PLAN DE SALUD

Índice

Índice 2

I. – INTRODUCCIÓN 4

II. DIAGNÓSTICO POBLACIONAL 5

1. Situación general de la población 5

2. Nivel de Pobreza comunal 6

3. Ingresos Habitantes de la Comuna 6

4. Proyección afiliación a sistema previsional de salud Casen 2000 de datos de Población de Censo 2002 6

5. Población inscrita y Validados por Fonasa Años 2005 -2009: 7

III. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD 8

1. Bases Conceptuales: 8

2. Valores que fundamentan nuestra acción: 9

3. Oferta de servicios o canasta de prestaciones: 10

4. Programas Comunales 12

5. Índices de actividad de Atención Primaria para el año 2009: 15

6. Garantías Explícitas de Salud (GES) 17

7. Controles de Calidad: 17

8. Centros de Salud: 18

IV. ATENCIÓN SECUNDARIA DE SALUD: 23

1. Centro de Imágenes: 24

2. Centro de Rehabilitación del Adulto Mayor (RAM). 25

3. Cosam Las Condes: 27

4. Laboratorio Clínico: 30

5. Servicios de Oftalmología 31

6. Endodoncia 32

V.- CAPACITACIÓN 2010: **33**

VI.- NUEVAS TECNOLOGÍAS: **34**

VII: PRESUPUESTO AÑO 2010 ..... **35**

VIII. Abreviaturas de uso común en el área de Salud **38**

I. – INTRODUCCIÓN

La Corporación de Educación y Salud de Las Condes, en el Plan de Salud 2010, demuestra su constante preocupación por la Salud de los vecinos de la comuna a través de las prestaciones realizadas por Atención Primaria y los otros Centros de Salud con respeto y calidad.

La Atención Primaria permite entregar mejores servicios, privilegiando particularmente el modelo de atención integral con enfoque familiar, que acerca los equipos de Salud a la comunidad.

Este modelo de atención permite mejorar la calidad de vida de las personas, las familias y las comunidades, con un énfasis en la anticipación de los problemas y el consiguiente acento en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, al permitirles a la comunidad, y por consiguiente a la familia, tener un rol participativo en la búsqueda de los problemas de salud y por lo tanto también en las soluciones.

Para que la atención primaria sea más eficiente y resolutiva, los usuarios pueden acceder actualmente en nuestra comuna a servicios de mayor complejidad que se realizan en el Centro de Imágenes, Centro de Rehabilitación del Adulto Mayor, Laboratorio Comunal, Atención Oftalmológica y Endodoncia, y por último un Centro de Atención de Salud Mental.

La salud de la comuna no es ajena a la realidad nacional, por lo que el número de inscritos en nuestros Centros ha experimentado un alza en relación a años anteriores, producto principalmente de la migración de las isapres hacia Fonasa. Esta situación debe ser reflejada en la programación de las acciones de todos los centros.

A pesar de todas estas mejoras realizadas en salud, lo que se traduce en las altas metas alcanzadas tanto en prevención y promoción de la salud, como en actividades recuperativas y al tener un porcentaje de resolutividad cercano al 93%, existen aún innumerables problemas por resolver, sobre todo en lo que respecta a las derivaciones a hospitales públicos.

Como es sabido, la Municipalidad de Las Condes ha firmado un innovador convenio con la empresa privada en busca de un proyecto conjunto que le permita resolver esta situación, dando origen a la Clínica Municipal de Las Condes***, la Primera Clínica de carácter público- privado del país***, que entrega atención médica de Especialistas, con la gestión del sector privado.

Su administración está a cargo de la Sociedad Interclínica S.A., la que tiene la concesión de este centro por un período de 40 años y se emplaza en terrenos de la ex Clínica Cordillera, en un sector de fácil acceso para todos sus usuarios. La

Clínica Municipal de Las Condes cuenta con Unidades de hospitalización, pabellón, servicios de urgencia, unidades de exámenes y centro médico.

En el año 2009 se realizaron 634 atenciones por especialidad; 496 consultas; 83 exámenes; y 55 cirugías.

Para el año 2010, continuaremos con lo que nos ha caracterizado como es la preocupación por nuestros equipos, invirtiendo en infraestructura para tener estándares de alta calidad, e implementando nuevos procesos tecnológicos, todo esto con el objetivo último de dar un servicio de excelencia a nuestros vecinos y contribuir así al mejoramiento de la calidad de vida de ellos.

II. DIAGNÓSTICO POBLACIONAL

1. Situación general de la población

La comuna de Las Condes según el Censo 2002 tiene una población proyectada para el año 2010 de 286.204 habitantes, de los cuales el 45,07% son hombres y el 54,93% mujeres.

Para el año 2009, según las proyecciones del INE, la población de la comuna de Las Condes tiene la siguiente segmentación etárea:

Año 2009				
Rango de Edad	Hombres	Mujeres	TOTAL	%
0- 4	8.358	8.022	16.380	5,78
5-9	8.529	8.189	16.718	5,90
10-14	8.883	8.870	17.753	6,27
15-19	9.775	10.531	20.306	7,17
20-24	10.652	11.773	22.425	7,92
25-29	10.807	11.983	22.790	8,05
30-34	9.837	11.537	21.374	7,55
35-39	9.954	11.629	21.583	7,62
40-44	9.364	11.044	20.408	7,21
45-49	8.390	10.873	19.263	6,80
50-54	7.469	10.237	17.706	6,25
55-59	6.369	9.008	15.377	5,43
60-64	5.656	8.175	13.831	4,88
65-69	4.877	7.427	12.304	4,34
70-74	3.488	5.449	8.937	3,16
75-79	2.517	4.464	6.981	2,46
80+	2.648	6.442	9.090	3,21

El cuadro anteriormente expuesto es de especial importancia, pues permitirá trabajar las acciones en salud con datos poblacionales reales.

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.

2. Nivel de Pobreza comunal

Según los resultados de la encuesta Casen 2006, los rangos de pobreza de la comuna son los siguientes:

Indigencia	Pobreza no indigente	Total pobreza	No pobres
0,60%	1,70%	2,30%	97,70%

Fuente / Encuesta Casen 2006

3. Ingresos Habitantes de la Comuna

De acuerdo a los datos de la misma encuesta Casen 2003, el ingreso promedio de los hogares de la comuna es superior al ingreso promedio nacional y hasta dos veces superior al ingreso promedio de hogares de la Región Metropolitana.

Ingresos	Las Condes	R. Metropolitana	Nacional
Autónomo	$ 2.227.761	$ 718.961	$ 534.735
Subsidios	$ 665	$ 3.724	$ 5.840
Total	**$ 2.229.416**	**$ 722.685**	**$ 540.575**

$ Miles de pesos
Fuente Casen

4. Proyección afiliación a sistema previsional de salud Casen 2000 de datos de Población de Censo 2002

Comunas	Total	Público	FFAA	Isapres	Particular	Otro	No Sabe
La Reina	96.762	28.748	1.603	57.596	8.314	401	100
Las Condes	249.892	45.637	5.009	185.889	12.522	557	278
Lo Barnechea	74.748	44.320	661	23.814	4.630	1323	/
Macul	112.536	69.893	3.877	30.785	6.955	342	684
Ñuñoa	163.511	50.601	4.182	89.701	17.773	627	627
Peñalolén	216.061	142.963	5.048	49.270	17.164	606	1.010
Providencia	120.874	30.811	4.740	67.152	17.381	790	/
Vitacura	81.499	11.500	/	61.499	5.500	3.000	/
TOTAL	**1.115.883**	**424.473**	**25.120**	**565.706**	**90.239**	**7.646**	**2.699**

La población de Las Condes representa un 22,4% de la población total del SSMO. Si consideramos los afiliados a Isapres, Las Condes tiene el mayor número, lo que representa el 35,4% en este sistema previsional.

Por otra parte, de la población total de Las Condes sólo el 18,3% es beneficiaria del sistema público de salud.

Comunas	1998	2005				
	Total Beneficiados	Total Beneficiados	0-9 años	10-19 años	20-64 años	65 más
La Reina	27.512	33.565	3.970	5.318	18.976	5.301
Las Condes	40.355	58.992	6.953	8.159	34.801	9.079
Lo Barnechea	20.818	31.117	5.122	5.369	18.389	2.237
Macul	59.767	84.326	11.534	14.794	47.734	10.264
Ñuñoa	54.518	67.056	8.549	9.340	33.998	15.169
Peñalolén	105.538	163.842	29.063	28.649	92.675	13.455
Providencia	19.164	32.535	3.094	3.888	17.709	7.844
Vitacura	8.800	14.599	986	1.235	9.938	2.440
TOTAL	**336.472**	**486.032**	**69.271**	**76.752**	**274.220**	**65.789**

En general, la composición entre las comunas es bastante diversa, en un rango entre un 14% de afiliación al sistema público en la comuna de Vitacura, frente a un 66% en Peñalolén. Según la población beneficiaria actual, se observa que Las Condes representa el 12% de los beneficiarios del SSMO.

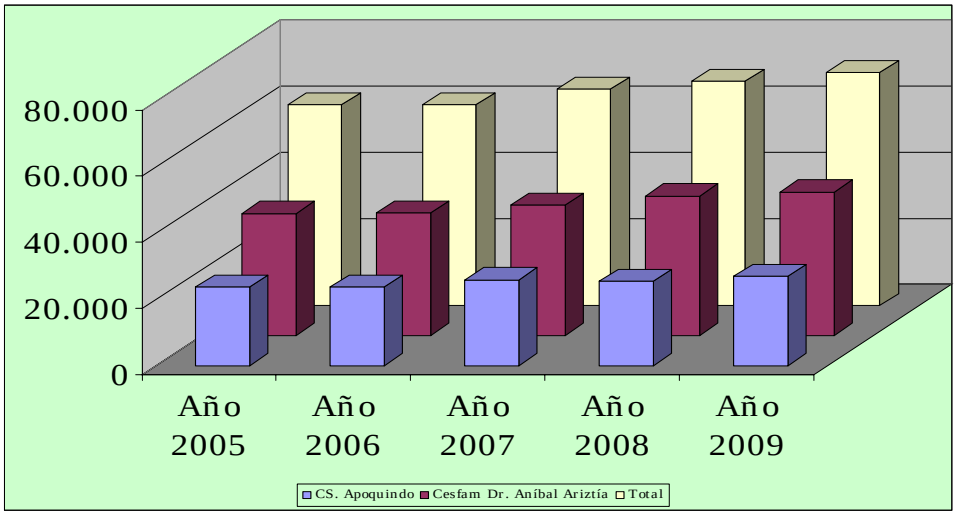
Si se considera la distribución en la población actual de la comuna, existe un 11.68% de los niños de 0 a 9 años, cifra similar a la indicada en el período anteriormente señalada; un 13,43% de preadolescentes y adolescente (10 a 19 años); un 61,7% de adultos (20 a 64 años). Esta cifra sube en casi 3% en relación al período anterior; y un 13,19% de adultos mayores, cifra que también sube en casi dos puntos.

Estos datos permiten establecer que la población comunal está paulatinamente envejeciendo, mientras que la tasa de natalidad proyecta una disminución en los años venideros.

5. Población inscrita y Validados por Fonasa Años 2005 -2009:

A continuación el detalle de los inscritos en los dos Centros de Salud, que administra la Corporación, validados por Fonasa:

Datos preliminares para el año 2009:



A junio del año 2009, la población comunal validada por Fonasa llega a 79.300 personas, de los cuales 30.724 pertenecen al Centro de Salud Apoquindo, y 48.576, al Cesfam Aníbal Ariztía. Estas cifras representan un incremento de 8.888 personas en comparación al año 2008, siendo, además, cinco veces mayor que el del año inmediatamente anterior, que fue alrededor de 1.600 usuarios nuevos**.**

III. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

1. Bases Conceptuales:

Para la Municipalidad de Las Condes, a través de la Corporación de Educación y Salud, la Atención Primaria es asumida como una responsabilidad social ya que al ingresar a ella los beneficiarios Fonasa, acceden a las prestaciones de salud en forma gratuita y además es la puerta de entrada a la red pública de salud.

Por lo anterior, la Corporación tiene una constante preocupación para que ésta, la Atención Primaria, sea dada con los más altos estándares de calidad, y ofrecer además una amplia variedad de servicios a la población para hacer la salud un bien asequible de excelencia y resolutivo.

El nivel de Atención Primaria constituye una estrategia en salud que exige la combinación eficiente de una amplia gama de servicios y recursos, en beneficio de

las personas y de la comunidad. Con ese objetivo, se ha integrado **el modelo de atención de Salud Familiar** que atiende al usuario con un enfoque biopsicosocial.

Se trabaja con los colegios, juntas de vecinos y organizaciones comunitarias con un equipo multidisciplinario de profesionales que los conecta con el estamento de las especialidades en los hospitales del área oriente de Santiago, completando así el sistema de redes de la Salud Pública.

Así, se asume la Atención Primaria como una responsabilidad social del municipio, que considera que la salud es un ***Derecho de todos.***

2. Valores que fundamentan nuestra acción:

- Calidad
- Equidad
- Relevancia
- Costo – efectividad

Bajo este marco valórico, la Dirección de Salud realiza actividades que buscan responder a las necesidades de los residentes de la comuna, actuando sobre los factores de riesgo y promoviendo hábitos de vida saludable para mejorar la calidad de vida de nuestros vecinos.

El actuar en forma anticipada permite optimizar los recursos existentes, y a su vez disminuye el desgaste emocional que provocan las enfermedades, tanto para el que las padece como para su entorno.

De igual forma, se trabaja en actividades curativas y de rehabilitación con una gran gama de servicios, aunque cabe señalar que estas actividades tienen un mayor costo, y una capacidad de respuesta más limitada, puesto que el usuario ingresa al sistema con una patología ya existente.

Para entregar estas acciones, la Corporación cuenta con dos centros de atención primaria:

- Centro de Salud Apoquindo.
- Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía.

También tiene un centro de atención de urgencia:

- Sapu Dr. Aníbal Ariztía

Los tres atienden con gratuidad a todos los beneficiarios del Sistema Público de Salud inscritos en los centros, que incluye Fonasa, Prais, pensionados y otros;

y también atienden vecinos que cancelan un arancel, por carecer de sistema previsional, o estar afiliados a Isapres.

Además, los tres servicios comparten **características comunes**, propias de la Atención Primaria:

- ***Accesibilidad***: Los centros cuentan con un procedimiento común de acceso a sus prestaciones, según el paciente requiera **atención inmediata** o diferida, si puede llegar por sus medios o requiere traslado, o bien si prefiere ser atendido más cerca de su hogar, para lo cual acceden a las consultas comunales (miniconsultorios).

- ***Continuidad***: Una vez que ingresa el paciente a la Atención Primaria, se le ofrecen servicios que lo acompañan a lo largo de todo su ciclo vital y el de su familia, metodología que corresponde a la Medicina Familiar.

- ***Integralidad***: Un equipo multidisciplinario, conformado por diferentes profesionales con la colaboración constante de personal administrativo y técnico del más alto nivel, entrega al usuario su gama de prestaciones, basado en un enfoque biológico, social y psicológico.

- ***Intersectorialidad***: Los centros de salud comunal trabajan permanentemente vinculadas a las instituciones y organizaciones comunales, creando redes que faciliten el acceso de la comunidad a los servicios y beneficios que la comuna ofrece a sus vecinos. Estas redes también abarcan a servicios de salud extracomunales.

- **Privacidad y confidencialidad**: La Dirección de Salud mantiene los datos aportados por sus usuarios en la más estricta confidencialidad y a su vez privacidad.

- ***Capacitación continua***: Como una forma de entregar a los usuarios de los servicios de salud comunales una atención de calidad, la Dirección de Salud de Las Condes cuenta con una política de permanente perfeccionamiento a los funcionarios de los distintos centros de salud comunales, en sus respectivas áreas de trabajo.

3. Oferta de servicios o canasta de prestaciones:

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

Prestaciones Otorgadas:

- Control Diada madre – hijo, en el marco del programa “Chile Crece contigo”.
- Control de niño sano, adolescente, adulto y adulto mayor.

- Control del binomio, toma de papanicolau, consulta gineco-obstétrica (por especialista).
- Consultas por enfermedades agudas y crónicas, incluyendo patologías GES.
- Control de salud bucal y tratamientos odontológicos.
- Atención Kinésica respiratoria infantil y adultos, reforzada durante el período invernal.
- Consultas de salud mental.
- Asistencia Social en pensiones, integración de redes sociales, obtención de beneficios de salud de la municipalidad.
- Atención domiciliaria a postrados por equipo multidisciplinario.

Otros Servicios:

- Atención para tratamiento inyectable: domiciliario y ambulatorio.
- Toma de muestras para exámenes de laboratorio (domiciliario y ambulatorio) y electrocardiograma.
- Métodos de manejo avanzado de heridas por enfermera capacitada en la utilización y manejo de estos insumos.
- Vacunatorio permanente y campañas de vacunación infantil ,antinfluenza y todas las indicadas por el MINSAL.
- Atención podológica para diabéticos.
- Entrega de alimentación complementaria para niños, embarazadas y adultos mayores.
- Entrega de medicamentos con mayor oferta que la canasta básica de APS.
- Radiología Dental.
- Confección de prótesis dentales para hombres y mujeres de escasos recursos.

Actividades Comunitarias:

Se realizan en jardines infantiles, colegios, sedes vecinales, club de adultos mayores, recintos municipales, miniconsultorios, etc.

Corresponden a:

- 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:

Desde el año 2001, el Cesfam Dr. Aníbal Ariztía, se encuentra acreditado para realizar pasantías nacionales de Salud Familiar, destinadas a profesionales y no profesionales de los distintos centros de salud del país que se encuentran en etapas menos desarrolladas de implementación del Modelo de Salud familiar.

4. Programas Comunales

El municipio tiene un rol preponderante en el cuidado de la salud de las personas, para articular la gestión de políticas sociales en beneficio de la calidad de vida de los habitantes de la comuna.

Entre los programas que se realizan en la comuna, destacan los siguientes:

- **Plan de Promoción de Salud:** Al igual que años anteriores, en Promoción de la Salud se está trabajando en base a un Plan de Promoción de la Salud elaborado de acuerdo a los lineamientos y orientaciones programáticas del SEREMI de Salud.

Con una población objetivo programada para este año de 39.000 habitantes, aproximadamente, se espera finalizar el año con una cobertura de 100%. Se mantiene este año como estrategia de trabajo el Análisis de Contexto, que obliga a socializar las discusiones y decisiones en el ámbito de la promoción de la salud con la comunidad en una mesa intersectorial.

Se proyecta para el próximo año incorporar en las actividades de promoción de la salud intervenciones dirigidas a la comunidad escolar que refuercen la buena convivencia sobre todo entre los alumnos, por medio de talleres focalizados a los padres y apoderados.

- **Programa de Atención Adulto Mayor (AM) en Comunidad:** Este Programa se constituye como una reciente iniciativa que viene a dar respuesta a una necesidad del AM de la comuna; esto es tanto para los que participan en las organizaciones del Departamento del AM y que no están inscritos en los centros de salud, como para los beneficiarios de los centros que no se encuentran al día en sus controles.

A diferencia del 2008, este año el programa estuvo orientado a brindar atención de salud preventiva a adultos mayores pertenecientes a los Clubes del Departamento del Adulto Mayor. Están en control aproximadamente 750 vecinos, de los cuales la mitad está inscrita en los centros de salud. Sin embargo, muchos de ellos no se habían realizado el examen preventivo.

La mayoría de las personas examinadas presentan alguna enfermedad crónica, Hipertensión Arterial y/o Diabetes, por lo que se ha

aprovechado la instancia como una oportunidad para entregar contenido educativo sobre alimentación saludable y autocuidado.

Las proyecciones para el próximo año son aumentar la cobertura incorporando nuevos grupos de AM y privilegiar la entrega de contenido educativo en folletos.

- **Programa Integrado de Salud Escolar (PISE):** Durante este año, el programa de salud escolar, incorporado como una herramienta de apoyo a la formación de los alumnos de los seis colegios municipales y los cuatro concesionados, ha contribuido a la resolución de los problemas de salud que mayor impacto tienen en el proceso de enseñanza – aprendizaje.

Esta actividad se ha apoyado con la entrega de material educativo relacionado con la alimentación saludable. En lo que respecta a los beneficios aportados por la Junaeb, este año se aumentó la cobertura ingresando al programa alumnos que hasta el año pasado tenían Isapre, y actualmente son usuarios de Fonasa.

Otra de las vertientes del programa es la atención de primeros auxilios que se brinda a los alumnos accidentados, a través de las enfermerías de los colegios. Este año se logró implementar la Unidad de Primeros Auxilios del colegio Diferencial Paul Harris, llegando a seis enfermerías.

Las proyecciones para el próximo año son mejorar y/o mantener la cobertura del programa de salud escolar en todos sus ámbitos. Se espera seguir trabajando en red con las coordinadoras de salud y auxiliares paramédicos, en una labor que requiere un alto grado de dedicación, sobre todo en lo que respecta el seguimiento de los controles y atenciones médicas, ya que si bien es una garantía que otorga en forma mixta la Corporación y la Junaeb, hay padres que no lo valoran lo suficiente, por lo que se espera realizar una intervención educativa dirigida a ellos.

- **Programa de Prevención de consumo de alcohol y drogas:**

Durante el año en curso, se continuó con la aplicación de La Aventura de la Vida como programa eje para los alumnos de 3º, 4º y 5º año básico de los colegios municipales.

Para los cursos intermedios, se promovió la implementación de los programas de prevención de drogas del Conace en coordinación con el Previene de la comuna y la Dirección de Educación. Estos programas de

prevención forman parte de la malla curricular de educación y contribuyen a promover estilos de vida saludables, privilegiando el enfoque de factores protectores.

Se proyecta para el próximo año, mantener estas iniciativas y reforzarlas con charlas para los padres.

- **Examen de Salud Preventivo del Adulto Joven, y del Adulto Mayor**: Incluye un test pondoestatural, Screening, presión arterial, papanicolau, índice de masa corporal, y evaluación de riesgo para enfermedades cardiovasculares. Se realiza a 500 personas entre 20 y 64 años de edad, en fechas a convenir para ocupar sedes vecinales.

- **Mirando el futuro con clara visión:** Este programa oftalmológico dirigido a adultos mayores y menores, permite la detección de patologías tales como: vicios de refracción, glaucoma, cataratas, retinopatías diabéticas y/o hipertensivas. Cabe destacar que es un servicio muy bien evaluado por los beneficiaros y vecinos de Las Condes, ya que permite complementar los programas ministeriales aumentando la cantidad atenciones, mejorando la calidad de la prestación y la cobertura.

- **Derrotando al Cáncer:** Este programa consiste en la realización de un screening mamográfico gratuito, cuyo objetivo es la detección precoz y el tratamiento oportuno de cáncer de mamas, en mujeres mayores de 35, años inscritas en los Centros de Salud, y que son Fonasa A y B.

- **Salud bucal en adulto mayor**: Programa que tiene como objetivo hacer revisión preventiva a 700 adultos mayores. Una vez hecho el diagnóstico el usuario se les deriva, en caso de ser necesario, a tratamiento según su situación previsional. El diagnóstico se acompaña de un cepillo de dientes con una charla educativa para mantener su higiene bucal.

- **Sonriámosle a la vejez:** Tiene por meta la colocación de 350 prótesis dentales para adultos mayores, previo tratamiento integral odontológico.

- **Programa de Suplemento Alimenticio:** Conscientes de la importancia del estado nutricional en los dos primeros años de vida, se entrega leche maternizada (NAN) o un suplemento calórico (Nessúcar), a aquellos menores que están bajo los parámetros estandarizados, para su normal desarrollo.

- **Programa Dental Móvil:** Este programa refuerza, el programa Odontológico Infantil de los Centros de Salud, colocando dos clínicas dentales móviles, que atienden a alumnos de kinder, primero y séptimos básicos de los colegios municipales. Se realizan acciones de diagnóstico y tratamiento.

5. Índices de actividad de Atención Primaria para el año 2009:

Actividad General:

- ❖ Realización del Plan de salud.
- ❖ Cobertura Examen de medicina Preventiva, hombres de 20 a 44 años.
- ❖ Cobertura Examen de Medicina Preventiva, mujeres, de 45 a 64 años.
- ❖ Cobertura de evaluación funcional del Adulto Mayor y más.
- ❖ Alta odontológica en Población menor de 20 años.
- ❖ Ingreso a control de embarazo, antes de las 14 semanas.
- ❖ Cobertura de Diabetes Mellitus tipo 2.
- ❖ Cobertura Hipertensión Primaria o esencial.

- Porcentaje de niños(as) de 12 a 23 meses recuperados.
- Brindar acceso a la atención de Salud hasta las 20 hrs. de Lunes a Viernes.
- Tasa de visita Integral.
- Tasa de visita al paciente postrado
- Cumplimiento GES APS.

Actividad con Garantías Explícitas:

- Diabetes Mellitus Tipo II.
- Infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños menores y baja en mayores de 65 años de manejo ambulatorio.
- Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en personas de 65 años y más.
- Hipertensión Arterial primaria esencial en personas de 15 años y más.
- Epilepsia no refractaria desde 1 año y menores de 15 años.
- Salud oral integral para niños de 6 años.
- Vicios de refracción en personas de 65 años y más.
- Depresión en personas de 15 años y más.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio.
- Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años.
- Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada.
- Urgencia odontológica ambulatoria.
- Salud Oral integral del adulto de 60 años.
- Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años.
- Plan de Salud 2009

Metas Sanitarias 2009:

1. Evaluación del DSM a los 18 meses
2. Cobertura PAP
3. Atenciones Dentales
    - Cobertura altas Odontológicas totales en niños de 12 años.
    - Cobertura Alta Integral Odontológicas en embarazadas primigestas.
    - Cobertura Altas odontológicas totales en niños de seis años.
    - Cobertura de Altas odontologiota totales en embarazadas no primigestas.
4. Compensación de personas con DM bajo control de 20 y mas años.
5. Compensación de personas con HTA bajo control de 20 y mas años

6. Mantener o disminuir el % Promedio Nacional de obesidad en menores de seis años bajo control obtenido como línea de base medido con nuevas curvas OMS 2007.
7. Profesionales con agenda centralizada en SOME en cada establecimiento.
8. Consejos de Desarrollo de Salud funcionando regularmente.
9. Gestión de reclamos.
10. Vacunación 3º dosis Pentavalente del Programa Nacional de Inmunizaciones.

6. Garantías Explícitas de Salud (GES)

Durante el año 2009 se han incorporado al sistema de atención de salud nuevas patologías GES, pero en modalidad **Piloto**, lo que implica que la Atención Primaria realiza una evaluación para determinar la demanda y realizar los procesos administrativos correspondientes. Así, cuando sean determinadas como GES éstas puedan acceder a la canasta de prestaciones en forma expedita.

La Atención Primaria es parte de la red de prestaciones de las patologías Ges lo que implica que es una obligación legal realizar lo que las canastas de prestaciones definen, ya sea en atenciones, exámenes procedimientos y medicamentos.

A su vez, llevar los registros correspondientes en línea para que, como su nombre lo dice, garantizar el cumplimiento de estas patologías.

7. Controles de Calidad:

Concientes de que es importante el monitoreo de la gestión en Atención Primara, existe un doble Sistema de Evaluación a los centros de salud comunales:

A. Ministerial: Corresponde a un control técnico que mide tanto el cumplimiento de los Índices de Actividad de Atención Primaria (IAAPS), como el de metas sanitarias, que responden a criterios epidemiológicos nacionales. En el año 2009, el cumplimiento comunal alcanzó el máximo tramo, correspondiente al **99.99%,** por el cual los funcionarios se beneficiaron con un estímulo económico por este concepto.

B. Municipal: Es el control de calidad medido mediante una Encuesta de Satisfacción Usuario, en la que se evalúa la perspectiva que tienen los clientes, de los servicios comunales. En el año 2009, se alcanzó una ponderación general de **95%** de satisfacción, del total de encuestados.

8. Centros de Salud:

El nivel de Atención Primaria, constituye una estrategia de salud que exige la combinación eficiente de una amplia gama de servicios y recursos, en beneficio de las personas y de la comunidad. Con este objetivo se ha integrado a los consultorios de Las Condes el Modelo de Salud Familiar, que atiende al usuario y su entorno.

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

a.- Centro de Salud Apoquindo:

El Centro de Salud Apoquindo se encuentra ubicado en calle Cerro Altar 6611, y atiende preferentemente a los vecinos del sector norte de la comuna. Su población inscrita y validada por Fonasa es de 27.610 usuarios.

Es importante destacar que cerca del 25% de esta población corresponde a Adultos Mayores, dato que debe ser considerado al momento de elaborar las líneas estratégicas de acción para este centro.

El Centro de Salud Apoquindo cuenta con un equipo, que se capacita en forma permanente en temas específicos y generales, con el objetivo de tener una mirada sistémica en la atención de las personas y por ende aborda el trabajo con familias y comunidades en su acompañamiento a lo largo de su ciclo vital.

Para cumplir con este modelo, el Centro creó equipos multidisciplinarios que entregan su atención a los usuarios que previamente han sido agrupados en sectores, de acuerdo a sus respectivos domicilios. Este modelo tiene por objetivo generar una atención más cercana con la población.

Se realizan acciones de prevención y promoción primarias. A su vez, secundaria y terciaria; esto es prevenir las complicaciones y secuelas de las enfermedades agudas, subagudas y crónicas lo que considera:

- control de patología crónica por parte de diferentes profesionales
- actividades recuperativas de patologías bucales en las diferentes etapas del ciclo vital
- aplicación de pautas especiales para detección y tratamiento: riesgo biopsicosocial en embarazadas y niños, de riesgo en el desarrollo

psicomotor, incluidos en el componente Salud del programa Chile Crece contigo, consumo perjudicial de OH y drogas, salud mental, salud cardiovascular, incluidas en la ley de patologías GES.

- ❖ exámenes de dg. Precoz de patologías específicas como son PAP, glicemia, perfil lipídico, fondo de ojo para diabéticos.
- ❖ entrega de fármacos según patología

El establecimiento dispone del equipamiento y de los recursos humanos calificados para abordar el desafío de prevenir enfermedades, y en caso que éstas ya existan, pesquisarlas precozmente, confirmar diagnósticos, tratarlas de acuerdo a los protocolos y cumplir su rol en la red asistencial. En síntesis, mejorar la calidad de vida de la población.

El Centro de Salud Apoquindo, conforme a los lineamientos de las políticas sanitarias, trabaja con las fuerzas vivas de la comunidad, a fin de generar una retroalimentación mutua de la realidad de los vecinos, con la percepción que éstos tienen de la misma.

Con esta relación, es posible informar a los vecinos y realizar las acciones más acordes a sus necesidades.

Proyecciones para el año 2010: El Centro de Salud Apoquindo se encuentra en **proceso de transformación a Centro de Salud Familiar,** lo que se enmarca dentro de la política nacional de reforma al sistema de salud. Para el cumplimiento de este objetivo se han realizado varias acciones en el ámbito organizacional.

Se consolidó el trabajo de sectorización en la comunidad, lo que se ha traducido, en equipos de salud multidisciplinarios con su población definida, la que ha ido reconociendo en estos “su equipo de cabecera”.

Para consolidar este proceso de sectorización se plantea la creación de **un Equipo de Atención a Personas Postradas**, con el objetivo de visitar y atender a beneficiarios del Centro, que por su condición de salud, no puedan trasladarse por sí solos.

De igual forma, se está trabajando en el **aumento de la oferta de horas dentales en horario vespertino** para satisfacer la alta demanda en este tipo de atenciones y ampliar la gama de posibilidades a los usuarios para acceder a esta prestación.

Actividades realizadas

Año	Médico		Consulta Enfermera	Consulta Nutricionista	Consulta Psicólogo	Visitas Domiciliarias
	Morbilidad	P. Crónicas				
2008	23.063	10.072	7.788	4.289	2.244	1.638
2009	25.506	13.485	11.420	3.936	2.871	1.650

b.- Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía

El Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía se encuentra ubicado en Avenida Paul Harris 1140, siendo preferentemente su campo de acción a los vecinos del sector sur de Las Condes, los que son mayoritariamente residentes de la comuna.

Es uno de los dos Centros de Salud de la Comuna de Las Condes, que tiene como su Misión la de *"Ser un Centro Docente asistencial que entrega un servicio de salud con enfoque familiar, a los residentes de Las Condes, beneficiarios del Sistema de salud Pública. Para ello, considera la problemática biopsicosocial y responde con una atención 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."*

Para lo cumplir lo anterior, pone a disposición de sus usuarios equipos de cabecera multidisciplinarios con alta calidad técnica y humana. Éstos cumplen su labor asistencial, tanto en el Centro de Salud como en las cinco miniconsultas, ubicadas estratégicamente, a fin de acercar el Centro y la Salud a nuestra población.

Atiende a una población de inscritos validados por FONASA de 48.570 personas, que corresponden alrededor de 14.080 familias, con un alto porcentaje de familias uni o bipersonales, representadas por el alto número de adultos mayores que se encuentran inscritos en este centro, lo que es coincidente con la situación nacional en cuanto al aumento progresivo y sostenido de población mayor de 60 años.

Actualmente el Centro de Salud se encuentra en etapa IV de desarrollo (máximo grado), como centro de salud familiar, alcanzando un destacado lugar en la evaluación realizada por el MINSAL, en cuanto a consolidación como tal, lo que lo valida más aún como centro docente, tanto para carreras de pregrado: medicina

enfermería, técnicos paramédicos, como centro de referencia nacional para pasantías en salud familiar que se realizan ya tradicionalmente, dos por cada año.

Proyecciones 2010:

Las acciones consideradas para el año 2010 proyectan un fuerte énfasis en la promoción y prevención de salud, entendiendo a éstas como ejes de acción fundamental para asegurar a los usuarios de la comuna una mejor calidad de vida.

Considera también los objetivos ministeriales: metas sanitarias, índices de actividad de atención primaria, patología GES.

Proyecta también, la consolidación del Plan de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial: Chile Crece Contigo, el que tiene como fin último detectar precozmente las vulnerabilidades de los niños menores de cuatro años y a sus familias, para garantizar el óptimo desarrollo integral de los mismos.

Actividades realizadas:

Año	Médico		Consulta Enfermera	Consulta Nutricionista	Consulta Psicóloga	Visitas Domiciliarias
	Morbilidad	P. Crónicas				
2008	46.454	15.246	16.533	7.650	6.020	11.744
2009	49.241	15.703	17.359	7.803	6.742	12.331

c.- Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU): Ubicado en calle La Escuela Nº 1229, atiende la población comunal, en horario ininterrumpido, los 365 días del año. Resuelve urgencias médicas y dentales, y está comunicado permanentemente con los hospitales base, de niños y adultos, donde se derivan los pacientes con patologías de mayor complejidad.

Para una derivación oportuna, cuenta con tres ambulancias, las que están completamente equipadas para responder a emergencias vitales. El servicio de ambulancia también está presente en eventos masivos y actividades deportivas, cuando se les solicita. Desde este año, cuentan con sistema de GPS, lo que permite monitoreo permanente y una mejor administración del recurso. Así también se ha extendido el horario de ambulancias para una mayor cobertura.

El mayor número atenciones se realizan a vecinos de la comuna, sin embargo hay un número significativo de atenciones a pacientes de comunas vecinas, como La Reina y Vitacura, que no cuentan con SAPU.

El personal de SAPU lo conforman alrededor 42 funcionarios entre médicos, odontólogos, enfermeras, técnicos paramédicos y administrativos.

Es importante destacar que gran parte del personal médico cuenta con formación en distintas especialidad, lo que permite un mayor nivel de resolutividad de las diferentes patologías: ginecología, urología, medicina interna, radiología, pediatría.

En el presente año, el SAPU registró un alza significativa en las consultas a causa del virus influenza. Sin embargo, logró aumentar la dotación de profesionales médicos, paramédicos y enfermeras que permitió enfrentar satisfactoriamente este evento. Para abordar este tipo de situaciones, se creó una sala de TRIAGE, que permite priorizar las atenciones en forma objetiva y dar una atención más oportuna y eficiente, con menores tiempos de espera.

Durante el año 2009, el SAPU cuenta con el apoyo de dos técnicos paramédicos altamente calificados, los que, en motocicletas, respaldarán la labor de las ambulancias comunales, al tener una mayor facilidad de desplazamiento.

Con este sistema, se busca entregar una atención de urgencia más oportuna a aquellas personas que sufran algún tipo de accidente en la vía pública, en espera de la llegada de la ambulancia para el correspondiente traslado y atención médica.

Proyecciones 2010

Para el año 2010, el SAPU contará con sistema de ficha electrónica, la que permitirá atenciones mas expeditas, entregando información a los pacientes en forma más clara y completa y aliviando el manejo administrativos de receta, indicaciones, insumos y medicamentos.

Asimismo, se implementará un sistema que permite una coordinación entre las ambulancias y los semáforos de las principales rutas utilizadas, permitiendo un trayecto mas expedito en las horas de mayor tráfico.

Actividades realizadas

RESUMEN ANUAL ESTADISTICA	SAPU ARIZTIA								2009
SECCION A CONSULTAS MEDICAS	*Enero*	*Febrero*	*Marzo*	*Abril*	*Mayo*	*Junio*	*Julio*	*Agosto*	*TOTAL*
TOTALES	5413	4152	5400	6041	5223	7098	4637	5065	43029
SECCION B PROCEDIMIENTOS MEDICOS									
SUTURA	95	88	99	68	54	71	63	51	589
AFRONTAMIENTO	53	16	38	36	77	24	31	25	300
EXTRACCION CUERPO EXTRAÑO	7	6	4	11	9	8	6	6	57
DRENAJE	16	10	11	13	8	10	4	10	82
FERULAS	18	17	35	53	47	33	16	23	242
TAPONAMIENTOS		3	3	1		2	3	4	16
PCR AVANZADO	1		1	3		1	4	2	12
MONITOREO	10	5	9	10	20	18	26	14	112
ALCOHOLEMIAS	27	31	50	48	58	60	51	13	338
CONSTATACION DE LESIONES	467	416	494	441	468	516	548	463	3813
ACCIDENTES ESCOLARES	2		69	125	44	70	38	103	451
	696	592	813	809	785	813	790	714	6012
SECCION C PROCEDIMIENTO DE ENFERMERIA									
INYECTABLE	3434	2514	3897	3607	2953	3095	2385	2771	24656
CURACIONES	389	311	378	333	305	217	216	233	2382
PUFF	10	13	74	28	64	170	33	83	475
NEBULIZACIONES	269	207	361	371	401	400	345	463	2817
FLEBOCLISIS	780	514	707	649	550	546	384	582	4712
TRATAMIENTO ANTITERMICO	68	26	42	46	25	106	26	30	369
ASEO, SELLO OCULAR	29	20	32	46	27	20	17	16	207
ACCUTRENDT	246	196	224	261	267	277	255	379	2105
COMBURT TEST	230	235	242	233	220	210	189	292	1851
OXIGENOTERAPIA	63	50	67	61	79	108	91	88	607
INMOVILIZACIONES	37	37	36	29	39	35	32	34	279
E.C.G.	197	141	209	266	207	180	161	161	1522
VACUNAS	40	23	47	34	54	17	30	25	270
SONDEO GENERALES	22	16	33	26	37	10	15	20	179
	5814	4303	6349	5990	5228	5391	4179	5177	42431
SECCION D TRASLADOS DE AMBULANCIAS									
TOTAL	660	476	620	632	680	640	780	643	5131

IV. ATENCIÓN SECUNDARIA DE SALUD:

La Atención Secundaria tiene como propósito dar una mayor resolutividad a la Atención Primaria, a través de un oportuno y óptimo acceso a prestaciones de especialistas y de apoyo diagnóstico de calidad, para los vecinos de Las Condes.

Su implementación ha sido adecuada a lo que el Estatuto de Atención Primaria permite realizar a las municipalidades o a las instituciones en las que ha delegado su administración, en este caso, la Corporación de Educación y Salud de Las Condes.

Las Atenciones calificadas como Secundarias se entregan en los siguientes servicios:

1. Centro de Imágenes:

Se ubica en Cerro Altar 6611, anexo al Centro de Salud Apoquindo. Entrega un servicio de Imagenología a los vecinos, preferentemente a los usuarios de la red de salud comunal, de certeza diagnóstica, con altos estándares de calidad y oportunidad, accesibles económicamente (Fonasa Nivel 1), en un servicio integrado, con tecnología y equipamiento de vanguardia, gestión de recursos físicos y humanos eficiente, posicionándolo como un servicio de prestigio nacional.

Su propósito es aumentar la capacidad resolutiva de los centros de APS comunales y reducir la mortalidad por cáncer mamario mediante el "Programa de Screening Mamográfico Comunal".

Su financiamiento mixto (Modalidad Libre Elección, FONASA y Municipal) permite acceso oportuno a exámenes de apoyo diagnóstico, acorde a los recursos propios de nuestros pacientes inscritos.

A seis años de iniciado su funcionamiento, ha alcanzado las **24.168** prestaciones anuales (2.014 mensuales), cifra muy superior a otros centros de importancia nacional. Esto habla de la eficiencia de este servicio, aunque cabe señalar, que alcanzó su máxima capacidad instalada.

Del total de las prestaciones, un **50.4%** han contado con subsidio municipal por el valor total del examen, es decir, han sido sin costo para los usuarios.

Prestaciones realizadas

TOTAL EXÁMENES CENTRO DE IMÁGENES POR AÑO						
	2004	2005	2006	2007	2008	2009**
MAMOGRAFÍA (*)	882	4.199	5.765	5.796	5.861	6.422
RADIOGRAFÍAS	1.137	5.907	7.715	7.686	9.136	9.161
ECOGRAFÍAS	772	3.993	5.870	7.034	8.242	8.585
TOTAL	2.791	14.099	19.350	20.516	23.239	24.168
(*) incluye proyecciones adicionales						
(**) proyectado a diciembre						

Del total de prestaciones realizadas, un 29% corresponden a mamografía, un 40% a radiografía convencional, y 31% a ecografía.

El Programa de Screening Mamográfico Comunal, destinado a reducir la mortalidad por cáncer mamario mediante la detección precoz, ha pesquisado a la fecha, **185** probables cánceres mamarios (BIRADS IV o V).

Este programa ha permitido que para todas las mujeres beneficiarias inscritas, grupos A y B de FONASA, su examen mamográfico de control haya sido gratuito.

Proyecciones 2010

El Centro de Imágenes Las Condes espera contar en el 2010 con la acreditación de calidad para Centros de Imagenología en Mamografía, cumpliendo con los estándares requeridos por la Sociedad de Radiología de Chile, anticipándose a los requerimientos que regirán en el proceso de reforma de la salud.

Por otra parte, concientes de la dificultad en la actualización de los profesionales de la salud de APS, el Centro continuará con su oferta de capacitación en imagenología dirigido a profesionales de los establecimientos de salud de Las Condes.

Al alcanzar sobre las 24.000 prestaciones anuales, se hace necesario contar con un soporte informático especializado en unidades de imagenología.

Se proyecta la digitalización del servicio y la compra de un RIS-PACS (Radiology Information System - Picture Archiving and Communications System).

Continuará como prestador en los Programas de Resolución de Especialidades para APS y patologías GES.

Con su Plan 2010, el Centro se abocará a contribuir a la prevención y detección precoz del cáncer vesicular mediante el diagnóstico de la colelitiasis focalizando población adulta bajo control de 35 y más años, al diagnóstico de cáncer de próstata y testicular entre otros.

También considera las neumonías del adulto mayor, como una forma de contribuir a reducir la magnitud del problema localmente, diagnosticando oportunamente a la población consultante.

2. Centro de Rehabilitación del Adulto Mayor (RAM).

El RAM, como su nombre lo indica, atiende a personas Adultos Mayores de la comuna de Las Condes que sean derivadas de los centros de salud comunales

y también del sistema privado. También considera a los adultos jóvenes, ofreciéndoles tratamientos oportunos, para evitar que presenten en su tercera edad, patologías osteoarticulares que mermen su calidad de vida. Se ubica en Río Loa 8350.

Desde el 2008 contamos con un masoterapeuta, el cual, en sesiones de 30 minutos, da un servicio de relajación a todos los usuarios que se encuentran en tratamiento y que sean derivados por su kinesiólogo.

Lo que respecta a la piscina terapéutica existente en el RAM, ha sido positivamente evaluada la desinfección con oxigeno activo y radiación UV en el sistema de filtrado, disminuyendo completamente la irritación ocular y de la vía aérea de sus usuarios, promoviendo el ejercicio en un medio ambiente saludable y libre de contaminantes (principalmente cloro).

Se han destinado tres horas diarias de hidroterapia dirigidas por un kinesiólogo, donde asisten pacientes con patologías musculoesqueléticas, degenerativas con el objetivo mejorar su fuerza, flexibilidad y equilibrio, y así, ser un complemento a la kinesiología tradicional. Además, se destinarán dos horas semanales para pacientes con daño neurológico los cuales podrán realizar una terapia acuática más personalizada y dirigida para su patología, ésta tendrá una duración de 30 minutos por vez.

A todo lo anterior hay que sumarle las clases de hidrogimnasia que realiza un profesor de educación física para el adulto mayor y adulto joven, en las cuales se busca aumentar la intensidad del ejercicio realizado en hidroterapia y así mejorar la funcionalidad general del paciente y su relajación.

Todo esto tiene como objetivo incorporar programas de prevención y educación y rehabilitación a los pacientes, y así lograr que los adultos mayores tengan mayor independencia y autonomía en sus actividades de la vida diaria.

Proyecciones 2010

Para el año 2010 el Centro de Rehabilitación del Adulto Mayor tiene programado el ingreso de unos 200 pacientes mensualmente, los que se atenderán en un promedio 10 sesiones cada uno, significando alrededor de 1.800 prestaciones por mes.

Dentro de los proyectos para el mismo año, se está diseñando un programa de educación a pacientes con problemas músculo esquelético en general, los

cuales después de cumplir con su tratamiento kinésico habitual, ingresarán a un taller de actividad física, donde en clases grupales podrán potenciar los ejercicios enseñados durante su terapia.

Actividades realizadas

Dentro de las patologías más comunes del ingreso el año 2009 están, en un primer lugar, con un 45%, las lesiones de carácter degenerativo, seguidas por las patologías de carácter inflamatorio (23%), principalmente tendinitis y bursitis. El 32% restante lo comparten las diferentes patologías post-traumáticas, post-quirúrgicas y neurológicas.

3. Cosam Las Condes:

Se ubica en Enrique Foster Sur 153 y su campo de acción se enmarca en la política de la Corporación de Educación y Salud de Las Condes, en orden a proporcionar a los habitantes de la comuna una mejor calidad de vida. Por esto se le da gran importancia al tema de Salud Mental, definiendo ésta como "El conjunto de acciones destinadas a lograr el equilibrio en términos de salud psíquica".

Dentro del ámbito de la Salud Familiar, objetivo preponderante en el quehacer del área de Salud, se crea el COSAM, (Consultorio de Salud Mental), como parte integrante de la Red de Servicios de Salud, ocupando un lugar, fundamental en los distintos estamentos de la red de atención.

Dentro de los objetivos fundamentales del COSAM, está brindar la atención necesaria y oportuna, en el ámbito de la Salud Mental, para lograr diagnosticar, estabilizar, mejorar, reinsertar, familiar y laboralmente a los usuarios de los servicios comunales, así como la capacitación técnica, tanto dentro del propio equipo, como destinada a los profesionales de Atención Primaria que así lo requieren.

Desde al año 2008, se cuenta con farmacia propia, lo que significa un mejor servicio a los pacientes. Se realizó, exitosamente, la informatización de la farmacia, lo que ha sido un gran avance, permanentemente reconocido por sus usuarios.

En cuanto a los objetivos Sanitarios, el COSAM está dedicado a cumplir con las normas y exigencias emanadas de la autoridad sanitaria, lo que significa poner énfasis en patologías de Salud Mental de mayor prevalencia, tales como:

- Depresión
- Bipolaridad
- Trastornos por Ansiedad

- Trastorno por Abuso de Sustancias
- Terapia de Parejas
- Terapia Familiar
- Violencia Intrafamiliar
- Esquizofrenia (primer brote)
- Nuevas patologías incluidas en el Auge.

Dentro del marco de los objetivos sanitarios, un objetivo fundamental, es todo aquello que dice relación con la implementación del plan GES, donde se incluyen algunas de las patologías ya citadas y las que se incorporen en el futuro.

Para la consecución de los objetivos enumerados, el COSAM, cuenta con una dotación profesional, calificada, con un alto nivel de especialización, que esta compuesta por:

- 3 Psiquiatras
- 6 Psicólogos
- 2 Terapeutas Ocupacionales
- 1 Asistente Social
- 2 Secretarias
- 1 Auxiliar de Farmacia

Proyecciones 2010

El equipo del COSAM de Las Condes se ha propuesto, como meta para el año próximo, tareas que tienen como principal objetivo, mejorar la calidad de la atención a la población beneficiaria, lograr una optimización mayor de la oportunidad de la atención, objetivo ampliamente alcanzado, ya que en la actualidad, no se registran garantías vencidas. Además, cumplir con las demandas de atención relacionadas con las líneas programáticas que se establecieron al transformar la estructura Municipal de Salud Mental en COSAM Las Condes.

Otra tarea a continuar será poner mayor énfasis en la psicoeducación, elemento básico para la reinserción de los pacientes, tanto dentro, como fuera de sus familias.

Un punto central de los desafíos para el próximo año, es establecer las bases de un trabajo que se relacione directamente con la capacitación y la docencia, privilegiando en este sentido a los equipos de Atención Primaria, así como también a los colegios municipales, transformando a COSAM, en un referente no solo clínico asistencial, sino también técnico.

También se proyecta incrementar el número de participantes y el número de patologías en el Programa de Talleres de Psicoeducación, actualmente en funcionamiento, el que se imparte para enfermedad bipolar y pacientes del programa de adicciones.

El COSAM pretende realizar para aquellos pacientes crónicos, talleres de alta, cuyo objetivo es completar su reinserción y evitar la permanencia innecesaria en COSAM. De esta forma, se permitirá el ingreso de nuevos pacientes y satisfacer así la demanda comunal de la mejor manera.

De igual forma, el COSAM pretende fortalecer los vínculos con el área de educación, tanto en el área de cooperación clínica, como técnica, impartiendo talleres y charlas sobre temas comunes.

Para el año 2010, espera instalar el área infanto juvenil, tarea para la que se trabaja actualmente, en conjunto con el SSMO y la Corporación de Educación y Salud de Las Condes.

Pretende mantener su estándar de excelencia en cuanto a las exigencias de sistema público de salud, especialmente AUGE.

Dentro de los temas que serán importantes, para el año venidero, está la incorporación de COSAM, al proceso de digitalización de la información, lo que permitirá un mejor y mas eficiente, trabajo en red.

Acciones realizadas

Durante este año 2009 a la fecha, el COSAM ha tenido un total de 6.105 atenciones, desglosadas de la siguiente forma:

MES	POR SEXO		TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
ENERO	225	362	587
FEBRERO	177	292	469
MARZO	350	375	725
ABRIL	370	460	830
MAYO	280	322	602
JUNIO	395	455	850
JULIO	370	363	733
AGOSTO	222	285	507
SEPTIEMBRE	378	424	802
TOTAL	2.767	3.338	6.105

Para lo que corre del año 2009 a la fecha, ha aumentado en un 20% aprox. de atención, con respecto al primer trimestre del año anterior.

Basados en la estadística del año anterior, se debería tener un incremento de las atenciones de un 25% aprox., para el año 2010.

4. Laboratorio Clínico:

Se encuentra ubicado en Avenida Paul Harris 1140, anexo al Cesfam Dr. Aníbal Ariztía.

Dentro de sus objetivos, está atender eficazmente y con idoneidad técnica a los pacientes que acuden a las tomas de muestras y procesar exámenes de laboratorio con una óptima calidad demostrable en la entrega de resultados, para apoyar la resolutividad de la Atención Primaria de Salud Municipal de la comuna de Las Condes.

En cuanto a los objetivos Sanitarios, el Laboratorio esta dedicado a cumplir con las normas y exigencias emanadas de la autoridad sanitaria, específicamente con lo concerniente a la acreditación sanitaria del Ministerio de Salud y con la exigida por la norma chilena específica de acreditación NCh 2547 of.2003, que es una homologación de la norma internacional ISO 15189 – 2002, la cual establece los requisitos particulares para la calidad y competencia de los laboratorios clínicos, con un énfasis en la mejora continua de sus procesos y un enfoque en la satisfacción de las necesidades y expectativas de nuestros pacientes.

Proyecciones 2010

El Laboratorio Clínico contempla un crecimiento en su planta física, en especial, en las áreas de recepción, sala de espera y tomas de muestras para responder eficientemente a la demanda de sus usuarios. También proyecta una ampliación en su área técnica para mantener un procesamiento analítico oportuno y de calidad, ante la creciente y permanente demanda de exámenes de laboratorio.

Además, siempre centrados en los usuarios, se pretende seguir consolidando la apertura de tomas de muestras externas en las miniconsultas aptas para ello, a modo de acercar sus servicios a los vecinos, para la realización de sus exámenes y luego el retiro de sus resultados en lugares más cercanos a sus domicilios.

Dentro de la misma preocupación hacia los pacientes del Laboratorio Clínico, se contempla seguir avanzando en la conexión electrónica entre la ficha clínica electrónica y el sistema informático del laboratorio, de modo tal que, los resultados de los exámenes solicitados a los pacientes, automáticamente sean adjuntados a su respectiva ficha clínica, para revisión por su médico tratante.

Para el logro de estos planteamientos y objetivos se considera fundamental mantener capacitados a todos los funcionarios que trabajan en el laboratorio. En este contexto, es clave que el personal conozca y comprenda la documentación que sostiene el sistema de calidad, para lo cual se requiere una continua y periódica capacitación interna así como una permanente actualización vía capacitaciones externas.

Acciones Realizadas

- El año 2007 realizamos un total de 279.823 exámenes de laboratorio.
- El año 2008 realizamos un total de 313.120 exámenes de laboratorio.
- Este año 2009, esperamos alrededor de 356.158 exámenes en total y para el año 2010, se espera un crecimiento de un 10% en relación a este año 2009.

5. Servicios de Oftalmología

La unidad de Oftalmología se creó como una estrategia de atención, que entrega un servicio profesional de especialidad a aquellos pacientes que lo requieran y que cumplan con los criterios de derivación de vicios de refracción.

Este servicio está ubicado en Chesterton 7095 y se caracteriza por ser accesible a todos los pacientes inscritos en los dos centros de Salud comunales, siguiendo así los lineamientos de los Objetivos sanitarios 2000-2010 referentes a disminuir las desigualdades, mejorar los logros sanitarios alcanzados, enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y prestar servicios acordes a las expectativas de la población.

Esta unidad de oftalmología tiene como propósito facilitar el acceso del adulto mayor al especialista, pudiendo contar en forma oportuna con un diagnóstico y tratamiento oftalmológico. Los lentes son gratuitos y confeccionados por ópticas en convenio con la Corporación de Educación y Salud de Las Condes.

Aquellos pacientes con patologías de mayor complejidad son derivados al Hospital Salvador.

Proyecciones año 2010:

- Incluir en el Programa de Oftalmología a jóvenes entre 15 y 18 años de los colegios municipales que no sean atendidos por el Programa de Salud Escolar, ni por programas ministeriales.

- Unificar con los dos centros de salud una matriz decisional para la derivación de pacientes.

- Ampliar la ofertas de horas de especialistas

- Contratación de personal auxiliar para el apoyo de la atención de oftalmología.

- Actualización de equipamiento de la especialidad.

6. Endodoncia

La Endodoncia es una Especialidad de la Odontología encargada de reparar los daños originados secundarios a las caries profundas o traumatismos. Funciona en Cerro Altar 661, anexo al Centro de Salud Apoquindo.

Sus acciones principalmente están dirigidas a la realización de tratamientos complejos no cubiertos por la red hospitalaria, como las Endodoncias en molares y especialmente los blanqueamientos de dientes. Esto último contribuye de manera importante a la mejora de la autoestima de los pacientes que realizan este tratamiento.

Se ha diagnosticado y tratado de manera temprana las secuelas de Traumatismos Dentarios en dentición permanente de los pacientes derivados.

Proyecciones 2010:

- Realizar tratamientos endodónticos de los pacientes del programa “Auge 60 años” del Centro de Salud Apoquindo y CESFAM Aníbal Ariztía.

- Realizar tratamientos endodónticos de pacientes embarazadas del Centro de Salud Apoquindo.

- Diagnosticar y Tratar, según corresponda, las secuelas endodónticas mediatas de pacientes que hallan sufrido traumatismos dentarios.

Acciones realizadas:

Los pacientes derivados a la clínica reciben su hora de evaluación de manera inmediata, completando su tratamiento en un tiempo determinado por la patología inicial.

Como resultado del trabajo, a la fecha el 100% de los pacientes Auge (60 diagnosticados), se encuentran en tratamiento o ya han sido dados de alta.

V.- CAPACITACIÓN 2010:

Considerando la importancia en atención primaria de la riqueza de su Equipo de Salud, es que se propone un Programa de Capacitación que permita un fortalecimiento y una permanente actualización de los conocimientos y destrezas de nuestros funcionarios, tanto en temáticas técnicas, como administrativas, y comunicacionales, para ofrecer un servicio humanizado, centrado en el vecino, su familia, y la comunidad.

Sobre esta base, los temas a abordar pueden agruparse en:

- Área Técnica: Capacitación en Salud Familiar, actualización en patologías GES y de prevalencia en APS

- Área Administrativa: con énfasis en manejo del usuario y resolución de conflictos, así como desarrollo en programas informáticos y de gestión.

Las modalidades en las cuales se ofrecerá capacitación, serán:

- Cursos y Talleres: que sean dictados por organismos competentes y reconocidos en sus materias.

- Seminarios y Congresos: a los cuales los funcionarios concurran con el objetivo de conocer las innovaciones en sus especialidades.

- Diplomados: dirigidos a profesionales, en que se desarrollan temas específicos como son Salud Familiar, Gestión en Administración de Salud, Geriatría y otros.

- Pasantías Nacionales: ofrecidas por el Ministerio de Salud, o por gestión de la propia de la Corporación, en materias de Salud Familiar.

Si bien el Programa Anual de Capacitación de Salud responde a una obligación impuesta por el Estatuto de Atención Primaria, la Municipalidad de Las Condes, a través de la Corporación de Educación y Salud, ha hecho de esta

materia, un incentivo más para los funcionarios, procurando su perfeccionamiento, y que éste beneficie en último término a los vecinos de la comuna.

Por ello, además de otorgar permisos con goce de sueldo, ofrece un patrocinio económico variable, según la actividad de que se trate.

VI.- NUEVAS TECNOLOGÍAS:

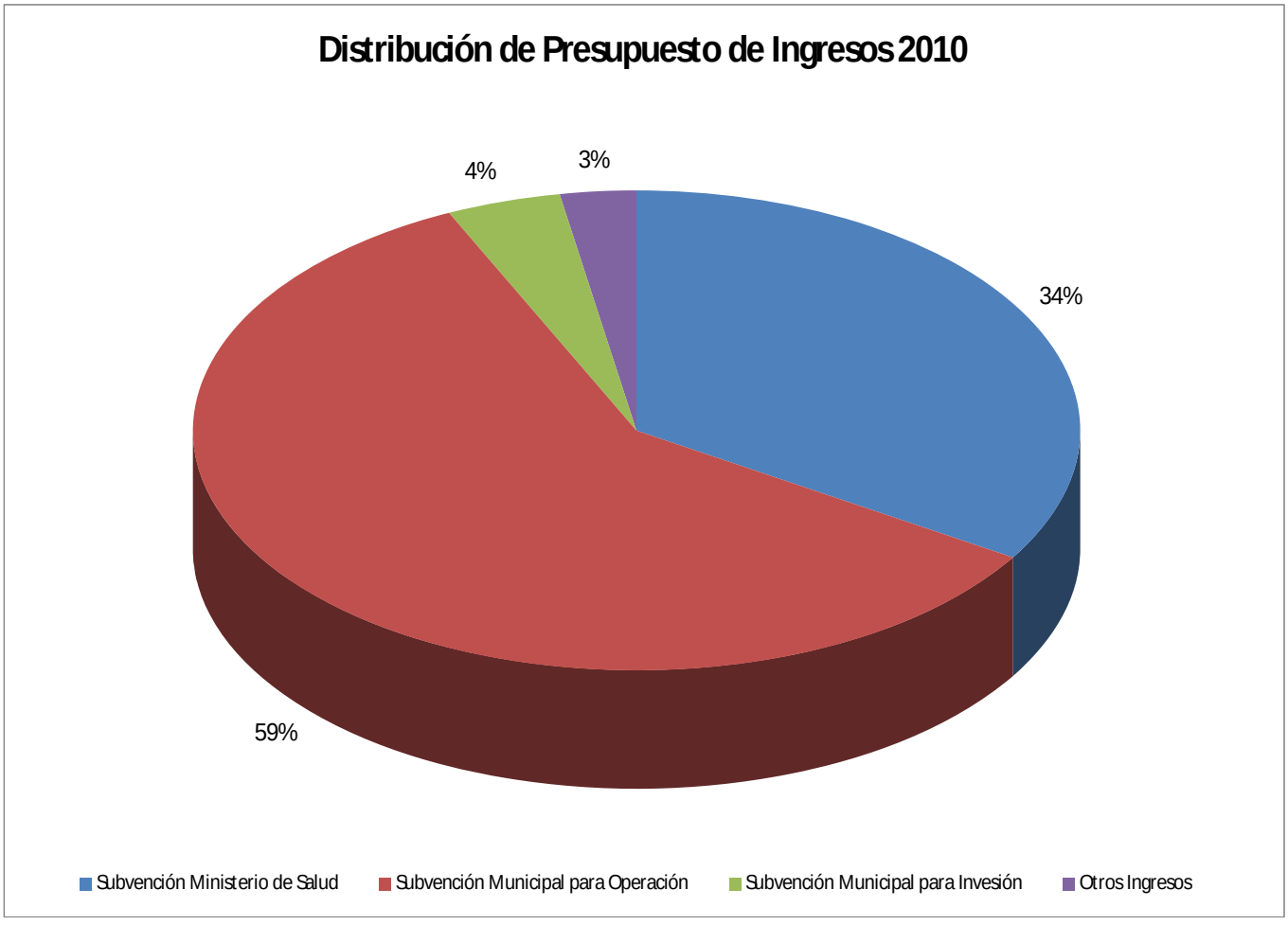
Sistema de Registro Clínico Electrónico:

La incorporación del Registro Clínico Electrónico (RCE) en los Centros de Salud de Las Condes forma parte estratégica del plan de salud comunal, por cuanto el sustituir procesos manuales por otros automatizados, permite facilitar los procesos, mejorar la calidad de la información y por lo tanto, mejorar la gestión.

El RCE permitirá a los profesionales de la salud que trabajan en los consultorios de la comuna, conocer datos o información acerca de la situación de salud y evolución clínica de los pacientes, Accesibilidad permanente, Seguridad y Confidencialidad.

VII: PRESUPUESTO AÑO 2010

INGRESOS	Año 2010
Aporte Fiscal	
Subvención Ministerio de Salud	$ 2.472.000.000
Subtotal Aporte Fiscal	**$ 2.472.000.000**
Aporte Municipal	
Subvención para operación	$ 4.340.000.000
Subvención Inversión	$ 300.000.000
Subtotal Aporte Municipal	**$ 4.640.000.000**
Otros Ingresos	
Otros Ingresos	$ 198.378.000
Subtotal Otros Ingresos	**$ 198.378.000**
TOTAL INGRESOS	**$ 7.310.378.000**



EGRESOS	Año 2010
Gastos de Operación	
Gastos en Personal	$ 3.910.000.000
Gastos de Funcionamiento	$ 2.297.292.867
Aporte a la Casa Central	$ 157.107.544
Subtotal Gastos de Operación	**$ 6.364.400.411**
Programas	
Programas del área	$ 645.977.589
Subtotal Programas	**$ 645.977.589**
Inversiones	
Inversiones	$ 300.000.000
Subtotal Inversiones	**$ 300.000.000**
TOTAL EGRESOS	**$ 7.310.378.000**

Programas Municipales	2010
Medicamentos Programa Salud Mental	$ 43.343.068
Odontología Adultos	$ 49.550.406
Odontología Infantil	$ 13.406.725
Programa Alimentación	$ 2.456.253
Pise Prog. Salud Escolar Integrado	$ 4.286.918
Seminarios y encuentros	$ 45.320.000
Atención Terciaria Mejoramiento acceso	$ 14.173.274
Sonriamosle a la Vejez	$ 39.474.750
Centro Imagenología	$ 4.013.612
Métodos Naturales de Concepción Prog.	$ 3.313.998
Dental Vespertino	$ 32.822.011
Derrotando al Cancer	$ 10.317.510
Mirando el futuro con visión clara	$ 11.585.028
Subtotal	**$ 274.063.553**
Programas Ministeriales	**2010**
IRA Enfermedades Respiratorias	$ 21.296.280
Salud Mental	$ 9.571.680
Antidrogas Programa	$ 13.894.876
Reforzamiento Médicos (Rayos y Tórax)	$ 5.928.271
Salud Familiar Prog. Incentivo	$ 12.439.537
Depresión programa Tratamiento	$ 48.925.313
Cardiovascular Programa	$ 63.201.368
Especialidades Ambulatorias	$ 7.602.032
Programa Complementario de Salud	$ 24.469.240
Docencia Salud familiar	$ 9.758.158
SSMO Promoción de la Salud	$ 3.581.266
Programa Resolutividad	$ 63.860.000
ESPA	$ 9.826.200
Campaña de invierno	$ 1.339.815
Odontología Integral	$ 76.220.000
Subtotal	**$ 371.914.036**
Total Programas Salud	**$ 645.977.589**

El aporte Ministerial, se expresa en el siguiente cuadro:

DETALLE PERCÁPITA	2009
Percápita Mensual	$ 156.162.911
*** Total Aporte Ministerial Anual**	**$ 1.873.954.932**
*Calculado sobre el valor pércapita	

VIII. 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 Usuaria 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

IX. ANEXOS

Anexo 1

Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía

Centro de Salud Familiar Dr. A. Ariztía
Salud Nutricional

Problema	Metas u Objetivo	Estrategias	Actividades			Recursos	Indicadores
			Promoción	Prevención	Trat.- Rehabilitación		
Riesgo que las madres detengan la lactancia materna(LME) antes del 6° mes del Recien Nacido (RN)	Lograr un 50 % de LME al sexto mes de vida	Incentivar la LME hasta los 6 meses	Taller de Promoción del vinculo madre - hijo en mujeres embarazadas	Taller grupal a nodrizas Instrucción sobre técnicas de extracción de la lecha materna en la mujer trabajadora.	Clinica de LME a toda madre con problema de lactancia materna	Nutricionista CESFAM	N° lactantes menor 1 m con LME Poblacion Bajo Control menor a 1 meses N° lactantes menor 3 m con LME Poblacion Bajo Control menor a 3 meses N° lactantes menor 6 m con LME Poblacion Bajo Control menor a 6 meses Cumplimiento de 3 talleres grupales a nodrizas.
Alta prevalencia de obesidad en menores de 6 años.	Disminuir el % de menores de 6 años con diagnostico de obesidad	Crear conciencia en adulto responsable, que la malnutrición por exceso es un factor predisponente a enfermedad.	Alianza estrategica entre Salud y Educación	Control Peso y Talla a niños de Jardines Infantiles	Consulta nutricional y/o médica a todo niño y su tutor. Educación a adulto responsable en alimentación saludable	Equipo sectorizado y Delegada de Promoción	Población infantil obesa Población infantil total
	Fomentar cambio de hábitos alimentarios en las familias con niños obesos.	Educación en Hábitos Alimentarios en 7 jardines de nuestra comuna	Continuidad del proyecto de Promoción de Alimentación Saludable	Equipo de Promoción Comunal	Consulta nutricional individual y grupal	Nutricionista CESFAM	Realización de 7 talleres a Jardines Infantiles
	Mantener acreditación de jardín JUNJI e Integra	Se ofertará el programa de Intervención en todos los JI, Junji e Integra	Mantener talleres de alimentación saludable a padres, niños y profesores	Equipo de Promoción Comunal		Equipo de salud y delegada de promoción del centro de salud familiar.	N° jardines acreditados 2010 N° de Jardines infantiles acreditados 2009
	Motivar a la madre en la adopción de prácticas saludables de alimentación y actividad fisica para el niño y su grupo familiar.	Intervención precoz en formación de hábitos alimentarios y deportivos en madres de niños sobrepeso.	Difundir beneficios de alimentación saludable y actividad fisica a las familias de nuestra comuna.	Taller de estimulación de actividad fisica y alimentación saludable en familia de niños con sobrepeso	Consulta nutricional y/o médica a niño con malnutrición por exceso.	Equipo de Salud y Delegada de Promoción del CSF	N° de talleres de alimenticios saludables y N° de visitas domiciliaria a familia de niños obesos bajo control
El sobrepeso y la obesidad es un problema frecuente en nuestras púerperas.	Lograr que menos del 55% de las mujeres al 6° mes post parto esten con mal nutrición por exceso.	Insertar la Consejeria Alimentaria Nutricional en los controles de embarazo. Derivar a nutricion cuando asisten con hijo a control de enfermera al 3° y 6° mes post parto.	Intervenir oportunamente con el objeto de reforzar hábitos alimentarios saludables.	Taller grupal de fomento de alimentación saludable y actividad fisica a toda embarazada y puérpera < al 6° mes en riesgo.	Consulta nutricional individual a todo ingreso maternal con malnutrición por exceso (al menos 2 consultas) Consulta nutricional individual a toda puérpera al 3° y 6° mes con sobrepeso y obesidad	Nutricionista Nutricionista	Mujeres embarazadas Ob y SP Total de mujeres embarazadas N° de mujeres obesas y sobrepeso a 6° mes postparto Total de mujeres en control al 6° mes post parto
	Lograr que las embarazadas con estado nutricional normal se mantengan asi hasta el final del embarazo.	Estimular la actividad fisica en mujeres embarazadas		Coordinar que embarazadas con SP u Obesidad ingresen a programa deportivo de DECOM. (Hidrogimnasia)			Realización de 1 taller semestral
Alto % de la población con Factores de Riesgo para presentar intolerancia a la glucosa o DM	Evitar la aparición de patologia cardiovascular en población con codicionantes para desarrollo de patologia cardiovasc. relacionada con estilos de vida	Implementacion y ejecucion de Taller de prevención de la aparición de DM e intolerancia a la glucosa en personas con FR		Evaluación individual de usuarios con FR cardiovasc Taller grupal en estilos de vida saludable y prevención de DM	Disminución de un 5% al menos del peso al ingreso	Médico, psicologa nutricionista	N° de pacientes que cumplieron todas las sesiones N° de pacientes que iniciaron el taller N° de personas que disminuyeron al menos 5% peso N° Total de personas que cumplieron el taller

Promoción

Problema	Metas u Objetivo	Estrategias	Actividades			Recursos	Indicadores
			Promoción	Prevención	Trat.- Rehabilitación		
Uso parcial de las redes	Mantener y fortalecer la coordi-	Fortalecimiento de la coordinación	Reuniones de coordinación con			Equipo de promoción CESFAM	Nº de reuniones de redes intersectoriales.
	nación intersectorial a través de	intersectorial. Utilización efectiva	las redes intersectoriales.			Integrantes dela mesa de tra-	
	la consolidación del Consejo de De-	de los canales de comunicación				bajo intersectorial	Toma de acta y envío de ésta
	sarrollo del CEFAM, coordina-	y traspaso de la información hacia				Integrantes del consejo de	
	ción con la mesa de trabajo	las redes intersectoriales.				desarrollo	
	intersectorial y comisión mixta.					Integrantes Comisión Mixta	
Escasa Participación de	Mantener y fortalecer los vínculos	Desarrollo de mayores instancias	Apoyo activo a ls actividades de			Equipos de salud	N° de reuniones de C Mixta realizadas
comunidad organizada	mediante la consolidación del	de participación por parte de las	promoción en relación al Plan			Delegados de Promoción	N° de reuniones de C Mixta programadas
	Consejo de Desarrollo del CESFAM	organizaciones que componen	de Salud del Cesfam			Cesfam integrantes de la mesa	
	en estrecha coordinación con	tanto el Consejo de Desarrollo				de trabajo intersectorial integran	
	DESUP de SSMO.	como integrantes de la Comisión				tes de Comisión Mixta.	Cumplimiento de los compromisos de gestión
		Mixta.					(SSMO- DESUP).
	Mantener y fortalecer coordinación		Desarrollo de Actividades				
	Equipo de Promoción CESFAM y		según demanda de Usuarios				
	Comisión Mixta.		Organizados.				
Alrededor del 90% de los casos	Mantener incorporación de	Programa de actividades progra-	Actividades Educativas con			Equipo de promoción del	Actividades realizadas
de obesidad infantil se debe	Proyecto de Promoción de Alimen-	mado en conjunto con Directores	metodología activo-participativa			Cesfam	Actividades programadas
a malos hábitos alimenticios	tación saludable en Programación	de Jardines Infantiles	dirigido a niños padres y				
	Anual de los 6 jardines infantiles,		apoderados				
	JUNJI e INTEGRA de la Comuna.						

Salud Mental

Problema	Metas u Objetivo	Estrategias	Actividades		
			Promoción	Prevención	Trat.- Rehabilitación
La violencia intrafamiliar es un problema social que afecta a familias de nuestro Cesfam. y que se mantiene oculto frecuentemente	1.Toma de conciencia por el equipo de salud de que VIF es un problema creciente en nuestra sociedad y que debemos estar alerta en su pesquiza	1. Detección de niños víctimas de maltrato y/o abuso en consulta morbilidad ó control del niño sano	1. Difusión de capmañas en-viadas por MINSAL	1. Psicoeducación en estilos de crianza saludable.	1. Consejerías en VIF
				2. Charlas en prevención de VIF dirigidos a diversos actores locales como colegios, juntas de vecinos.	2. Consultas de Salud Mental
		2. Detectar familias en riesgo psicosocial.	2. Charlas a la comunidad en temáticas de autocuidado apego y vínculos saludables.		3. Intervención Psicosocial
				3. Talleres de autocuidado.	individual, familiar y grupal.
	2.Realizar intervenciones educativas preventivas y reparativas a nuestros usuarios	3. Promover estilos saludables de vínculos		4. Pesquisa por parte del equipo de salud de situaciones de riesgo.	4. Psicoterapia individual, fa-miliar y grupal
		4.Continuar con trabajo en red con organizaciones comuna-les(Buen Trato infantil, Previf buen trato de la mujer, crecer educa			5. Apoyo técnico en conforma-ción y mantención del grupo de auto ayuda.
	3. Conformar grupos de auto-ayuda				
Un alto porcentaje de las consul tas de salud mental correspon-den a problemas emocionales y de conducta en la población infanto- juvenil.	1. Pesquisa y diagnóstico a niños y adolescentes con pro-blemas de salud Mental.	1. Sensibilizar a la comunidad en problemáticas de salud mental infanto-adolescentes	1. Promover estilos de crianza sanos y vínculos seguros a través de charlas insertas en programa Chile Crece.	1. Charlas a la comunidad en manejo parental	1. Consejería familiar en cuanto a acercamiento afectivo y manejo conductual en caso de trastorno emocio-nal, de conducta o hiperkiné-tico.
	2. Intervención oportuna e integral en problemáticas de salud mental en niños y adolescentes	2.- Incorporación del padre a controles sanos y de embarazo		2. Psicoeducación en estilos saludables de relación y en desa-rrollo evolutivo	
			2. Promover participación de la familia en actividades de los niños.	3.Capacitación a profesores en temática de salud mental en reuniones de comisión mixta.	2. Psicoterapia individual, familiar o grupal según a la problemática que corresponda.
		3. Fortalecer trabajo intersectorial entre educación y salud.			
	3. Diagnóstico y tto de trastornos hiperkinéticos en niños de cole-gios municipalizados de Las Con-des.		3. Reuniones entre educación y salud.		3. Apoyo de terapia ocupacional en niños con diagnóstico de trastorno hiperkinético conducta o emoción.
			4. Participación en capacita-ción en temáticas de Salud Mental, en reuniones de Comisión Mixta.		
	4. Desarrolar estilos sanos de crianza y relación paterno filial.				4. Derivación de casos severos a HLCM, para casos severos

Existencia de consumo de OH y drogas en la población < de. 20 años	Deteccion y tratamiento de < 20 años con abuso ó dependencia a Alcohol y/o Drogas Ilicitas(AUGE),	Pesquiza por el equipo en EMPAD y consultas de morbilidad realizando preguntas dirigidas.	Promover estilo de vida saludable.	1. Psicoeducación en tematicas de alcohol y drogas 2. Consejerias preventivas de tabaco alcohol y drogas	1. Consejerias 2. Intervención psicosocial de grupo o individual 3. Psicoterapia individual familiar o de pareja 4. Apoyo terapia Ocupacional 5. Grupos de autoayuda 6. Apoyo farmacológico 7. derivación a COSAM, HDS o comunidad terapeutica.	Equipo CESFAM: especialmente enfermeras A Sociales T Ocupacionales Psicólogas.	1. Nº de personas ingresadas al programa y tratadas 2. Nº de Actividades preventivas 3. Nº de seciones del grupo de autoayuda.
Existencia de consumo de OH y drogas en la población adulta.	Intervención oportuna en casos de abuso de problema , abuso o adicción de oH y drogas	1. Aplicar AUDIT a hombres que se realizan EMP 2. Aplicar AUDIT a mujeres embarazadas. 3. Capacitar a equipo en detección de consumo	Promoción en estilos de vida saludable mostrando el riesgo de consumo problema de OH y Drogas en nuestra población adulta y el riesgo de consumo durante el embarazo.	1. Aplicación de AUDIT 2.Psicoeducación en temáticas de oH y drogas. 3. Consejería preventiva 4. Capacitación al equipo en deteccion pesquiza y acogida.	1. Consejerias 2. Intervención psicosocial de grupo o individual 3. Psicoterapia individual familiar o de pareja 4. Apoyo terapia Ocupacional 5. Grupos de autoayuda 6. Apoyo farmacológico 7. derivación a COSAM, HDS o comunidad terapeutica.	Equipo del CESFAM	1. Nº de pacientes ingresados t tratados 2. Nº de seciones de grupo de auto ayuda 3. Nº de pacientes derivados 4. Nº de pacientes dados de alta

Problema	Metas u Objetivo	Estrategias	Actividades			Recursos	Indicadores
			Promoción	Prevención	Trat.- Rehabilitación		
Las enfermedades no transmi- sibles (vinculadas a los estilos de vida) como las enfermedades mentales son uno de los mayores desafíos sanitarios para las proximas décadas. De ahí que la Depresión se ha transformado en un problema emergente de primera prioridad para la Salud Pública. (Compromiso AUGE)	100% de los usuarios > de 15 años diagnosticados con de- presión leve o moderada reciben tto. Integral (GES)	Cumplimiento de las garantias de accseso y oportunidad para la atencion de usuarios de 15 y mas años con depresión le- ve o moderada.	Promover estilos de Salud Mental saludable. Charlas de autoestima y autoimagen	Talleres de autocuidado Talleres de activación cognitiva Talleres de organización del tiempo Pesquiza de depresión por el equipo de salud	Psicoterapia individual, familiar y grupal según corres- ponda Referir cuando corresponda (derivacion a nivel 2ª o 3ª) en caso de trastorno afectivo bipolar, depresiones refracta- rias y severas.	Equipo Cesfam: Médico de Sector Psicóloga. Terapéuta Ocupacional COSAM, HDS	Nº de personas con Depresión ≥ 15 años diagnos- ticadas e ingresadas al programa Nº de personas esperadas según prevalencia x 100 Nº de personas con depresión severa derivada a nivel 2º Nº de personas diagnosticadas con depresión de 15 años y mas Nº de personas con depresión que terminan tratamiento Total de personas con diagnostico de depresión que ingresan a tto. Nº de mujeres diagnosticadas e ingresadas al programa Nº de hombres diagnosticados e ingresados al programa Nª de personas con depresión ingresadas al programa que abandonan tto. Total de personas con diagnostico de depresión que ingresan a tto.
Falta de personal capacitado en la pesquiza de familias e individuos en riesgo psicosocial	Motivar y fomentar la capaci- tación de los equipos multi- disciplinarios.	Capacitación del equipo de Sa lud en Intervención y Consej- ria familiar	Sensibilizar a los equipos de salud acerca del problema presente en nuestra comuni- dad y funcionarios del Cesfam		Realización de talleres parti- cipativos a los sectores y unidades del CESFAM	Unidad de Salud Mental	Nº de funcionarios capacitados Nº Total de funcionarios del CESFAM
Existencia de otras problemáticas de Salud Mental en la población adulta (trastornos ansiosos, de personalidad, demencias, trastor- nos alimenticios, etc)	Pesquizar, diagnosticar y ttar a las personas adultas con problemas de salud mental	Sensibilizar al equipo de salud en pesquiza de problemáticas de salud mental	Promover estilos de salud mental saludables (charlas)	1. Taleres de autocuidado 2. talleres de activación cognitiva 3. talleres de organización del tiempo 4. Consejeria preventiva a la familia en autocuidado.	1.Psicoterapia individual familiar y grupal según corresponda 2.Derivación a sistema 2º, 3º de salud.	Equipo CESFAM: - Médico - Psicólogo - Terapia Ocupacional	1. Nº de personas ingresadas y tratadas en cada uno de los diagnósticos 2. nº de personas dadas de alta 3. Nº de personas derivadas a nivel 2º o 3º de salud

Salud del Adolescente

Problema	Metas u Objetivo	Estrategias	Actividades			Recursos	Indicadores
			Promoción	Prevención	TRAT- Rehabilitación		
Autoexclusión de los adolescentes de la atención del CESFAM	Motivar a los adolescentes a acceder a una atención integral multidisciplinaria, capaz de anticiparse a los daños.	Realizar Examen Preventivo orientado a la evaluación del crecimiento y desarrollo del adolescente.	Difundir y dar a conocer en los Colegios que integran la Comisión Mixta, la existencia del EMPAD	Realizar Examen Preventivo del adolescente.	Tratar o derivar adolescente con patología	Equipo multiprofesional Equipo multiprofesional	% adolescentes con EMPAD x 100 Nº adolescentes Bajo Control 100% de los casos pesquizados: tratados o derivados (nº) Nº de EMPAD alterados horas agendadas entre 10 y 19 años
Inicio precoz del hábito tabáquico	Reducir el hábito de fumar. Mantener el número de microproyectos de establecimientos educacionales que participan en Comisión Mixta en estilo de vida saludable.	Dar continuidad en los colegios a talleres anti-tabaco dirigido a alumnos de 7º y 8º básico. Realización de proyectos en estilos de vida saludable reforzando el ambiente libre de tabaco, en las reuniones de Comisión Mixta	Promover ambientes y estilos de vida saludable	Realizar 2 talleres con enfoque de promoción, para detener la adquisición del hábito tabáquico		Equipo multiprofesional y delegadas de promoción CSF Coordinadores de Comisión Mixta del CESFAM y Coordinadora de salud de los establecimientos educacionales.	100% talleres realizados Nº de establecimientos educacionales que cuentan con microproyecto financiados.
Inicio precoz de la actividad sexual en adolescentes de la población Bajo Control	Educar en vida sexual sana libre de mitos y creencias popular.	Consejería individuales o de parejas a los adolescentes consultantes Realización de Talleres grupa- CESFAM	Realización de consejerías a adolescentes que acuden por cualquier motivo a Cesfam Talleres por Equipo de Sector	Entrega de material educativo en relación a la vida sexual sana en nuestros jóvenes	Atención expedita a todo adolescente que lo requiera en salud sexual y reproductiva.	Equipo de Salud	N° de talleres realizados en Sectores N° de talleres programados en Sectores N° absoluto de consejerías realizadas

Salud Cardiovascular

Problema	Metas u Objetivo	Estrategias	Actividades			Recursos	Indicadores
			Promoción	Prevención	Trat.- Rehabilitación		
En Chile la primera causa de muerte actualmente son las patologías cardiovasculares AVE e IAM.	Aumento de la población bajo control a fin de aumentar con esto la pesquiza de los factores de riesgo cardiovascular.	Alcanzar una cobertura del EMP de al menos 13% anual en la po-blacion beneficiaria de 15 a 64 años.	Difusion del examen de salud preventivo en la comunidad.	Control de salud en todos los grupo objetivo.	Control cronicos. Control nutricional a los que tienen factores de riesgo	Equipo multiprofesional.	Cobertura EMP en la poblacion beneficiaria de 15 a 64 años. N° EMP en poblacion beneficiaria de 15 a 64 años. Población inscrita validada de 15 a 64 años
	Mantener la independencia en las actividades de la vida y la autono-mía para asegurar una buena cali-dad de vida en la vejez.	Mantención de al menos un 40% de los EFAM activos durante el año 2008	Difusion del examen de salud preventivo en la comunidad. mayor de 65 años.	Control de salud en todos los grupo objetivo.	Atención integral a los AM con EFAM alterado	Equipo multiprofesional.	Nº de AM evaluados con EMP vigente x 100 Población inscrita de 65 y más años
	Mantener 1 taller de Estilo de Vida Saludable para funcionacionarios del CESFAM	Fomentar el autocuidado en salud para funcionarios del CESFAM	Reuniones Bimensuales	Aplicación de EMP		Equipo de Salud y Delegados de Promoción	100% de talleres de Promoción de la Salud a funcionarios realizados 100% de EMP de funcionarios vigentes al 2010
	Alcanzar al menos el 63% de co-bertura de HTA en > de 15 años de acuerdo a exigencias del MINSAL.	Pesquiza de patología hipertensiva a traves de la realización del EMP o EFAM		Realizar el control crónicos según flujograma Realizar taller a crónicos recién diagnósticados	Garantizar el tratamiento farmaco-lógico completo de acuerdo a guías clínicas AUGE	Equipo multiprofesional	Nº de HTA de 15 y mas años Nº de HTA de 15 y mas años según prevalencia
	Alcanzar al menos un 85 % de cobertura de diabetes en > de 15 años de acuerdo a prevalencia	Pesquiza de diabetes 2 a traves de la realización del EMP o EFAM		Realizar el control crónicos según flujograma Realizar taller a crónicos recién diagnósticados	Garantizar el tratamiento farmaco-lógico completo de acuerdo a guías clínicas AUGE	Equipo multiprofesional	N° de diabéticos bajo control de 15 y mas años diabeticos de 15 y mas años esperados según prevalencia.
Poca adhesividad a tto de los pacientes HTA en todos los rangos etareos	Mantener a nuestra población hipertensa con cifras tensionales que no signifiquen riesgo de enfermedad cardiovascular	Mejorar la adhesividad al tto de nuestros pacientes hipertensos,mejorando la calidad de la consejería, especialmente en el componente psicosocial, educación para la salud y relación médico-paciente.	Difusion del examen de salud preventivo en la comunidad.	Disminuyendo factores de riesgo modificables, asociados a los estilos de vida (tabaquis-mo, sedentarismo y obesidad) Difución de enfermedades aso-ciada a la no compensación de la Hipertensión Arterial.	Garantizar el tratamiento farmaco-lógico completo de acuerdo a guías clínicas AUGE	Equipo multiprofesional	N° de personas HTA de 15 a 64 años ingresadas en el programa de salud cardiovascular con PA < a 130/85 Total de personas HTA de 15 a 64 años ingresa-das al programa cardiovascular X 100 % de compensación de HTA de personas > 65 años inscritas en el programa Cardiovascular con PA < 130/85 según meta MINSAL
Dificultad de lograr compensa-ción de pacientes diabéticos y que cambien estilos de vida	Mantener el % de personas de 20-64 años diabeticas BC con HB glicosilada < 7%	Mejorar el impacto del control y tratamiento del paciente dia-bético, especialmente asociado a la adop-ción de estilos de vida saludable		Talleres educativos a pacientes recién diagnosticados Control según flujograma Difución de enfermedades aso-ciada a la no compensación de la Diabetes Mellitus.	VDI a paciente descompensados Control hb glicosilada y función renal	Equipo multiprofesional Equipo multiprofesional	Nº de ingresos DM Nº de talleres realizados Nº Hb glicosilada normal (para MINSAL)en DM BC Nº total de DM bajo Control % de diabéticos de 15 a 64 años compensados de acuerdo a la norma 2008 MINSAL, al menos 30%. % de diabéticos > 65 años compensados de acuerdo a la norma 2008 MINSAL, al menos 30 %.

Problema	Metas u Objetivo	Estrategias	Actividades			Recursos	Indicadores
			Promoción	Prevención	Trat.- Rehabilitación		
Dificultad para los equipos de sector de medir la calidad de la atencion en diabetes	Consolidar un sistema de vigilancia integral de las enf. no transmisibles, para mejorar la prestación otorgada	Utilización de instrumento Qualidiab/Qualisoft una vez al año a los pacientes diabéticos			Realización de Qualisoft a los pacientes diabéticos bajo Control	Médico o enfermera	20% de Qualisoft realizados a ingresos de pacientes diabéticos según norma MINSAL Nº de Qualidiab realizados x 100 DM bajo control
	Evaluación objetiva de los pies de los pacientes diabéticos bajo control	Derivar a podologia a todo DM según flujograma Capacitar a enfermeras y pologo en eval de pie diabético y derivación si requiere a nivel secundario	difundir importancia en la población de diabéticos bajo control de tener los pies sanos y control por funcionarios capacitados	Atención podológica cada 3 meses en todfo diabético descompensado y cada 6 meses en diabéticos compensados.	Tratamiento de ulceras activas de pie diabético tratada con manejo avanzado de heridas	enfermera de sector	N de podologias en DM desc.realizados x 100 DM bajo control % de personas DM con ulceras activas de pie diabético, tratada con manejo avanzado de heridas
					tratamiento de pie diabético, amputado con úlcera activa	enfermera de sector	% de personas DM con ulceras activas de de pie diabetico amputados bajo control
Confirmación exacta del diagnóstico de hipertensión en adultos.	Confirmar el 100% de las sospechas de HTA en pacientes que han generado duda diagnóstica	Realización de Holter a pacientes que lo requieren			Realización del Holter	Convenio con unidades prestadoras del extrasistema	Holter de PA realizado Holter de PA solicitado (% de acuerdo a norma MINSAL)
Existencia de pacientes postrados y terminales bajo control	Contribuir a dar una buena calidad de vida al paciente postrado y terminal	Brindar apoyo al cuidador.	Educación al cuidador y su familia	Talleres de autocuidado a los cuidadores	VDI	Equipo multiprofesional	Realizar un taller por sector de autocuidado al cuidador del postrado.

Enfermedades transmisibles

Problema	Metas u Objetivo	Estrategias	Actividades			Recursos	Indicadores
			Promoción	Prevención	Trat.- Rehabilitación		
Prioridad nacional reducir prevalencia de ETS-SIDA	Modificar estilos de vida para lograr una salud sexual y reproductiva sana Prevenir las enfermedades de transmision sexual.	Consejeria para prevencion de VIH y ETS al 100% de los consultantes por ETS.	Entregar material informativo y educativo a la mujer y su pareja	Favorecer el acceso de la pareja al control de la mujer	Derivar al nivel secundario para diagnostico y tratamiento a todo caso sospechoso.	Equipo Profesional	Nº de consejerias en Salud Sexual y reproductiva.(nº)
		Cubrir 100% la demanda de atención a los consultantes de ETS.	Educación en estilo de vida saludable a pacientes consultantes	Mantener actividades de promoción con CONASIDA	Seguimiento de todos los casos de ETS detectados.	Equipo Profesional	N de consultantes por ETS (n° absoluto)
		Consejeria pre y post test al 100% de las personas que acceden al Test de Elisa para VIH			Derivación a nivel secundario los casos positivos	Enfermera en varones matronas en mujeres Medico para derivación.	N° de consultantes que reciben consejeria VIH-SIDA x 100 Total personas que acceden al Test Elisa
Aumento de la prevalencia de TBC en Chile	Localización de los casos. Tratar el 100 % de los casos diagnosticados y que residan en la Comuna de Las Condes	Tomar baciloscopia a todo paciente con tos húmeda por más de dos semanas. Reposicionar a la TBC como problema creciente en salud pública.	Charlas a la comunidad en el Día Mundial de la TBC Charlas educativas en sala de espera en miniconsultorios	Registro e informe mensual de baciloscopias tomadas	Tratar el 100 % de las baciloscopias positivas Tratar el 100% de los casos derivados del extrasistema.	Equipo multiprofesional	Realizar 1000 baciloscopias en el año 2010 Nº casos TBC con tto. completo x 100 Nº casos TBC N° de casos de TBC en tto (n°absoluto) Ubicación de la TBC (pulm o extrapulm)
Alta morbimortalidad por enfermedades respiratorias agudas, en adultos mayores en el país.	Prevenir la aparición y el contagio de enfermedades respiratorias en los adultos mayores de la comuna.	Implementación de campañas de vacunación según programación del MINSAL	Campañas de difusión en puntos de alta concurrencia de la población objetivo Videos informativos de la información proveniente del MINSAL			Equipo multiprofesional	N° de Adultos Mayores Vacunados contra influenza y neumococo (nº absoluto) N° de Adultos Mayores Vacunados N° de Adultos Mayores

Programa Salud de la Mujer

Problema	Metas u Objetivo	Estrategias	Actividades			Recursos	Indicadores
			Promoción	Prevención	Trat.-Rehabilitación		
Bajo % de cobertura del EMP en mujeres de 25-64 años	Aumentar cobertura	Realizar EMP a mujeres en este grupo etáreo	Difución de la importancia del EMP	Método de screening de patología general y propia de la mujer (PAP y Mamografía)	tratamiento y derivación en patologías pesquizadas	Matrona y Ginecólogo	Nº de mujeres con EMP 2010 x 100 N° de mujeres con EMP 2009 N° de mujeres con EMP 2010 x 100 Población mujeres de 25 a 64 años inscrita validada
Impacto en la familia y entorno de la adolescente embarazada	Evitar el embarazo adolescente no deseado	Educar a todas las adolescentes consultantes, en regulación de la fecundidad	Educacion en educación sexual saludable, en colegios de la comuna.	Planificación familiar responsable e informada		Equipo de Salud	Nº de actividades educativas en salud reproductiva realizadas en 2010.
Ingreso tardío de la mujer embarazada a control en el Cesfam	Lograr según los lineamientos del MINSAL, que el mayor porcentaje de éstas, ingrese a control antes de las 14 semanas	Agenda espontánea para la atención de ingreso a embarazo.	Difundir la importancia tanto para la madre como para el feto del control precoz de su embarazo			Matrona Equipo multidisciplinario	N° de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas Total de mujeres embarazadas ingresadas a control
El cáncer cervicouterino es la cuarta causa de muerte en la mujer. (AUGE)	Aumentar la pesquisa precoz del cancer cervicouterino en los grupos de riesgo. (80%)	Continuar con la toma de muestra de PAP en mujeres preferntemente de 25 a 64 años.	Difusión con campañas promocionales de la importancia de la toma del PAP	Toma de PAP y envio según protocolo.	Referencias de PAP alterados a UPC.	Matronas en la toma del PAP	Muj. 25-64 a. con PAP vigente x 100 Mujeres de 25-64 años inscritas.
	Mantener el diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos de cáncer de cuello de útero pesquisados.	Derivación de las mujeres con PAP positivo a la Unidad de Patología Cervical.			Referencias de PAP alterados a UPC.	Matronas y ginecólogos	Muj. PAP positivo derivadas x 100 Muj. PAP positivo detectadas
A nivel nacional, el cancer de mamas constituye la tercera causa de muerte por cancer en la mujer (AUGE)	Diagnosticar y derivar oportunamente a toda mujer con sospecha de cáncer de mamas.(AUGE)	Realizar mamografía a toda mujer bajo control que presente factores de riesgo de cancer de mamas	Difusión en los equipos y la comunidad de la importancia de la realización del examen	1.Examen fisico de mamas. 2.Mamografía		Médico y Matrona.	Nº mamografías realizadas en mujeres con riesgo CA x 100 Nº mujeres con riesgo derivadas
	Garantizar el acceso a mamografía a toda mujer de 50 años.	Pesquiza y acceso a realización del procedimiento a mujeres nacidas en 1960.	Difusión toma de mamografía en mujeres nacidas en 1960	Mamografía en mujeres de 50 años.	Derivacion a nivel 2° de mamografías alteradas.	Médico y Matrona.	Nº mamografías realizadas a mujeres de 50 años Nº de mujeres de 50 años inscritas validadas 2010
		Estimular la Lactancia Materna como factor protector del cáncer de mama	Difusión en control de embazo del rol protector de LM.	Capacitación de la comunidad.	Derivación a clínica de LME a toda madre que suspende antes de los 6 meses de edad.	Equipo multiprofesional.	Lograr un 50% de LME al 6º mes
			Difusión en la Comunidad de factores de riesgo y protectores de Ca mama.			Equipo multiprofesional.	Cumplir 100% de las charlas planeadas

Programa Chile Crece Contigo

Problema	Metas u Objetivo	Estrategias	Actividades			Recursos	Indicadores
			Promoción	Prevención	Trat.-Rehabilitación		
Inequidad en el apoyo oportuno de las necesidades para el desarrollo de niños y niñas para favorecer y permitir la expresión de su maximo potencial	1. Fortalecer los cuidados prenatales enfatizando la detección del riesgo y el desarrollo de planes de cuidado con enfoque familiar	Fortalecimiento del primer control prenatal con enfasis en el establecimiento de una relación de ayuda y en la detección de factores de riesgo psicosocial	Difusión del programa de "Protección Integral a la Primera Infancia"	Educación grupal a gestantes apoyo cognitivo y emocional y preparación para el nacimiento y la crianza	Control prenatal se extiende Se realiza pauta breve de pesquisa de riesgo psicosocial Entrega de "Guía empezando a Crecer"	Matrona	% de gestantes ingresadas a control prenatal que se aplica pauta de riesgo % de gestantes ingresadas a las que se le entrega Guía Empezando a Crecer
		Diseñar un plan personalizado de salud para cada gestante en riesgo psicosocial			Plan de acción de acuerdo a riesgos detectados: VDI	Equipo de Salud	Nº de gestantes ingresadas con pauta aplicada detectadas con riesgo psicosocial. Nº de gestantes en riesgo psicosocial, con VDI.
		Talleres de 3 seciones para embarazadas y sus parejas, en APS y maternidad.					Nº de gestantes que asisten a taller en maternidad Nº de seciones de taller a gestantes
	2. Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en el logro de un desarrollo integral.	Atención al 100% de la Díada, para detectar factores de riesgo y estimular el apego madre-hijo.	Difundir control precoz de puérpera y recién nacido (<7días)	Aplicación de pauta breve: pesquisa riesgo psicosocial.	Derivación al profesional que corresponda cuando se detecten factores predictores negativos.	Equipo multiprofesional: con énfasis en matrona, enfermera, nutricionista y médico.	Nº de recién nacidos hijos de gestantes ingresadas Total de Recièn Nacidos Ingresados en el mes Nº de familias de riesgo con plan diseñado por el
		Control de salud al 100% de los niños y aplicación de las evaluaciones o test de acuerdo a edad.	Realización de talleres a padres o cuidadores de niños de 0 a 3 años en estimulación de desarrollo y normas de crianza.	Aplicación de escala de protocolo neurosensorial Aplicación de escala de Edimburgo: Pesquisa depresión postparto. Aplicación de pauta de Massie- Campbell: apego	Realización de intervenciones en familias con factores de riesgo	Equipo multiprofesional	equipo de cabecera Total de familias en riesgo Nº de niños ingresados a programa de 1 mes con aplicación de protocolo neurosensorial en control Nº total de niños de 1 mes ingresados a programa Nº de niños ingresados a programa de 2 meses con aplicación de pauta de Edimburgo Nº total de niños de 2 mes ingresados a programa Nº de niños de 4 meses con pauta massie Campbell en control de salud** Nº total de niños de 4 meses ingresados a programa **: también se aplica este indicador a los 12 meses Nº de niños de 0 a 3 años cuyos padres asisten a taller de estimulación y normas de crianza Total de niños bajo control de 0 a 3 años
	3. Fortalecer las intervenciones en la población infantil en riesgo y/o con rezago en su desarrollo.	Atención al 100% de los niños con rezago en su desarrollo integral		Aplicación de elemento de diagnóstico o descarte de rezago.	Tratamiento de niños con rezago con énfasis en área en déficit. Visita Domiciliaria a la familia con niño con rezago. Ingreso a sala de Estimulación a niños con rezago.	Equipo multidisciplinario: con énfasis en enfermera, médico, educadora de párvulos.	100% de los niños con rezago ingresan a tratamiento 90% de las Visitas Domiciliarias a las familias de niños con rezago realizadas 100% de niños con indicación de sala de estimulación ingresados a ésta.

Salud Bucal

Problema	Metas u Objetivo	Estrategias	Actividades	Recursos	Indicadores
Deficiente estado de salud bucal en la población adulta, adolescentes-infantil asociado a malos hábitos higénicos y alimenticios	1.- Atención a la población infantil de 6 años (Compromiso AUGE)	Promover la salud bucal y educar sobre la importancia de tener adecuados hábitos alimentarios y técnicas de cepillado	Actividades Promocionales preventivas y de rehabilitación integral.	Odontólogo, Técnico Dental, insumos aportados CSF	100% de los niños que solicitan atención sean ingresados a tto en los plazos establecidos por el MINSAL y dados de alta de acuerdo a especificaciones técnicas.
	2.- Atención a la población Infantil de 12 años	Prevenir y entregar protección específica en los niños de 12 años	Actividades Promocionales preventivas y de rehabilitación integral	Odontólogo, Técnico Dental. Insumos aportados CSF	% de altas exigidos por el servicio de Salud
	3.- Tratamiento salud oral integral de la embarazada a nivel primario (Compromiso AUGE)	Promover la salud bucal y educar sobre la importancia de tener adecuados hábitos alimentarios y técnicas de cepillado para disminuir riesgo de parto prematuro, ingresando a tto. A todas nuestras embarazadas.	Actividades Promocionales preventivas y de rehabilitación integral, con periodoncia, endodoncia y protesis, según necesidades de la paciente embarazada	Odontólogo, Técnico Dental. Insumos aportados CSF	% de altas exigidos por el Ministerio
	4.- Atención del paciente de 60 años (Compromiso AUGE)	Satisfacer la demanda de nuestros usuarios nacidos en 1950	Actividades de promoción prevención y rehabilitación integral, con periodoncia, endodoncia, prótesis etc, según la necesidades del paciente de 60 años	Odontólogo, Técnico Dental. Insumos aportados CSF	N° de pacientes de 60 años en tto integral odontológico 2009 / Pobl total inscrita validada de 60 años 2010

	5.- Atención de toda Urgencia Odontológica	Aumentar el n° de horas odontológicas para satis-facer esta necesidad		Odontólogo, Técnico Dental Insumos aportados CSF	100% de cobertura en atención de patología de urgencia AUGE odontológica a pacientes inscritos en el Cesfam
	6.- Atención en colegios municipales de la Comuna de los niños de Kinder, 1º y 7º Básicos	Mantención de Clínica Dental movil para cumplir el propósito.	**Actividades Promocionales:** El odontólogo estará a cargo de realizar una charla educativa por curso, a padres y alumnos.	Odontólogo, Técnico Dental Insumos aportados CSF	100% de los pacientes que acepten tto. Sean rehabilitados y educados en salud bucal
			Actividades Preventivas: El odontólogo a cargo realizará ttos. Preventivos, es decir, aplica-ción de sellantes, fluor, pulpotomías.	Odontólogo, Técnico Dental Insumos aportados CSF	Nº de pacientes que no aceptan tto. Total de alumnos matriculados
			Actividades recuperativas: Tto. Rehabilitador correspondiente al diagnóstico efectuado.	Odontólogo, Técnico Dental Insumos aportados CSF	Nº de altas de pacientes Nº de pacientes que aceptaron tto.
	7.- Atención a población general (lista de espera) en horario vespertino	Promover la salud bucal y educar sobre la importancia de tener adecuados hábitos alimentarios y técnicos del cepillado.	Actividades Promocionales preventivas y de rehabilitación integral	Odontólogo, Técnico Dental Insumos aportados CSF	Disminuir el nº de pacientes inscritos en lista de espera.

Problema	Metas u Objetivo	Estrategias	Actividades	Recursos	Indicadores
Descompensación metabólica de los pacientes diabéticos en tto. Médico por la presencia de infecciones bucodentales	Ingreso a tto. De todos los pacientes diabéticos derivados por el médico.	Reforzar la importancia de la derivación de todo paciente diabético, sin atención vigente	Actividades promocionales: Difusión a usuarios y médicos de la importancia del tto dental a diabéticos. Actividades Preventivas: Aplicación de fluor y sellantes según, corresponda. Actividades Recuperativas De acuerdo a diagnostico efectuado.	Odontólogo, Asistente dental Insumos del Cesfam	Nº de pacientes ingresados Nº de pacientes derivados Nº de pacientes dados de alta Nº de pacientes ingresados Nº de pacientes ingresados Nº de Diabeticos bajo control
Falta de resolutividad por el nivel secundario en la especialidad de prótesis removible, por la alta demanda del SSMO (lista de espera de 1000 pac) lo que va en desmedro de nuestra población en especial de nuestros adultos mayores	Ingreso a rehabilitación protesica de 350 adultos mayores	Mantener la difusión de nuestro programa	Rehabilitación pre-protésica y protésica de nuestros pacientes	Odontólogo, Asistente dental Insumos del Cesfam	350 pacientes dados de alta

Cáncer

Problema	Metas u Objetivo	Estrategias	Actividades			Recursos	Indicadores
			Promoción	Prevención	Trat.-Rehabilitación		
Deterioro de la calidad de vida de las personas con cancer fuera del alcance terapéutico	Identificación de los pacientes que se encuentran en estas condiciones	Mejorar capacitación en resolutividad del equipo médico del CESFAM, para diagnóstico más acertado y derivación precoz a 2°		Sensibilizar y poner en conocimiento a familiares y cuidadores del estado y evolución de esta patología	Correcta derivación de IC a nivel 2°	Equipo Médico de Sector	Nº de Visitas Domiciliarias Integrales a familia y pacientes con cancer avanzado
	100% de adultos derivados a APS por alivio del dolor por cancer y cuidados paliativos desde el nivel 2 cumple con las garantias establecidas en los protocolos GES.				Derivación al 100% de los pacientes con Ca en etapas terminales a la unidad de cuidados paliativos desde APS	Equipo Multiprofesional	N° de adultos derivados desde nivel 2 para alivio dolor x 100 Total de adultos controlados en APS para tto. Paliativo
En Chile, el Ca de prostata es la 3° causa de muerte por cáncer en los hombres.	Detección precoz, ya que si se diagnostica en sus inicios el tratamiento puede realizarse oportunamente.	Mejorar el diagnóstico oportuno.	3 charlas en sala de espera de los miniconsultorios		Derivación precoz de antígeno prostático elevado con criterios AUGE o sin estos	Equipo multiprofesional	100% de charlas realizadas
		Sensibilizar a la población masculina mayor de 50 años, para realizar examen preventivo.	Educación comunitaria.	Examen de salud preventivo del adulto.		Equipo multiprofesional	Nº EMP en hombres de 50 ó más años x 100 Total hombres 50 y más años BC
Un 5% de las lesiones de piel a las que se les practicó cirugia menor, mostraron signo de malignidad en la biopsia	Diagnóstico y tratamiento oportuno de los casos pesquizados.	Mejorar el diagnóstico oportuno.		Cirugia menor y biopsia del 100% de lesiones sospechosas.	derivación a nivel 2° de las biopsias positivas	Medico	Nº biopsias alteradas Nº cirugia menor realizadas
	Prevención en los factores de riesgo de Cancer de Piel		3 charlas en sala de espera de irradiación UV.			Tecnicos Paramedicos internos enfermería	100% charlas realizadas
Aumento de la tasa de consulta por sospecha o confirmación de cánceres.	Velar por el precoz acceso y oportunidad para la atención con el especialista que corresponda.	Diagnóstico y derivación según protocolo GES y no GES.	Charlas en centros comunitarios y circulos de adulto mayor para promover estilos de vida saludable.	Charlas en centros comunitarios y circulos de adulto mayor para dar a conocer factores de riesgo y signos de alertas.	Diagnóstico y derivación según Protocolo del Servicio de Salud .	Equipo multidisciplinario	100% de los pacientes con sospecha o confirmación de Ca derivados a nivel secundario

Enfermedades Respiratorias

Problema	Metas u Objetivo	Estrategias	Actividades			Recursos	Indicadores
			Promoción	Prevención	Trat.-Rehabilitación		
Las infecciones respiratorias en el año 2008, ocasiono una gran demanda de atenciones medicas	Atención antes de las 48 horas a los menores de 5 años que requieran consulta morbilidad.	Poli de choque en periodo invernal para todo niño menor de 5 años con síntomas respiratorios	Educación comunitaria y comunicación social (Factores de riesgo y grados de severidad)		Tratamiento según normas del MINSAL Aumento oferta hrs. Médicas en horario vespertino.	Médicos CESFAM Kinesiologo	Atender al 100 % de los niños con patología IRA menores de 5 años en invierno´antes de las 24 horas
		Controlar toda alta hospitalaria respiratoria dentro de las 24 horas			Disponibilidad de horas médicas para atención de pacientes dados de alta del hospital dentro de 24 hrs.	Médicos CESFAM KNT	100% altas hospitalarias por IRA controladas dentro de las 24 hrs.
		Continuar siendo centro centinela nacional de vigilancia epidemiológica. (IRA)		Registro diario y envio al MINSAL		Médico IRA Kinesiologo	100 % de los registros enviados al MINSAL
		Auditorias al 100% de las defunciones de < 1 año.				Médico IRA	100 % de las auditorias realizadas
	Vacunación antiinfluenza. a población incluída en norma del MINSAL	Vacunación antiinfluenza al menos 80 % de los pacientes del programa IRA	Difución del inicio y caracteristicas de vacuna y fecha de vacuna antinfluenza	Aplicación vacuna antiinfluenza		Enfermera Técnicos Paramédicos	Nº de vacunas colocadas a niños del programa IRA Nº de niños del programa IRA
		80% niños vacunados según norma				Enfermera Técnicos Paramédicos	Nº de vacunas colocadas a niños según MINSAL Nº de niños con indicación de vacuna según MINSAL
Reducir la letalidad de las . Neumonias adquiridas en la comunidad (NAC)	El 100% de los adultos dispondran de los medicamentos para el tto. de la NAC ambulatoria	Disponibilidad de antibioticos según norma.	Difundir signos sugerentes de neumonia	Capacitación del equipo médico en neumnonia comunitaria	Prescripción de medicamentos según norma.	Médico	N° de muertes por neumonia N° de enfermos de Neumonia
	Tratamiento integral de los pacientes con neumonia.	Atencion médica y kinésica VDI a pacientes que lo requieran			Rx. Torax Tratamiento médico y KNT.	Médico Kinesiólogo	100% Rx de torax realizadas, evaluadas 100% Visitas Domiciliarias requeridas, realizadas.
	Vacunación antiinfluenza. a población incluída en norma del MINSAL	Vaunación antiinfluenza a los adultos mayores beneficiarios o no del sistema público	Campaña de difución de fechas e indicaciones de la vacuna			Enfermera y TPM	N° de AM con vacuna antinfluenza N° de AM inscritos validados

Falta de claridad diagnóstica del paciente EPOC.	Mantener protocolo claro de diagnóstico y tratamiento del paciente EPOC	Auditar ficha de ingreso al programa EPOC	Consejeria antitabaquica breve al 100% de los pacientes que ingresen al programa EPOC y tengan hábitos tabáquicos	Vacunacion antiinfluenza al menos al 80% de los pacientes respiratorios crónicos adultos.	Tratamiento de acuerdo a las Normas ministeriales	Equipo multiprofesional	Nº total pacientes EPOC Nº de pacientes EPOC con consejería antitabáquica Nº pacientes EPOC con vacunación antiinfluenza Nº de pacientes EPOC en control.
					Realizar una espirometria y Rx torax a todo paciente ingresado a Programa EPOC.		Nº de espirometrias a pac EPOC Nº total de pacientes EPOC en control Nº de Rx Torax a pac EPOC Nº total de pacientes EPOC en control
Dificultades en diagnóstico y tto. De paciente asmático	Facilitar y mejorar capacidad diagnóstica y optimizar tto.	Acceso a protocolos vigentes Capacitación constante de Equipo ERA		Vacuna antiinfluenza al menos al 90% de enfermos respiratorios crónicos	De acuerdo a normas Minsal	Equipo multidisciplinario	Nº total pacientes asmáticos con vacuna antiinfluenza Nº de pacientes Asmaticos en control
	Mejorara la resolutividad de la crisis	Actualizaciones periodicas al equipo médico del Cesfam Auditoría a fichas de ingreso al programa ERA		Consejería Estilo de Vida saludable y contaminación intradomiciliaria Consejería antitabaco al 100% de los que fuman	De acuerdo a normas Minsal Acceso a espirometría al 100% de los pacientes asmáticos	Equipo multidisciplinario Sala ERA	Nº de pacientes asmáticos con consejería antitabaco Nº Total de Asmáticos en control Nº de espirometrías a pacientes asmáticos Nº total de pacientes Asmáticos en control.

Anexo 2

Centro de Imágenes Las Condes

Prioridades Sanitarias

Cáncer

Tema-Prioridad	Meta-Objetivo	Estrategia	Actividades	Indicadores
Mortalidad por Cáncer Mamario	Contribuir a la reducción de la alta tasa de mortalidad por cáncer mamario en el SSMO (21,9 × 100.000 mujeres)	Programa de screening mamográfico, para la detección precoz y tratamiento oportuno en los estadios más tempranos de la enfermedad, impactando así en su mortalidad.	Mamografía a toda mujer bajo control mayor de 35 años en nuestros establecimientos de acuerdo al siguiente esquema:	Número de Mx realizadas 2010.
			Mx basal a los 35 años	
		Subsidio municipal por el valor total de la mamografía para las mujeres inscritas en centros de salud comunal, bajo control, Grupo A y B FONASA.	Mx cada 2-3 años entre los 40 y 50 años	Número de casos positivos (Birads IV y V) 2010.
		Convenio resolución especialidades APS.	Mx anual después de los 50 años.	
			Registro y seguimiento de los casos positivos.	
Cáncer vesicular	Contribuir a la prevención y detección del Ca vesicular mediante el Dg de colelitiasis en población adulta bajo control de nuestros centros, focalizado en pctes. mayores de 35 años.	Ecografía abdominal a pacientes que presenten sintomatología sospechosa de colelitiasis con énfasis en grupo de riesgo.	Ecografía abdominal a todo paciente que presente síntomas de patología hepatobiliar.	Número de eco positivas para colelitiasis 2010.
		Subsidio municipal a población inscrita bajo control por el valor total del examen en beneficiarios grupo A FONASA.	Registro y seguimiento de los casos.	Número de casos sospecha de Ca 2010.
		Convenio resolución especialidades APS.		
Cáncer testicular	Contribuir a la detección del cáncer testicular del adulto mediante ecografía.	Solicitud de eco testicular a pacientes con sospecha clínica de masa.	Ecografía testicular a pacientes que presenten sospecha clínica de masa.	Número de exámenes realizados por sospecha Dg. 2010
		Subsidio municipal a población inscrita bajo control por el valor total del examen en beneficiarios grupo A FONASA.	Registro y seguimiento de los casos.	Número de casos positivos 2010.

Tema-Prioridad	Meta-Objetivo	Estrategia	Actividades	Indicadores
Cáncer de próstata	Contribuir a la detección del cáncer de próstata del adulto mediante ecografía.	Solicitud de eco vésico-prostática a pacientes con sospecha clínica.	Ecografía vésico-prostática a pacientes que presenten sospecha clínica.	Número de exámenes realizados por sospecha Dg. 2010
			Registro y seguimiento de los casos.	Número de casos positivos 2010.
		Subsidio municipal a población inscrita bajo control por el valor total del examen en beneficiarios grupo A FONASA.		
Otros cánceres	Contribuir al diagnóstico de cánceres detectables mediante imagenología.	Acceso a exámenes de imágenes a todo paciente bajo control inscrito en nuestros establecimientos, que presente sintomatología sospechosa de cáncer.	Exámenes de ecografía, radiografías a pacientes de acuerdo a su sintomatología sospechosa de neoplasia.	Números de casos positivos detectados 2010.
		Subsidio municipal a población inscrita bajo control por el valor total del examen en beneficiarios grupo A FONASA.	Registro de casos.	

Neumonía

Tema-Prioridad	Meta-Objetivo	Estrategia	Actividades	Indicadores
Morbimortalidad por neumonía en el AM	Contribuir a reducir la magnitud del problema en los centros de salud de Las Condes.	Solicitud de Rx Tórax a todo AM con sospecha neumonía adquirida en la comunidad.	Rx Tórax a AM con sospecha neumonía.	Número de AM diagnosticados neumonía con confirmación Rx
	Contribuir al diagnóstico precoz de la patología.	Priorizar en la atención a AM consultantes por patología respiratoria (PR).	Atención preferencial de AM con sospecha Dg.	
		Subsidio municipal a todo AM referido a Rx Tórax por sospecha NAC.		
		Programa de apoyo Dg en APS para resolución ambulatoria de problemas respiratorios.		

Anexo 3

Laboratorio Clínico

Salud Nutricional

Tema-Prioridad	Meta-Objetivo	Estrategia	Actividades	Indicadores
Obesidad Infantil (nuestra prevalencia en niños menores de 6 años es de un 8%)	Contribuir a la evaluación nutricional de nuestros pacientes menores de 6 años.	Programa Salud Nutricional, que implica la realización de Perfil Lipídico, a todos los pacientes del programa que se les solicite el examen.	Perfil Lipídico (colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol y Triglicéridos), de acuerdo al siguiente esquema:	Número de exámenes realizados a pacientes obesos menores de 6 años, 2010.
	(Colesterol < 200 mg/dL)			
	(Glicemia < 110 mg/dL)		Perfil lipídico según solicitud clínica.	Número de casos positivos 2010.
			Registro y seguimiento de los casos positivos	
La desnutrición en el Adulto Mayor oscila entre un 3 % y un 15 %.	Contribuir a la evaluación nutricional de	Programa Salud Nutricional, que implica la realización de Albúmina, Proteínas Totales y Perfil Lipídico, a todos los pacientes del programa que se les solicite estos exámenes.	Albúmina, Proteínas Totales y Perfil	Número de exámenes realizados
	(Albúmina, Proteínas Totales, Perfil lipídico)		Albúmina, Proteínas Totales y Perfil lipídico según solicitud clínica.	Número de casos positivos 2010.
			Registro y seguimiento de los casos positivos	
El Sobrepeso y la Obesidad afectan al 50 % de nuestras embarazadas.	Contribuir a la evaluación	Programa Salud Nutricional, que implica la realización de Glicemia, Albúmina, Proteínas Totales y Perfil Lipídico, a todas las embarazadas en control en nuestros centros APS, que se les solicite estos exámenes.	Glicemia, Albúmina, Proteínas Totales y Perfil Lipídico (colesterol total, HDL colesterol, LDL colesterol y Triglicéridos), de acuerdo al siguiente esquema:	Número de exámenes realizados a embarazadas con sobrepeso u obesidad.2010.
	nutricional de nuestras embarazadas con sobrepeso u obesidad.			
	(Glicemia, Albúmina, Proteínas Totales,		Glicemia, Albúmina, Proteínas Totales y Perfil lipídico según solicitud clínica.	Número de casos positivos 2010.
	Perfil lipídico)			
			Registro y seguimiento de los casos positivos	

Salud Mental

Tema-Prioridad	Meta-Objetivo	Estrategia	Actividades	Indicadores
Existencia de consumo de OH y drogas de abuso, en la población menor de 20 años y en la población adulta.	Contribuir a la detección y control de tratamiento de OH y drogas de abuso, en menores de 20 años y adultos.	Aplicación ESPAD/AUDIT, que puede implicar la realización de un grupo de exámenes de laboratorio según protocolo establecido.	Realización de exámenes de laboratorio establecidos, de acuerdo al siguiente esquema :	Número de Perfiles de laboratorio realizados 2010.
			Perfil de laboratorio establecido al ingreso.	Número de casos positivos 2010.
			Perfil de laboratorio establecido cada	
Existencia de Síndrome depresivo secundario a Hipotiroidismo en la población adulta.	Contribuir a la detección de síndrome depresivo secundario a Hipotiroidismo.	Programa de Depresión, que implica la realización de un grupo de exámenes de laboratorio según protocolo establecido.	Realización de exámenes de laboratorio establecidos, de acuerdo al siguiente esquema :	Número de Examen TSH realizados a pacientes con síndrome depresivo 2010.
			Examen TSH a paciente adulto con síndrome depresivo recién diagnosticado.	Número de casos positivos 2010.

Salud Cardiovascular

Tema-Prioridad	Meta-Objetivo	Estrategia	Actividades	Indicadores
La prevalencia de DM es del 0.1 % antes de los 44 años de edad, del 9.4 % entre los 45 y 64 años de edad y del 15.2 % en los mayores de 65 años.	Contribuir a nivel de laboratorio en el diagnóstico y control de tratamiento de nuestros pacientes con diabetes	Realizar Examen de Hemoglobina glicosilada A1c a nuestros pacientes diabéticos.	Examen Hemoglobina glicosilada A1c, de acuerdo al siguiente esquema:	Número de Hb A1c realizadas 2010.
	(Hb glicosilada A1c < 7 %)		Hb A1c al ingreso del Programa.	Número de casos positivos 2010.
			Hb A1c cada 6 meses.	
			Registro y seguimiento de los casos	

Cáncer

Tema-Prioridad	Meta-Objetivo	Estrategia	Actividades	Indicadores
Cáncer prostático. En Chile, constituye la tercera causa de muerte por cáncer en los hombres.	Detección precoz, ya que si si se diagnostica en sus inicios el tratamiento puede realizarse oportunamente.	Mejora el diagnóstico oportuno.	Examen Antígeno Prostático Específico Total a adultos varones mayores de 50 años de edad, beneficiarios APS Las Condes, bajo control y con sospecha clínica, de acuerdo al siguiente esquema:	Número de APE realizados 2010.
		Sensibiliza a la poblacion masculina mayor de 50 años, para realizar examen preventivo.	APE basal varones mayores 50 años de edad APE cada 2 años	Número de casos positivos 2010.
		Realizar examen de antigeno prostatico cuantitaivo en los hombre de 50 años o mas	Registro y seguimiento de los casos positivos	

Anexo 4

Centro de Salud Apoquindo

Cuidados de la Salud de la Población Infantil (0 A 9 Años)

Tema	Objetivos	Meta	Estrategia	Actividades	Indicadores
Estado Nutricional y Estilos de vida saludables	▪ Detener el aumento de la obesidad en el menor de 6 años ▪ Promover la adquisición o mantenimiento de estilos de vida saludables.	▪ Mantener o disminuir el % promedio nacional de 9% de obesidad en el grupo menor de 6 años bajo control, obtenido con el nuevo patrón antropométrico OMS 2007. ▪ Generar estrategias de fomento de la salud intersectorial.	▪ Coordinación del equipo de Salud ▪ Evaluación e intervención de situación psicosocial y familiar en relación a su condición nutricional en menores de 6 años. ▪ Promoción y prevención en los colegios municipalizados del sector sobre malnutrición y	▪ Control nutricional a los niños menores de 1año y de 3 a 4 años. ▪ Visita a Kioscos y/o casinos de los colegios Municipalizados del sector, para promover la venta de colaciones saludables y supervisión de medidas higiénico-dietéticas.	▪ Porcentaje de consultas nutricionales de niños de 5 meses y 3 años ▪ Obesos de menos de 6 años bajo control / total de niños menores de 6 años bajo control x 100 ▪ visita semestral a cada Kiosco y/o casino de los colegios municipalizados del sector.
Salud bucal en pre- escolares y escolares	Mejorar y mantener la salud bucal en la población pre-escolar y escolar a través del desarrollo de medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales más prevalentes.	▪ 70% de los niños que asisten al control sano a los 18 meses y 3,5 años, contarán con el componente de salud bucal en su control. ▪ 30% de cobertura en altas odontológicas totales en niños de 2 y 4 años inscritos.	▪ Coordinación con el equipo de Salud. ▪ Adecuación priorizada de Agendas profesionales.	▪ Realizar actividad educativa a todo niño menor de 6 años con énfasis en grupos de 2 y 4 ▪ Atención odontológica con enfoque familiar.	▪ N° de niños de 2 y 4 años con alta odontológica / total niños de 2 y 4 años inscritos □ 100 ▪ N° de niños de 18 meses con evaluación de salud bucal por enfermera / niños de 12 a 23 meses bajo control x 100. ▪ N° de niños de 3,5 años con evaluación de salud bucal por enfermera / niños de 2 a 4 años bajo control x 100.

Desarrollo biopsicosocial	▪ Detectar elementos del entorno que puedan influir en el desarrollo integral de los niños. ▪ Detectar situaciones de riesgo en la salud mental de la madre que influyan en la creación de vínculos afectivos Madre-Hijo. ▪ Detectar precozmente el riesgo y retraso del Desarrollo integral. ▪ Disminuir el déficit de DSM en los niños que asisten a control de salud con intervención oportuna. ▪ Contribuir a que las familias desarrollen capacidades para la estimulación del desarrollo integral enfatizando en los grupos de riesgo.	▪ Visita Domiciliaria integral al 100% de familias con RN de pretérmino extremo- ▪ Visita Domiciliaria integral al 30% de familias con niños menores de 1 año en riesgo biopsicosocial. ▪ 90% de las madres de niños que asisten al control de salud a los 2 meses se les aplica escala de Edimburgo. ▪ 90% niños de 1 mes con control de salud con protocolo neurosensorial aplicado. ▪ 90% de niños de 4 y 12 meses que asisten a control de salud se aplica pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre/padre o figura significativa. ▪ Lograr un 85 % de cobertura de EEDP a los 8 meses. ▪ Lograr un 85 % de cobertura de EEDP a los 18 meses. ▪ Lograr una recuperación en el 60% de los niños de 18 meses con déficit del desarrollo psicomotor.	▪ Coordinación del equipo de salud ▪ Evaluación del DSM según norma ▪ Detección precoz de niños con factores de riesgo biopsicosocial ▪ Evaluación de la situación psicosocial familiar según pauta de factores de riesgo ▪ visita domiciliaria integral ▪ Educación a la embarazada y padres de niños en riesgo de déficit del DSM sobre estimulación precoz.	▪ Visita domiciliaria integral , en los casos detectados como de vulnerabilidad biopsicosocial ▪ Aplicar pauta de detección de signos y síntomas de depresión postparto. Escala de Edimburgo. ▪ Pauta breve EDSM aplicada según la norma vigente ▪ Aplicar protocolo neurosensorial al mes de edad. ▪ Aplicar pautas Massie-Campbell a las edades de 4 y 12 meses ▪ Consulta y reevaluación para niños con riesgo o retraso del DSM ▪ Consulta Asistente Social o Psicólogo si el caso lo requiere ▪ Entrega de folletos educativos a embarazadas y familias con hijos<6 años en control	▪ N° de visitas domiciliaria integral a familias de RN prematuro extremo/ Nº con RN extremo * 100 ▪ Nº VDI a familias de niños < 1 año con riesgo biopsicosocial/ niños <1 año con riesgo biopsicosocial * 100 ▪ Nº de mujeres con escala de Edimburgo aplicada/niños de 2 meses bajo control * 100 ▪ Nº niños de 1 mes con protocolo neurosensorial aplicado/ niños de 1 mes con control * 100 ▪ Nº de niños de 4 meses con pauta Massie-campbell aplicada/niños de 4 meses bajo control * 100 ▪ Nº de niños de 12 meses con pauta Massie-campbell aplicada/niños de 12 meses bajo control * 100. ▪ Nº de niños evaluados con EEDP de 8 meses de edad /Total de noños bajo control de 1 año. ▪ Niños(as) con EDSM a los 18 a meses/ niños(as) entre 12 y 23 meses bajo control x 100 ▪ Niños (as) de 18 meses con déficit/ Niños(as) de 18 meses con EDSM ▪ Niños de 18 meses con déficit recuperados/Total de niños(as) de 18 meses con déficit del DSM x 100 ▪ Número de niños derivados a Psicólogos

Patología AUGE población infantil: ▪ IRA baja en menores de 5 años de manejo ambulatorio. ▪ Epilepsia no refractaria desde 1 año de edad. ▪ Salud Oral integral a los 6 años. ▪ Asma bronquial moderada y severa <15 años. ▪ Urgencia odontológica ambulatoria Consumo. ▪ perjudicial y dependencia de OH y drogas	Cumplir con las GES para las patologías infantiles incluidas en el plan AUGE para la atención primaria	100% de los niños con patologías AUGE atendidos según Ley 19.966	▪ Manejo de acuerdo a protocolo AUGE ▪ Adecuación priorizada de Agendas profesionales	Cumplir flujograma de acuerdo a Guías Clínicas y Listado de Prestaciones Específico para Atención Primaria según patología GES	Evaluación según SIGGES

Cuidados de la Salud de la Población Adolescente (10 a 19 años)

Tema	Objetivos	Meta	Estrategia	Actividades	Indicadores
Salud cardiovascular del adolescente	Mantener la cobertura de controles de salud de adolescentes en la población inscrita con énfasis en la población de 15 a 19 años	13% de cobertura en EMPAD de adolescentes inscritos.	▪ Fomento del control de salud del adolescente en nuestra población. ▪ Derivación oportuna del adolescente consultante a EMPAD	▪ Control de salud según flujograma y norma. ▪ Aplicación de EMPAD	▪ N° de EMPAD realizados/N° de adolescentes inscritos x 100.
Salud bucal en escolares de 12 años.	Mejorar y mantener la salud bucal de la población escolar de 12 años.	65% de cobertura en altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años inscritos.	▪ Coordinación con el resto del equipo de salud para la derivación oportuna de niños de 12 años. ▪ Revisión de listas de niños de 12 años inscritos para ingresar a tratamiento.	▪ Realizar actividad educativa al adolescente de 12 años derivado por el equipo de salud o por demanda espontánea. ▪ Llamar telefónicamente y citar a tratamiento a todo adolescente de 12 años inscrito. ▪ Estimular mediante carteles	▪ N° de adolescentes con alta odontológica total / N° de adolescentes de 12 años inscritos □ 100.
Patología AUGE población adolescente: ▪ Epilepsia no refractaria en menores de 15 años ▪ Asma bronquial moderada y severa en menores de 15 años ▪ Urgencia odontológica ambulatoria ▪ Consumo perjudicial y dependencia de OH y drogas ▪ Diabetes Mellitus tipo 2 ▪ HTA Primaria Esencial en	Cumplir con las GES para las patologías incluidas en el plan AUGE.	100% de los adolescentes con patologías AUGE atendidos según Ley 19.966	▪ Manejo de acuerdo a protocolo AUGE. ▪ Adecuación priorizada de Agendas profesionales.	Cumplir flujograma de acuerdo a Guías Clínicas y Listado de Prestaciones Específico para Atención Primaria según patología GES.	Evaluación según SIGGES.

Cuidados de la Salud de la Población Adulta

Tema	Objetivos	Meta	Estrategia	Actividades	Indicadores
Salud Cardiovascular del Adulto	▪ Detectar condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad en una etapa temprana para su tratamiento,con especial énfasis en varones en edad productiva.	▪ Alcanzar una cobertura en EMP de 12% en hombres de 20 a 44 años. ▪ Alcanzar una cobertura en EMP de 15% en mujeres de 45 a 64 años.	▪ Clasificación de la población adulta bajo control en el Programa de Salud Cardiovascular según RCV ▪ Focalización de EMPA en grupo de hombres y mujeres en edad productiva.	▪ Aplicar EMPA a población consultante sin control previo ▪ Clasificar según RCV a la población en control en Programa de Salud Cardiovascular con un registro actualizado.	▪ N° EMP realizados a población masculina de 20 a 44 años/ Población masculina inscrita de 20 a 44 años ,menos población bajo control en programa de salud cardiovascular x 100 ▪ N° EMP realizados a población femenina de 45 a 64 años/ Población femenina inscrita de 45 a 64 años ,menos población bajo control en programa de salud cardiovascular x 100.
	▪ Reducir la morbimortalidad cardiovascular y las complicaciones asociadas	▪ Alcanzar una cobertura de un 65% en población hipertensa de 15 y más años bajo control ▪ Alcanzar una cobertura de 85 % en población Diabética tipo 2 de 15 y más años bajo control ▪ Alcanzar un 51% de las personas hipertensas de 20 a 64 años bajo control en PSCV con presión arterial menor de 130/85 mm Hg. ▪ Alcanzar un 35% de las personas diabéticas de 20 a 64 años con valores de Hemoglobina Glicosilada bajo 7%	▪ Coordinación y atención según flujograma del PSCV ▪ Educación a pacientes hipertensos y diabéticos para estimular el autocuidado ▪ Trabajo colaborativo con la comunidad organizada en pro de optimizar la adherencia a los programas de ECV ▪ Fomentar estilos de vida saludable en población general ▪ Médico APS capacitado en realización de fondo de ojo.	▪ Control y atención integral de pacientes bajo control en el PSCV por el equipo de salud ▪ Aplicación de QUALIDIAB ▪ Educación individual en cada control de salud ▪ Intervenciones educativas a los pacientes diabéticos ingresados incorporando temas nutricionales ▪ Derivación de pacientes diabéticos a podología según flujograma ▪ Realización de fondo de ojo por médico APS.	▪ Población de 15 y más años HTA bajo control / Población de 15 y más años estimada hipertensa según prevalencia □ 100 ▪ Población de 15 y más años DM bajo control / Población de 15 y más años estimada diabética según prevalencia □ 100 ▪ Población Hipertensa de 20 a 64 años con PA bajo 130/85 mmHg/ N° total de hipertensos bajo control de 15 a 64 años x 100 ▪ N° de personas DM tipo 2 de 20 a 64 años con HbA1c bajo 7%/ N° total de personas diabéticas de 15 a 64 años bajo control x 100.

		• 80% de las personas bajo control con úlceras activas de pie diabético con manejo avanzado de heridas • 100% de los ingresos y20% de los pacientes diabéticos antiguos bajo control con instrumento QUALIDIAB • 80% de diabéticos bajo control con fondo de ojo vigente. • 90% de acceso a Holter de PA para quienes lo requieran • 53% de usuarios diabéticos con evaluación de pie diabético • 80% de usuarios diabéticos con evaluación de pie diabético y que requieran atención podológica la reciban • 40% de pacientes diabeticos bajo control cuentan con atención odontológica.			• N° personas diabéticas con úlceras activas de pie diabético bajo control en PSCV / N° de personas diabéticas con úlceras activas de pie diabético tratados con manejo avanzado de heridas x 100 • N° personas diabéticas con úlceras activas de pie diabético bajo control en PSCV tratados con manejo avanzado de heridas / N° de personas diabéticas con úlceras activas de pie diabético bajo control en PSCV x 100 • N° personas diabéticas nuevas bajo control evaluados con QUALIDIAB / N° total de pacientes diabéticos nuevos en PSCV x 100 • N° personas diabéticas antiguos bajo control evaluados con QUALIDIAB / N° total de pacientes diabéticos antiguos en PSCV x 100 • N° de pacientes diabéticos con fondo de ojo vigente/ N° de pacientes diabéticos bajo control x 100. • N° diabéticos con evaluación de pie diabético atendidos por podólogo /N° diabéticos con evaluación de pie que requieran atención podológica x 100 • N° de diabéticos con atención odontológica/N° de diabéticos bajo control x 100
				• Reproducción de videos educativos en salas de espera	• N° de videos reproducidos

Consumo problemático de alcohol y drogas	Detectar, intervenir y/o derivar a adultos que presentan consumo en riesgo de alcohol y/o drogas en población de 20 años y más bajo control.	• 100% de aplicación de AUDIT en EMPA. • 50% de los casos detectados con consumo en riesgo intervenidos. • 50% de los casos con consumo problema en tratamiento.	• Aplicación de AUDIT durante Control de Salud, en adultos con sospecha de consumo de alcohol o drogas. • Derivación de casos positivos. • Atención integral al adulto y su familia.	• Aplicar AUDIT en EMPA • Referir casos positivos. • Intervenciones preventivas • Intervenciones terapeuticas	• N° de AUDIT aplicados/Nª de EMPA nuevos x 100. • Nª de casos intervenidos/ Nª de casos pesquisados en riesgo x 100. • Nª de casos en tratamiento/ N° de casos pesquisados como consumo problema x 100.}
Patología AUGE población adulta: • Diabetes Mellitus tipo 2 • HTA Primaria Esencial • Depresión • EPOC de tratamiento ambulatorio • Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada • Urgencia odontológica ambulatoria	Cumplir con las GES para las patologías incluidas en el plan AUGE.	100% de los adultos con patologías AUGE atendidos según Ley 19.966.	• Manejo de acuerdo a protocolo AUGE. • Adecuación priorizada de Agendas profesionales.	Cumplir flujograma de acuerdo a Guías Clínicas y Listado de Prestaciones Específico para Atención Primaria según patología GES.	Evaluación según SIGGES.

Cuidados de la salud de la población Adulta Mayor (Mayores de 65 Años)

Tema	Objetivos	Meta	Estrategia	Actividades	Indicadores
Funcionalidad del AM	▪ Mantener la independencia y la autonomía en actividades de la vida diaria ▪ Optimizar la calidad de vida en los Adultos Mayores	▪ 50% de AM inscritos con EFAM al día	▪ Coordinación con programas comunales de AM. ▪ Difusión en comunidad organizada del EFAM. ▪ Optimización en la referencia intraconsultorio de los AM a EFAM. ▪ Consejería en Vida Sana de los consultantes en nutrición y	▪ Aplicación de EFAM. ▪ Referir a DECOM a programas de AM frágiles.	▪ AM con EFAM vigente / AM inscritos □ 100 ▪ N° de AM autovalentes / N° de AM con EFAM x 100.
Salud Cardiovascular del Adulto Mayor	Reducir la morbimortalidad cardiovascular y las complicaciones asociadas.	▪ Alcanzar un 66.4% de las personas hipertensas de 65 y más años bajo control en PSCV con presión arterial menor de 130/85 mm Hg. ▪ Alcanzar un 59.5% de las personas diabéticas de 65 años y más con valores de Hemoglobina Glicosilada bajo 7% ▪ 80% de las personas bajo control con úlceras activas de pie diabético con manejo avanzado de heridas ▪ 100% de los ingresos y20% de los pacientes diabéticos antiguos bajo control con instrumento QUALIDIAB ▪ 80% de diabéticos bajo control con fondo de ojo vigente. ▪ 90% de acceso a Holter de PA para quienes lo requieran ▪ 53% de usuarios diabéticos con evaluación de pie diabético ▪ 80% de usuarios diabéticos con evaluación de pie diabético y que requieran atención podológica la reciban ▪ 40% de pacientes diabeticos bajo control cuentan con atención odontológica	▪ Coordinación y atención según flujograma del PSCV ▪ Educación a pacientes hipertensos y diabéticos para estimular el autocuidado ▪ Trabajo colaborativo con la comunidad organizada en pro de optimizar la adherencia a los programas de ECV ▪ Fomentar estilos de vida saludable en población general ▪ Médico APS capacitado en realización de fondo de ojo	▪ Control y atención integral de pacientes bajo control en el PSCV por el equipo de salud ▪ Educación individual en cada control de salud ▪ Sesiones educativas una vez por mes a los HTA ▪ Intervenciones educativas mensuales a los pacientes diabéticos ingresados incorporando temas nutricionales ▪ Aplicación de QUALIDIAB ▪ Derivación de pacientes diabéticos a podología según flujograma	▪ Población Hipertensa de 65 y más años con PA bajo 130/85 mmHg/ N° total de hipertensos bajo control de 65 y más años x 100 ▪ N° personas diabéticas de 65 y más años con HgA1c bajo 7%/ N° total de personas diabéticas de 65 y más años bajo control x 100 ▪ N° personas diabéticas con úlceras activas de pie diabético bajo control en PSCV / N° de personas diabéticas con úlceras activas de pie diabético tratados con manejo avanzado de heridas x 100 ▪ N° personas diabéticas con úlceras activas de pie diabético bajo control en PSCV tratados con manejo avanzado de heridas / N° de personas diabéticas con úlceras activas de pie diabético bajo control en PSCV x 100 ▪ N° personas diabéticas nuevas bajo control evaluados con QUALIDIAB / N° total de pacientes diabéticos nuevos en PSCV x 100 ▪ N° personas diabéticas antiguos bajo control evaluados con QUALIDIAB / N° total de pacientes diabéticos antiguos en PSCV x 100 ▪ N° de pacientes diabéticos con fondo de ojo vigente/ N° de pacientes diabéticos bajo control x 100. °12°12. ▪ N° diabéticos con evaluación de pie diabé ▪ N° de diabéticos con atención odontológic

Patología AUGE población adulta mayor: ▪ Diabetes Mellitus tipo 2 ▪ HTA Primaria Esencial ▪ Depresión ▪ EPOC de tratamiento ambulatorio ▪ Tratamiento médico de la artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada ▪ Urgencia odontológica ambulatoria ▪ Neumonia adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio ▪ Vicios de refracción	Cumplir con las GES para las patologías incluidas en el plan AUGE	100% de los AM con patologías AUGE atendidos según Ley 19.966	▪ Manejo de acuerdo a protocolo AUGE. ▪ Adecuación priorizada de Agendas profesionales.	Cumplir flujograma de acuerdo a Guías Clínicas y Listado de Prestaciones Específico para Atención Primaria según patología GES.	▪ Evaluación según SIGGES

Cuidados de la Salud de la Mujer

Tema	Objetivos	Meta	Estrategia	Actividades	Indicadores
Morbimortalidad por Cáncer Cervicouterino	• Detección precoz y derivación oportuna de CaCu • Reducir la morbimortalidad en mujeres por CaCu	• 68% de Cobertura de PAP en mujeres inscritas	• Referencia oportuna a matrona por parte del equipo de salud para PAP exclusivo. • "Box abierto" para PAP exclusivos • Referencia oportuna al nivel secundario de los casos positivos	• Realización PAP a población femenina inscrita • Realizar campañas de PAP previamente calendarizadas • Registro y seguimientos de casos positivos	• N° mujeres de 25 a 64 años inscritas con PAP vigente por Citoexpert/ Total de mujeres de 25 a 64 años inscritas x 100
Salud bucal en embarazadas	• Prevención de parto prematuro • Educación de hábitos higiénicos y alimentarios a futuras madres	• 70% de cobertura de altas odontológicas totales en mujeres embarazadas primigestas inscritas • 25% de cobertura de altas odontológicas totales en mujeres embarazadas no primigestas inscritas	• Coordinación con el equipo de salud para la derivación oportuna a tratamiento odontológico de todas las embarazadas que ingresen a control prenatal	• Priorizar la atención dental a toda embarazada primigesta derivada • Realizar actividad educativa a embarazadas derivadas por el equipo de salud o por demanda espontánea • Estimular la permanencia en el tratamiento dental	• N° de altas odontológicas totales en primigestas/ N° de primigestas bajo control x 100 • N° de altas odontológicas totales en no primigestas/ N° de no primigestas bajo control x 100
Control Precoz del Embarazo con atención personalizada e integral en el proceso reproductivo	• Mejorar la prevención del parto prematuro • Prevenir o minimizar el riesgo materno-fetal en el ámbito biopsicosocial. • Realizar educación grupal a la gestante para aumentar capacidad de autocuidado- preparación para el parto y la crianza,promoviendo la participación de la pareja o acompañante. • Manejo oportuno de las condiciones de riesgo del entorno personal y familiar.	• 85% de las mujeres embarazadas ingresadas a control antes de las 14 semanas • Entregar la guia empezando a crecer al 90% de las gestantes • Evaluar al 100% de las gestantes en relación a factores de riesgo psicosocial • 60% de las gestantes ingresan a talleres educativos sobre embarazo ,parto, puerperio y crianza. • Visita domiciliaria integral por matrona ,acordada al 90% de las gestantes con riesgo biopsicosocial.	• Atención y referencia oportuna de mujeres embarazadas • Educación grupal a gestantes y sus acompañantes.	• Realización de control prenatal • Aplicar pauta breve de riesgo psicosocial. • Entrega de guias. • Consejerias preconcepcionales • Campañas de difusión • Realización de talleres educativos. • Visita domiciliaria integral por matrona	• N° de mujeres embarazadas que ingresan a control antes de las 14 sem/total de mujeres embarazadas ingresadas a control • N° de gestantes con pauta breve aplicada / total de gestantes bajo contro x100. • N°de gestantes con guia entregada/ total de gestantes en control • N° de gestantes que ingrasan a talleres grupales / total de gestantes que ingresan a control prenatal. x 100. • N° gestantes en riesgo psicosocial con VDI realizada / total de gestantes en riesgo psicosocial en control x 100.

Promoción de la Salud y cuidados de la Familia

Tema	Objetivos	Meta	Estrategia	Actividades	Indicadores
Estilos de vida saludable	Fomentar actividades de vida saludable	▪ Realización y difusión de Boletín de Salud (trimestral) informativo que ayude a facilitar las condiciones de una vida saludable ▪ Exhibición de videos en salas de espera del CSA, que faciliten las condiciones para una vida saludable	▪ Elaboración de Boletín de Salud informativo ▪ Difusión de Boletín de Salud en OIRS, SOME y Consejo consultivo ▪ Exhibición de videos de Vida Saludable en salas de espera	▪ Elaboración de Boletines de Salud ▪ Entrega de Boletines de Salud ▪ Exhibición de videos	▪ Número de Boletines realizados ▪ Número de boletines entregados ▪ Número de videos exhibidos
Actividad Física	Fomentar la actividad física como factor protector de enfermedades crónicas en población general	Realización de un taller mensual como mínimo, de actividad física para pacientes	▪ Mantención de alianza estratégica con Escuela de educación Física de Universidad de las Américas ▪ Diseño y realización de talleres de actividad física ▪ Socialización y difusión de talleres de actividad física	▪ Talleres de actividad física dirigidos por alumnos en práctica de la Escuela de Educación Física de la Universidad de las Américas ▪ Afiches informativos	▪ Cantidad de talleres realizados ▪ Número de participantes en los talleres
Alimentación Saludable	Estimular y fomentar conductas conducentes a una alimentación saludable	▪ Realización de 4 talleres de alimentación saludable ▪ Una visita semestral a kioscos y casinos de colegios municipalizados del sector	▪ Promoción en los colegios municipalizados del sector sobre alimentación saludable ▪ Trabajar en talleres de hábitos de alimentación saludables en alumnos de Prekinder, Kinder, 1° y 2° básico ▪ Una visita semestral a kioscos y casinos de colegios municipalizados del sector por nutricionista	▪ Talleres en cursos designados ▪ Visitas a kioscos y casinos de colegios municipalizados para promover la venta de alimentos saludables	▪ Número de talleres realizados ▪ Número de visitas realizadas

Prevención y Tratamiento de la Tuberculosis

Tema	Objetivos	Meta	Estrategia	Actividades	Indicadores
Tuberculosis	▪ Pesquisar y tratar los casos de TBC.		▪ Solicitud de baciloscopía (BK) a pacientes sintomáticos respiratorios. ▪ Esquema tratamiento de TBC.	▪ Realizar baciloscopía a todo paciente sintomático respiratorio. ▪ Ingresar a programa a todos los pacientes con baciloscopía positiva.	▪ BK realizadas. / consultas por morbilidad general □ 100 ▪ N° pacientes en control programa TBC.

Anexo 5

ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA

Atención Oftalmología Población Adulto Mayor (65 Años Y Más)

Tema	Objetivos	Meta	Estrategia	Actividades	Indicadores
Atención Oftalmológica al Adulto Mayor	Dar cumplimiento a las indicaciones GES – AUGE para las patología de vicio de refracción en el adulto mayor de 65 años y más	Dar atención oftalmológica al 100% de los adultos mayores que lo demanden	Derivación desde los Centro de Salud de la Comuna, a través de nóminas según criterios de selección para ser atendidos por el Oftalmólogo	Atención de Especialista con una evaluación integral para pesquisa de:	N° pacientes atendidos / n° pacientes derivados x 100
			Aumentar la oferta de Hora especialista	Vicio de refracción,	N° lentes entregados
				Glaucoma,	N° Interconsultas a nivel secundario
				Catarata y	
				Retinopatías	
				Entregar lentes por una Optica , según convenio AUGE en la misma Unidad de Oftalmología donde es evaluado el paciente	

Tema	Objetivos	Meta	Estrategia	Actividades	Indicadores
Atención Oftalmológica del Adulto Joven	Contribuir al aumento de la resolutividad en el nivel primario de atención mediante la prestación de la Especialidad de Oftalmología a través de los programas de resolutividad (MINSAL) y el programa Claravisión (Comunal)	N° de atenciones oftalmológicas programadas por MINSAL para la comuna	Derivación desde los 2 centros de Salud a la unidad de Oftalmología de acuerdo a criterios de selección.	Atención por especialista para pacientes con vicio de refracción.	N° de pacientes atendidos / N° de pacientes derivados x 100
		500 atenciones oftalmológicas para residentes de la Comuna		Entrega sólo de un lente, para optimizar la cobertura de atención de pacientes	N° de lentes entregados
					N° de Interconsultas a nivel secundario

Anexo 6

ENDODONCIA

Tema-Prioridad	Meta-Objetivo	Estrategia	Actividades	Indicadores
AUGE 60 años: Patologías dentarias que requieren intervención del Endodoncista	Alcanzar al menos un 100% de altas de los pacientes diagnosticados en la clínica de Endodoncia	Coordinar con el equipo odontológico de salud primaria la derivación de los pacientes que requieran evaluación de especialista	El paciente derivado por equipo de salud se ingrese con hora de evaluación. Educación al paciente sobre importancia de la realización y seguimiento del tratamiento.	Altas endodoncia pacientes de 60 años *100 _____ pacientes de 60 años con indicación de tto.endodoncia
Secuelas mediatas de traumatismos dentarios	Alcanzar el 60% de evaluaciones de los pacientes traumatizados derivados y realizar tratamiento endodóntico si procede	Coordinar con el equipo odontológico de salud primaria y educación la derivación de los pacientes traumatizados.	El paciente derivado por equipo de salud se ingrese con hora de evaluación. Educación al paciente sobre importancia del seguimiento por la complejidad de las secuelas en relación a estos accidentes.	Pacientes evaluados por traumatismo dentoalveolar *100 _____ Pacientes con traumatismo dentoalveolar derivados Pacientes con tratamiento endodoncia realizado x 100 Pacientes con indicación de tratamiento endodóntico en APS
Patologías dentarias en embarazadas que requieren intervención del Endodoncista	Alcanzar al menos un 100% de altas de los pacientes diagnosticados en la clínica de Endodoncia	Coordinar con el equipo odontológico de salud primaria la derivación de los pacientes que requieran evaluación de especialista	El paciente derivado por equipo de salud se ingrese con hora de evaluación Educación al paciente sobre importancia de la realización y seguimiento del tratamiento	Altas endodoncia pacientes embarazadas *100 _____ pacientes embarazadas con indicación de tto. endodoncia