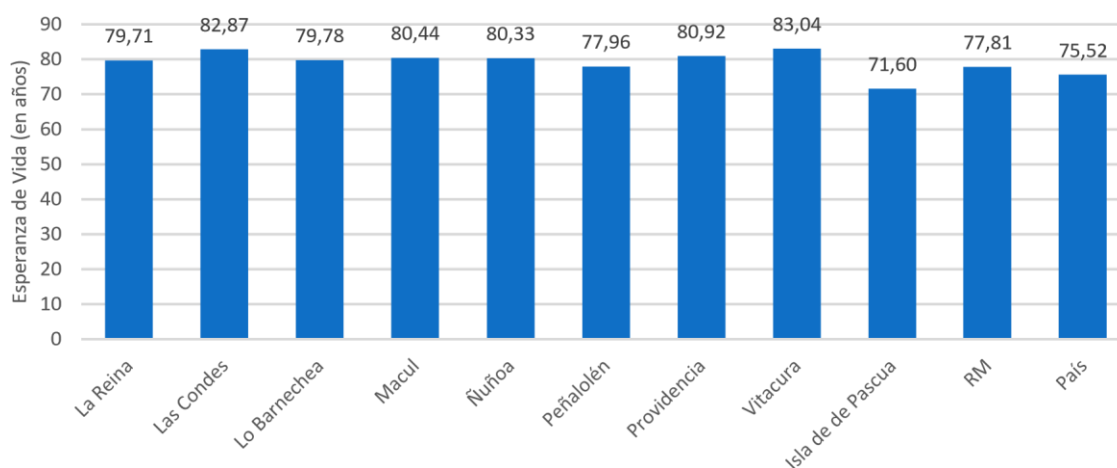
¹⁴ Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study, Vicente, B. et al. Am J Psychiatry 163:8, August 2006.

6.11 Indicadores de Esperanza de Vida

La esperanza de vida al nacer es una estimación del promedio de años que viviría un grupo de personas nacidas el mismo año, si las condiciones de mortalidad de la región/país evaluado se mantuvieran constantes. En Chile, la esperanza de vida para el decenio 1997-2006 es de 75,52 años; en la Región Metropolitana corresponde a 77,81 años; 74,89 años en los hombres y 80,84 años en las mujeres. Según el documento de Diagnósticos Regionales con Enfoque DSS 2015¹⁵, último documento que muestra la Esperanza de Vida disgregado por comuna, en las comunas pertenecientes al SSMO la media de la Esperanza de Vida es de 80,33 años, destacando Rapa Nui como la comuna con el indicador más bajo con 71,60 años y Vitacura con el indicador más alto alcanzando los 83,04 años. Es importante destacar que, con excepción de Rapa Nui, todas las comunas de la Red superan la media nacional y de la región.

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

Gráfico 16



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

6.12 Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA)

El último estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible fue realizado el año 2019 (se utilizaron los resultados del estudio de Carga de Enfermedad Global año 2017 aplicados sobre los datos sociodemográficos de la población chilena proyectada por el INE para los años entre 1992 y 2050). A partir de ese estudio,

¹⁵ Ministerio de Salud. SEREMI Región del Biobío. 2015

Pedro Zitko y Jorge Ramírez, realizan una proyección de la carga de enfermedad para el año 2030¹⁶. De esta proyección en la siguiente Tabla se presentan los 10 Principales Grupos de Causas de AVISA, además, destaca la subida en el ranking que experimentan las enfermedades de Alzheimer y otras demencias, pulmonar obstructiva crónica y la insuficiencia renal crónica.

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

Tabla 41

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

Fuente: Proyección de Carga de Enfermedad, UDLA 2019

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

¹⁶ Zitko, Pedro, Ramirez Jorge, Informe Final Proyección del Estudio de carga de Enfermedad, Universidad de las Américas

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

Tabla 42

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

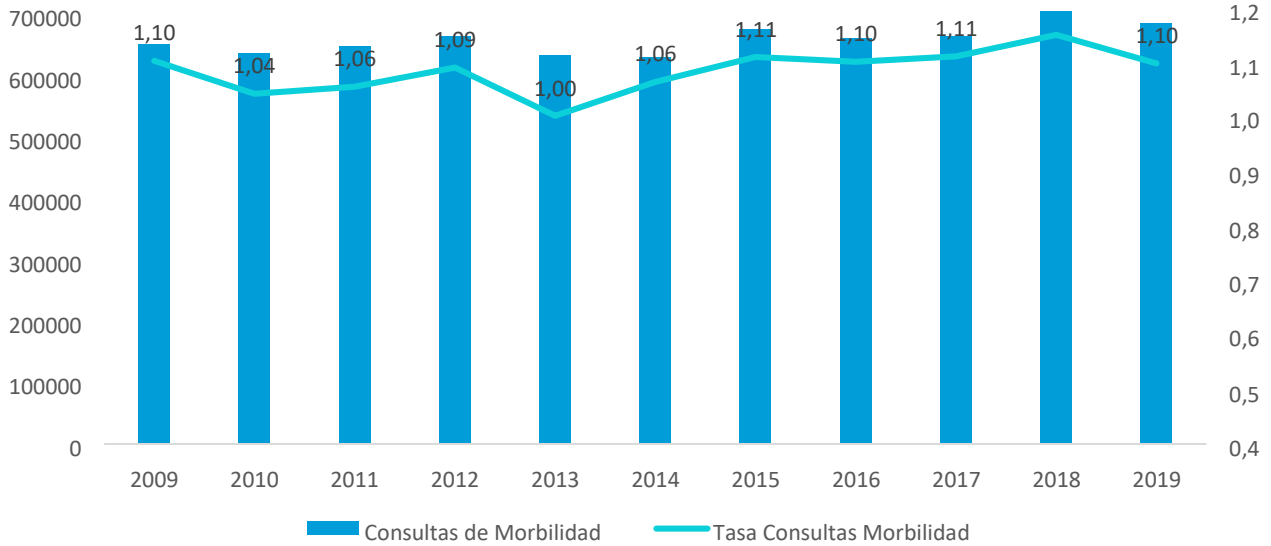
Fuente: Proyección de Carga de Enfermedad, UDLA 2010.

6.13 Consultas de Morbilidad de APS

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

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

Gráfico 17



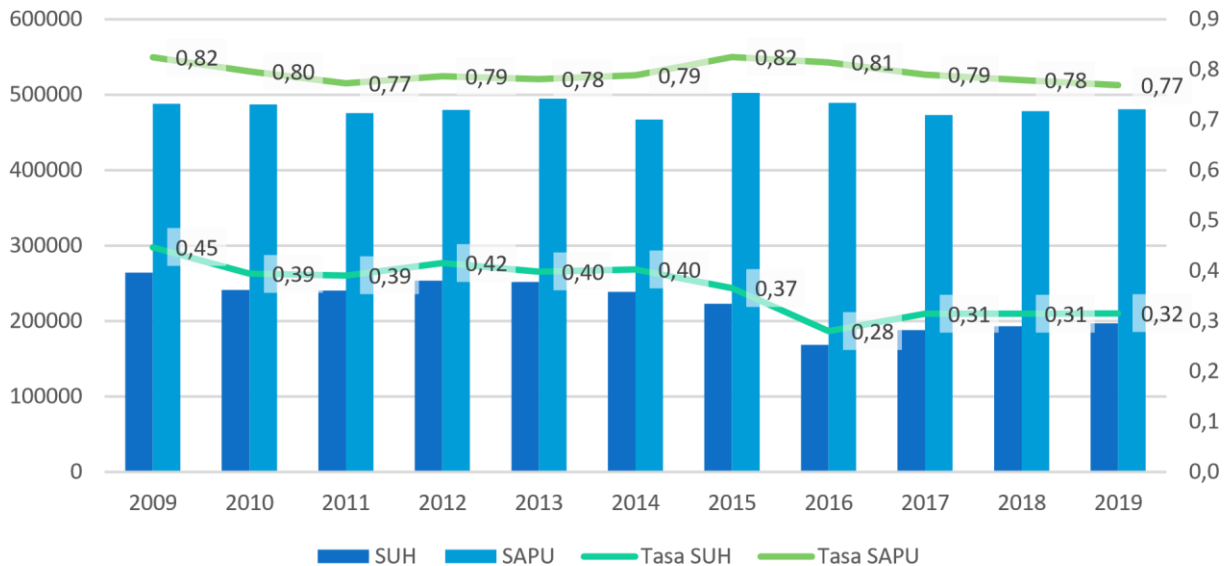
Fuente: REM-DIS SSMO

6.14 Consultas de Urgencia

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

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

Gráfico 18



Fuente: REM-DIS SSMO, 2009-2019.

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

En el período observado el promedio anual de atenciones de urgencia fue de 706.731 (223.506 en urgencias hospitalarias y 483.225 en SAPU), el peak de consultas fue el año 2009 con 752.118 consultas de las cuales el 65% de ellas se realizaron en los Servicios de Atención Primaria de Urgencia, es decir, los SAPU realizaron 2 consultas por cada consulta en urgencia hospitalaria.

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

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

Tabla 43

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

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

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

Tabla 44

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

Fuente: Egresos SSMO 2019, DEIS.

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

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

6. Enfermedades del Sistema Digestivo con 3.894 casos (7,6%).

Principales Causas de Egreso Hospitalares del SSMO, año 2019

Tabla 45

Cód. CIE10	Grandes Grupos de Causas	Egresos 2019	Porcentaje (%)	Porcentaje Acumulado
(O00-O99)	Embarazo, Parto Y Puerperio	6.853	13,35%	13,35%
(I00-I99)	Enfermedades Del Sistema Circulatorio	5.582	10,88%	24,23%
(C00-D48)	Tumores [Neoplasia]	4.902	9,55%	33,78%
(S00-T98)	Traumatismos, Envenenamientos Y Algunas Otras Consecuencias De Causas Externas	4.720	9,20%	42,98%
(J00-J99)	Enfermedades Del Sistema Respiratorio	4.559	8,88%	51,87%
(K00-K93)	Enfermedades Del Sistema Digestivo	3.894	7,59%	59,46%
(Z00-Z99)	Factores Que Influyen En El Estado De Salud Y Contacto Con Los Servicios De Salud	3.581	6,98%	66,43%
(G00-G99)	Enfermedades Del Sistema Nervioso Central	3.267	6,37%	72,80%
(N00-N99)	Enfermedades Del Sistema Genitourinario	2.888	5,63%	78,43%
(Q00-Q99)	Malformaciones Congénitas, Deformidades Y Anomalías Cromosómicas	2.260	4,40%	82,83%
(M00-M99)	Enfermedades Del Sistema Osteomuscular Y Del Tejido Conjuntivo	1.910	3,72%	86,55%
(P00-P96)	Ciertas Afecciones Originadas En El Período Perinatal	1.342	2,62%	89,17%
(R00-R99)	Síntomas, Signos Y Hallazgos Anormales Clínicos Y De Laboratorio, No Clasificados En Otra Parte	1.330	2,59%	91,76%
(A00-B99)	Ciertas Enfermedades Infecciosas Y Parasitarias	1.184	2,31%	94,07%
(E00-E90)	Enfermedades Endocrinas, Nutricionales Y Metabólicas	1086	2,12%	96,18%
(F00-F99)	Trastornos Mentales Y Del Comportamiento	659	1,28%	97,47%
(D50-D89)	Enfermedades De La Sangre Y De Los Órganos Hematopoyéticos, Y Ciertos Trastornos Que Afectan El Mecanismo De La Inmunidad	590	1,15%	98,62%
(L00-L99)	Enfermedades De La Piel Y Del Tejido Subcutáneo	428	0,83%	99,45%

(H00-H59)	Enfermedades Del Ojo Y Sus Anexos	187	0,36%	99,82%
(H60-H95)	Enfermedades Del Oído Y De La Apófisis Mastoides	94	0,18%	100,00%
Total		51.316	100,00%	

Fuente: Egresos SSMO 2019, DEIS.

Las 5 principales causas de egreso en mujeres son:

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

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

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

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

- ✦ En los menores de un año, las principales causas de egreso son las *“afecciones originadas en el periodo perinatal”* (36,4%), específicamente los *“trastornos hemorrágicos y hematológicos del feto y del recién nacido”*, patología que representa el 46,2% de los egresos en este grupo de causa, le siguen como grupo de causas de egreso las *“Enfermedades del Sistema Respiratorio”* con 21,1% y en tercer lugar las *“Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas”* con un 18,6%, estos tres grupos representan el 76% de los egresos.
- ✦ Entre los 20 y los 44 años, la primera causa nuevamente se concentra en las mujeres a causa del *“Embarazo, Parto y Puerperio”* con un 50,3% de los egresos, como segunda causa se encuentran las *“Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas”* con 8,7% y dentro de ellas la de mayor frecuencia son: *Complicaciones de la atención médica y quirúrgica, no clasificadas en otra parte*

y *Traumatismos de la Cabeza*, en tercer lugar como grupo de causa se ubican los *“Tumores (Neoplasias)”* con un 6,6% dentro de ellas destaca *Tumores benignos*.

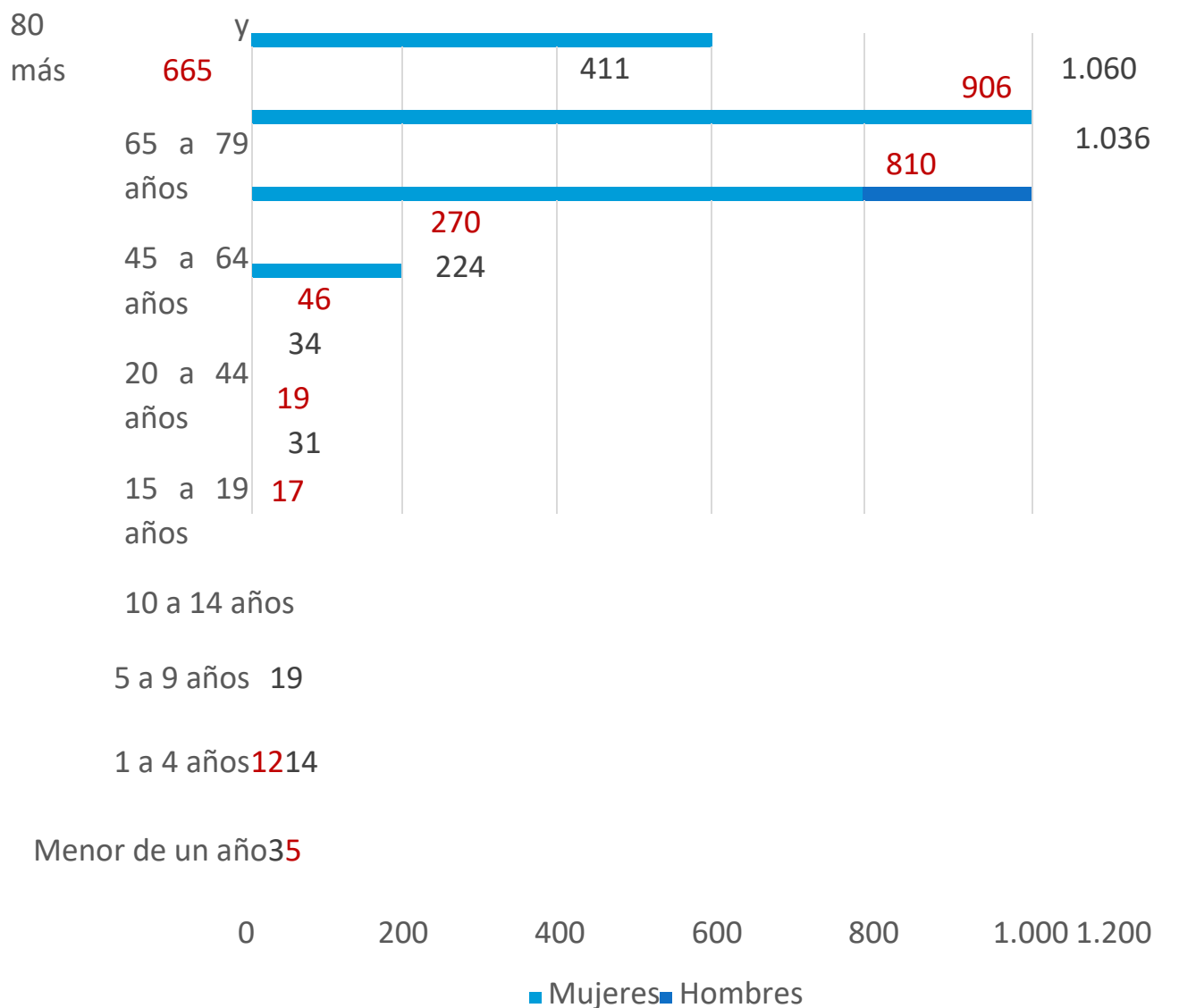
- ✦ En el grupo de los 45-64 años, la primera causa la representan las *“Enfermedades del Sistema Circulatorio”* con 18,0% y dentro de ellas *Enfermedades Cerebrovasculares*. Como segundo grupo de causa se ubican los *“Tumores”* con un 16,8% y en tercer lugar las *“Enfermedades del Sistema Digestivo”*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

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

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

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

Gráfico 19



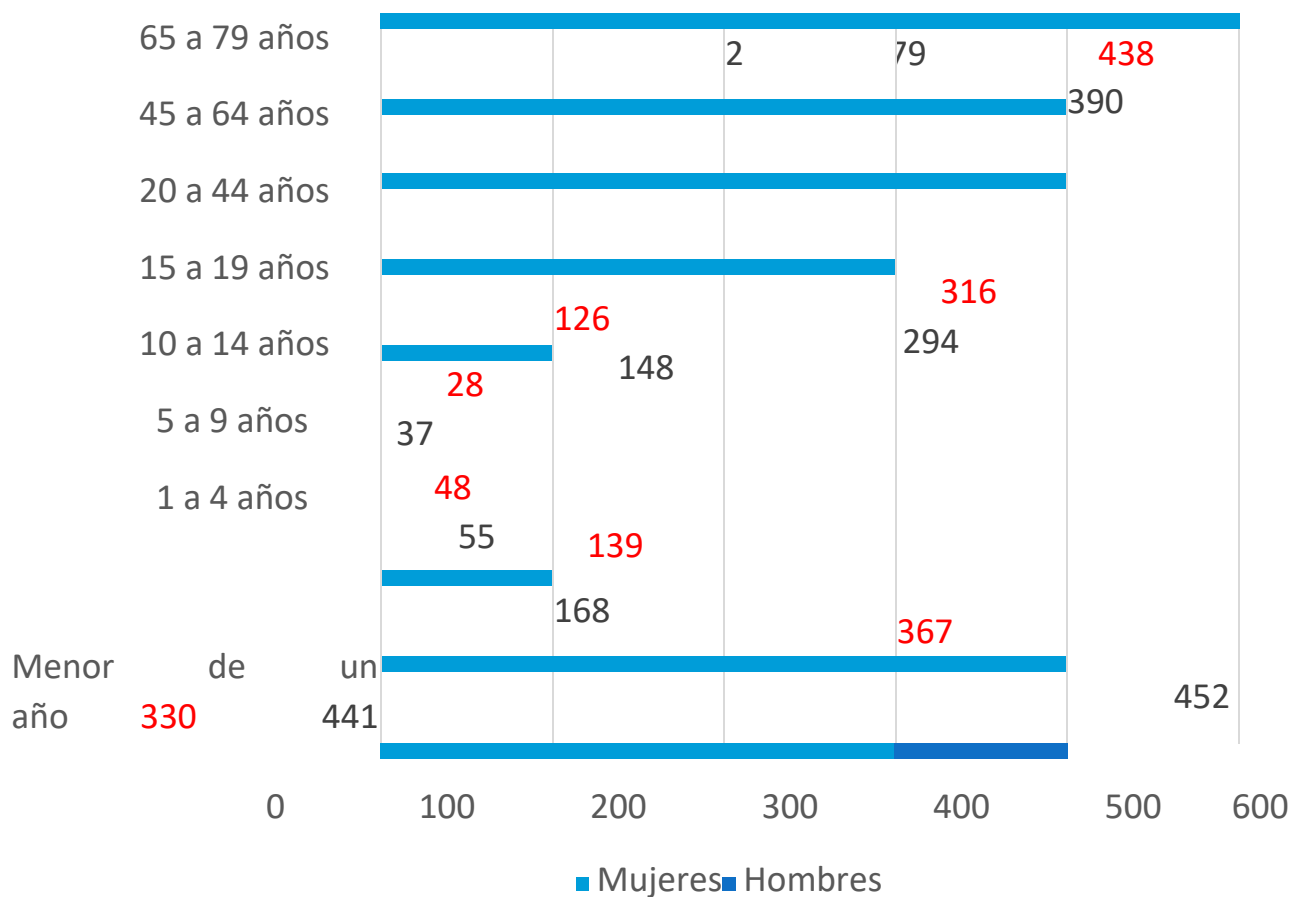
Fuente: DEIS.

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

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

Gráfico 20

80 y más **503**



Fuente: DEIS.

7. Organización de la Red Comunal

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

- Atención Primaria
 - CESFAM Dr. Aníbal Ariztía
 - CESFAM Apoquindo
 - SAPU
 - COSAM
 - Laboratorio Clínico

- Red de Apoyo a la Atención Primaria
 - Centro de Imágenes
 - Centro de Rehabilitación Kinésica
 - Centro de Especialidades Odontológicas
 - Unidad de Oftalmología

7.1 Atención Primaria

- **CESFAM Dr. Aníbal Ariztía**

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

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

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 y cumpliendo con elevados estándares de calidad. Desde 2022 se ha ido incorporando

paulatinamente la atención bajo la estrategia de cuidados integrales centrada en la personas **ECICEP**, es decir atención integral según G de acuerdo a la clasificación indicada en las orientaciones técnicas.

Misión del CESFAM Dr. Aníbal Ariztía

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

Visión

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

La población inscrita validada para 2024 del CESFAM es de 49.787 personas de las cuales de 60 años y más, corresponden al 32,1%, muy por encima del promedio nacional y de la Región Metropolitana, así como también menos inscritos menores de 15 años, que alcanza 11,54%, teniendo una población mayoritariamente adulta.

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

- **CESFAM Apoquindo**

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

Sus atenciones se enmarcan en el Modelo de Atención de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario y 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 acuerdo a los principios del Modelo de Atención Integral en Salud, el CESFAM realiza acciones de prevención y promoción de estilos de vida saludable, además de todas las prestaciones de salud definidas para la recuperación y rehabilitación a través de todo el ciclo vital de nuestros usuarios.

Su población inscrita validada es de 29.428, que continúa mostrando tendencia a un progresivo aumento de la proporción de adultos mayores de 60 años, que alcanza actualmente el 43% del total, de los cuales un 29% son adultos mayores de 80 años.

El perfil epidemiológico descrito orienta gran parte de nuestras acciones a este grupo etario, favoreciendo las actividades que promueven la mantención de la funcionalidad y la compensación de las patologías crónicas de estos usuarios.

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.”

Para mejorar la atención integral, se potenciará el trabajo interdisciplinario entre los profesionales de la salud. Además, se reforzarán los horarios de atención para ofrecer

más disponibilidad de citas. En cuanto a la accesibilidad y calidad del servicio, se busca optimizar la gestión de la demanda y se planea implementar la estrategia de Telesalud.

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

- **SAPU**

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

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

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

La dotación del Servicio la conforman 17 médicos (con una carga horaria de 510 horas), cinco odontólogos (con una carga horaria de 70 horas), cinco enfermeras universitarias (con una carga horaria de 216 horas), 14 Técnicos en Enfermería de Nivel Superior o TENS (con una carga horaria de 616 horas), dos Técnicos en Odontología de Nivel Superior o TONS (con una carga horaria de 70 horas) y una Técnico Administrativo de Nivel Superior o TANS (con una carga horaria de 44 horas), siendo en total 44 funcionarios de gran desempeño, entre profesionales y técnicos de nivel superior, con una carga horaria total de 1.526 horas.

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

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

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

En lo que respecta a la evaluación de la planificación del año 2024, se mantuvo el funcionamiento de un Programa Ministerial de Salud Mental en la Atención Primaria de Salud, con Apoyo en Sapu de una Dupla Psicosocial compuesta por Psicólogo y Asistente Social, en asesoría directa con Unidad de Salud Mental dependiente del Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía, la que nos ha permitido hacer promoción y educación a usuarios que acuden al Servicio y dar una primera intervención en

pacientes y/o familiares con patologías pertinentes a su ámbito y mantener un seguimiento.

Por otra parte, se mantuvo la capacitación continua al personal profesional y técnico en ámbitos atingentes a su labor diaria y de manejo de conflictos, y se concretaron mejoras en relación a infraestructura y equipamiento, lo que incide en el confort y grata estancia de nuestros usuarios, tanto internos como externos, facilitando el cumplimiento de los protocolos locales y ministeriales.

- **Salud Mental (COSAM)**

Según el REM serie P, el SSMO al primer semestre del año 2024 tiene una población bajo control de salud mental en atención primaria de 46.512 personas, de las cuales el 71,8% corresponde a mujeres y el 28,2% a hombres. Por otro lado, se registraron en la red 27.535 ingresos al programa de salud mental APS y especialidades durante el 2023, de los cuales el 68.3% eran mujeres.

La prevalencia estimada para problemas de salud mental es de un 22,5%¹⁷ para niños de 4 a 18 años y de un 22,2%¹⁸ para mayores de 15 años. El 2024, las personas mayores de 15 años que estaban bajo control en APS fueron 39.741 y en el ingreso al programa de 22.323 personas en ese rango etáreo. Luego, considerando que el número de personas mayores de 15 años inscritas en APS en 2023 en las comunas de la Red fueron de 676.841 (de 15 o más años), se ha prestado atención al 6.9% de la población.

Los principales problemas de salud mental que se encuentran en la población bajo control son Depresión (35,0%), Trastornos de la Ansiedad (30,8%) y Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (8,3%). Éstos representan aproximadamente el 74,2% del total. Por otro lado, el 2023, los ingresos al programa de salud mental fueron principalmente por trastornos de ansiedad (35,8%), Depresión (26%), trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (9,1%). Estas abordaron el 71% de los ingresos.

¹⁷ Estudio de epidemiología psiquiátrica en niños y adolescentes en Chile. Estado actual - Dra. Flora de la Barra M. y cols. Rev. Med. Clin. Condes-2012; 23(5) 521-529]

¹⁸ Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R Disorders in the Chile Psychiatric Prevalence Study, Vicente, B. et al. Am J Psychiatry 163:8, August 2006.

Con respecto al nivel de atención de especialidad, los COSAM, registraron ingresos por atenciones en 2023 de 3.171 personas. Los problemas más frecuentes fueron Depresión (31,9%), Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (16%) y Trastornos de la Ansiedad (14%).

Adicionalmente, de los datos de la Serie A y las consultas a especialistas, en 2023, se realizaron 37.538 consultas a psiquiatría adulto y 6.618 a psiquiatría pediátrica y de la adolescencia.

En la comuna, la Salud Mental de especialidad registra estadísticas consecuentes con lo registrado en la atención primaria de salud APS, siendo la población atendida por el COSAM de un 21% de adultos mayores, un 12% de infanto juvenil y un 67% la de adultos, de éstos un 68% corresponde a mujeres y un 32% a varones.

Entre las 2.100 personas atendidas en este Centro de especialidad, los diagnósticos más representados son: Los Trastornos Afectivos Bipolares con un 17%; Trastornos de ansiedad graves 15%; Depresiones 14%; Esquizofrenias y otras psicosis 6,5%; Trastornos graves de la personalidad con sintomatología suicida 9,1% y Trastornos por uso de sustancias 6,2%. El 50% de nuestra población atendida tiene más de un diagnóstico por el cual son tratados

El Centro de Salud Mental se encuentra en un proceso de transformación que se enmarca en el Plan Nacional de Salud Mental que pretende migrar de un modelo bio-medico a un Modelo de Salud Mental Comunitaria. Por ello se han realizado trabajos de coordinación con el intersector e intrasector, del que se han desprendido capacitaciones realizadas por personal de este Centro y de centros de la red, para profesionales de APS, Intersector y COSAM

Durante el periodo evaluado renunció un médico por 22 horas el que solo en septiembre de este año pudo ser reemplazado, además se han incorporado a partir del presente año horas profesionales de Psicólogo y personal de servicio.

- **Dotación COSAM**

- *Tabla 46*

Dotación RR.HH	
Psicólogos	243
Terapeutas Ocupacionales	110
Trabajadores Sociales	99
Psiquiatras	184
Psiquiatras infanto adolescentes	44
Técnicos en Rehabilitación	44
TENS farmacia	88
Secretarias	132
Director administrativo	44
Auxiliar de servicio	88

-

-

- *Tabla 47*

ATENCIONES POR ESTAMENTO 2023/24						
	PSQ	PSIC	TO	T. SOCIAL	Técnico Rehab	Total Mensual
Agosto	720	358	105	144	81	1.408
Septiembre	570	277	96	130	29	1.102
Octubre	703	329	71	122	95	1.320
Noviembre	777	384	84	107	52	1.404
Diciembre	558	299	77	79	48	1.061
Enero	629	440	110	139	39	1.357
Febrero	503	271	78	84	46	982
Marzo	584	349	147	112	60	1.252
Abril	750	398	112	80	62	1.402
Mayo	683	388	111	133	56	1.371
Junio	514	336	83	87	43	1.063
Julio	751	398	134	134	39	1.456
Total	7.742	4227	1208	1351	650	15.178

- **Laboratorio Clínico**

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

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

Referente al equipamiento, este año se renueva el equipo de coagulación y VHS. El equipamiento de bioquímica, hematología y orinas continúa a la vanguardia ofreciendo exámenes con altos estándares de calidad.

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

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

Orientaciones Técnico Administrativas:

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

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

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

Exámenes incluidos en la canasta primaria comunal:

Tabla 48

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

Estadísticas:

Número de exámenes realizados:

- Para el año **2022**, se realizó un total de **430.888 exámenes**.
- Para el año **2023** se realizó un total de **444.406 exámenes**.
- Para el año **2024** se realizó un total de **467.794 exámenes**.

Número de pacientes atendidos:

- Para el año **2022**, se atendieron **37.104 pacientes**.
- Para el año **2023**, se atendieron **39.019 pacientes**.
- Para el año **2024**, se atendieron **41.172 pacientes**.

Número de exámenes realizados por sección año 2024:

Tabla 49

Exámenes x Sección	N° Total
Bioquímica	355.845
Hormonas	38.264
Hematología-Coagulación	41.372
Bacteriología-Parasitología	8.458
Orinas	23.855
TOTAL	467.794

Proyecciones 2025:

- 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.

7.2 Recursos humanos

Tabla 50

Categorización del Personal Contratado	Actividad o Profesión (indicar detalle según corresponda)	Dotación año 2025								Variación Respecto del 2023	Observaciones al Cargo
		N° cargos	Comprobación de Horas Totales Contratadas	Validador horas contratadas	Horas Totales Contratadas	N° horas asistenciales	N° horas administrativas	Porcentaje de horas asistenciales vs horas totales	Porcentaje de horas administrativas vs horas totales		
A*	Médicos (*)	51,6	2.267	Se Valida	2.267	1.798	469	79%	21%	Se Mantiene	
	Dentistas	27,5	1.208	Se Valida	1.208	906	302	75%	25%	Se Mantiene	
	Químicos Farmacéuticos	4,75	209	Se Valida	209	132	77	63%	37%	Aumenta	Se incorpora QF para atención domiciliaria y dispensación de medicamentos
	Total tramo A	83,9	3.684	Se Valida	3.684	2.836	848	72,3	28	Aumenta	
B*	Enfermeras (*)	37,5	1.653	Se Valida	1.653	1.322,40	330,6	80%	20%	Aumenta	Aumento para cumplimiento de metas sanitarias y IAAPS, aumento coberturas efectivas pie diabético y EFAM, ECICEP por aumento de inscritos validados

Matronas (*)	14	616	Se Valida	616	492,8	123,2	80%	20%	Aumenta	Aumento para cubrir cobertura PAP, VPHY controles por aumento de inscritos validados
Psicólogo (a)	11	484	Se Valida	484	363	121	75%	25%	Se Mantiene	
Asistente Social	14	616		616	492,8	123,2	80%	20%	Aumenta	Aumento para cubrir mayor demanda de casos judicializados, inscripción, OIRS y actividades requeridas por referentes de pueblos originarios, inmigrantes, entre otras
Nutricionistas	10,2	448	Se Valida	448	336	112	75%	25%	Se Mantiene	
Kinesiólogo (a)	8,97	395	Se Valida	395	316	79	80%	20%	Aumenta	Aumento de población inscrita y necesidad de mayor dación de horas de atención
Otros: Terapeuta Ocupacional	2	88	Se Valida	88	77	11	88%	13%	Se Mantiene	
Otros: Fonoaudiólogo	0	0	Se Valida	0	0	0			Se Mantiene	
Otros: tecnólogo médico	6	264	Se Valida	264	198	66	75%	25%	Se Mantiene	

Otros: ingeniero (subdirector administrativo)	2	88	Se Valida	88	0	88	0%	100%	Aumenta	Modificación estructura interna de los Cesfam generando las subdirecciones administrativas, dado aumento de población inscrita y aumento de gestiones producto de mayor implementación de programas internos y del SSMO
Otros	0	0	Se Valida	0	0	0			Se Mantiene	
Otros	0	0	Se Valida	0	0	0			Se Mantiene	
Total tramo B	105,7	4.630	Se Valida	4.630	3.633,60	996,4	1	0	Aumenta	
Equipo Nuclear	103,1	4.536		4.536	3.613	923	1	0		

Tabla 51

Categorización del Personal Contratado	Actividad o Profesión (indicar detalle según corresponda)	Dotación año 2025		Variación Respecto del 2023	Observaciones al Cargo
		N° cargos	Horas Totales Contratadas		
C	Técnicos Paramédicos	122,5	5.388	Aumenta	Se transforman horas de categoría E a C por jubilación de funcionaria. Cambio de horas de categoría E a C. Aumento por necesidad de cumplimiento de metas sanitarias y IAAPS. Aumento población inscrita
	Técnicos Informáticos	0,0	0	Se Mantiene	
	Contador	0,0	0	Se Mantiene	
	Secretarias	4,0	176	Se Mantiene	
	Otros (TONS y TANS)	14,5	642	Aumenta	Se transforman horas de categoría D a C por jubilación de funcionaria. Aumento por necesidad de cumplimiento de metas sanitarias y IAAPS. Aumento población inscrita
	Total tramo C	141,0	6.206	Aumenta	
D	Auxiliar Paramédico	3,0	132	Disminuye	Se jubila funcionaria y se cambian horas a categoría C
	Asistente de enfermería	0,0	0	Se Mantiene	
	Asistente Dental	7,0	220	Se Mantiene	
	Otros	1,0	44	Se Mantiene	
		Total tramo D	11,0	396	Disminuye
E	Administrativo del Área Salud	51,1	2.249	Disminuye	Cambio de categoría de funcionaria de E a C
	Total tramo E	51,1	2.249	Disminuye	Cambio de categoría de funcionaria de E a C
F	Auxiliar de Servicio	40,8	1.794	Aumenta	Se termina contrato con empresa de servicios externos y se contrata personal como parte de la dotación de salud.
	Conductores	5,0	220	Se Mantiene	
	Camilleros	0,0	0	Se Mantiene	

	Otros (guardia)	7,0	308	Aumenta	Se termina contrato con empresa de servicios externos y se contrata personal como parte de la dotación de salud.
	Total tramo F	52,8	2.322	Aumenta	Se termina contrato con empresa de servicios externos y se contrata personal como parte de la dotación de salud.
TOTALES		255,9	11.173	Disminuye	

7.3 Cartera de Servicios

- **Actividades transversales a todas las edades**

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

- **Actividades por ciclo vital**

Programa del Niño/Niña/Adolescente:

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

Programa del Adulto/Adulto mayor

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

• **Actividades programas específicos**

Programa de la Mujer

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

Programa de Salud Oral

- Examen de salud
- Tratamientos preventivos: pulpotomía, aplicación de sellantes, flúor barniz y flúor gel
- Tratamiento de rehabilitación integral: periodoncia (destartraje supra y subgingival, pulido coronario), operatoria (restauraciones de amalgama, resinas compuestas, vidrio ionómero y obturaciones temporales),
- Exodoncias
- Radiografía Dental
- Urgencias odontológicas
-

7.4 Participación Social / Intersectorialidad

Anualmente se elabora un Plan de Participación Social Comunal, en base a Metas Sanitarias, cuyo objetivo de impacto es “Fortalecer la participación social ciudadana en los procesos de toma de decisión en el sector salud”.

“La participación social en salud, se entiende como una estrategia de habilitación de las personas, para el ejercicio de poder decidir a nivel individual, familiar, grupal y comunitaria, en las temáticas socio sanitarias que les afectan en sus territorios” (Minsal, 2008).

La Participación Ciudadana en Salud se define como “la capacidad de incidir en las decisiones respecto de la salud, ya sea que se relacionen con el diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados con la recuperación, rehabilitación, prevención de enfermedades y promoción de salud, como también en aquellas decisiones vinculadas al uso e inversión de recursos políticos”. (Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud Minsal 2015).

Para el cumplimiento de este objetivo, se trabaja en la mantención y fortalecimiento de las instancias formales de participación social, tales como: los Consejo de Desarrollo Local, Comisión Mixta, Mesa de Salud y Agentes territoriales Comunales (implementada el año 2023), la cual es liderada por las encargadas de Participación Social de ambos CESFAM, entre otros. Esto se realiza según pertinencia territorial de cada centro de salud, junto con la creación de otras instancias de participación ciudadana para empoderar a la comunidad usuaria en un nivel informativo y propositivo, fomentando la creación de espacios reflexivos con diálogos colectivos en relación con las temáticas de salud, añadiendo apertura de estrategias que incorporen el enfoque intercultural, según pertinencia.

Además, se cuenta con las acciones asociadas a las Oficina OIRS de los CESFAM, siendo la entrega de información a usuarios, relacionada con el funcionamiento de los centros de salud y otros servicios, sus funciones de mayor relevancia. También es la responsable de recibir las solicitudes ciudadanas que los usuarios hacen llegar a través de formulario tipo o a través de correos institucionales, en donde se puede plasmar sugerencias, consultas, solicitudes, reclamos y felicitaciones, para cuyo fin se han dispuesto buzones en sitios estratégicos en los CESFAM. Por otra parte, la oficina OIRS realiza encuestas mensuales, dirigidas a usuarios del centro, para evaluar el respeto de los deberes y derechos de acuerdo a lo establecido en Ley 20.584.

Junto con lo anterior, se han llevado a cabo acciones en apoyo al plan de promoción de la salud de manera colaborativa, para el abordaje de las problemáticas de salud identificadas en el Diagnóstico Participativo realizado durante el año 2021.

Para el año 2024 se proyecta llevar a cabo una instancia de encuentro comunitario a nivel comunal, con la participación de vecinos y usuarios de ambos CESFAM con enfoque intersectorial, abordando temas de salud priorizados en el Diagnóstico Participativo 2021, siendo ésta una de las acciones principales que ejecutará la Mesa de Salud y Agentes territoriales Comunes.

Para la evaluación del cumplimiento de las actividades programadas en los ámbitos de la Salud, Promoción y Participación Social de acuerdo a los indicadores planteados, se levantará información a través de instancias participativas, con metodología cualitativa y cuantitativa.

7.5 Encuesta de Satisfacción Usuaría

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

Tabla 52

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

7.6 Promoción de Salud

Durante este 2024 las acciones de promoción de la salud se han enmarcado en el Convenio del Plan Trienal 2022-2024, principalmente actividades que no requieren financiamiento, dado que el presupuesto para el año 2024 se ha destinado para la realización del Diagnóstico Participativo Comunal, realizando así una de modificación en el Plan Trienal de Promoción de Salud (PTPS).

En este año 2024 se ha manteniendo la continuidad de los programas y actividades, se han incorporado nuevas acciones, de acuerdo a requerimientos de la comunidad, percepción de funcionarios y estudiantes internos de enfermería y medicina.

Tal como se mencionó el año pasado, durante este año 2024 se está desarrollando el Diagnóstico Participativo Comunal con el fin de levantar en conjunto con la comunidad problemáticas - necesidades y acciones, las cuales serán un insumo relevante y de respaldo en la ejecución de acciones para el siguiente trienio (2025 - 2027).

Parte del proceso del Diagnóstico implica la elaboración de un instrumento que permita recoger información de diagnóstico, explorando necesidades en cuanto acceso y disponibilidad de entornos saludables, intereses, problemas, otras necesidades, causas y propuestas de solución en el ámbito de la salud; y será aplicado a usuarios inscritos en ambos CESFAM, habitantes o no de la comuna, a través de una plataforma online. Además, se aplicará en distintas instancias participativas presenciales, incorporando así a diversos actores de la sociedad civil, población inscrita en los centros de salud familiar y grupos de especial protección de derechos (LGBTIQA+, pueblos originarios, migrantes, PRAIS, discapacidad, entre otros).

En paralelo a este proceso, a nivel comunal se logra llevar a cabo diferentes actividades - acciones propuestas el año pasado. Tales actividades estaban asociadas a los componentes mencionados en las orientaciones técnicas del plan trienal de Promoción de Salud (2022-2024) las cuales tienen que ver con:

Educación para la salud, en el cual se desarrollaron diversas actividades educativas con la comunidad tales como: charlas educativas de educación sexual, alimentación saludable y vida saludable, preparación de campaña de invierno, primeros auxilios, higiene del sueño e impacto en la salud mental, lactancia materna y crianza respetuosa. Éstas se realizaron en diversos tipos de entornos como en el centro de salud, colegios, jardines infantiles y centros comunitarios. Ha sido de mucha ayuda la

colaboración de los internos de enfermería, nutrición y dietética, obstetricia, química y farmacia, y de medicina para poder llevar a cabo estas acciones, aportando con creatividad y material educativo a la comunidad.

Comunicación social, el cual buscó que las personas estén informadas sobre sus conductas de riesgo para su salud y la de otros, y que logren ser capaces de tomar decisiones en pro de su salud. En este ámbito se realizó la conmemoración de hitos comunicacionales y festividades internas y externas, tales como la Feria de la Salud, Semana Mundial de la Lactancia Materna, entre otras. Se dio continuidad con la creación de cápsulas y contenido educativo para el circuito cerrado tv e Instagram. Para la conmemoración de hitos comunicacionales y festividades ha sido muy beneficioso el trabajo coordinado interdisciplinario, ya que ha permitido tener una mirada integral en torno las distintas temáticas tratadas.

Participación comunitaria para el empoderamiento de la Salud, este ámbito se relacionó con diálogos o conversatorios en los CESFAM en instancias ya creadas con la Comisión Mixta, dando énfasis principalmente a la difusión de Programas Ministeriales y del CESFAM, conversatorios relacionados a temas de salud, y sensibilización de cómo ser Escuelas Promotoras de Salud. Aspecto relevante para promocionar y ser entornos saludables.

Se continuó con la línea de motivar, acompañar, apoyar, conocer y compartir estrategias locales a través de diversas actividades y/o acciones que se realizan en los establecimientos de educación para promover factores protectores en las familias de nuestra comunidad. Por último, ha sido de vital importancia acoger las solicitudes levantadas de la comisión mixta para fortalecer la colaboración intersectorial en el desarrollo comunitario equitativo para estudiantes, docentes, equipos de trabajo, padres y apoderados.

Habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable, el cual buscó habilitar y/u optimizar espacios públicos, infraestructura y equipamiento, con involucramiento directo de las personas que son parte de aquellos entornos. En este sentido se realizó un trabajo colaborativo y en coordinación con la Universidad San Sebastián, con la carrera específica de Química y Farmacia para establecer un proyecto de Vinculación de la Universidad con el Medio (Cesfam). En este caso se proyectó un trabajo colaborativo para recuperar - mejorar - mantener y retomar el trabajo realizado con los Huertos de cada CESFAM.

Políticas y regulaciones sobre entornos saludables, este componente que tenía que ver con la aplicación de una encuesta a funcionarios, la cual consistió en conocer la

percepción de la oferta alimentaria de la máquina expendedora de alimentos, con el fin de diagnosticar las necesidades en cuanto a acceso a entornos saludables y planificar mejoras; y además la elaboración de un Diagnóstico Participativo Comunal en Salud. Esta actividad se está desarrollando, y se espera con ello obtener información relevante para poder proyectar el siguiente trienio del convenio de acuerdo a las necesidades percibidas por la comunidad, con sus propuestas de acción. Con todas estas acciones se espera contribuir con la definición de la Promoción de la Salud de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, 2021, que tiene que ver con el proceso que permite a las personas y a la comunidad aumentar el control sobre su salud y mejorarla.

Programación año 2025

De acuerdo a lo programado para el año 2025 se puede informar que se espera seguir con la línea de mejorar el acceso de la población a la promoción de la salud a través de diferentes componentes, con diferentes objetivos y cada uno con sus diferentes actividades y acciones.

Las líneas de acción serán determinadas además por los resultados que entregue consigo el Diagnóstico Participativo del año 2024. Sin embargo, hay temáticas y actividades que se realizan año tras año como una línea base, con el fin de contribuir a aumentar el número de personas con factores protectores para la salud, entendiendo por ello características individuales, familiares o comunitarias que favorecen el mantenimiento o recuperación de la salud o que pueden contrarrestar los efectos nocivos causados por los factores de riesgo para la salud.

Por otro lado, se busca alcanzar este propósito realizando diversas actividades en los diversos tipos de entornos (centro de salud, centros comunitarios, establecimientos educacionales, laborales), no sólo en el Centro de Salud, ya que en todos se debe propiciar y promover la salud, mejorando el acceso a éste.

A continuación el Plan 2025:

Tabla 53

NIVEL	OBJETIVO	COMPONENTES	OBJETIVO ESPECÍFICO	ACTIVIDADES	INDICADOR	META	FUENTE
PROMOCIÓN DE LA SALUD COMUNAL	Mejorar el acceso de la población a la promoción de la salud a través de diferentes componentes	Habilitación y optimización de espacios públicos para la vida saludable	Mejorar el acceso a estilos de vida saludable	Realizar trabajo colaborativo con Universidad que mantenga convenio con el CESFAM, para restaurar y/o mejorar y/o mantener el huerto de los CESFAM, realizando a su vez, charlas educativas para promover el autocuidado y el uso racional de plantas medicinales	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas.	50% de las actividades programadas se ejecutan a diciembre 2025	Rem 19
		Comunicación social	Informar a todas las personas sobre factores protectores y conductas de riesgo que impactan en la salud y así las personas puedan ser capaces de tomar decisiones informadas	Dar a conocer mensajes de campaña a través de hitos comunicacionales OPS-OMS (conmemoración de fechas importantes a través de eventos internos y externos). Además de difusión de diversos programas ministeriales tales como Chile Crece Más, Elige Vida Sana y Más Adultos Mayores Autovalentes. Estas actividades estarán dirigidas a usuarios externos e internos, y a la comunidad respetando el enfoque de promoción de la salud y abordando diversas temáticas. Las estrategias comunicacionales locales para	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas.	60% de las actividades programadas se ejecutan a diciembre 2025.	Rem 19

				difundir serán: Instagram, cápsulas, afiches, paneles, circuito cerrado de tv en salas de espera, entre otros.			
		Participación Comunitaria para el empoderamiento en salud	Fortalecer el trabajo intersectorial, territorial a través de la participación social y comunitaria para mejorar la salud y bienestar	Organización de actividades y/o reuniones periódicas con la Comisión Mixta y otras instancias de diálogo o conversatorio.	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas.	60% de las actividades programadas se ejecutan a diciembre 2025.	Rem 19
		Educación para la salud	Mejorar el desarrollo de la autoeficacia de las personas para llevar una vida más saludable aumentando sus conocimientos	Realización de charlas educativas y talleres para promocionar la salud en diferentes tipos de entornos, tanto como centros de salud, centros comunitarios o establecimientos educacionales. Las temáticas en desarrollo podrían estar relacionadas con educación sexual, alimentación saludable y vida saludable, campaña de invierno, primeros auxilios, higiene del sueño, lactancia materna, crianza respetuosa, entre otros. Éstas dependen de las necesidades percibidas de acuerdo a los resultados del Diagnóstico Participativo Comunal 2024.	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas.	60% de las actividades programadas se ejecutan a diciembre 2025.	Rem 19

7.7 Plan de Capacitación

En el transcurso del año 2024 el Plan de Capacitación Comunal de Atención Primaria de Las Condes, se desarrolló en un 70% bajo la modalidad e-learning. Estas capacitaciones utilizaron metodología asincrónica, y respondieron a las preferencias detectadas en la última encuesta de capacitación aplicada a los funcionarios.

Las capacitaciones realizadas de manera presencial fueron las vinculadas a ámbitos donde se requiere internalizar conocimientos prácticos, y que se desarrollan principalmente con dinámicas grupales para generar conocimiento y promover el trabajo colaborativo. Dentro de estas capacitaciones se cuentan el curso de Patología oral, ACLS y Trato al usuario.

Se da continuidad a las capacitaciones relacionadas con la Estrategia de cuidado integral centrado en las personas, integrando el enfoque de riesgo, otorgando un cuidado integral y continuo a las personas. También se da continuidad al abordaje de la violencia en mujeres y niñas, y la diversidad sexo genérica, considerando la perspectiva de derechos humanos y las determinantes sociales de la salud.

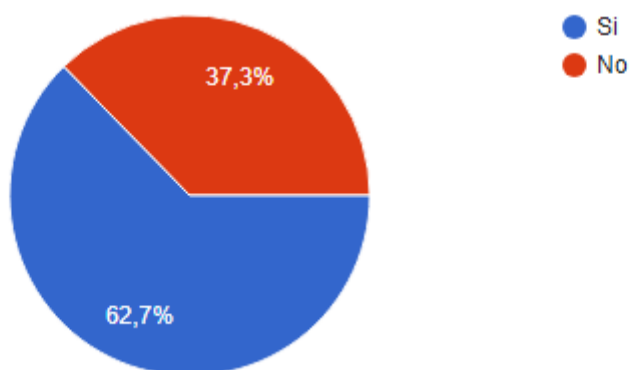
Las plataformas de acceso gratuito para los funcionarios y funcionarias representan un importante recurso para acceder a capacitaciones de interés para todos los funcionarios y funcionarias de Atención Primaria. Las ejecuciones de estas plataformas son promovidas ampliamente de forma mensual y se han consolidado como un importante recurso de formación y educación. Entre estas se cuentan el Campus Virtual del SSMO, Biblioredes, OPS, entre otras. Comunalmente se revisa la pertinencia de estas actividades de capacitación de acuerdo al quehacer que cumple cada funcionario y funcionaria de los centros de salud y se difunde ampliamente, con el objetivo de asegurar el reconocimiento en la carrera funcionaria.

El año 2024 es el segundo año que se licitan los programas de “Formación y Capacitación” y el Programa “FENAPS”, dirigido específicamente a la categoría A, compuesta por médicos, odontólogos y químicos farmacéuticos. Esta modalidad continúa siendo un desafío para asegurar la calidad de las capacitaciones y de los docentes. La socialización de los procesos comunales que se genera a partir de las reuniones y el nexos generado entre las comunas del sector oriente, permite orientar y nutrir este proceso y dar cumplimiento, de esta forma, a los requerimientos del Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

Durante el año 2024 se aplicó una encuesta a los funcionarios para detectar necesidades de capacitación, y construir en base a esta información y a los lineamientos estratégicos establecidos por el Minsal, el plan del año 2025 y de los siguientes periodos con los objetivos de capacitación. Los resultados de esta encuesta serán revisados con la Comisión de Capacitación Comunal.

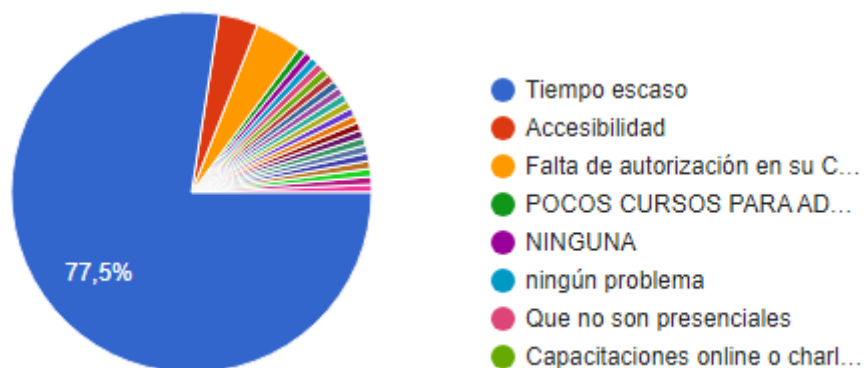
En el ítem que consulta respecto al reglamento de capacitación comunal, un 62,7% de los encuestados declara conocerlo. Este documento recientemente modificado y actualizado, ha sido difundido ampliamente, se continuará con su difusión por diferentes medios.

Gráfico 21



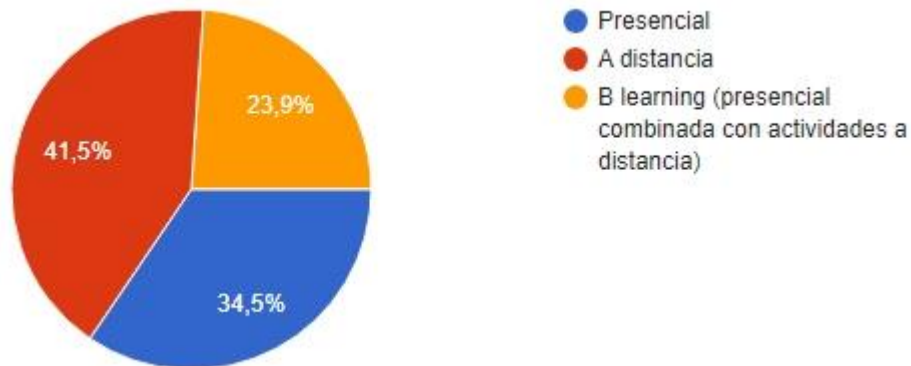
Respecto a la pregunta que consultaba por las barreras para realizar actividades de capacitación, un 77,5% de los funcionarios señaló la falta de tiempo. El segundo motivo con mayor porcentaje alcanza un 3,5%, y se refiere a accesibilidad, en este sentido se debe considerar los recursos tecnológicos y el manejo sobre ellos de la totalidad de los funcionarios.

Gráfico 22



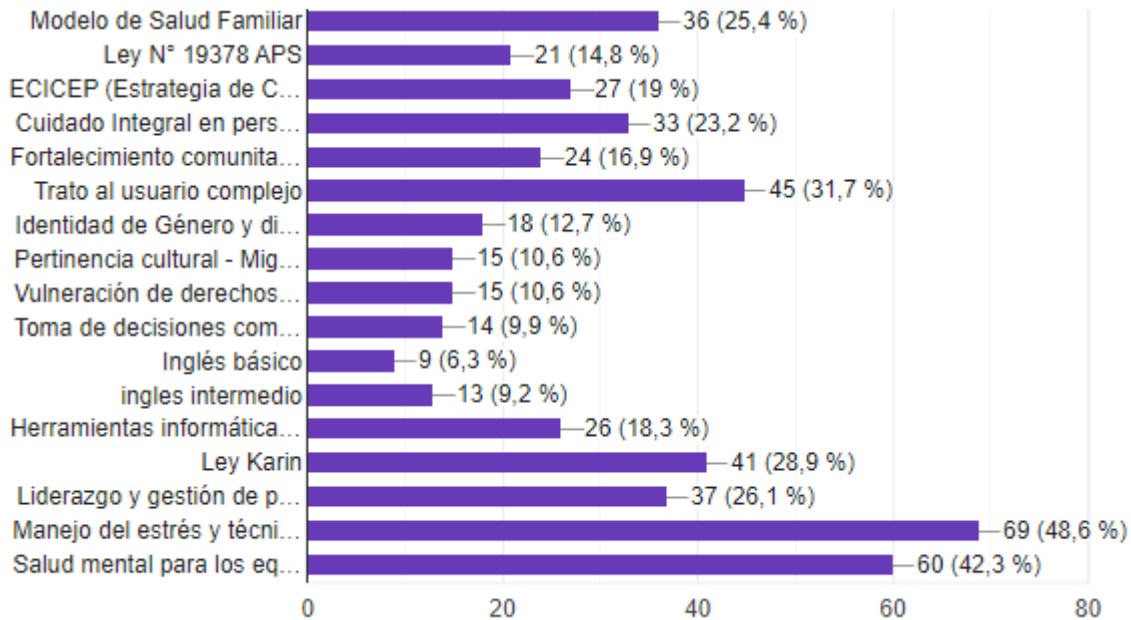
La información que arrojó esta encuesta respecto a la modalidad para realizar actividades de capacitación señala que un 41,5% de los funcionarios prefiere la modalidad a distancia, un 34,5% presencial y un 23,9% B learning.

Gráfico 23



Respecto a los ámbitos en que los funcionarios y funcionarias requieren ser capacitados, las temáticas que alcanzan más altos porcentajes son las referidas al eje correspondiente a medio ambiente y entornos saludables. Se considera importantemente la salud ocupacional. La capacitación referida a manejo del estrés y autocuidado alcanza un 48,6% de las preferencias, mientras que el tema de “salud mental para los equipos” alcanza un 48,6%. Otras capacitaciones que obtienen un porcentaje importante son trato al usuario, ley Karin, liderazgo y gestión de personas. Otros cursos señalados se refieren a Salud Mental y otros ámbitos específicos para cada estamento.

Gráfico 24



Se dará continuidad a las capacitaciones referidas a calidad y acreditación, herramientas informáticas, trato al usuario, ley Karin, salud familiar y comunitaria, diversidad e inclusión, entre otras.

A continuación se detalla el plan de capacitación comunal del año 2025, señalando al finalizar la descripción de las actividades, que se reconocerán dentro del PAC 2025 todas aquellas capacitaciones realizadas por funcionarios, atinentes a su cargo, impartidas por entidades debidamente reconocidas por el ministerio correspondiente y aquellas del programa de RRHH MINSAL, que cumplan con los requisitos de la Ley N° 19.378. Lo anterior, permite responder a la contingencia y a la fluidez de nuestro actual contexto, y a las necesidades de los diferentes estamentos que componen la dotación de funcionarios de la Atención Primaria de Las Condes.

Tabla 54

PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2025 PERSONAL ESTATUTO ATENCIÓN PRIMARIA (LEY 19.378) SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE COMUNA LAS CONDES																	
LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCIÓN
			A (Médicos, Odontólogos, QF, etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios)	TOTAL		ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO			
EJE ESTRATEGICO 1: Medio Ambiente y entornos Saludables	Salud familiar y comunitaria	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades.	5	5	5	0	5	1	21	27			X	3000000	SSMO	Encargada Capacitación	1° o 2° semestre de 2025
	Calidad de la Atención y trato digno al usuario		3	5	5	0	5	2	20	27			X	3000000	SSMO	Encargada Capacitación	1° o 2° semestre de 2025
	ECICEP		8	14	8	0	0	0	30	30			X	2760000	SSMO	Encargada Capacitación	1° o 2° semestre de 2025
	Ambientes Laborales y calidad de vida		5	5	5	0	5	2	22	27			X	3000000	SSMO	Encargada Capacitación	1° o 2° semestre de 2025
		Disminuir la exposición de la población trabajadora a condiciones desfavorables que generen															

daños a la salud.																
EJE ESTRATEGICO 2: Estilos de Vida	Curso Salud Mental	Contribuir a mejorar la salud mental de las personas con enfoque promocional y preventivo	12	3	3	0	2	0	20	30		X	4000000	SSMO	Encargada Capacitación	1° o 2° semestre de 2025
EJE ESTRATEGICO 3: Enfermedades Transmisibles	Curso IAAS	Controlar y contribuir a la eliminación de enfermedades transmisibles	5	5	5	0	0	0	15	27		X	1500000	SSMO	Encargada Capacitación	1° o 2° semestre de 2025
EJE ESTRATEGICO 4: Enfermedades Crónicas no transmisibles	Curso Enfoque de Género	Disminuir la prevalencia de violencias que afectan a	5	7	7	0	6	2	27	20		X	2700000	SSMO	Encargada Capacitación	1° o 2° semestre de 2025
	Curso Ley Karin		7	10	10	0	10	3	40	20		X	2700000	SSMO	Encargada Capacitación	1° o 2° semestre de 2025

es y Violencia	Curso Actualización en Cariología y tratamiento de caries en APS	las personas, familias y comunida des, según su contexto, género, curso de vida entre otros.	12	0	0	0	0	0	12	30		X	2800000	SSMO	Encargada Capacitaci ón	1° o 2° semest re de 2025
EJE ESTRATEGI CO 6: Emergenci as y desastres	Curso Manejo de Extintores	Moderar los efectos de las emergenci as y desastres	5	5	5	1	5	3	24	2		X	360000	ACHS	Encargada Capacitaci ón	1° o 2° semest re de 2025
	Curso RCP Básico	en la salud y bienestar de la población	10	6	15	1	5	3	40	2		X	200000	ACHS	Encargada Capacitaci ón	1° o 2° semest re de 2025
EJE ESTRATEGI CO 7: Gestion, Calidad e Innovacion	Curso Calidad y Acreditación para establecimientos de APS	Fortalecer la entrega de servicios de salud con calidad y seguridad a la población a lo largo de su curso de vida.	8	8	8	0	6	0	30	20		X	1620000	SSMO	Encargada Capacitaci ón	1° o 2° semest re de 2025
	Curso Excel Básico - Intermedio - Avanzado	Favorecer la capacitaci ón de	5	5	5	0	5	0	20	27		X	2700000	SSMO	Encargada Capacitaci ón	1° o 2° semest re de 2025

Curso Manejo del estrés	RRHH en los ámbitos de habilidades profesionales y administrativas.	3	5	5	0	5	2	20	20		X	2700000	SSMO	Encargada Capacitación	1° o 2° semestre de 2025
Se reconocerán dentro del PAC 2025 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		88	78	81	2	54	17	320				30.040.000			0

7.8 Explicación / Apreciación / Diagnóstico

Durante el año 2024, se ha continuado resolviendo la demanda de atención que quedó postergada durante la pandemia, volviendo a los niveles de atención prepandémicos, lo que ha permitido mejorar los cumplimientos de metas sanitarias/IAAPS, aumentando las coberturas en los diferentes programas con énfasis en actividades de rescate y aumento de la oferta gracias a programas de reforzamiento específicos.

En relación con las metas sanitarias/IAAPS, si bien es cierto se ha logrado avanzar en los cumplimientos, influyen factores propios del perfil usuario de la comuna, considerando que existe una proporción que acude al sistema privado, que no adhiere a los flujogramas y normativas vigentes, lo que dificulta el logro de algunas metas especialmente los exámenes de medicina preventiva y cobertura de métodos anticonceptivos en adolescentes

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

En el año 2025, la prioridad estará enfocada en el cumplimiento de metas sanitarias/IAAPS, convenios de atención y de resolutiveidad, dando continuidad a los programas implementados en atención domiciliaria y odontología, así como el énfasis en la promoción y participación social en el contexto de gestión de calidad.

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

Programa infantil/adolescente:

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

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

Programa Adulto y Adulto Mayor

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

Programa Dependencia Severa (PDS)

Este programa tiene por objetivo principal mantener atención integral en domicilio a pacientes dependientes severos y en apoyo domiciliario por un equipo transversal complementario a los equipos de sector. Éste está constituido por Médico, Enfermera, Kinesiólogo y TENS.

Programa Odontológico

Se priorizará:

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

Programa de la Mujer

1. Priorizar toma de PAP en grupos objetivos
2. Mantener la continuidad con la atención prenatal, regulación de la fecundidad, toma de PAP, examen físico de mamas, control ginecológico, control de climaterio y morbilidades gineco-obstétricas. Esto último manteniendo la estrategia de poli de choque matrona.

3. Rescate de pacientes con:

- Exámenes críticos (PAP y Mamografías alteradas para su respectiva derivación, exámenes alterados de gestantes para evaluación, tratamiento y derivación según corresponda).
- Usuaris con VDRL y VIH alterados.

Programa de Salud Mental

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

Atención población de riesgo psicosocial

Considerando que post pandemia, se ha observado un aumento en las consultas asociadas a vulneración de derechos, así como detección por parte de los equipos, los CESFAM deberán priorizar la atención en estos pacientes, abordando las situaciones de estrés parental, violencia intrafamiliar, vulneración de derechos, violencia sexual, hacinamiento o dificultades socioeconómicas y hacer las denuncias pertinentes

Otras Estrategias

Se dará continuidad a las prestaciones incorporadas en convenios ministeriales:

Las atenciones en VIDA SANA, Más adultos Mayores, Dupla psicosocial en SAPU, atención integral beneficiarios Servicio mejor niñez, DIR y PAPs se realizarán preferentemente de manera presencial, coordinando derivaciones intra y extramuro.

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

En Las Condes, el CESFAM Dr. Aníbal Ariztía ha comenzado y se pretende continuar con esta estrategia en el tiempo a fin de mejorar todos los procesos relacionados a la atención, principalmente a profesionales médicos, enfermeras y matronas. La incorporación de otros profesionales será evaluada en el mes de abril 2025.

7.9 Programas de Apoyo a la Atención Primaria

- Centro de Rehabilitación (RAM)

Este 2024 se ha notado un gran incremento en la cantidad de pacientes que solicitan atención kinésica, la que había estado estancada en los años anteriores. En ese contexto, el RAM dejó como definitivas las modificaciones de espacio realizadas el 2022, logrando optimizar sus instalaciones y tener el espacio para nuevos equipos y máquinas de rehabilitación.

Su horario es de lunes a viernes, de 07:00 horas hasta las 20:00 horas. Esta estrategia ha sido muy bien recibida, especialmente el horario matutino, que es muy valorado por los trabajadores, permitiéndoles completar su terapia sin afectar su jornada laboral.

Para 2025, se potenciarán las clases de hidroterapia, las cuales comenzaron nuevamente a mediados del 2024. Esto permitirá recuperar un enfoque intermedio entre el ejercicio kinésico tradicional en el gimnasio y las dinámicas clases de hidrogimnasia, que buscan mejorar la condición física de los pacientes.

La oferta es de aproximadamente 950 horas terapéuticas semanales, lo que se traduce en más de 3.900 atenciones mensuales, beneficiando a alrededor de 320 pacientes cada mes. En la piscina temperada la oferta es de 270 horas semanales en clases de 45 minutos por sesión. Si la demanda por atención kinésica aumenta, el RAM está preparado para gestionar más horas y así garantizar una atención oportuna.

En cuanto al equipo humano, el RAM cuenta con profesionales altamente capacitados para atender diversas patologías en el área traumatológica, tanto en kinesiología motora como en piscina temperada. También tiene kinesiólogos especializados en geriatría, deporte y en terapia neurológica.

El RAM se especializa en el tratamiento de patologías músculo-esqueléticas en adultos mayores, aunque también atiende a pacientes desde los 10 años. Prioriza a adultos mayores de 75 años, quienes reciben atención inmediata sin necesidad de esperar en lista. Un porcentaje de las horas se destina a la rehabilitación de patologías neurológicas, en particular Accidentes Cerebrovasculares.

Tabla: Patologías Musculo esqueléticas vs. Patologías Neurológicas

- Musculoesqueléticas: 94%
- Neurológicas: 6%

Los porcentajes de lesiones siguen siendo consistentes, con las lesiones de hombro liderando, representando el 46% del total de pacientes, seguidas de las lesiones de columna lumbar (25%) y de rodilla (18%). Estas tres patologías abarcan casi tres cuartas partes de todos los pacientes atendidos, mientras que el resto se distribuye entre patologías cervicales, dorsales, extremidad superior, cadera y tobillo.

Tabla 52: Distribución de Lesiones

- Hombro: 46%
- Lumbar: 25%
- Rodilla: 18%
- Otras: 11%

Se mantiene el correo electrónico RAM@corplascondes.cl para la recepción de órdenes de terapia kinésica, que ha sido efectivo para reducir el flujo de pacientes que acudían únicamente a dejar su orden. También se ha habilitado un número de celular para mejorar la atención y comunicación con los usuarios.

- Centro de Especialidades Odontológicas

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

Hoy en día, ya con 14 años de funcionamiento, el CEO además funciona como prestador externo de especialidades odontológicas a los CESFAM comunales, para brindar atenciones de nivel secundario a los pacientes de los programas de Salud Oral Integral Ges 60 años, Salud Oral Integral de la Embarazada (ex PPV), y otros Programas de atención odontológicas ministeriales tales como el Programa Odontológico Integral, y Programa Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica (Resolutividad), a quienes se les da prioridad de atención, debido a múltiples factores tales como, por ejemplo, el aumento progresivo en la población afiliada a FONASA,

beneficiarios del sistema de salud GES y Programas Ministeriales, donde se comprometen metas de pacientes a atender anualmente.

Es así entonces que, el CEO funciona de manera integrada y colaborativa con la atención primaria de salud odontológica (APS), cuyas atenciones están en red a través de la ficha clínica electrónica integrada, sistema Rayen clínico y administrativo.

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

Misión

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

Visión

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

Valores:

- ✓ El CEO se caracteriza por respetar los principios éticos de No Maleficencia, Beneficencia, Autonomía de las personas, y Justicia, con la cual busca brindar los servicios clínicos de calidad.
- ✓ El CEO trabaja con estándares de calidad mínimos establecidos en la autoridad sanitaria nacional, y con protocolos clínicos y procedimentales seguros y validados. Cuenta con 2 procesos de Acreditación y Re-Acreditación en salud aprobados.
- ✓ El CEO trabaja con transparencia, honestidad, y prácticas de trabajo seguro, respetuoso con los demás y con el medio ambiente.
- ✓ El CEO mantiene un ambiente de trabajo acogedor, armónico y respetuoso con el personal y todos sus colaboradores, buscando permanentemente el Mejoramiento de Calidad de Vida Funcionaria.

- ✓ El CEO cuenta con buenos resultados en Satisfacción Usuaría según resultados de encuestas realizadas en los últimos años por empresas externas, lo cual desafía a mantener y mejorar la Calidad de la Atención y Trato al Usuario.

Infraestructura: El Centro de Especialidades Odontológicas cuenta con:

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

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

- **Rehabilitación Oral:** 5 Especialistas, con un total de 82 horas semanales
- **Endodoncia:** 3 Especialistas, con un total de 57 horas semanales
- **Periodoncia:** 4 Especialistas, con un total de 38 horas semanales
- **TONS:** 6 Técnicos de Nivel Superior en odontología
- **Administrativo:** 1 Administrador de CEO

Para el año 2025, se mantendrá la disponibilidad de horas clínicas/sillón en CEO asignadas a las especialidades como se detalla a continuación, en virtud de la necesidad y demanda de tratamientos de cada especialidad, considerando que 4 box de atención clínica disponibles al día, permiten 176 horas semanales:

Tabla 55

	Rehabilitación Oral	Endodoncia	Periodoncia
Horas semanales disponibles	82	57	38
% de horas totales	47 %	32 %	21 %

Cartera de Servicios: Las prestaciones ofrecidas según especialidad son:

Rehabilitación Oral:

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

Periodoncia:

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

Endodoncia:

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

En el caso de las prestaciones de rehabilitación oral que requieren fase de laboratorio dental, CEO cuenta con Laboratorios Dentales en convenio con la Corporación de Educación y Salud de Las Condes. Actualmente existe convenio vigente con dos Laboratorios Dentales externos.

Pacientes y Flujos de Atención para año 2025:

Se detalla a continuación los tipos de pacientes y Programas Ministeriales que fueron priorizados durante el año 2024, el cual se continúa para el Plan de Salud año 2025.

Tabla 56

Tipo de Programa		Prestaciones de especialidad requeridas a usuarios beneficiarios de FONASA
Programa GES Odontológico	Programa del Ministerio de Salud a través de convenio entre el SSMO y la Municipalidad de Las Condes Componente 4: Salud Oral Integral para adultos de 60 años	Endodoncia unirradicular
		endodoncia bi o multirradicular
		prótesis de restitución (fase clínica y fase de laboratorio)
		Prótesis metálica (fase clínica y fase de laboratorio)
		Destartraje y pulido coronario
Programa Salud Oral Integral de la Embarazada (ex PPV)	Programa del Ministerio de Salud a través de convenio entre el SSMO y la Municipalidad de Las Condes.	destartraje y pulido radicular
		Endodoncia unirradicular
		endodoncia bi o multirradicular
		pulido radicular
Programa Odontológico Integral	Programa del Ministerio de Salud a través de convenio entre el SSMO y la Municipalidad de Las Condes Componente 1: Atención odontológica integral en hombres Componente 2: Más Sonrisas para Chile	prótesis metálica
		Prótesis de restitución (fase clínica)
Programa Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica (Resolutividad)	Plan del MINSAL para facilitar el acceso de los grupos más vulnerables a la atención odontológica en la APS, convenio entre el SSMO y la Municipalidad de Las Condes. Componente 1: Resolución de especialidades odontológicas en la APS	Atención en rehabilitación protésica, endodoncia y periodoncia, en hombres de 20 años y más
		Atención en rehabilitación protésica, endodoncia y periodoncia, en mujeres de 20 años y más
		Endodoncias en piezas anteriores, premolares y molares, en población de 15 años o más
		Prótesis removibles en población de 20 años o más
		Tratamiento periodontal en población de 15 años o más

Derivaciones a Especialidades por Programas y CESFAM, año 2025:

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

Tabla 57

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

Plan Operativo año 2025:

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

Tabla 58

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

Metas año 2025:

Durante el año 2024, en base a las Resoluciones Exentas que fijan las directrices de cada programa ministerial, y en acuerdo con las jefas de cada unidad dental y Directoras de CESFAM, se acordó la cantidad y tipo de derivaciones a CEO que se detallan a continuación. Para el año 2025 se mantendrá el compromiso de esta cantidad y tipo de pacientes.

Tabla 59

	Rehabilitación Oral	Endodoncia	Periodoncia
CESFAM Apoquindo			
Ges 60 años	Todos los derivados	Todos los derivados	Todos los derivados
Embarazadas (ex PPV)	Todas las derivadas	Todas las derivadas	Todas las derivadas
Programa Odontológico Integral: Mujeres Más Sonrisas	14 mujeres (prótesis)	Todas las derivadas	
Programa Odontológico Integral: Hombre Integral	6 hombres (prótesis)	Todos los derivados	
Programa Mejoramiento del Acceso a la atención odontológica (Resolutividad)		16 pacientes	26 pacientes
CESFAM Dr. Aníbal Ariztía			
Ges 60 años	Todos los derivados	Todos los derivados	Todos los derivados

Embarazadas (ex PPV)	Todas las derivadas	Todas las derivadas	
Programa Odontológico Integral: Mujeres Más Sonrisas		Todas las derivadas	
Programa Odontológico Integral: Hombre Integral		Todas las derivadas	
Programa Mejoramiento del Acceso a la atención odontológica (Resolutividad)		25 pacientes	

Rescate de pacientes priorizados, inasistentes a atención dental:

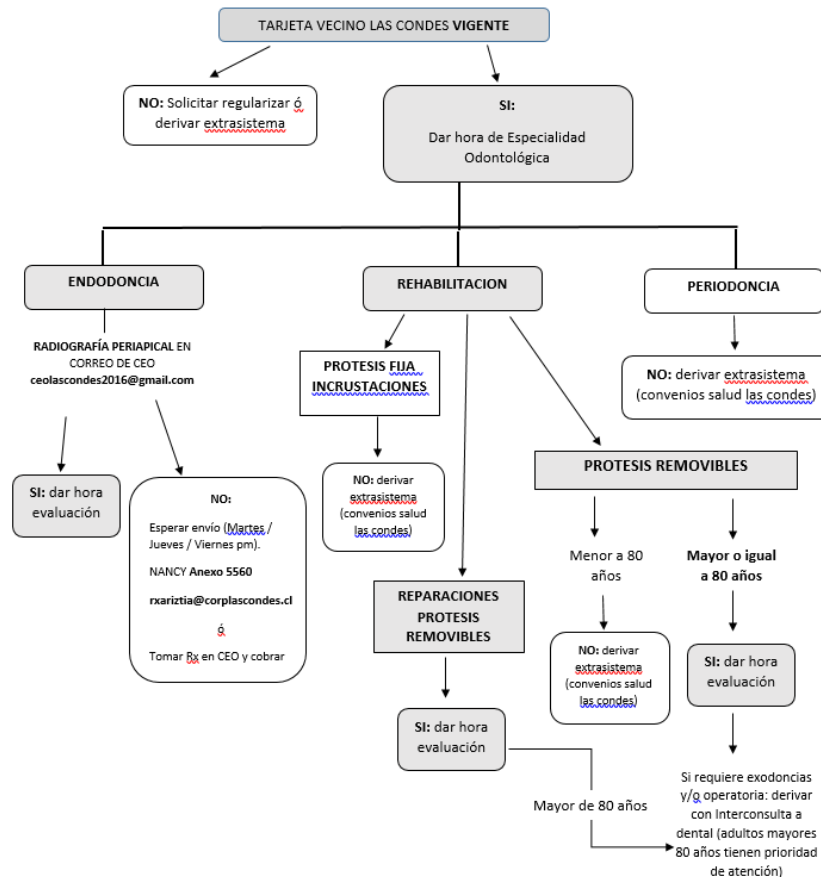
Para cumplir con el cumplimiento de las garantías de salud, y con la cantidad de pacientes comprometidos ante el SSMO, se confirma telefónicamente el día hábil anterior a la citación a todos los pacientes, y se realiza el rescate telefónico a los pacientes inasistentes (no aplica para pacientes Particulares):

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

Atención de Pacientes Particulares:

Los pacientes en tratamiento en los CESFAM que no son beneficiarios de Programas Ges o de Programas Ministeriales, y que han sido derivados desde la APS a su centro de referencia del SSMO, Hospital Salvador, a través de listas de espera, que deseen atenderse de manera más rápida en las 3 especialidades que brinda CEO, o los pacientes vecinos de Las Condes con Tarjeta de Vecino vigente y que soliciten atención odontológica de especialidad, pueden atenderse con aranceles particulares preferentes, los cuales se encuentran detallados en Arancel de CEO año 2024, con Resolución N°160 del 21 de marzo de 2024. La cantidad y porcentaje de pacientes particulares atendidos en CEO será variable, dependiendo de la urgencia requerida, la demanda espontánea, y de la disponibilidad de horas clínicas por especialidad. Se detalla el Flujograma de atención de pacientes particulares.

FLUJOGRAMA ATENCIÓN PACIENTES PARTICULARES



Actividades de Promoción y Prevención en Salud Bucal:

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

En este marco, se planifican las siguientes actividades para el año 2025:

Marzo: Día Mundial de la Salud Bucodental

Mayo: Semana de la Salud de la Encía

Mayo: Día Mundial sin tabaco

Julio: Día del Autocuidado

Agosto: Semana de la Lactancia Materna

Agosto: Mes del Corazón

Septiembre: Día de la Odontología

Diciembre: Día Latinoamericano de la Lucha contra el Cáncer Bucal

En este contexto ha surgido la idea de crear un “Repositorio de Material Educativo” a través de la publicación de un código QR, donde los pacientes pueden acceder a material educativo, videos promocionales de salud, y calendario de actividades de promoción y prevención de salud oral. La generación de este material educativo y su implementación/difusión están a cargo de Director(a) de CEO en colaboración con funcionaria de Promoción y Prevención en Salud Oral de CEO.

Se realizarán esfuerzos adicionales para poder generar contenido educativo a pacientes que pueda ser transmitido a través del circuito cerrado de televisión de la Corporación de Educación y Salud de Las Condes.

- **Centro de Imágenes**

El Centro de Imágenes las Condes (CILC) ha servido a la comunidad de las Condes durante 19 años, ofreciendo acceso de tecnología de vanguardia en el área de Imágenes, con un equipo de profesionales altamente calificados en el área de radiología. Su compromiso es proporcionar un servicio de apoyo diagnóstico a los problemas de salud tanto de la población flotante como de los residentes de la comuna.

Su principal objetivo es implementar y ejecutar un programa de Screening Mamario e, igualmente, realizar ecotomografía y radiografías digitales para el diagnóstico precoz de patologías de alta incidencia. De esta manera, contribuye a mejorar la resolutivez de los establecimientos de atención primaria (CESFAM) de la comuna.

Desde su fundación en el año 2004, el Centro de Imágenes Las Condes ha operado bajo 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 Institucional), con una tecnología de vanguardia y acorde a los nuevos tiempos.

Dado lo anterior, otorga prestaciones gratuitas a los beneficiarios inscritos en los establecimientos comunales (CESFAM) de Las Condes para:

- Mamografías: Mujeres beneficiarias de FONASA
- Radiografías de Tórax: Indicada en caso de sospecha diagnóstica de neumonía adquirida en la comunidad, disponible para todos los adultos mayores de 65 años y a los niños menores de cinco años, cualquiera sea su grupo previsional de Fonasa.
- Radiografía de Pelvis: Dirigida a menores de tres meses.
- Ecotomografía Abdominal: Por sospecha de colelitiasis.
- Ecotomografía Mamaria: Para casos de probable patología maligna.

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.

• **Producción:**

La productividad durante el año 2024, hasta el 31 de julio con los meses de septiembre, octubre, noviembre y diciembre proyectados según promedio de exámenes, se muestran en la siguiente tabla:

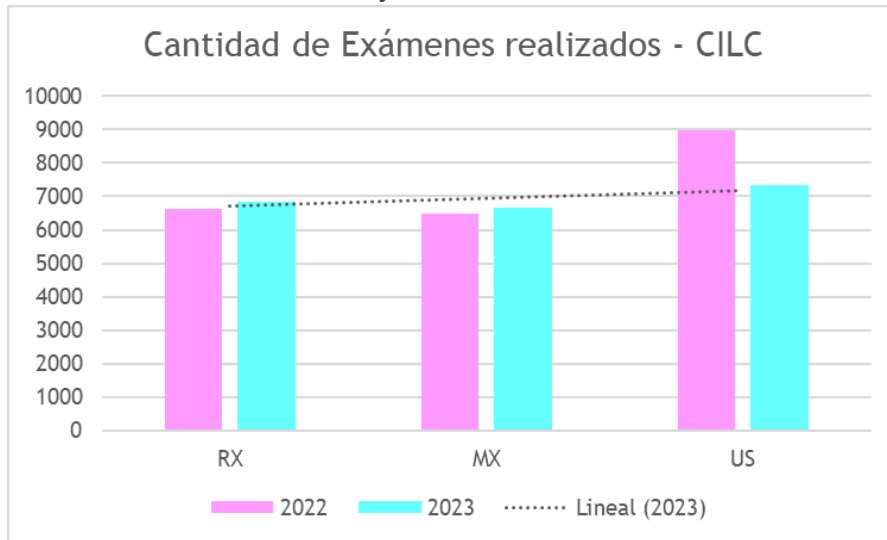
Tabla 60

TIPO DE EXAMEN	CANTIDAD DE EXÁMENES REALIZADOS	% MODALIDAD AL 31/08/2023
RX	6.852	33%
MX	6.647	32%
US	7.341	35%
TOTAL	20.839	100%

Además, de apoyar a las áreas de urgencia y con controles preventivos mamográficos, el compromiso del equipo sigue intacto, manteniendo la totalidad de las prestaciones y contratando radiólogos para poder cumplir con la demanda de la ciudadanía.

Gracias al apoyo de los Centros que derivan exámenes, El Centro de Imágenes ha cumplido con la meta del convenio APS, en realizar Mamografías, Ecografías Mamarías, Radiografías de Tórax, y Ecotomografías Abdominales, gratuitas a la comunidad, en el mes de julio.

Gráfico 28



En el siguiente gráfico, se puede ver las prestaciones del Centro de Imágenes de Las Condes 2024, proyectadas hasta el 31 de diciembre del presente año, promediando la toma de los exámenes de los cuatro últimos meses del año en curso.

Gráfico 29



Datos de procedencia:

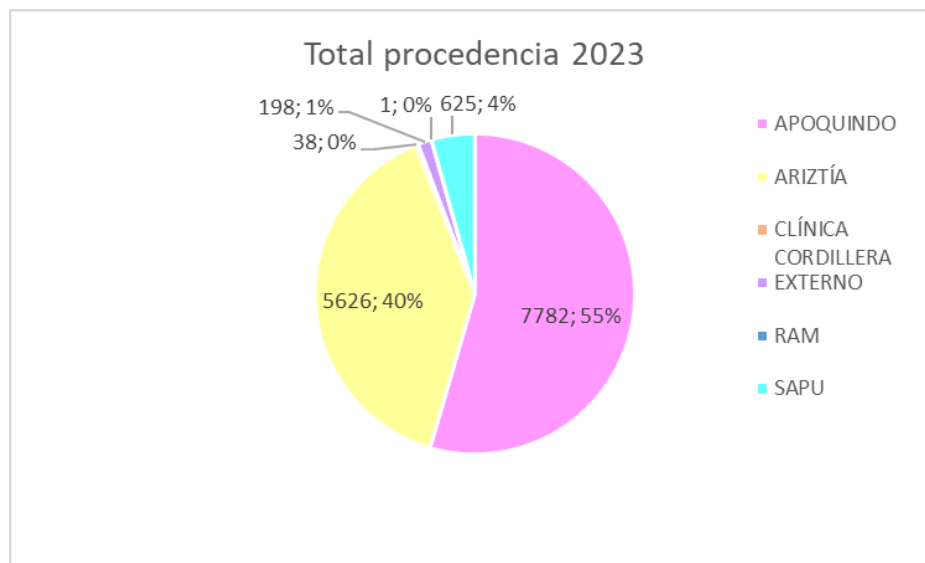
En la actualidad, desde los centros comunales, generan una interconsulta que proviene un 54 % del CESFAM Apoquindo y un 42% del CESFAM Dr. Aníbal Ariztía, distribuyendo el resto del porcentaje entre 2,10% del SAPU; 0% del RAM; 0.2% de la Clínica Cordillera; y un 1,70 % de Centros externos, al 31 de julio del 2024.

Tabla 61

Procedencia	% Procedencia
CESFAM Apoquindo	54%
CESFAM Dr. Aníbal Ariztía	42%
Clínica Cordillera	0,2%
Externo	1,7%
RAM	0%
SAPU	2,1%
Total general	100%

Los pacientes externos o particulares atendidos, históricamente en el Centro de Imágenes Las Condes no exceden el 1% de las atenciones, llegando a ese número en el año 2024 y apoyando, de la mejor manera posible, algunos exámenes de urgencia derivados del SAPU.

Gráfico 25



- **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 los compromisos sanitarios comunes a la atención primaria. Dado lo anterior, hace un

aporte en una atención integral de salud de la población, principalmente en contribuir como apoyo diagnóstico a toda patología clínicamente sospechosa o GES y su confirmación mediante imágenes.

Lo anterior, viene a determinar la misión del centro en ayudar a los pacientes y a la red asistencial del sector oriente en la resolución de patología mediante el apoyo de imágenes diagnósticas.

- **Prioridades Sanitarias**

En este escenario, fundamentalmente el Centro de Imágenes Las Condes, tiene como objetivo intervenir en la prevención del cáncer de mama bajo el Programa comunal de Screening Mamográfico implementado desde el año 2004.

Este programa da la opción que toda mujer, mayor de 35 años de los centros de salud de la comuna, acceda a un control mamográfico periódico de acuerdo al siguiente esquema:

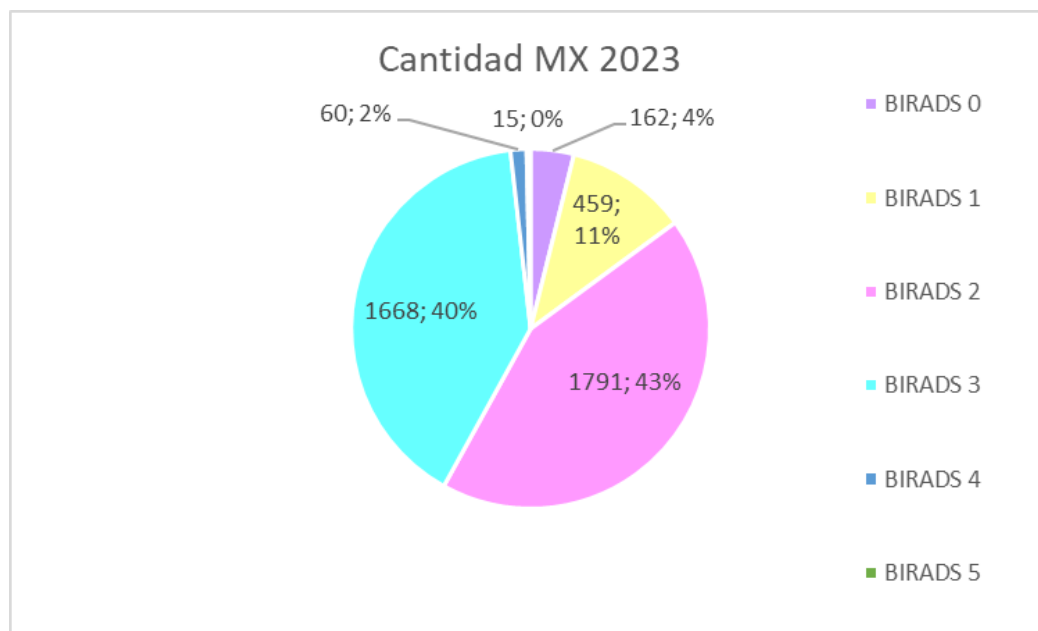
- Mamografía basal a los 35 años
- Un control mamográfico cada 2-3 años entre los 40 y 50 años
- Una mamografía anual después de los 50 años.

Esta implementación ha demostrado que la prevención del cáncer mamario es vital, siendo una de las enfermedades más mortales en Chile; impactando de forma positiva la prevención y la detección precoz.

Con lo anterior, se ha logrado impactar en la mortalidad, mediante la detección precoz del cáncer mamario.

De acuerdo con los registros diagnósticos del Centro de Imágenes, en el período comprendido entre agosto del 2023 al 31 de julio de este año, combinando mamografías con proyecciones adicionales complementarias, logramos detectar 151 probables casos de cánceres mamarios. Estos casos presentan pronósticos alentadores, debido a que fueron identificados en una fase temprana, lo que ha permitido una rápida intervención siendo derivados al Hospital Luis Tisné para un tratamiento adecuado y oportuno.

Cantidad de exámenes mamográficos que se han realizado en el CILC al 31 de julio 2024:
Gráfico 26



- **Servicio de Oftalmología**

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

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

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

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

en la misma unidad. El paciente tiene a su disposición para elegir aproximadamente 100 pares de lentes.

El año 2024, las atenciones oftalmológicas han tenido un curso normal, permitiéndonos alcanzar coberturas de atención de años anteriores. Una óptica con experiencia y responsabilidad permite mejorar los tiempos de entrega y la calidad del lente.

La meta ministerial con la asignación de montos del año 2024 para el programa GES Vicios de Refracción del Adulto Mayor de 65 años, es de **1.850** atenciones con sus dos pares de lentes; y recién fue entregada en agosto de este año. Este programa al ser GES trae asociado garantías de oportunidad que deben ser cumplidas rigurosamente dentro de plazos establecidos, conlleva digitaciones dentro de una plataforma paralela y debe estar disponible todo el año tenga o no los recursos traspasados a la comuna.

El programa Resolutividad Vicios de Refracción del Adulto Joven menor de 65 años indica como meta **1.200** atenciones con un lente.

Al 30 de agosto 2024 se han registrado las siguientes atenciones:

- Programa GES vicios de refracción Adultos Mayores de 65 años: **1.474** pacientes atendidos con sus dos pares de lentes. Faltan por atender **376** pacientes.
- Programa de Resolutividad Adulto Joven: **998** pacientes atendidos con sus lentes. Faltan por atender 202 pacientes.
- La meta ministerial asignada se puede cumplir solo si los pacientes asisten a sus horas asignadas. Las inasistencias reiteradas se presentan en los adultos jóvenes. Se solicita a los centros de salud estrategias para mantener teléfonos y domicilios al día con el objetivo de asegurar la asignación de horas.
- Se espera renovación de mobiliario ya que el actual ya cumplió su vida útil.

8. Programas Comunes

8.1 Calidad de Vida Laboral

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

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.

Año 2025:

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

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

Por lo tanto, para el 2025 la UCVL estará presente en el trabajo la construcción de ambientes laborales promotores de la salud, teniendo presencia además en los análisis y diseños de intervenciones a partir de la encuesta de detección de riesgos psicosociales CEAL SM. Se cumplirá un rol más asociado a la gestión y coordinación de acciones junto con la ejecución de las actividades que se vienen realizando año a año.

Continuaremos reforzando la implementación de estrategias comunicacionales masivas de autocuidado, en formato mixto, online y presencial, a través de campañas comunicacionales y sesiones grupales con los funcionarios.

Además, se continuará con la realización de intervenciones focalizadas grupales e individuales, en función de situaciones críticas derivadas de contextos de malos tratos y sobredemanda asistencial que afectan el clima laboral.

Objetivos

- Realizar talleres grupales online y presenciales para los funcionarios de los CESFAM Apoquindo y Aníbal Ariztía en la temática calidad de vida laboral y buen trato.
- Realizar campañas comunicacionales masivas online respecto de lo crítico que se ha vuelto la gestión del autocuidado y las emociones negativas.
- Crear y entregar material de apoyo a las acciones de calidad de vida laboral y buen trato.
- Reforzar el proceso de instalación local del trabajo continuo de autocuidado y buen trato en cada CESFAM.
- Asesorar al nivel directivo en estrategias ligadas al liderazgo y clima laboral.
- Integrar comités locales en ambos CESFAM para la ejecución de acciones de autocuidado coordinadas.

Actividades

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

8.2 Programa Integrado de Salud Escolar

El Programa Integrado de Salud Escolar se circunscribe actualmente al convenio de colaboración que sostiene la Junaeb con la Municipalidad de Las Condes, en virtud del cual se brinda atención a los estudiantes, en las especialidades de otorrino, oftalmología y traumatología, en los cursos focalizados de acuerdo a criterios técnicos de la Junaeb y considerando la vulnerabilidad de los territorios y establecimientos educacionales. El propósito del programa es contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños de los siete colegios municipales y cinco establecimientos particulares

subvencionados de Las Condes, resolviendo problemas de Salud vinculados al desempeño e integración del escolar durante toda la trayectoria educativa, a través de acciones de educación, detección, atención y tratamiento médico especializado.

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

Durante el año 2024, si bien han ido aumentando las coberturas del Programa post pandemia, no se han podido alcanzar las cifras previas, ya que la Junaeb debió priorizar nuevamente sus recursos privilegiando la atención médica de alumnos rezagados, tanto así que este año no se realizó pesquisa de oftalmología, solo se retomaron las de otorrino y traumatología, y los respectivos tamizajes por parte de los profesionales prestadores de Junaeb. En la especialidad de oftalmología, se dio prioridad a la atención médica de estudiantes pesquisados y con tamizaje positivo de años anteriores, y a diferencia del año pasado, con un servicio de la optica licitada por Junaeb, muy bueno, en cuanto al cumplimiento de los plazos de entrega, variedad de los marcos y servicio de post venta.

La dificultad del programa se presentó para la pesquisa de otorrino, que se hizo a través de una encuesta en formato digital (formulario google) dirigida a los padres y apoderados de niños y niñas de pre-kinder y kinder, dado que presentaron enormes dificultades relacionadas más bien con la tecnología y formato en que se les envió la encuesta.

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

Para el próximo año 2025, se espera mejorar las coberturas y retomar las atenciones con una mayor asignación de cupos para la comuna, por parte de la Junaeb, y así dar cumplimiento al requerimiento en salud, principalmente de los cursos de Pre-kinder, Kinder y 1º año de enseñanza básica, en las tres especialidades.

8.3 Botiquín Las Condes

En noviembre del año 2017 comenzó a funcionar el Botiquín Las Condes, en convenio con Farmacias Salcobrand para entregar medicamentos de primera necesidad a vecinos de Las Condes, con Tarjeta Vecino vigente y receta médica.

Al mes de septiembre del año 2024 se han beneficiado 182.072 vecinos de la comuna, que han adquirido 517.126 unidades de medicamentos.

El detalle es el siguiente:

Tabla 62

	N° Medicamentos	Valor Total	Beneficio Botiquín de Las Condes	% de Descuento El Botiquín	Copago Vecino	N° Personas Beneficiadas
ago-23	46.811	\$682.178.684	\$189.330.276	28%	\$492.848.408	15.287
sep-23	44.859	\$645.493.041	\$180.582.907	28%	\$464.910.134	15.394
oct-23	48.089	\$688.282.988	\$192.982.229	28%	\$495.300.759	16.076
nov-23	46.222	\$668.552.256	\$187.229.718	28%	\$481.322.538	16.306
dic-23	46.242	\$666.564.655	\$186.157.786	28%	\$480.406.869	16.193
ene-24	43.925	\$647.821.958	\$181.941.686	28%	\$465.880.272	15.559
feb-24	35.413	\$502.395.949	\$142.185.282	28%	\$360.210.667	13.269
mar-24	41.315	\$608.636.448	\$171.269.134	28%	\$437.367.314	15.271
abr-24	43.566	\$641.952.327	\$177.743.199	28%	\$464.209.128	15.723
may-24	43.417	\$632.348.270	\$130.669.327	21%	\$501.678.943	15.156
jun-24	37.176	\$537.393.870	\$110.223.411	21%	\$427.170.459	13.977
jul-24	40.091	\$579.167.348	\$121.371.338	21%	\$457.796.010	13.861
Total 12 Meses	517.126	7.500.787.794	1.971.686.293	26%	5.529.101.501	182.072

8.4 Óptica Comunal

La óptica comunal Las Condes beneficia a todos los vecinos de la comuna con Tarjeta Vecino vigente.

Esta iniciativa pone a disposición de los residentes de la comuna lentes y anteojos de marca y calidad a precio de costo. (60% de descuento en relación al precio de mercado).

El siguiente es el resumen de ventas:

Tabla 63

Mes / Año	N° Ventas Mensuales	Venta con Descuento	Costo Promedio
ago-23	1.523	\$ 101.259.000	\$ 66.487
sep-23	1.140	\$ 71.441.200	\$ 62.668
oct-23	1.138	\$ 64.396.925	\$ 56.588
nov-23	1.067	\$ 63.312.000	\$ 59.336
dic-23	1.185	\$ 75.097.200	\$ 63.373
ene-24	1.235	\$ 74.173.371	\$ 60.059
feb-24	1.220	\$ 74.426.700	\$ 61.005
mar-24	1.376	\$ 90.810.400	\$ 65.996
abr-24	1.528	\$ 95.337.480	\$ 62.394
may-24	1.143	\$ 72.416.300	\$ 63.356
jun-24	1.104	\$ 73.268.570	\$ 66.366
jul-24	1.189	\$ 80.029.520	\$ 67.308
Total 12 Meses	14.848	\$935.968.666	\$ 63.037

8.5 Programa de Salud Mental Materna

El Centro de Salud Mental Materna de Las Condes es el único programa en la materia que es público, multicomponente e interdisciplinario en el país. Sus prestaciones están dirigidas a mujeres gestantes, en postparto hasta el año, y que estén viviendo un duelo perinatal.

En cuanto a la estrategia multicomponente, el proyecto interviene en salud mental perinatal de las usuarias a través de prestaciones de promoción, prevención, detección temprana y tratamiento. En cada uno de los componentes el programa provee distintas opciones de tratamiento a las mujeres, tales como acompañamiento grupal, detección temprana, tratamiento individual, grupos de apoyo, psicoeducación, tratamiento farmacológico y vinculación con redes sociales territoriales, para mejorar su experiencia en esta etapa del curso de vida.

Para llevar a cabo lo anterior, destaca la intervención interdisciplinaria llevada a cabo por dos psicólogas perinatales, una psiquiatra perinatal, una matrona, una kinesióloga y nutricionista, todas especializadas en temáticas del área tales como: gestación, parto, puerperio, duelo, lactancia, piso pélvico, entre otras.

Las intervenciones son ejecutadas por un equipo multidisciplinario de trabajo que realiza acompañamientos grupales y atenciones individuales. El siguiente es el resumen de la cobertura mensual de mujeres, junto con prestaciones individuales por profesional y las que se realizan grupalmente:

Tabla 64

Perinatal	Usuarías Activas	Nuevos Ingresos	Perinatal								Total Atenciones Mensuales		Acumuladas
			Psicóloga 1	Psicóloga 2	Matrona	Psiquiatra 1	Psiquiatra 2	Nutricionista	Kinesióloga	Psicóloga Detección	Individuales	Total Atenciones Mensuales Grupales	
			Enero	100	9	34	--	8	18	--	7	18	
Febrero	89	7	31	--	10	23	--	17	23	58	162	5	310
Marzo	97	17	27	--	5	21	--	12	15	35	115	77	502
Abril	97	12	28	--	6	8	--	9	21	41	113	134	749
Mayo	111	14	40	--	5	4	--	13	18	31	111	82	942
Junio	119	23	45	--	3	33	--	0	2	29	112	102	1.156
Julio	117	10	60	--	16	32	--	35	11	5	159	106	1.421
Agosto	106	12	48	9	9	26	8	14	9	27	150	87	1.658
Septiembre	108	21	29	15	8	13	19	15	15	15	129	87	1.874
Total 9 Meses		125	342	24	70	178	27	122	132	265	1.160	710	1.874
Proyección 12 Meses													
Promedio Mensual													

8.6 Atención de Salud Digital

Este programa de atención digital ha entregado, hasta septiembre del 2024, 15.608 prestaciones que se desglosan de la siguiente forma:

Tabla 65

Año - Mes	Medicina General	Psicología Adulto	Psicología Infante Juvenil	Kinesiología	Nutrición	Pediatría Programada	Fonoaudiología	Otras Especialidades	Total general
2023-08	870	426	102	131	45	29	16	6	1.625
2023-09	843	369	111	109	50	18	10	4	1.514
2023-10	947	486	123	109	49	35	29	18	1.796
2023-11	939	378	132	115	51	29	16	11	1.671
2023-12	725	337	107	45	36	25	15	9	1.299
2024-01	775	436	136	112	51	12	21	11	1.554
2024-02	668	407	95	102	29	8	12	7	1.328
2024-03	470	221	51	30	33	11	7	10	833
2024-04	635	198	37	21	20	14	4	7	936
2024-05	842	204	32	14	17	13	6	9	1.137
2024-06	671	169	34	6	13	12	3	14	922
2024-07	678	216	37	14	12	21	4	11	993
Total general	9.063	3.847	997	808	406	227	143	117	15.608

9. Presupuesto Año 2025

Tabla 66

	2.024	2.025	VARIACIÓN 2024 - 2025	
	\$	\$	\$	%
Subvención Ministerio Salud	15.959.400.000	17.009.000.000	1.049.600.000	6,6%
Subvención Municipal Operación Salud	11.342.900.000	12.228.000.000	885.100.000	7,8%
Otros Ingresos	400.000.000	451.120.000	51.120.000	12,8%
Inversión	422.000.000	438.880.000	16.880.000	4,0%
Total Ingresos	28.124.300.000	30.127.000.000	2.002.700.000	7,1%
Gasto en Personal Salud	16.998.350.000	17.893.000.000	894.650.000	5,3%
Programas	4.135.814.000	4.312.000.000	176.186.000	4,3%
Gasto en Operación Salud	6.568.136.000	7.483.120.000	914.984.000	13,9%
Inversión	422.000.000	438.880.000	16.880.000	4,0%
Total Egresos	28.124.300.000	30.127.000.000	2.002.700.000	7,1%

Gráfico 27

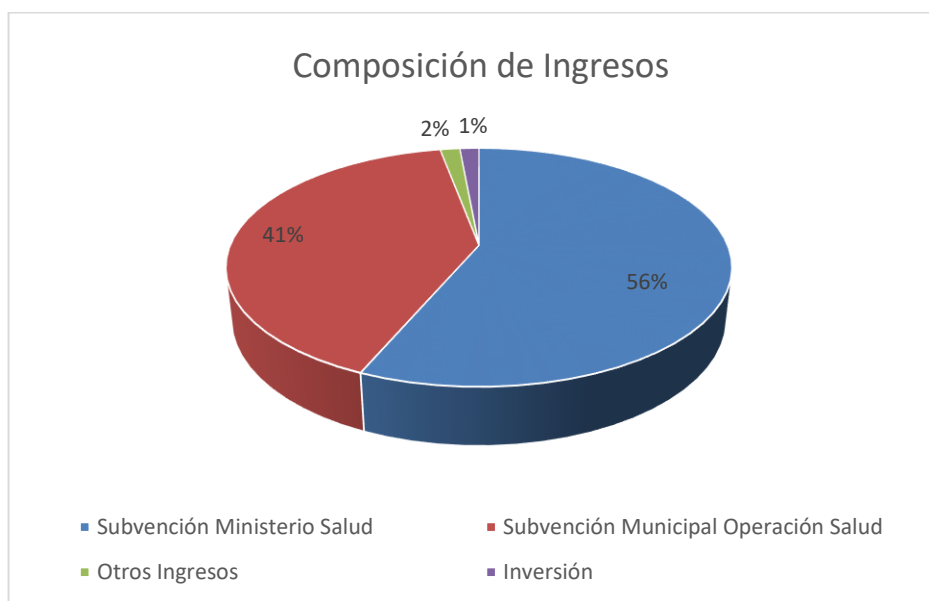
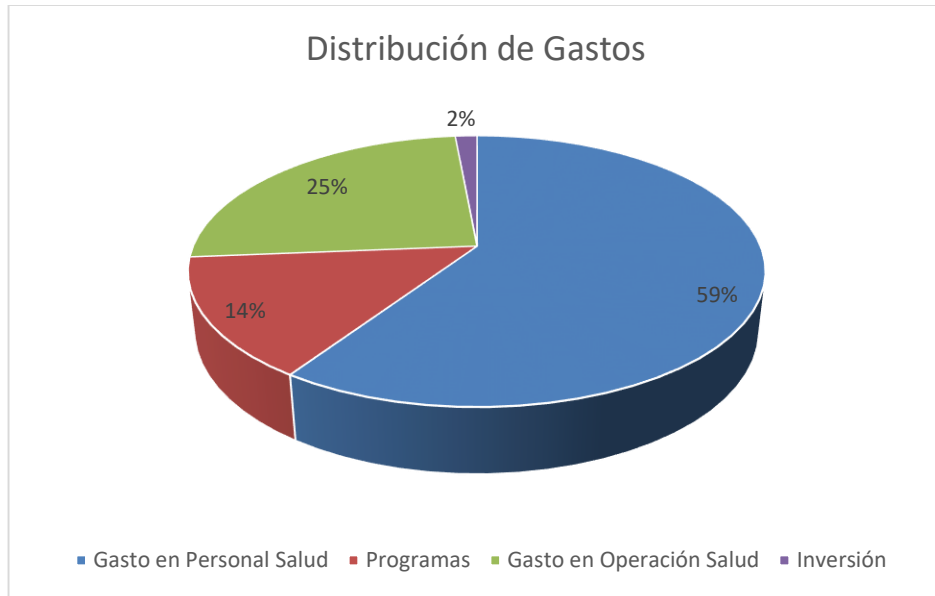


Gráfico 28



ABREVIATURAS DE USO COMÚN EN EL ÁREA DE SALUD

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

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

ANEXOS

Matriz de Cuidados
CESFAM Dr. Aníbal Ariztía
Infancia

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PROMOCION	Disminuir la prevalencia de obesidad y sobrepeso en la población.	Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva y riesgos de no amamantar.	Porcentaje de niños y niñas con lactancia materna exclusiva controlados al sexto mes.	Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida / Nº de lactantes controlados al 6to mes * 100	56%	METAS SANITARIAS
			Realizar control precoz de alta, para el seguimiento e instalación de la lactancia materna en el recién nacido.				
			Fortalecer las consultas de lactancia materna durante el primer mes.				
			En cada control de salud pesquisar factores de riesgos y/o problemas reales que pudieran afectar la mantención y				

extensión de la LM.

Manejar problemas de lactancia materna que se presenten en los controles de salud, fortaleciendo las clínicas de lactancia.

Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional al 5º mes	Población con consulta nutricional al 5º mes / Total de población bajo control de 5 meses a 11 meses 29 días * 100	60%	REM P02, Sección D
Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal,	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.	Población con consulta nutricional a los 3 años y 6 meses (42 y 47 meses)/ Población en control de 3 años y 6 meses (42 y 47 meses) * 100	35%	REM P02, Sección D

	refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.				
Mejorar la adopción de hábitos y conductas saludables en la población.	Consulta nutricional programada por norma y por derivación <6 años, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Porcentaje de niñas y niños menores de 6 años con estado nutricional normal.	N° de niños y niñas menores de 6 años con estado nutricional normal / N° de niñas y niños menores de 6 años inscritos validados * 100	48%	IAAPS

PREVENCIÓN	Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Asegurar la pesquisa oportuna de alteraciones del desarrollo integral en niños y niñas con pertinencia cultural	Control de salud integral a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	Cobertura de la evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños y niñas 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud infantil de los 18 meses.	Nº de niños y niñas de 18 a 23 meses con aplicación de test de evaluación del desarrollo psicomotor en el control de salud integral de los 18 meses en el periodo (Primera evaluación)/ Población inscrita validada de 1 año a 1 año 11 meses 29 días en el periodo* 100	83%	IAAPS
			Control de salud integral a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. (Primera evaluación)	Cobertura de la evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños y niñas de 24 a 47 meses (Primera evaluación) en el control de salud integral de los 36 meses.	Nº de niños y niñas de 24 a 47 meses con aplicación de test de evaluación de desarrollo psicomotor (Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses en el periodo / Población inscrita validada de 3 años en el periodo*100	50%	REM A03
	Prevenir enfermedades prevalentes en niños y niñas menores de 10 años, a través de su detección precoz	Toma de Radiografía pelvis a niños y niñas a los 3 meses	Porcentaje de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas	Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA * 100	90%	SIGGES	

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

Administración de vacuna Tres Vírica a niños y niñas a los 12 meses de edad	Porcentaje de niños y niñas que se le administró vacuna Tres Vírica a los 12 meses de edad	Nº de niños y niñas que se administró vacuna Tres Vírica correspondiente a los 12 meses/ Nº de niños y niñas de 12 meses) * 100	90%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
Administración de vacuna hepatitis A a los/as niños y niñas a los 18 meses de edad	Porcentaje de niños y niñas que se le administró vacuna Hepatitis A los 18 meses de edad	Nº de niños y niñas que se administró vacuna Hepatitis A correspondiente a los 18 meses/Nº de niños y niñas de 18 meses * 100	90%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
Administración de vacuna contra la Varicela en los/as niños y niñas a los 18 meses de edad	Porcentaje de niños y niñas que se le administró vacuna contra la Varicela a los 18 meses de edad	Nº de niños y niñas que se administró vacuna contra la Varicela correspondiente a los 18 meses/ Nº de niños y niñas de 18 meses) * 100	90%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
Administración de vacuna Hexavalente (H.influenzae tipo b, hepatitis B, difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis) a niños y niñas de 18 meses.	Porcentaje de niños y niñas de 18 meses con vacuna hexavalente (hepatitis B, difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis, enfermedad invasora H.Influenzae tipo b (Hib) administrada.	Nº de niñas/os de 18 meses con refuerzo de vacuna Hexavalente (H.influenzae tipo b, Hepatitis B, Difteria, tétanos, tos convulsiva, poliomielitis) * 100	95%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES

Administración de vacuna Tres vírica en niñas/os a los 36 meses de edad	Porcentaje de niños y niñas que se le administró vacuna contra la Varicela a los 36 meses de edad	Nº de niños y niñas que se administró vacuna Tres Vírica correspondiente a los 36 meses/Nº de niños y niñas de 36 meses * 100	90%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
Administración de vacuna Influenza a los niños y niñas desde los 6 meses a 5 años.	Porcentaje de niños/as de los 6 meses a 5 años con vacuna anti-influenza administrada.	Nº niños y niñas de los 6 meses de edad a 5 años de edad con vacuna anti-influenza administrada/Nº de niños y niñas de 6 meses a 5 años de edad según proyección INE *100	85%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
Administración de vacuna Influenza a niños y niñas desde 1º hasta 5º básico.	Porcentaje de niños y niñas desde 1º hasta 5º básico con vacuna anti-influenza administrada.	Nº niños y niñas de 1º a 5º básico con vacuna anti-influenza administrada /Población matriculada Mineduc de niños y niñas desde 1º a 5º básico *100	85%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
Administración de segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas y niños que cursan 5º básico.	Porcentaje de niños y niñas que cursan 5º básico con segunda dosis de vacuna VPH administrada.	Nº de niños y niñas que cursan 5º básico con 2º dosis de vacuna VPH administrada/Nº de niños y niñas matriculados en 5º básico * 100	90%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES

		Administración de vacuna dTpa en niñas/os que cursan 1º básico.	Porcentaje de niñas/os que cursan 1º básico vacuna dTpa administrada.	Nº de niñas/os de que cursan 1º básico con vacuna dTpa administrada/Nº de niños y niñas matriculados en 1º año básico * 100	90%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
	Reducir la carga de enfermedades inmunoprevenibles.	Administración de vacuna fiebre amarilla a los niños y niñas de 18 meses de edad	Porcentaje de niños y niñas de 18 meses de edad con vacuna fiebre amarilla administrada. (Solo se administra en Isla de Pascua)	Nº de niños y niñas de 18 meses de edad con vacuna fiebre amarilla administrada(Nº de niños/as de 18 meses de edad *100 (Solo se en Isla de Pascua)	90%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Fomentar los hábitos promotores de la salud bucal asociado a la reducción del consumo de azúcar	Aplicación de pauta CERO al ingreso consulta niños de 0 a 9 años	Porcentaje de niñas/os de 0 A 9 años que ingresan a la población bajo control en salud oral (CERO)	Nº de niños y niñas menores de 0 A 9 años con evaluación de riesgo odontológico anual (Aplicación de Pauta CERO)/ Total de niños y niñas de 0 A 9 años inscritos y validados en los establecimientos*100	41%	META SANITARIA
			Porcentaje de niños < 2 años libres de caries	Nº de niños y niñas menores de 2 años con evaluación de riesgo odontológico anual (Aplicación de Pauta CERO) libre de caries/ Total de niños y niñas menores de 2 años inscritos y validados en los establecimientos*100	65,97%	IAAPS

			Porcentaje de niños de 6 años libres de caries	Nº de niños y niñas de 6 años con evaluación de riesgo odontológico anual (Aplicación de Pauta CERO) libre de caries/ Total de niños y niñas de 6 años inscritos y validados en los establecimientos*101	41,71%	META SANITARIA
Disminuir la prevalencia de niños y niñas que no alcanzan su desarrollo integral acorde a su potencialidad.	Fortalecer las intervenciones oportunas, adecuadas y con pertinencia cultural orientadas a la población infantil con alteración del desarrollo.	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor a los 18 meses	Porcentaje de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 12 A 23 meses y recuperadas(os) en la reevaluación.	Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 12 A 23 meses y recuperadas(os) en la reevaluación / Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 12 A 23 meses *100	85%	METAS SANITARIAS
Disminuir la morbimortalidad por infecciones respiratorias agudas en la población nacional	Aumentar el acceso a la atención en salud por infecciones respiratorias agudas	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA Baja en menores de 5 años	Porcentaje de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación	Nº de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación / Nº de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico*100	100%	SIGGES

Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Atención consulta de Morbilidad Odontológica en menores de 10 años	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en menores de 10 años	N° de niños y niñas menor a 10 años con consultas de morbilidad odontológica /Total de población menor de 10 años inscrita y validada en el establecimiento*100	75,52%	IAAPS
		Atención de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en menores de 10 años	Consultas de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en menores de 10 años	N° de niños y niñas menor de 10 años con consultas de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES /Total población menor de 10 años que consultax 100	100%	SIGGES
Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad	Aumentar la cobertura de la demanda de personas con	Consulta de ingreso de niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	Cobertura de atención integral de niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	N° de personas de 0 a 9 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, bajo control / N° de personas con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales de o a 9 años, esperados según prevalencia	25,45%	IAAPS

trastornos mentales	Atención integral y oportuna a niños y niñas de 0 a 9 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Concentración de controles de atención integral a personas de 0 a 9 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Nº de controles de salud mental totales realizados a personas de 0 a 9 años/Nº de personas bajo control en el programa de salud mental de 0 a 9 años	4,42 IAAPS
			**Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorías y consejerías individuales y familiares.	

Adolescencia y Juventud

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	SE ARTICULA CON
PREVENCIÓN	Fortalecer el cuidado centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Control de Salud Integral Adolescentes de 10 a 19 años.	Porcentaje de Control de Salud Integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años.	(Nº de Controles de Salud Integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años/ Población adolescente de 10 a 19 años inscrita en el establecimiento de salud)*100	18,53%	IAAPS
	Abordar integralmente las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas a lo largo del curso de vida, desde un enfoque de género, interseccionalidad, intercultural y de derechos.	Mejorar la atención en salud reproductiva, con enfoque biopsicosocial, intercultural, de género y de derechos	Ingreso a control prenatal antes de las 14 semanas en gestantes adolescentes	Porcentaje de gestantes de 10 a 24 años que ingresan a Control prenatal antes de las 14 semanas de embarazo.	Número de gestantes de 10 a 24 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal/Número total de gestantes de 10 a 24 años en Control prenatal*100	87,84%	IAAPS
		Proveer de atención multidisciplinaria y servicios accesibles y de calidad con foco adolescentes jóvenes, personas mayores y	Control de regulación de fertilidad en adolescentes de 15 a 19 años.	Cobertura en uso de métodos de regulación de fertilidad en adolescentes de 15 a 19 años	(Nº de adolescentes de 15 a 19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes de 15 a 19 años) inscritos en centros de salud) *100	21,05%	IAAPS

diversidades
sexuales.

Fortalecer el cuidado centrado en las personas, familias y comunidades avanzando hacia la cobertura universal	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Examen de Medicina Preventiva en personas de 20 a 24 años	Cobertura de EMPA realizados a mujeres de 20 a 24 años.	(Nº de EMPA realizados a mujeres de 20 a 24 años (año vigente) / mujeres Inscritas validadas de 20 a 24 años-mujeres de 20 a 24 años en control CV-embarazadas ingresadas de 20 a 24 años)*100	17,84%	IAAPS
			Cobertura de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años.	(Nº de EMPA realizados a hombres de 20 a 24 años (año vigente) / hombres Inscritos validados de 20 a 24 años-hombres de 20 a 24 años en control CV)*101	14,18%	IAAPS

Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes	Aumentar la detección precoz de condiciones de riesgo de pie diabético Diabetes Mellitus Tipo 2.	Aplicación anual de pauta del riesgo de ulceración de los pies en adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes mellitus 2 y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT vigentes del MINSAL.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes mellitus tipo 2 en PSCV con aplicación de pauta del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	(Nº de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes mellitus tipo 2 bajo control)*100	78,43%	META SANITARIA
Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación, emergentes o reemergentes	Mantener o mejorar coberturas de inmunización.	Administración de vacuna influenza a adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas	Cobertura de vacuna influenza en adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas	(Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años portadores de enfermedades crónicas con vacuna influenza administrada/Nº de adolescentes y jóvenes 10 a 24 años portadores de enfermedades crónicas) *100, **Se debe definir el denominador, ya que no se dispone de un número de personas con patologías crónicas por cohorte de edad que sirva de referencia	85%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES

			Administrar 2° refuerzo de vacuna dTpa a adolescentes que cursan 8° básico	Cobertura de vacuna dTpa en adolescentes que cursan 8° básico	(N° de adolescentes que cursan 8° año básico con vacuna dTpa administrada/Población matriculada en 8° año básico)*100	90%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
			Administración de vacuna dTpa a gestantes adolescentes y jóvenes desde las 28 semanas de gestación	Cobertura de vacuna dTpa a gestantes adolescentes y jóvenes desde las 28 semanas de gestación	(N° gestantes adolescentes y jóvenes con vacuna dTpa administrada/Total gestantes adolescentes y jóvenes desde las 28 semanas de gestación)*100	80%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
			Administración de vacuna Influenza a gestantes adolescentes y jóvenes en cualquier etapa del embarazo	Cobertura de vacuna influenza en gestantes adolescentes y jóvenes	(N° de gestantes adolescentes y jóvenes con vacuna influenza administrada/Total gestantes adolescentes y jóvenes)*100	85%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
			Administrar 2° refuerzo de vacuna VPH a adolescentes que cursan 5° año básico	Cobertura de vacuna VPH en adolescentes que cursan 5° año básico	(N° de adolescentes que cursan 5° año básico con vacuna VPH administrada/Población matriculada en 5° año básico) *100	90%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
TRATAMIE NTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades	Aumentar la Tasa de Control de hipertensión	Mantener la pesquisa activa a través de la	Cobertura de personas con hipertensión	N° de personas de 15 a 24 años bajo control con hipertensión arterial /	49,91%	IAAPS

cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más en Chile	Arterial a nivel poblacional.	aplicación de EMPA espontáneo. Agendar prioritariamente casos pesquisados.	arterial de 15 a 24 años	(Nº de personas con hipertensión arterial de 15 a 24 años esperadas estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100		
	Aumentar la Cobertura efectiva a tratamiento.	Realizar controles según flujograma y rescate de inasistentes	Cobertura efectiva de personas con hipertensión arterial de 15 a 24 años bajo control.	(Nº de personas con hipertensión arterial de 15 a 24 años con presión arterial <140/90 mmHg /Nº de personas con hipertensión arterial de 15 a 24 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	40%	META SANITARIA
Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes	Aumentar la Tasa de Control de Diabetes Mellitus tipo 2	Mantener la pesquisa activa a través de la aplicación de EMPA espontáneo. Agendar prioritariamente casos pesquisados.	Cobertura de personas con DM 2 de 15 a 24 años	Nº de personas de 15 a 24 años bajo control con DM 2 / (Nº de personas con DM 2 de 15 a 24 años esperadas estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	50,61%	IAAPS
	Aumentar la Cobertura efectiva a tratamiento.	Realizar controles según flujograma y rescate de inasistentes	Cobertura efectiva de personas con DM 2 de 15 a 24 años bajo control.	(Nº de personas con DM2 de 20-24 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas con DM2 de 20-24 años bajo control en PSCV)	31,11%	META SANITARIA

Mejorar el estado de salud bucal de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad en salud.	Fortalecer la cobertura efectiva de los servicios de salud bucal a lo largo del curso de vida	Morbilidad Odontológica en población de 10 a 19 años	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población de 10 a 19 años	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en población de 10 a 19 años/Total de población de 10 a 19 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	75,52%	IAAPS
		Atención de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en personas de 10 a 24 años	Consultas de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES en personas de 10 a 24 años	N° personas de 10 a 24 años con consultas de Urgencia Odontológica Ambulatoria GES /Total población de 10 a 24 años que consultax 100	100%	SIGGES
Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad	Aumentar la cobertura de la demanda de personas con trastornos de salud mental.	Atención integral a personas de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales.	Cobertura de atención integral de personas de 10 a 24 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	N° de personas de personas de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, bajo control / N° de personas con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales de 10 a 24 años, esperados según prevalencia	25,45%	IAAPS

	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Atención integral y oportuna a personas de 10 a 24 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Concentración de controles de atención integral a personas de 10 a 24 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Nº de controles de salud mental totales realizados a personas de 10 a 24 años/Nº de personas bajo control en el programa de salud mental de 10 a 24 años	4,42	IAAPS
				**Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorías y consejerías individuales y familiares.		
Fortalecer el cuidado centrado en la persona, familia y comunidad, avanzando hacia la cobertura universal.	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.	Control integral a personas con multimorbilidad crónica 15 a 24 años	Porcentaje de Personas con multimorbilidad crónica que reciben control integral según G	(Nº de personas con multimorbilidad crónica G3) que reciben control integral según G / Nº total de personas con MM crónica G3) *100	Línea base	REM
Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratorias crónicas.	Aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación.	Control adolescentes de 10 a 19 años asmáticos según flujograma priorizando atención	Población adolescente de 10 a 19 años asmáticos con clasificación de control "controlado" (año vigente)	(Nº de población 10 a 19 años asmática controlada bajo control /Nº de personas de 10 a 19 años asmáticas años bajo control)*100	12,20%	META SANITARIA

Adultos

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	SE ARTICULA CON
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Aplicar pauta Examen de Medicina Preventiva del Adulto	Cobertura de EMPA mujeres de 25 a 64 años	(Nº de EMPA realizados a población mujeres inscritas validadas de 25 a 64 años/Población Total adulta inscrita validada-personas de 25 a 64 años en control CV-embarazadas ingresadas de 25 a 49 años)*100	17,84%	IAAPS
				Cobertura de EMPA hombres de 25 a 64 años	(Nº de EMPA realizados a población hombres inscritos validados de 25 a 64 años/Población Total adulta inscrita validada-personas de 25 a 64 años en control CV)*100	14,18%	IAAPS

Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes mellitus	Aumentar la detección precoz de condiciones de riesgo de pie diabético Diabetes Mellitus Tipo 2.	Aplicación anual de pauta del riesgo de ulceración de los pies en personas de 25 a 64 años con diabetes mellitus 2 y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT vigentes del MINSAL.	Porcentaje de personas de 25 a 64 años con diabetes mellitus tipo 2 en PSCV con aplicación de pauta del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	(Nº de personas de 25 a 64 años con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de personas de 25 a 64 años con diabetes mellitus tipo 2 bajo control)*100	78,43%	META SANITARIA
Disminuir el riesgo de reintroducción y/o aumento de enfermedades transmisibles en vías de eliminación, emergentes o reemergentes	Mantener o mejorar coberturas de inmunización.	Administración de vacuna Influenza a los adultos enfermedades crónicas entre los 25 y 64 años.	Porcentaje de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza	(Nº de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas con vacuna anti-influenza administrada/ Total de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas) *100.	85%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
		Administración de vacuna Influenza a las mujeres embarazadas de 25 y más años.	Porcentaje de gestantes de 25 y más años con vacunación anti-influenza	(Nº de gestantes de 25 y más años con vacuna anti-influenza administrada / Total gestantes de 25 y más años) *100.	85%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES

			Administración de vacuna dTpa a gestantes de 25 y más años desde las 28 semanas de gestación	Cobertura de vacuna dTpa en gestantes de 25 y más años desde las 28 semanas de gestación	(N° de gestantes de 25 y más años desde las 28 semanas de gestación con vacuna dTpa administrada/Total gestantes de 25 y más años desde las 28 semanas de gestación) *100	85%	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por cáncer en población general.	Mejorar el diagnóstico, tratamiento precoz y rehabilitación de forma oportuna y de calidad	Realizar toma de PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años	Porcentaje de cobertura de PAP vigente cada tres años en mujeres de 25 a 64 años	(N° de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años / N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas)* 100	46,10%	META SANITARIA
	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más en Chile	Aumentar la Tasa de Control de hipertensión Arterial a nivel poblacional.	Mantener la pesquisa activa a través de la aplicación de EMPA espontáneo. Agendar prioritariamente casos pesquisados.	Cobertura de personas con hipertensión arterial de 25 a 64 años	$\frac{\text{N° de personas de 25 a 64 años bajo control con hipertensión arterial}}{\text{(N° de personas con hipertensión arterial de 20 a 64 años esperadas estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100}}$	49,91%	IAAPS

	Aumentar cobertura de tratamientos efectivos para las Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovascular	Realizar controles según flujograma y rescate de inasistentes	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control.	(Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años con presión arterial <140/90 mmHg /Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	40%	META SANITARIA
Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes	Aumentar la Tasa de Control de Diabetes Mellitus tipo 2	Mantener la pesquisa activa a través de la aplicación de EMPA espontáneo. Agendar prioritariamente casos pesquisados.	Cobertura de personas con DM 2 de 25 a 64 años	Nº de personas de 25 a 64 años bajo control con DM 2 / (Nº de personas con DM 2 de 25 a 64 años esperadas estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	50,61%	IAAPS
	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Realizar controles según flujograma y rescate de inasistentes	Cobertura efectiva de personas con DM2 de 25 a 64 años bajo control.	(Nº de personas diabéticas de 25-64 años con HbA1c<7%) / Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	31,11%	META SANITARIA

Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratoria crónica	Aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación	Realizar controles según flujograma y rescate de inasistentes asmáticos de 20 a 64 años	Población bajo control por asma, con nivel de control "controlado" (año vigente)	(Proporción de población bajo control por asma con nivel de control controlado (año vigente) / Proporción de población bajo control por asma *100	12,20%	META SANITARIA
	Aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación	Realizar controles según flujograma y rescate de inasistentes con EPOC de 40 a 64 años	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	(Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado / Proporción de población bajo control EPOC que logran control por EPOC * 100	12,20%	META SANITARIA
Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad	Aumentar la cobertura de la demanda de personas con trastornos de salud mental.	Atención integral a personas de 25 a 64 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales.	Cobertura de atención integral de personas de 25 a 64 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	N° de personas de personas de 25 a 64 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, bajo control / N° de personas con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales de 25 a 64años, esperados según prevalencia	25,45%	IAAPS

	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Atención integral y oportuna a personas de 25 a 64 años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Concentración de controles de atención integral a personas de 25 a 64 años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Nº de controles de salud mental totales realizados a personas de 25 a 64 años/Nº de personas bajo control en el programa de salud mental de 25 a 64 años **Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorías y consejerías individuales y familiares.	4,42	IAAPS
Fortalecer el cuidado centrado en la persona, familia y comunidad, avanzando hacia la cobertura universal.	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.	Control integral a personas con multimorbilidad crónica de 25 a 64 años	Porcentaje de Personas con multimorbilidad crónica que reciben control integral según G	(Nº de personas con multimorbilidad crónica G3) que reciben control integral según G / N° total de personas con MM crónica G3) *100	Línea base	REM

Personas mayores

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	SE ARTICULA CON
PREVENCIÓN	Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes mellitus	Aumentar la detección precoz de condiciones de riesgo de pie diabético Diabetes Mellitus Tipo 2.	Aplicación anual de pauta del riesgo de ulceración de los pies en personas de 65 y más años con diabetes mellitus 2 y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT vigentes del MINSAL.	Porcentaje de personas de 65 y más años con diabetes mellitus tipo 2 en PSCV con aplicación de pauta del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	$(\text{N}^\circ \text{ de personas de 65 y más años con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses} / \text{N}^\circ \text{ total de personas de 65 y más años con diabetes mellitus tipo 2 bajo control}) * 100$	78,43%	META SANITARIA
	Disminuir la prevalencia de dependencia severa en la población nacional en todo el curso de vida.	Preservar y aumentar la funcionalidad en la población	Aplicación EMPAM a personas de 65 años y más	Cobertura Controles de Salud de Personas Mayores	$(\text{N}^\circ \text{ de personas de 65 años y más que reciben el EMPAM}) / (\text{N}^\circ \text{ de personas de 65 años y más según PIV año vigente})$	42,86%	IAAPS

	Disminuir la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna antineumocócica, en usuarios de 65 años inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida, a los usuarios de 65 años y más según población inscrita y validada	Porcentaje de personas de 65 años que reciben con una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida según población inscrita y validada	(Nº de personas de 65 años que reciben una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida /Nº Total de personas de 65 años inscritos y validados)*100	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años según población inscrita y validada	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
		Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más según población inscrita y validada.	Porcentaje de personas de 65 años y más vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza	(Nº de personas de 65 años y más vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/Nº Total de personas de 65 años y más inscritos y validados)*100	85% de cobertura	DEPARTAMENTO DE INMUNIZACIONES
TRATAMIENTO	Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares en personas de 18 años y más en Chile	Aumentar la Tasa de Control de hipertensión Arterial a nivel poblacional.	Mantener la pesquisa activa a través de la aplicación de EMPA espontáneo. Agendar prioritariamente casos pesquisados.	Cobertura de personas con hipertensión arterial de 25 a 64 años	Nº de personas de 25 a 64 años bajo control con hipertensión arterial / (Nº de personas con hipertensión arterial de 20 a 64 años esperadas estimados en la población inscrita validada	49,91%	IAAPS

según prevalencia)
*100

Aumentar cobertura de tratamientos efectivos para las Enfermedades Cardiovasculares y Cerebrovascular	Realizar controles según flujograma y rescate de inasistentes	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control.	(Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años con presión arterial <140/90 mmHg /Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	40%	META SANITARIA
---	---	--	---	-----	----------------

Disminuir la prevalencia de diabetes mellitus en la población y complicaciones en personas con diabetes	Aumentar la Tasa de Control de Diabetes Mellitus tipo 2	Mantener la pesquisa activa a través de la aplicación de EMPA espontáneo. Agendar prioritariamente casos pesquisados.	Cobertura de personas con DM 2 de 25 a 64 años	Nº de personas de 25 a 64 años bajo control con DM 2 / (Nº de personas con DM 2 de 25 a 64 años esperadas estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	50,61%	IAAPS
---	---	---	--	---	--------	-------

	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Realizar controles según flujograma y rescate de inasistentes	Cobertura efectiva de personas con DM2 de 25 a 64 años bajo control.	(Nº de personas diabéticas de 25-64 años con HbA1c<7%) / Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	31,11%	META SANITARIA
Disminuir la carga de enfermedad por enfermedades respiratoria crónica	Aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación	Realizar controles según flujograma y rescate de inasistentes asmáticos de 65 y más años	Población bajo control por asma, con nivel de control "controlado" (año vigente)	(Proporción de población bajo control por asma con nivel de control controlado (año vigente) / Proporción de población bajo control por asma *100	12,20%	META SANITARIA
	Aumentar la cobertura efectiva a prestaciones de tratamiento y rehabilitación	Realizar controles según flujograma y rescate de inasistentes con EPOC de 65 y más años	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	(Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado / Proporción de población bajo control EPOC que logran control por EPOC * 100	12,20%	META SANITARIA

Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad	Aumentar la cobertura de la demanda de personas con trastornos de salud mental.	Atención integral a personas de 65 y más años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales.	Cobertura de atención integral de personas de 65 y más años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y/o trastornos mentales	N° de personas de personas de 65 y más años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales, bajo control / N° de personas con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales de 65 y más años, esperados según prevalencia	25,45%	IAAPS
Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Atención integral y oportuna a personas de 65 y más años con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	Concentración de controles de atención integral a personas de 65 y más años, con factores de riesgo, condicionantes de la salud mental y trastornos mentales	N° de controles de salud mental totales realizados a personas de 65 y más años/N° de personas bajo control en el programa de salud mental de 65 y más años	4,42	IAAPS	**Controles salud mental incluyen: Control individual, intervención psicosocial grupal, visita domiciliarias, consultorías y consejerías individuales y familiares.

Fortalecer el cuidado centrado en la persona, familia y comunidad, avanzando hacia la cobertura universal.	Relevar el enfoque de equidad en la red asistencial y los programas de salud.	Control integral a personas con multimorbilidad crónica de 65 y más años	Porcentaje de Personas con multimorbilidad crónica que reciben control integral según G	(N° de personas con multimorbilidad crónica G3) que reciben control integral según G / N° total de personas con MM crónica G3) *100	Línea base	REM
--	---	--	---	--	------------	-----

Transversales

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE
PROMOCION	Fortalecer las acciones de Promoción de Salud y Participación Social en la comuna a nivel Local	Fortalecer los entornos saludables y estilos de vida saludable	Taller Educativo en calidad de vida y factores protectores en entorno comunal. Instalar dispositivos de acción psicosocial grupal que acojan a vecinas/os del territorio del CESFAM Dr. Ariztía, en especial adultos mayores que viven o se sienten solos, y/o que sufren alguna patología crónica./salud Mental	Actividades de fortalecimientos entornos y estilos de vida saludable	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas.	50%	REM

Fortalecer las intervenciones de educación de salud en general, la participación y el empoderamiento de la comunidad	Entregar mensajes de campaña relacionados con hitos comunicacionales OPS-OMS (conmemoración de fechas importantes) a través de: eventos internos y externos como talleres y charlas abordando temáticas de salud mental, alimentación saludable y actividad física usando también medios digitales: Instagram, cápsulas, afiches, paneles, circuito cerrado de tv en salas de espera.	Eventos de difusión en educación de salud	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas.	60%	REM
Fortalecer el trabajo intersectorial, territorial a través de la participación social y comunitaria para mejorar la salud y	Taller de habilidades parentales en pre y adolescentes en conjunto con SENDA. Diálogos y conversatorios reflexivos para	Taller de habilidades parentales	N° de talleres realizadas /N° total de talleres programadas. N° de diálogos y conversatorios realizados Conformación de mesa de salud y agentes territoriales	60%	REM

bienestar, y abordar los determinantes sociales de la salud

actores relevantes territoriales.

Conformar Mesa de Salud y Agentes Territoriales.

Elaboración de propuestas de Feria de APS, Salud Mental, Servicios Locales y Activos Comunitarios.

Diagnosticar las necesidades de la comunidad para planificar las intervenciones de la promoción de la salud.

Elaborar Diagnóstico Participativo Comunal

Diagnóstico participativo comunal realizado Realizado SI/NO

INDICADORES ESTRATEGIAS DE FORTALECIMIENTO DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR INTEGRAL Y COMUNITARIO

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE
PROMOCION / PREVENCIÓN / TRATAMIENTO Y REHABILITACION	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Fortalecer la implementación en Red de la continuidad del cuidado con foco en el fomento de factores protectores	Visita domiciliaria integral que se realiza al lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia con enfoque sistémico. Esta visita puede ser generada por un problema de salud individual (caso índice) o de orden familiar	Tasa de Visita Domiciliaria Integral	(Nº visitas domiciliarias integrales realizadas / Nº de familias inscritas)*100	0,24	IAAPS
ATENCION INTEGRAL	Fortalecer el cuidado de la salud, centrado en las personas, familias y comunidades avanzando con participación social hacia la cobertura universal	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	Realizar plan de intervención nivel 2,3 y 4	Porcentaje de familias de riesgo intervenidas	(Nº de familias con plan de intervención /Nº de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar)*100	20%	REM P7
TRATAMIENTO	Reducir la carga de enfermedad asociada a la salud mental de la población a lo largo del curso de vida con enfoque de equidad	Asegurar la continuidad de los cuidados entre los niveles de atención y a lo largo del curso de vida	Consultorías de Salud Mental a lo largo del curso de vida	Cobertura de Consultorías de Salud Mental en el establecimiento de APS.	(Nº de actividades de consultorías realizadas en el periodo / N° de actividades de consultorías esperadas en el periodo) x 100.	0,80%	REM

INDICADORES PROGRAMA DE TUBERCULOSIS EN APS

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	NIVEL DE APLICACIÓN
PREVENCIÓN	Reducir la incidencia de Tuberculosis en la población en Chile.	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis	Realizar pesquisa de casos presuntivos de tuberculosis (CPT)	Incremento de la pesquisa en establecimientos de APS (%)	$[(N^{\circ} \text{ CPT estudiados} - N^{\circ} \text{ CPT estudiados el año anterior}) \times 100] / N^{\circ} \text{ CPT estudiados el año anterior}$	Aumento de 2,5% respecto a 2024	Establecimiento
	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública		Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (baciloscopía, PCR o cultivo)<15 años	Contactos < 15 años estudiados	$(N^{\circ} \text{ de contactos} < 15 \text{ años estudiados} / N^{\circ} \text{ de contactos} < 15 \text{ años censados}) * 100$	100%	
		Prevenir que los contactos < de 15 años se infecten con tuberculosis o que desarrollen la enfermedad	Quimioprofilaxis en los contactos < de 15 años	Porcentaje de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis	$N^{\circ} \text{ de contactos} < \text{de } 15 \text{ años que completan quimioprofilaxis} / N^{\circ} \text{ de contactos con indicación de quimioprofilaxis} * 100$	100%	COMUNAL
		Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (baciloscopía, PCR o cultivo)>15 años	Contactos > 15 años estudiados	$(N^{\circ} \text{ de contactos} < 15 \text{ años estudiados} / N^{\circ} \text{ de contactos} > 15 \text{ años censados}) * 100$	90%	
TRATAMIENTO		Lograr un 90 % de altas en las cohortes de Tratamiento	Aplicar el Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono.	Porcentaje de pacientes con score de riesgo identificados	$(N^{\circ} \text{ de pacientes con score de riesgo identificados} / N^{\circ} \text{ de pacientes ingresados a tratamiento}) * 100$	100%	

Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica)	Porcentaje de controles médicos realizados y registrados	(Nº de controles médicos realizados y registrados en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ Nº de controles programados según norma técnica)*100	80%
Control mensual de enfermería de los casos en tratamiento (norma técnica)	Porcentaje de consulta enfermera realizadas y registradas	(Nº de consulta de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ Nº de consultas programadas según norma técnica)*100	90%
Programar y realizar visita domiciliaria por TENS al paciente inasistente al día siguiente de la inasistencia a tratamiento	Porcentaje de visitas domiciliarias realizadas por TENS a pacientes inasistentes al día siguiente de la inasistencia a tratamiento	(Nº de visitas domiciliarias por TENS realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente inasistente)/Nº de inasistencias a tratamiento)*100	100%

Perdida de seguimiento (abandono) menor del 5%	Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente a tratamiento dentro de la primera semana de inasistencia continuada, realizada por enfermera	% pacientes inasistentes por 1 semana continuada	(Nº de visitas domiciliarias realizadas a pacientes con inasistencia continuada dentro de la primera semana) /Nº de pacientes inasistentes continuados por una semana *100	100% *para proyección de denominador, en caso que el basal sea cero (usando como referencia inasistentes de año anterior), programar como mínimo 1 VD al año.
--	---	--	--	---

PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA PARA PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA (A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA: INFANCIA/ADOLESCENCIA Y JUVENTUD/ADULTEZ/ADULTEZ MAYOR)

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

Educar a través de talleres individuales a cuidadoras(es) y familias respecto al cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa	Cuidadores(as) de personas en situación de dependencia severa Capacitados	(N° de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliara para personas con Dependencia severa educados /N° de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa)*100	95%	REM P
Realizar visitas domiciliarias integrales	Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que reciben al menos 2 visitas domiciliarias integrales en un año.	(N° de Personas en situación de Dependencia Severa que reciben al menos 2 Visitas Domiciliarias Integrales en el año / N° de personas bajo control en Programa de Atención Domiciliaria para Personas en situación de Dependencia Severa	100%	REM A26

TRATAMIENTO	Disminuir o prevenir carencias nutricionales en personas con dependencia severa	Realizar atención nutricional en Domicilio a usuarios con Dependencia severa y con indicación de NED.	Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de Nutrición Enteral Domiciliaria (NED) reciben atención Nutricional en Domicilio	(Nº de personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de NED y Evaluación Nutricional en domicilio /Nº de personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa con indicación de NED)*100	100%	REM P
-------------	---	---	--	--	------	-------

INDICADORES DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN VERTICAL MATERNO INFANTIL

Nivel	Objetivo de impacto estrategia	Objetivo	Actividad	Nombre indicador	Indicador	Meta	FUENTE
PREVENCIÓN	Reducir la transmisión materno infantil de la sífilis	Reducir la transmisión vertical de la sífilis	Tamizaje para sífilis durante el embarazo	Cobertura de tamizaje de sífilis en la gestante	N° total de mujeres atendidas que fueron estudiadas durante el control prenatal/ N° total de mujeres que ingresa a control prenatal*100	95%	REM
	reducción de la mortalidad por SIDA	Reducir la transmisión vertical del VIH ,	Tamizaje para VIH durante el embarazo	Cobertura de tamizaje de VIH en la gestante	N° total de mujeres atendidas que fueron estudiadas durante el control prenatal/ N° total de mujeres que ingresa a control prenatal*100	95%	REM
	Reducir la transmisión de la Enfermedad de Chagas	Reducir la transmisión vertical de Chagas	Tamizaje de enfermedad de Chagas en embarazo	Cobertura de tamizaje de chagas en la gestante	N° total de mujeres atendidas que fueron estudiadas para enfermedad de chagas durante el control prenatal/ N° total de mujeres que ingresa a control prenatal*100	95%	REM
	Reducir la transmisión materno infantil de la hepatitis B	Reducir la transmisión vertical de la hepatitis B	Tamizaje para hepatitis B durante el embarazo	Cobertura de tamizaje de hepatitis B en el embarazo	N° total de mujeres atendidas por causa de parto y aborto que fueron estudiadas para hepatitis B durante el embarazo/ N° total de mujeres atendidas por causa de parto y aborto*100	80%	REM

TRATAMIENTO	Reducir la transmisión materno-infantil de la sífilis	Reducir la transmisión vertical de la sífilis	Iniciar tratamiento para sífilis	Cobertura de tratamiento inicial de sífilis	Nº gestantes con serología (+) que reciben tratamiento inicial para sífilis / Nº total de gestantes con serología (+) para sífilis * 100	95%	REM
-------------	---	---	----------------------------------	---	--	-----	-----

Matriz de Cuidados CESFAM Apoquindo Infancia

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6º mes de vida.	Educar 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.	(Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida / Nº de lactantes controlados al 6to mes de vida)*100	60%	REM
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	(Población con consulta nutricional al 5º mes / Total de población bajo control de 5 a 11meses)* 100	35%	REM

PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	(Población con consulta a los 3 años y 6 meses/ Población bajo control entre 42 y 47 meses)* 100	30% 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, según el programa nacional de salud de infancia (4, 12 , 24 meses, 3 años 6 meses, 4 y 5 años)	(Nº de niños/as eutróficos con pauta de factores condicionantes aplicada en el CNS de los 4, 12 , 24 meses, 3 años 6 meses, 4 y 5 años /Nº de niños/as eutróficos bajo control, en cada control correspondiente)*100	50% REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Control de salud a niñas y niños de 24 a 71 meses inscritos en establecimiento de salud.	(Nº de controles de salud realizados a niñas/os de 24 a 71 meses / Nº total de niñas/os de 24 a 71 meses bajo control)	50% REM

PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Control de salud a niñas y niños de 6 a 9 años inscritos en establecimiento de salud.	(Nº de controles de salud realizados a niñas/os de 6 a 9 años / Nº total de niñas/os de 6 a 9 años bajo control)	50% REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas a lactantes de 7 a 11 meses en el control de salud de los 8 meses/ Nº total de lactantes de 7 a 11 meses bajo control)*100	80% REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en CNS a lactantes de 12 a 17 meses / n°Total de controles de niño sano realizados a niñas y niños de 12 a 17 meses)*100	50% REM

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

PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Control de salud al 2° y 6° meses de edad con aplicación de escala de Edimburgo	(Nº de aplicaciones de escala de Edimburgo realizadas a madres de niñas y niños de 2° y 6° mes / Nº Total control de ciclo vital de niñas y niños de 2° y 6° mes)*100	70% 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 en CNS a lactantes sano de 4 meses / n°Total de controles de niño sano realizados a niñas y niños de 4 meses)*100	50% REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses	(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 3° 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	80% REM

PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual.	(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	80% REM
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años.	(Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días/total de niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días)*100	80% RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades 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	95% RNI

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

PREVENCION Y TRATAMIENTO	Cobertura 35% en niños y niñas de 0 a 9 años en control con enfoque de riesgo odontológico	Porcentaje de niños y niñas de 0 a 9 años en control con enfoque de riesgo y pauta CERO aplicada	Evaluación y atención odontológica integral a todos los niños de 9 años.	N.º de niños(as) de 0 a 9 años en control con enfoque de riesgo odontológico y pauta 0 aplicada en periodo enero a diciembre 2023 X 100 N.º total de niños(as) inscritos validados de 0 a 9 años, año 2023	56,31% REM
PREVENCION Y TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal en menores de 9 años.	lograr y mantener un porcentaje de consulta de morbilidad de 23% en niños, niñas	Realización de Consultas de Morbilidad Odontológica en población de 0 a 9 años	Número de consultas de morbilidad odontológica realizadas en población de 0 a 9 años/población de 0 a 9 años inscritos validados	75,52% REM
PREVENCION Y TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal en menores de 3 años.	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 3 años, a través de mejorar la adherencia y cobertura al control de salud desde las primeras etapas de la infancia	Evaluación de estado de salud bucal de la población menor de 3 años, que incluye charla educativa individual.	(Nº de niños y niñas menores de 3 años con registro ceod= 0 / Nº de niñas(os) menores de 3 años de la población inscritos validados)*100	65,97% REM

PREVENCION	Mantener la tasa de morbilidad proyectada por infecciones respiratorias agudas en menores de 1 año	Fortalecer intervenciones educativas relacionadas con los problemas de salud más prevalentes en la infancia	Educación grupal a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA en época de baja circulación viral	(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 1 años	Visitas domiciliaria a niños y niñas niños 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 menores de 5 años diagnosticados 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	90% 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) / número total niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses) *100 Sacaría reevaluación	75% REM
TRATAMIENTO	Mantener la tasa de morbilidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar la cobertura de pacientes con IRA baja en menores de 5 años de manejo ambulatorio	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con IRA baja en menores de 5 años de manejo ambulatorio en la atención primaria de salud.	(Nº de niños y niñas < 5 años con IRA baja con manejo ambulatorio / Nº de niños y niñas <5 años con diagnóstico de IRA baja de manejo ambulatorio)*100	100% SIGGES
TRATAMIENTO	Disminuir la morbi-mortalidad prematura por (asociada a) asma bronquial	Aumentar la cobertura de pacientes con diagnóstico de asma bronquial en menores de 15 años	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica y tratamiento de población <15 años con diagnóstico de asma bronquial	(Nº de niños y niñas con manejo y tratamiento de asma bronquial / Nº de niños y niñas con diagnóstico de asma bronquial) *100	100% SIGGES

TRATAMIENTO	Mantener la tasa de morbilidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años en la atención primaria de salud	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud.	(Nº de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años / Nº de niños y niñas de 0 a 9 años con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial esperados según prevalencia)*100	12,44% REM
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en menores de 20 años	Urgencia Odontológica ambulatoria en menores de 20 años	(Nº total de consultas odontológicas de urgencia GES en menores de 20 años realizadas/ Nº 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/ Nº de niños <9 años BC por trastornos mentales y consumo perjudicial de alcohol y drogas)*100	100% REM

Adolescencia

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar la disminución de peso durante la gestación, con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes adolescentes y jóvenes con malnutrición por déficit.	(Nº de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por déficit, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por déficit)* 100	80%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes 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 malnutrición por exceso)* 100	40%	REM

PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestantes (10 a 19 años) en riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 19 años con riesgo psicosocial, que vivan en la comuna.	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
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre de 10 a 19 años y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Primer control de salud de la púérpera adolescente y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	(Nº de controles de salud integral a púérperas adolescentes 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 adolescentes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario a todas las gestantes de 10 a 19 años con factores de riesgo de parto prematuro	(Nº de gestantes 10 a 19 años con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes 10 a 19 años con riesgo de parto prematuro)* 100	100% REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Derivar a toda embarazada adolescente con riesgo biomédico a atención con especialista	Derivar al nivel secundario (Alto Riesgo Obstétrico) las gestantes de 10 a 19 años con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal	(Nº de gestantes de 10 a 19 años con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes de 10 a 19 años con riesgo biomédico)*100	100% REM

PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(Nº de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/Nº total de mujeres adolescentes en los últimos 2 meses post parto y en control de RF)*100	80% REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(Nº de madres adolescentes con escala aplicada a los 6 meses de posparto / Total de madres adolescentes con controles realizados a los 6 meses posparto en RF)*100	80% REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes adolescentes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes adolescentes en el ingreso o 2º control prenatal.	(Nº de gestantes que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal / Nº total de ingresos a control prenatal)*100	80% REM
PREVENCION	Aumentar los adolescentes con Factores Protectores para la salud	Aumentar la Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 19 años	Control de Salud integral adolescentes EMPAD en adolescentes de 10 a 19años.	(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	18,53% REM

PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Atención integral de salud ginecológica a mujeres adolescentes	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 BC)*100	15% 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	90% REM
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención el VIH-SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes.	Consejería en prevención de VIH e ITS a adolescentes y jóvenes de 10 a 19 años.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes de 10 a 19 años/ Nº de adolescentes de 10 a 19 años BC)*100	50% REM
PREVENCION	Disminuir el embarazo adolescente	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes 15- 19 años	(Nº de adolescentes de 15-19 años BC que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes de 15-19 años inscritos) *100	21,05% REM

PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar la cobertura de vacunación	Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a adolescentes que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico	(Nº de niñas adolescentes con segunda dosis de vacuna VPH que cursan 5º básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico/Nº de niñas adolescentes matriculadas en 5º básico que recibieron 1ª dosis el año anterior) *100	80% RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la DTP(a) en octavo básico	Nº de niños/as de 8º año básico con dosis de vacuna DTP(a) administrada/ Matricula niños/as 8º básico año en curso *100	95% RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna DTP(a) a las adolescentes con embarazo de 28 semanas y más	Nº de adolescentes entre los 10 y 19 años embarazadas de 28 y más semanas vacunadas con DTP(a) / NºTotal adolescentes entre los 10 y 19 años embarazadas de 28 y más semanas) *100.	85% RNI

PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los (as) adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 19 años.	(Nº de adolescentes y jóvenes entre los 10 y 19 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza / Total de adolescentes y jóvenes entre 10 y 19 años portadores de enfermedades crónicas) *100.	85% RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las adolescentes con embarazo de 13 semanas y más	Nº de adolescentes entre los 10 y 19 años embarazadas de 13 y más semanas vacunadas con anti-influenza / NºTotal adolescentes entre los 10 y 19 años embarazadas de 13 y más semanas) *100.	85% RNI
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad perinatal	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes adolescentes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada adolescente.	(Nº de altas odontológica totales en embarazadas adolescentes/ total de gestantes adolescentes ingresadas a control prenatal)*100	100% REM

TRATAMIENTO	Disminuir la morbi-mortalidad prematura por (asociada a) asma bronquial	Aumentar la cobertura de pacientes con diagnóstico de asma bronquial	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica y tratamiento de población adolescente con diagnóstico de asma bronquial	(Nº de adolescentes con manejo y tratamiento de asma bronquial / Nº de adolescentes con diagnóstico de asma bronquial) *100	12,44% REM
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con 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.	(Nº de adolescentes con alta odontológica total/ Nº Total de adolescentes inscritos y validados)*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 adolescentes	Urgencia Odontológica ambulatoria en adolescentes	(Nº total de atenciones odontológicas de urgencia GES en adolescentes realizadas el año actual / Nº consultas odontológicas de urgencia GES adolescente inscrita año actual)*100	100% REM
PREVENCION Y TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal en adolescentes	lograr y mantener un porcentaje de consulta de morbilidad en adolescentes	Realización de Consultas de Morbilidad Odontológica en población adolescente	Número de consultas de morbilidad odontológica realizadas en población de 0 a 9 años/población adolescente inscritos validados	75,52% REM

TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población de 10 a 19 años con problemas de consumo de OH y/o drogas	Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 19 años con problemas o trastornos mentales por consumo perjudicial de alcohol y drogas	(N° de adolescentes de 10 a 19 años intervenidos por consumo de OH y drogas/ N° de adolescentes de 10 a 19 años BC por trastornos mentales por consumo perjudicial de alcohol y drogas)*100	100% REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población de 10 a 19 años	Brindar atención integral y oportuna a población de 10 a 19 años con problemas o trastornos mentales por consumo perjudicial de alcohol y drogas	Población adolescente de 10 a 19 años bajo control por trastorno mental / Población de adolescentes de 10 a 19 años inscrita validada x prevalencia de 22%	25,45% REM
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género en 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 pesquiasadas)*100	100% REM

Edad Adulta

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 20 a 64 años ingresos respiratorios a sala ERA / (Nº total de ingresos respiratorios entre 20 y 64 años a sala ERA)* 100	50%	REM
PROMOCION	Promover normas de crianza saludable	Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	Talleres de 4 sesiones para gestantes (según Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo)	(Nº de gestantes que ingresan a educación grupal Preparación para el parto y crianza / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal)* 100	50%	REM
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.	(Nº de gestantes bajo control con malnutrición por déficit, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por déficit)* 100	80%	REM

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.	(Nº de gestantes bajo control con malnutrición por exceso, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por exceso)* 100	15% REM
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	(Nº de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario/Nº total de gestantes con riesgo de parto prematuro)*100	100% SIGGES
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en mujeres de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	Nº de EMPA realizados a población de mujeres de 20 a 64 inscrita validada /Población mujeres de 20 a 64 años inscrita validada - población BC PSCV*100	17,84% REM

PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en hombres de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	Nº de EMPA realizados a hombres de 20 a 64 años inscritos validados /Población de hombres de 20 a 64 años inscritos validados- población adulta BC PSCV*100	14,18%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar y derivar al equipo psicosocial a las gestantes con riesgo psicosocial	VDI a gestantes con riesgo psicosocial , según pauta EPSA.	(Nº de gestantes adultas con riesgo psicosocial residentes en la comuna con VDI/ Nº total de gestantes adultas residentes en la comuna detectadas con riesgo psicosocial* 100	100%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Ingresa 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	87,84, %	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 puérpera y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	(Nº de controles de salud integral a puérperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida / Nº total de ingresos de RN) * 100	60% 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	70% REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(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	70% REM

PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	(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	60% REM
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(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 de mama	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 59 años	(Nº de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ Nº de mujeres de 50 a 59 años inscritas validadas)* 100	90% REM
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino	Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino.	Realizar toma de PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años	(Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años / Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas)* 100	50,40% Citoexpert
PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Mantener la cobertura de controles de salud de la mujer en edad de climaterio.	Control de salud integral de la mujer adulta en etapa de climaterio.	(Nº de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio/ Nº de mujeres adultas de 50 años y más inscritas validadas)*100	25% REM

PREVENCIÓN	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV	(Nº de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al corte)* 100	60% REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 20-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	N° de personas de 20 a 64 años con DM2 bajo control con evaluación de pie vigente, en los últimos 12 meses / N° de personas de 20 a 64 años con DM2 bajo control x100	68,94% REM
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los adultos con enfermedades crónicas entre los 20 y 64 años.	Nº de adultos entre 20 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza /Total de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas) *100.	85% RNI

PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las mujeres adultas BC embarazadas con 13 semanas y más de gestación	N° 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	N° de gestantes adultas con 28 y más semanas de gestación vacunados con DTA(a)/ Total gestantes adultas con 28 y mas semanas de gestación) *100.	85% RNI
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial y EPOC bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos y EPOC de 20 a 64 años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población adulta asmática o EPOC bajo control controlada / Proporción de población adulta asmática o EPOC bajo control en sala ERA)*100	12,44% REM

<p>ATENCION INTEGRAL</p>	<p>Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador</p>	<p>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.</p>	<p>Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.</p>	<p>(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)</p>	<p>A lo menos 2 VDI anuales a personas con dependencia severa.</p>	<p>REM</p>
<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador</p>	<p>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.</p>	<p>Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.</p>	<p>(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)</p>	<p>A lo menos 2Visitas Domiciliarias de tratamiento y seguimiento anuales a personas con dependencia severa.</p>	<p>REM</p>

<p>PREVENCIÓN</p>	<p>Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador</p>	<p>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.</p>	<p>Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de Escaras (Úlcera por presión).</p>	<p>(Nº de personas de 20 a 64 años sin LPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control de 20 a 64 años en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100</p>	<p>90% REM</p>
<p>PREVENCIÓN</p>	<p>Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador</p>	<p>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.</p>	<p>Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador</p>	<p>(Nº de cuidadores de personas de 20 a 64 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliara para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/Nº de cuidadores de personas de 20 a 64 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa)*100</p>	<p>60% REM</p>

PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente	(Nº de Cuidadores de personas de 20 a 64 años con dependencia severa Capacitados / Nº Total de cuidadores de personas con dependencia severa)*100	75% REM
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada de 20 años y más	(Nº de altas odontológicas totales en embarazadas de 20 años y más / Total de gestantes de 20 años y más ingresadas a control prenatal)*100	80% REM
TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas en programa CPU y/o cuidados paliativos oncológicos.	Atender en forma integral a las personas en programa CPU y/o cuidados paliativos oncológicos, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas en cuidados paliativos/ Nº de población bajo control por cuidados paliativos)*100	A lo menos 2 VDI mensuales REM

TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura efectiva de tratamiento de hipertensión en personas de 20 a 64 años.	Optimizar la cobertura efectiva de hipertensión en personas de 20-64 años	(Nº de personas hipertensas de 20-64 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 20-64 años inscritos esperados según prevalencia)*100	35% REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura efectiva de tratamiento de diabetes en personas de 20-64 años.	Optimizar la cobertura efectiva de diabetes en personas de 20-64 años	(Nº de personas diabéticas de 20 a 64 años bajo control compensados /Nº de personas diabéticas de 20-64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)*100	26,50% REM
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en población adulta.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en población adulta	Urgencia Odontológica ambulatoria en adultos	(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	Mantener Cobertura de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población de 20 a 64 años	Cobertura de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales	Número de personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales bajo control /Número de personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales de 0 y más años esperados según prevalencia x 100	25,45% REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento, reducir las barreras de acceso y disminuir las brechas de tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población	Tasa de controles de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales	Número de controles de salud mental totales realizados a personas / Número de personas bajo control en el programa de salud mental.	4,42% REM
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta de 20 a 64 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta de 20 a 64 años	(Nº de personas adultas de 20 a 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género / Nº de personas adultas de 20 a 64 años víctimas de violencia de género pesquisadas)*100	100% REM

TRATAMIENTO

Garantizar el diagnóstico y asegurar el tratamiento para disminuir la morbi-mortalidad prematura asociada a enfermedades incluidas en el GES

Mejorar la calidad de atención de las personas, garantizando el diagnóstico y tratamiento de patologías GES de atención primaria en población de 20 a 64 años

Cumplir flujograma de acuerdo a Guías Clínicas y Listado de Prestaciones Específico para Atención Primaria según patología GES

(Nº de personas de 20 a 64 años con patología GES atendidas/Nº total de personas de 20 a 64 años con patología GES))*100

100% SIGGES

Personas mayores

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 65 y más años ingresos respiratorios a sala ERA / (Nº total de ingresos respiratorios entre 65 y más años a sala ERA)* 100	50%	REM
PREVENCION	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Realizar Controles de Salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención (EMPAM)	(Nº de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva / Población inscrita de 65 años y más validada por FONASA) * 100	42,86%	REM

<p>ATENCION INTEGRAL</p>	<p>Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador</p>	<p>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.</p>	<p>Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.</p>	<p>(N° de VDI recibidas por personas de 65 años y más del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa /N° de población bajo control de 65 años y más en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa)</p>	<p>A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas de 65 y más años con dependencia severa.</p> <p>REM</p>
<p>TRATAMIENTO</p>	<p>Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador</p>	<p>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.</p>	<p>Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.</p>	<p>(N° de visitas domiciliarias de tratamiento y seguimiento recibidas por personas de 65 años y más del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa /N° de población bajo control de 65 años y más en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa)</p>	<p>A lo menos 2 visitas domiciliarias de tratamiento y seguimiento anuales a personas de 65 y más años con dependencia severa.</p> <p>REM</p>

<p>PREVENCIÓN</p>	<p>Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador</p>	<p>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.</p>	<p>Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de Escaras (Úlcera por presión).</p>	<p>(Nº de personas de 65 y más años sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control de 65 y más años en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100</p>	<p>90% y más de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa no presentan UPP</p>	<p>REM</p>
<p>PREVENCIÓN</p>	<p>Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador</p>	<p>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.</p>	<p>Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador</p>	<p>(Nº de cuidadores de personas de 65 y más años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliara para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/Nº de cuidadores de personas de 65 y más años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa)*100</p>	<p>60%</p>	<p>REM</p>

PREVENCION	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente	(Nº de Cuidadores de personas con dependencia severa Capacitados / Nº Total de cuidadores de personas con dependencia severa)*100	75% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.	REM
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna Neumocócica en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica a los usuarios de 65 años y más de edad	(Nº de personas de 65 y más años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica /Nº Total de personas de 65 y más años)*100		80% RNI
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad	(Nº de personas de 65 años y más vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/Nº Total de personas de 65 años y más inscritos y validados)*100		80% RNI

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	20%	REM
PREVENCIÓN	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/ N° de mujeres de 65 a 69 años inscritas validadas)* 100	25%	REM
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura efectiva de tratamiento de hipertensión en personas de 65 y más años.	Optimizar la cobertura efectiva de hipertensión en personas de 65 y más años	(Nº de personas hipertensas de 65 y más años bajo control compensadas / N° de personas hipertensas de 65 y más años inscritos estimados según prevalencia)*100	35%	REM

TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura efectiva de tratamiento de diabetes en personas de 65 y más años.	Optimizar la cobertura efectiva de diabetes en personas de 65 y más años	(Nº de personas diabéticas de 65 y más años bajo control compensadas /Nº de personas diabéticas de 65 y más años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)*100	26,50% REM
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 DM2 bajo control con evaluación de pie vigente, en los últimos 12 meses / Nº de personas de 65 años y más años con DM2 bajo control x100	68,94% REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie)*100.	58% REM

TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial y EPOC bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos y EPOC de 20 a 64 años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población de 65 años y más asmática o EPOC bajo control controlada / Proporción de población de 65 años y más asmática o EPOC bajo control en sala ERA)*100	12,44% REM
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en población adulta.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en población adulto mayor	Urgencia Odontológica ambulatoria en adultos mayores	(N° total de atenciones odontológicas de urgencia GES en adultos de 65 y más años realizadas el año actual / N° consultas odontológicas de urgencia GES en adultos de 65 y más años inscrita año actual)*100	100% REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mantener Cobertura de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población de 65 y más años	Cobertura de atención Integral a personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales	Número de personas de 65 y más años con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales bajo control / Número de personas con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales de 0 y más años esperados según prevalencia x 100	25,45% REM

TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento, reducir las barreras de acceso y disminuir las brechas de tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población	Tasa de controles de atención Integral a personas de 65 y más con factores de riesgo, condicionantes de salud mental y trastornos mentales	Número de controles de salud mental totales realizados a personas de 65 y más años / Número de personas bajo control en el programa de salud mental.	4,42% REM
TRATAMIENTO	Garantizar el diagnóstico y asegurar el tratamiento para disminuir la morbi-mortalidad prematura asociada a enfermedades incluidas en el GES	Mejorar la calidad de atención de las personas, garantizando el diagnóstico y tratamiento de patologías GES de atención primaria en población de 65 y más años	Cumplir flujograma de acuerdo a Guías Clínicas y Listado de Prestaciones Específico para Atención Primaria según patología GES	(Nº de personas de 65 y más años con patología GES atendidas/Nº total de personas de 65 y más años con patología GES))*100	100% SIGGES

Transversales

Indicadores Estrategias de Salud Familiar y Comunitaria

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	FUENTE
ATENCION INTEGRAL	Fomentar dinámicas familiares sanas que permitan el desarrollo de todos sus integrantes	Tamizar las familias	Aplicación de encuesta de riesgo familiar SALUFAM	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	60%	REM P7

Indicadores Estrategias de Promoción Comunal

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	FUENTE
PROMOCION	Fortalecer el vínculo existente entre equipo de salud y organizaciones sociales.	Elaborar Diagnóstico Participativo Comunal en conjunto con CESFAM Aníbal Ariztía	Convocar a través de herramientas de comunicación social a usuarios de los CESFAM, Integrantes de los CDL, comunidad organizada y no organizada, grupos de especial protección de derechos, entre otros, como actores opinantes relevantes para participar en el proceso de levantamiento de información con respecto a las necesidades priorizadas en salud, para la elaboración del Diagnóstico Participativo. Contratación de empresa externa con fondos de ambos CESFAM.	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas	Plan de trabajo ejecutado	REM 19
PROMOCION	Fortalecer el vínculo existente entre equipo de salud y organizaciones sociales.	Sensibilizar a usuarios internos y externos de CESFAM Apoquindo acerca de temas de Promoción de Salud	Dar a conocer mensajes de campaña a través de hitos comunicacionales OPS-OMS (conmemoración de fechas importantes a través de eventos internos y externos utilizando estrategias como talleres, charlas)	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas	60% del plan de trabajo ejecutado	REM 19

Indicadores Estrategias de Participación Social

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	FUENTE
PARTICIPACION SOCIAL	Fortalecer la participación ciudadana en los procesos de toma de decisión en el sector salud	Mantener y Potenciar las instancias formales de participación social en el CESFAM. Favorecer la instalación de otras instancias de participación ciudadana	Elaboración de Plan de Participación Social integrando a Rpptes. Del Consejo de Desarrollo Local Realizar 4 reuniones del Consejo de Desarrollo Local. Reuniones de Red intersectorial y otras instancias de participación social.	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas	60% de actividades realizadas.	REM 19 Informe de Evaluación final Plan de Participación Social
PARTICIPACION SOCIAL	Fortalecer la participación ciudadana en los procesos de toma de decisión en el sector salud	Evaluar respeto de deberes y derechos, Ley 20,584	Aplicación de encuesta desde Oficina OIRS. Elaboración informe trimestral de resultado de las encuestas.	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas	100% de actividades realizadas.	Evaluaciones trimestrales, D.P. 1.3
PARTICIPACION SOCIAL	Fortalecer la participación ciudadana en los procesos de toma de decisión en el sector salud	Proporcionar a usuarios un sistema que facilite la entrega, recepción y respuesta de sus solicitudes ciudadanas, mediante el uso de formulario tipo.	Gestión de oficina OIRS, mantención de 3 buzones OIRS con formularios tipo a disposición de los usuarios.	n° de buzones dispuestos en salas de espera/ N° de buzones comprometidos	3 de buzones OIRS dispuestos en sala de espera.	Informe Encargada Participación Social

PARTICIPACION SOCIAL	Fortalecer la participación ciudadana en los procesos de toma de decisión en el sector salud	Fortalecer y consolidar mecanismos de participación ciudadana e institucionalizada para lograr una mayor incidencia de parte de ésta; expresar sus opiniones, prioridades, demandas, propuestas, solicitudes, etc.	Realizar reuniones Consejo de Desarrollo Local/Realizar reuniones Comité de gestión usuaria, paneles consultivos/entre otros.	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas	60% de las actividades realizadas	Actas de reuniones/ Registro fotográfico
PARTICIPACION SOCIAL	Fortalecer la participación ciudadana en los procesos de toma de decisión en el sector salud	Programar en conjunto con la comunidad usuaria e integrantes de organizaciones sociales actividades para abordar las necesidades y problemáticas priorizadas por la comunidad usuaria de los CESFAM a través del diagnóstico participativo del año 2024	Realizar reuniones con la comunidad usuaria, Consejo de Desarrollo Local, Comité de Gestión usuaria u otras instancias de participación ciudadana.	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas	60 % de las actividades realizadas	Actas de reuniones/ Registro fotográfico

Indicadores Programa de Tuberculosis en APS

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	FUENTE
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Localización de casos a través de la investigación bacteriológica(CPT)	N° de CPT estudiados 2025 - N° de CFT estudiados el año anterior (2024) x 100/N° CPT estudiados el año anterior(2024)	Aumentar un 5% el IP respecto del año anterior	Libro de Registro y Seguimiento de Casos Presuntivos de TBC
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar oportunamente a las personas expuestas a la transmisión de TBC de un caso confirmado	Investigación de contactos	N° de contactos intradomiciliarios con el 1° estudio completo x 100/N° total de contactos intradomiciliarios censados	90%	Tarjeta de Registro de Investigación de contactos de Tuberculosis
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Lograr el término de tratamiento de quimioprofilaxis TBC en contactos de 15 años y más	Tratamiento farmacológico preventivo	(N° de contactos de 15 años y más que completa quimioprofilaxis x 100/ N° de contactos de 15 años y más que inicia quimioprofilaxis	90%	Tarjeta de Registro de Investigación de contactos de Tuberculosis

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

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