



# PLAN DE SALUD AÑO 2017

<b>I.</b>	<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>3</b>
<b>II.</b>	<b>DIAGNÓSTICO POBLACIONAL .....</b>	<b>3</b>
1.	Población de Las Condes.....	3
2.	Antecedentes de Las Condes.....	4
3.	Proyección afiliación a sistema previsual de salud .....	6
4.	Encuesta de Satisfacción Usuaría: .....	8
5.	Plan Actual de Capacitación 2017 .....	9
<b>III.</b>	<b>ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD .....</b>	<b>11</b>
1.	Bases Conceptuales: .....	11
2.	Objetivos Sanitarios 2011-2020 .....	15
3.	Oferta de servicios o canasta de prestaciones: .....	24
4.	Programas Comunales .....	26
5.	Centros de Salud.....	39
5.1	Centro de Salud Apoquindo: .....	39
5.2	Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía .....	52
5.3	Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU): .....	62
<b>IV.</b>	<b>UNIDADES DE APOYO A LA ATENCIÓN PRIMARIA .....</b>	<b>67</b>
1.	Centro de Imágenes:.....	67
2.	Centro de Rehabilitación (RAM) .....	75
3.	Centro de Especialidades Odontológicas: .....	77
4.	COSAM Las Condes: .....	80
5.	Laboratorio Clínico: .....	85
6.	Servicios de Oftalmología .....	87
<b>V.</b>	<b>ATENCIÓN TERCARIA DE SALUD:.....</b>	<b>89</b>
<b>VI.</b>	<b>PRESUPUESTO AÑO 2017 .....</b>	<b>90</b>
<b>VII.</b>	<b>ABREVIATURAS DE USO COMÚN EN EL ÁREA DE SALUD .....</b>	<b>92</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>.....</b>	<b>94</b>

## I. INTRODUCCIÓN

Durante el año 2016 la Dirección de Salud de Las Condes ha continuado reforzando su modelo orientado en ofrecer una atención de excelencia y altamente resolutive a todos los usuarios de los centros bajo su dependencia.

Hoy, Las Condes cuenta con dos Centros de Salud Familiar: Cesfam Apoquindo y Cesfam Dr. Aníbal Ariztía, ambos reconocidos a nivel nacional por sus altos estándares en calidad y atención a sus usuarios.

Adicionalmente, Las Condes cuenta con una completa red de servicios de apoyo a la atención primaria, lo que sin duda, es un real beneficio a cada uno de los usuarios que pueden acceder a una importante oferta de prestaciones en el área de Imágenes, exámenes de Laboratorio Clínico, Rehabilitación Kinésica, Especialidades Odontológicas y Salud Mental.

La comuna cuenta también con el Servicio de Atención Primaria de Urgencia de Las Condes (SAPU), el que dispone de todas las herramientas necesarias para una atención rápida y eficaz a sus pacientes.

## II. DIAGNÓSTICO POBLACIONAL

### 1. Población de Las Condes

La población de Las Condes, de acuerdo al último censo y su proyección es de 283.417 habitantes.

	<b>CENSO 2002</b>	<b>CENSO 2012</b>	<b>PROYECCIÓN 2015</b>
<b>HOMBRES</b>	107.497	130.856	126.953
<b>MUJERES</b>	138.977	152.386	156.464
<b>TOTAL</b>	<b>246.474</b>	<b>283.242</b>	<b>283.417</b>

Según las proyecciones, la población mayor de 60 años, particularmente la de 60 a 79 años, es la que experimentará un mayor

crecimiento en los próximos años, con un 21% y la de mayores de 80 años lo hará en un 18%.

Otro dato significativo es la disminución que experimentará la población menor de 20 años (-2%), esta tendencia se ha mantenido en los últimos años.

La población de la comuna habita en zonas residenciales urbanas, sin ruralidad, con fácil acceso a centros comerciales, oficinas, colegios, universidades, centros deportivos, de esparcimiento presentando una densidad poblacional de 76.5 hab/hâ.

## **2. Antecedentes de Las Condes**

La comuna de Las Condes está ubicada en el sector oriente de la Región Metropolitana y tiene una superficie total de 96 km<sup>2</sup>, de los cuales, 43,92 km<sup>2</sup> corresponden al área urbana, la que se extiende desde su límite poniente, con Providencia, hasta los faldeos cordilleranos. El resto del territorio de precordillera es de preservación del medio ambiente natural.

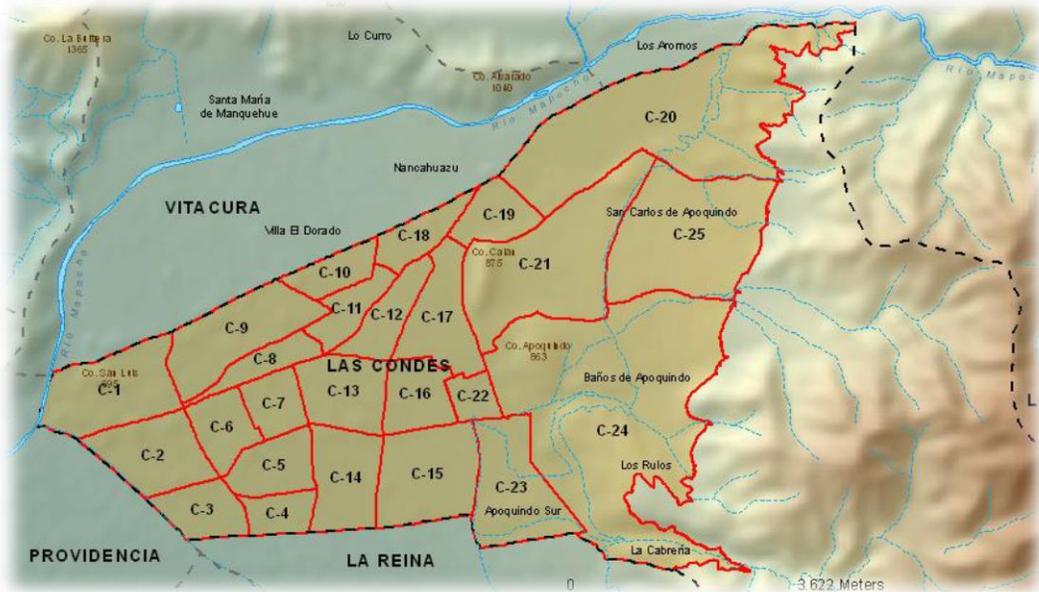
Se encuentra en una zona con clima templado, estación seca de cuatro a cinco meses, con amplias áreas verdes. Esto determina una mejor ventilación, en relación al resto de las comunas de la Región metropolitana, lo que reduce los niveles de contaminación atmosférica impactando en la disminución del riesgo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

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

En cuanto a áreas verdes, Las Condes cuenta actualmente con una superficie aproximada de 1.940.000 m<sup>2</sup>, que se distribuyen en plazas y parques principalmente, además de las áreas verdes en bandejonas y platabandas.

En relación a su situación geográfica, sus límites precisos son: al norte Av. Kennedy, desde el Puente Lo Saldaes, sobre el Río Mapocho hasta Av. Las

Condes y su prolongación por ésta hasta el Camino a Farellones; al oriente desde el Camino a Farellones frente al Cerro Arrayán Sur, la línea de cumbres que pasa por ese cerro, el Moro de Guayacán, el Cerro de la Provincia el Cerro Las Lagunas, hasta el Cerro San Ramón; al sur la línea de cumbres que limita por el sur la hoya de la quebrada San Ramón, desde el Cerro San Ramón hasta la intersección de las calles Valenzuela Puelma, Onofre Jarpa y Alvaro Casanova. La calle Valenzuela Puelma, desde la intersección antes citada hasta el Canal Las Perdices; el Canal Las Perdices desde la calle Valenzuela Puelma hasta Avenida Francisco Bilbao, y Avenida Francisco Bilbao, desde el Canal Las Perdices hasta el Canal San Carlos; y al poniente el Canal San Carlos desde Avenida Francisco Bilbao hasta su desembocadura en el Río Mapocho y el Río Mapocho, desde la desembocadura del Canal San Carlos hasta el Puente Lo Saldes.



**Medio cultural:** Es una comuna consolidada, con alta calidad de infraestructura urbana, y donde el suelo ha llegado a ser un bien escaso.

La población de la comuna es relativamente homogénea respecto al nivel socioeconómico y educacional medio-alto, la mayoría con educación secundaria completa, lo que determina un perfil de usuarios bien informados y con alto nivel de demandas y expectativas, lo que impacta positivamente en el grado de adherencia a los controles de patologías crónicas y en la

comprensión de los contenidos de las educaciones entregadas, pero también nos exige una alta capacidad de manejo y respuesta en todos los casos.

Existe también un segmento de usuarios representados por trabajadores de la comuna como jardineros, obreros, conserjes y trabajadoras de casa particular, con predominio de extranjeros, quienes en ocasiones no viven en la comuna por lo que representan una población flotante que dificulta la realización de todas las acciones de salud familiar.

- Cobertura de educación básica: 98,5%.
- Cobertura de educación media: 96,4%
- Analfabetismo: 0,9%
- Años de escolaridad: 15,28 años en promedio a 2009

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

Las condiciones de vivienda y saneamiento básico en la comuna son adecuadas con escaso índice de hacinamiento y pobreza (índice de pobreza 1,4% según Encuesta CASEN 2011), con un 99.7% de las viviendas conectadas a red pública de electricidad y 100% cuenta con agua potable, eliminación de excretas y disposición de basuras.

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

### **3. Proyección afiliación a sistema previsional de salud**

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

Las Condes representa un 22,39% de la población total de este servicio. La gran mayoría de los vecinos (67%) se encuentra afiliada al sistema de

Isapres y sólo el 24% es beneficiaria del sistema público de salud. En tanto, del total de usuarios del sistema público de salud en el SSMO, sólo el 10% corresponde a vecinos de Las Condes.

#### 4. Encuesta de Satisfacción Usuaría:

Anualmente, la Dirección de Salud realiza una encuesta a los usuarios de todos sus centros para conocer el grado de satisfacción del servicio que reciben en cada uno de ellos, medición que realiza una empresa externa.

Así, se podrá reforzar aquellas áreas que presenten mayores debilidades o que los esfuerzos realizados no sean percibidos por los usuarios.

El año 2016, se mantuvo un muy alto nivel de aprobación, con un promedio de 97%. Los resultados son los siguientes:

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

## 5. Plan Actual de Capacitación 2017

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDAD DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS
<b>Fortalecer el Modelo de Atención en Salud, junto con los valores y principios que lo sustentan.</b>	Salud Familiar: Actualización: curso.	Identificar conceptos y elementos claves en la implementación del modelo integral de salud familiar y comunitaria en la red asistencial en los equipo de salud de atención primaria.
	Programación en Salud Familiar	Contribuir a perfeccionar la planificación operativa de los centros de APS involucrados en el desarrollo del modelo de salud familiar, a través de la adquisición de conocimientos y destrezas en programación
	Diplomado en Odontología Familiar y Comunitaria	Capacitar odontólogos para que apliquen el modelo de Salud Familiar en la atención de las personas, sus familias y la comunidad.
	Actualización en enfermedades crónicas	Mejorar resolutiveidad en atención primaria.
	Curso de Lactancia materna	Reconocer la importancia y las implicancias de la lactancia materna exclusiva, valorando las acciones de promoción y resolución de problemas de las mujeres que consultan en el centro de salud.
	Diplomado en Atención Primaria y Salud Familiar	Contribuir a la formación de profesionales de atención primaria en los aspectos centrales de la Estrategia de Atención Primaria y del Modelo de Salud Familiar
<b>Consolidar el Modelo de Gestión en Red, local regional y suprarregional (macro y micro redes).</b>	Curso Aspectos Centrales en la Gestión, RISS	Reconocer características del modelo de Gestión en Red y de Planificación en Salud, especialmente para los integrantes del Consejo Técnico Administrativo ofertada por el Departamento de capacitación del SSMO
<b>Fortalecer el Sistema de Garantías Explícita en Salud (GES) en la red del servicio público de salud.</b>	Actualizaciones en patologías GES	Conocer las últimas recomendaciones para pesquisa, diagnóstico y manejo de patologías GES y pruebas diagnósticas.
	Actualización en normativa y guías clínicas según ciclo vital.	Fortalecer el conocimiento y la aplicación de protocolos GES y No GES, contar con un equipo de salud motivado, estable, reforzando y ampliando el conocimiento de aspectos normativos y técnicos.
	Manejo avanzado de heridas	Reducir la mortalidad y la discapacidad por afecciones crónicas no trasmisibles
	Prevención IAAS	Entregar y/o reforzar conocimientos para aplicar prestaciones de salud seguras.
	Curso RCP básica	Entregar y/o reforzar conocimientos para aplicar los primeros auxilios y RCP básico.

<b>Mejorar la Calidad de la Atención y Trato al Usuario.</b>	Curso de Atención y Trato al Usuario	Fortalecer herramientas en calidad y manejo del usuario interno y externo, dirigido principalmente a los funcionarios de categorías C, D, E y F de nuestros Centros de Salud.
<b>Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el Mejoramiento de la calidad de vida laboral.</b>	Curso Técnicas para el manejo del estrés y ansiedad en el trabajo	Reconocer los conceptos y factores de riesgo asociados al estrés y la ansiedad, aplicando técnicas para mejorar y superar sus efectos
	Seminarios corporativos	Mejorar la interacción de los funcionarios a fin de fortalecer el trabajo de equipo y contribuir el logro de objetivos sanitarios
<b>Incorporar tecnologías de la información y comunicaciones (TICS) y el uso de tecnología adecuada para apoyar la gestión técnico asistencial en salud.</b>	Actualización en office (Excel y/o Word)	Mejorar el manejo de herramientas de computacionales, nivel usuario
<b>Desarrollar la gestión administrativa, física y financiera.</b>	Capacitaciones en gestión atención primaria	Mejorar el manejo de herramientas de gestión local para equipo gestor
<b>Mejorar la Gestión y Desarrollo de las Personas.</b>	Actualización en radiología odontológica para profesionales	Mejorar resolutiveidad en atención paciente odontológico de atención primaria
	Actualización en radiología odontológica para asistentes dentales	Mejorar resolutiveidad en atención paciente odontológico de atención primaria
	Curso/ Taller de Salud Ocupacional	Detectar casos asociados a etiología laboral, para que los usuarios accedan a las prestaciones que le corresponden y se tomen las medidas preventivas
<b>Mejorar la prevención, y manejo de las contingencias, emergencias y catástrofes</b>	Prevención de riesgos: curso o taller	Fortalecer la respuesta adecuada del Sector Salud ante emergencias, desastres y catástrofes
<b>Se reconocerán dentro del PAC 2017 todas aquellas capacitaciones realizadas por funcionarios, atingentes a su cargo, impartidas por entidades debidamente reconocidas por el ministerio correspondiente y aquellas del programa de RRHH MINSAL</b>		

### III. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

#### 1. Bases Conceptuales:

La Dirección de Salud de Las Condes tiene la tarea de administrar y gestionar en forma moderna e innovadora las políticas que se aplicarán en beneficio de los vecinos.



Cabe destacar los recursos adicionales para ofrecer un servicio de vanguardia, con profesionales y equipamiento que estén a la altura de lo que requieren los vecinos de Las

Condes en el área de salud.

Para realizar una adecuada gestión, la Dirección de Salud debe estar permanentemente monitoreando los cambios que experimenta la población. A modo de ejemplo, cabe señalar la progresiva disminución del número de nacimientos y el aumento de las expectativas de vida.

Este último punto ha implicado también la creciente población de adultos mayores de 60 años, grupo etáreo que presenta, por su condición, muchas patologías crónicas que con frecuencia coexisten: enfermedades cardiovasculares, diabetes, déficit sensorial propios del envejecimiento, cáncer, etc.

Los lineamientos son los siguientes:

### **Lineamiento N°1**

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

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

### **Lineamiento N° 2:**

#### **Consolidar el modelo de gestión en red, local, regional, y suprarregional (marco y microrredes)**

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

### **Lineamiento N°3**

#### **Fortalecer el Sistema de Garantías GES**

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

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

#### **Lineamiento N° 4 y N° 5**

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

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

#### **Lineamiento N° 6**

##### **Incorporar Tecnología de Información y Comunicacionales**

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

#### **Lineamiento N°7**

##### **Desarrollar la gestión administrativa, física y financiera**

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

#### **Lineamiento N°8**

##### **Mejorar la Gestión y Desarrollo de las Personas**

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

#### **Lineamiento N° 9**

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

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

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

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

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

## 2. Objetivos Sanitarios 2011-2020

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

## Reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos

Tema	Objetivo	Meta
<b>Enfermedades Cardiovasculares</b>	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar 10% la sobrevida media de últimos 3 años por infarto agudo al miocardio
		Aumentar en 100% la cobertura de trabajadores formales en programas de vigilancia según riesgo
		Aumentar en 20% la proporción de comunas que superan recomendaciones de la OMS relacionadas con superficie de áreas verdes
		Aumentar 10% la sobrevida media de últimos 3 años por accidente cerebro vascular
<b>Hipertensión Arterial</b>	Incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada	Aumentar 50% la cobertura efectiva del tratamiento de hipertensión arterial
<b>Diabetes Mellitus</b>	Incrementar la proporción de personas con diabetes controlada	Aumentar en 20% la cobertura efectiva del tratamiento de diabetes mellitus tipo 2
<b>Enfermedad Renal Crónica</b>	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Disminuir 10% la tasa de incidencia proyectada de tratamiento de sustitución renal crónica con hemodiálisis en población menor de 65 años
<b>Cáncer</b>	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir 5% la tasa de mortalidad proyectada por cáncer
<b>Enfermedad Respiratoria Crónica</b>	Disminuir la mortalidad por enfermedades respiratoria crónica	Disminuir 10% la tasa de mortalidad proyectada por enfermedad respiratoria crónica
<b>Trastornos mentales</b>	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Disminuir 10% la prevalencia de discapacidad severa en trastornos de salud mental seleccionados *
<b>Discapacidad</b>	Disminuir la discapacidad	Disminuir 10% la media de puntaje de discapacidad proyectada

<b>Salud bucal</b>	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Aumentar 33% la prevalencia de ausencia de historia de caries* en niños de seis años
		Disminuir 10% el promedio de daño por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal
<b>Accidentes de tránsito</b>	Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito	Disminuir 50% la tasa de mortalidad proyectada por accidentes de tránsito asociados a consumo de alcohol e imprudencia del conductor*
<b>Violencia intrafamiliar</b>	Disminuir los femicidios	Disminuir 33% la tasa trienal de femicidios en mayores 15 años

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

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

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

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

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

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

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

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

## FOMENTAR LA INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD

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

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

<b>MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN UN MARCO DE RESPETO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS</b>		
<b>Tema</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Meta</b>
<b>Acceso y Oportunidad</b>	Disminuir las listas de espera	Aumentar a 90% la proporción de Servicios de Salud con adecuada razón de resolución de listas de espera excesivamente prolongadas
<b>Seguridad y Efectividad</b>	Aumentar los establecimientos de salud acreditados	Aumentar a 100% la proporción de establecimientos de atención cerrada, públicos y privados, con al menos la primera acreditación de estándares de calidad y seguridad de la atención
<b>Fármacos y Tecnologías Sanitarias</b>	Mejorar la calidad de medicamentos y tecnologías sanitarias	Aumentar a 90% el porcentaje de fármacos priorizados que cuentan con certificación de calidad
<b>Satisfacción Usuaría</b>	Disminuir la insatisfacción usuaria	Disminuir 30% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de centros de atención primaria Disminuir 30% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de urgencias

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

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

### 3. Oferta de servicios o canasta de prestaciones:

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

#### **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:**

Estas actividades comunitarias se realizan en jardines infantiles, colegios, sedes vecinales, club de adultos mayores, recintos municipales, miniconsultorios, etc.

Corresponden a:

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

### **Actividades Docentes:**

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.

En ese contexto, y a través de un convenio marco de cooperación con Isla de Pascua, personal de la Dirección de Salud realizó una actividad de apoyo con personal médico y de endodoncia a los residentes de la Isla, acción que se repetirá el año 2017.

#### **4. Programas Comunes**

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:

- **Unidad de Calidad de Vida Laboral**

Esta unidad surge el año 2014 con el objetivo de crear un buen clima laboral y que cada uno de los funcionarios se sientan bien en sus puestos de trabajo.

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

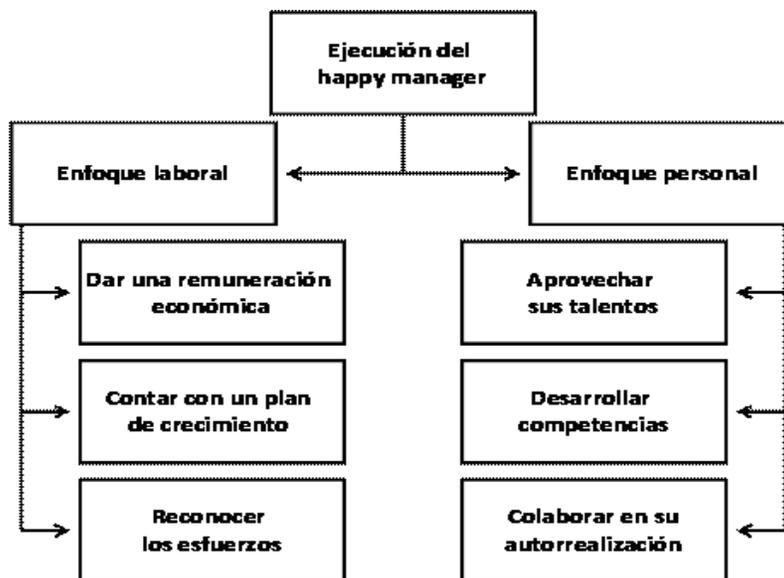
Es en este momento que en la unidad decide implementar un modelo en que cada persona descubra sus principales cualidades y talentos, y la relación entre el uso o no uso de ellos con su nivel de bienestar y felicidad.

Esta propuesta consta de 4 pilares fundamentales:



Estructura del organigrama de la UCVL

Otra decisión que se adoptó fue la ubicación estratégica de la Unidad dentro de la organización. A propósito de ser un proyecto novedoso e innovador, hubo una preocupación que no fuera asociado a estructuras ya existentes y vinculadas a un enfoque laboral (remuneraciones, plan de crecimiento y reconocimiento de los esfuerzos entre otros), sino que se asociara a un enfoque personal (aprovechar sus talentos, desarrollar competencias y colaborar en su autorrealización).



## IMPLEMENTACION

### Año 2014:

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

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

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

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

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

Cada actividad realizada fue debidamente evaluada cuantitativamente con encuestas con escalas tipo Lickert graduadas de 1 a 5.

### **Año 2015:**

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

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

Finalmente, este año de trabajo finaliza con la implementación de la segunda campaña masiva que tuvo el objetivo de dar a conocer qué ocurre con cada persona y sus talentos en condiciones de estrés y alternativas de manejo, lo que llamamos Lado B. Se mantuvo la misma metodología de la campaña 2014 al igual que el equipo de apoyo externo.

### **Año 2016:**

En el tercer año, se realizó un trabajo directo en pequeños grupos locales, con el objetivo central de integrar y aplicar los contenidos revisados en los 2

años anteriores, junto con mantener la estrategia de campaña de difusión y sensibilización masiva anual.

A continuación se mencionan y describen brevemente las actividades implementadas:

Se realizaron talleres grupales teórico-práctico-experienciales a los funcionarios de los Centros de Salud de la red de Las Condes, lo que incluye directivos, jefaturas y funcionarios. Al mismo tiempo se capacitó al comité consultivo de la Unidad de Calidad de Vida laboral.

Se intervino periódicamente (consultorías y asesorías) dentro de las reuniones programadas por los distintos equipos de los diversos establecimientos de salud, con el foco técnico en el tema del autocuidado.

Mantenimiento de la estrategia de elaboración y entrega de material de apoyo trimestral (el cegatón) tipo boletín, a todos los funcionarios de la red de salud.

Tercera campaña masiva de calidad de vida laboral orientada a la entrega de herramientas concretas de manejo del estrés y bienestar personal de acuerdo al tipo de personalidad de cada persona. En esta oportunidad se inicia el proceso de integración entre los lados A y B trabajados anteriormente.

Realización del Primer encuentro de Calidad de Vida Laboral de Las Condes, en que participaron las 8 comunas del sector Oriente. Asistieron los encargados de Recursos Humanos, encargados del tema de Calidad de Vida Laboral, los Directores de la red de Atención Primaria y la Directora del Servicio Metropolitano Oriente.

Asistencia al 5º Seminario Internacional de Felicidad y Empresa.

Participación como expositores en el 5º Encuentro Internacional de La Felicidad.

Reuniones de asesoría del modelo de intervención en el tema de Calidad de Vida Laboral, con los encargados de: Instituto Nacional de Geriátrica,

Departamento de RRHH del Hospital del Salvador, Unidad de Calidad de Vida del Servicio Metropolitano Oriente, Encargados del Departamento de RRHH del Servicio Metropolitano Oriente, Encargados del Departamento de Calidad de Vida del Servicio de Salud Metropolitano Central.

### **Año 2017:**

Se tiene proyectado continuar con el modelo de trabajo en tres niveles de intervención. Esto es:

- A nivel masivo (ej: Campaña anual);
- A nivel de difusión (ej: Encuentro Intercomunal de Calidad de Vida Laboral y asesorías en la aplicación del modelo de Las Condes);
- Y a nivel local (ej: trabajo directo en pequeños grupos, con el objetivo central de integrar, profundizar y aplicar los contenidos revisados en los años anteriores).

### Actividades:

- Realización de talleres grupales teórico-práctico-experienciales a los funcionarios de los Centros de Salud de la red de Las Condes, lo que incluye directivos, jefaturas y funcionarios.
- Continuar con la capacitación del comité consultivo de la Unidad de Calidad de Vida laboral.
- Consultorías e intervenciones periódicas dentro de las reuniones programadas por los equipos de los distintos establecimientos de salud orientadas al autocuidado.
- Consultorías orientadas al desarrollo del liderazgo, para directores y jefaturas intermedias, focalizadas en el autocuidado y la calidad de vida laboral.
- Elaboración y entrega de material de apoyo trimestral tipo boletín a todos los funcionarios de la red de salud.
- Realización del Segundo Encuentro de Calidad de Vida Laboral de Las Condes.

- Asesorías externas en la aplicación del modelo de Calidad de Vida laboral de las Condes.
- Implementación de la cuarta campaña masiva de Calidad de Vida Laboral orientada a la entrega de herramientas concretas de manejo del estrés y bienestar personal de acuerdo al tipo de personalidad de cada persona.







- **Plan de Promoción de Salud**

Durante el año 2016 se suscribió el convenio de promoción de la salud, entre la SEREMI de Salud y este municipio, en virtud de la presentación de un Plan Trienal de Promoción de la Salud (2016-2018), que incluyó básicamente los componentes de Alimentación Saludable y Actividad Física, permitiendo así intervenciones con resultados en el corto y mediano plazo.

En el marco de las orientaciones entregadas por el Seremi, se mantuvo el trabajo de participación social, a través de un Diálogo Ciudadano en la comunidad escolar, convocando a los padres, alumnos y docentes, en torno a la reflexión y discusión de la Ley 20606, de Información y etiquetado Nutricional, entrada en vigencia en junio recién pasado.



Recogiendo los resultados del trabajo realizado con los vecinos (Juntas de Vecinos, Consejos Consultivos y otras Organizaciones Comunitarias) el año pasado, y

respondiendo a sus propuestas, este año se implementaron talleres de capacitación para ellos, con el propósito de instalar competencias relacionadas con la participación y liderazgo, fortaleciendo sobre todo, el rol de los consejos consultivos.

En cuanto al componente de Actividad Física, la innovación se marcó con la incorporación de un taller de senderismo, que se llevó a cabo con usuarios del CESFAM Aníbal Ariztía y el equipo de promoción de ese centro de salud, a cargo de la Fundación Sendero de Chile, con un 100% de

cobertura programada, y con una muy buena valoración por parte de los participantes.

Se espera dar continuidad al plan trienal (2016-2018), involucrando a las familias desde los colegios y centros de salud, abordando problemáticas que afectan la calidad de vida de las personas, y que hoy representan los principales problemas de salud pública del país.

- **Programa Integrado de Salud Escolar:**

El Programa Integrado de Salud Escolar se consolida en el ámbito escolar como una herramienta de evaluación del estado de salud del alumno, orientada a mejorar la calidad de vida de los niños de los seis colegios municipales, tres concesionados además de dos colegios particular subvencionados de Las Condes.

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

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

- Pesquisa de casos nuevos a cargo de los profesores de los colegios (coordinadores de salud) con la colaboración de los Técnicos Paramédicos de los colegios, orientada principalmente a la enseñanza pre-básica y básica **con una matrícula total de 6.311** alumnos.
- Pre diagnóstico: con un total de **1.511** alumnos, evaluados y derivados este año por profesionales paramédicos Junaeb, en agudeza visual (511), auditiva (433) y columna (567).
- Atención de especialistas Junaeb en Oftalmología, Otorrino y Traumatología, a los casos derivados y controles, con un total de **624** alumnos, tanto de enseñanza básica como de media.

Los beneficiarios **del examen de salud** son los escolares de 1º, 4º y alumnos nuevos de enseñanza básica, con una cobertura de **1.128 alumnos**, quienes fueron examinados por una doctora contratada específicamente para el programa, y de los cuales fueron derivados el **65%**. Del total de las derivaciones, el **52%** fueron a nutricionista y el **45%** a dental, pudiendo un alumno presentar una o más alteraciones.

Otra de las líneas de acción del PISE es la atención de **Primeros Auxilios** que brindan las **Técnico Paramédicos en siete colegios (6 municipales y 1 concesionado)**, a escolares que sufren algún accidente en el establecimiento o de trayecto. Se destaca la renovación del equipamiento y mobiliario de todas las enfermerías.

- **Programa de Prevención de Consumo de Alcohol y Drogas:**

Está abocado a los colegios focalizados de la comuna, en coordinación con la Dirección de Educación y con el Servicio Nacional de Drogas y Alcohol (Senda), con una oficina a nivel comunal encargada de coordinar todas las acciones de prevención escolar en base al material proporcionado por este organismo.

Se realiza a través de intervenciones educativas dirigidas a niños y adolescentes.

- **Sonriámosle a la Vejez**

Este programa consiste en la colocación de prótesis dentales a 350 adultos mayores que lo requieren, previo a esta acción es atendido en la Unidad Odontológica del Cesfam Dr. Aníbal Ariztía.

- **Programa dental móvil:**

Este programa se creó para acercar la atención odontológica a la población infantil de la comuna. Para ese contexto, la Dirección de Salud cuenta con clínicas dental móviles en los colegios para realizar atenciones de diagnóstico y tratamiento a los alumnos de kínder, primero y séptimos

básicos de los colegios municipales. Cabe resaltar que el 2016, se inauguraron nuevas clínicas adquiridas por la Dirección.



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

Este programa cuenta con un equipo de profesionales y técnicos que están a disposición de ambos centros. Éstos coordinan las acciones de este equipo para realizar atenciones de patologías agudas o procedimientos de igual características en domicilio cuando sea requerido por los usuarios o sus cuidadores.

Este equipo estará conformado por un médico, enfermera y técnico paramédico que además realizara las labores de chofer. El centro estratégico de este equipo estará en el centro de Salud Apoquindo.

- **Aumento de Cobertura a Programa de Tele dermatología:**

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

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

## **5. Centros de Salud**

El nivel de Atención Primaria exige una 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 Familiar Apoquindo y el Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía, además de un SAPU que opera en la comuna:

### **5.1 Centro de Salud Apoquindo:**

El Centro de Salud Familiar Apoquindo es uno de los dos centros de Atención Primaria de Salud de la comuna de Las Condes, ubicado desde el año 1996 en calle Cerro Altar número 6611, atendiendo a su población inscrita que es predominantemente del área norte de la comuna, bajo el Modelo de Atención de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario, brindando una atención con los más altos estándares de calidad y seguridad a los usuarios.

Está catalogado por el SSMO (de acuerdo al instrumento de evaluación del modelo) como Centro de Salud Familiar (CESFAM) desde el año 2012 y desde enero de 2014 **acreditado como Prestador institucional de Atención**

**Abierta por la Superintendencia de Salud.** Actualmente en el proceso de preparación para solicitar la reacreditación.

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

De acuerdo a los principios del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria, el CESFAM realiza acciones de prevención y promoción de estilos de vida saludable, además de todas las prestaciones de salud definidas para la atención primaria para la recuperación y rehabilitación a través de todo el ciclo vital de nuestros usuarios.

LA **Misión** está definida de la siguiente forma:

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

Y la **Visión**:

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

## FACTORES CONDICIONANTES EN SALUD

**Población:** Su población de acuerdo al último censo y su proyección es de 28 3.417 habitantes, con la siguiente variación en los últimos años:

	CENSO 2002	CENSO 2012	PROYECCIÓN 2015
<b>TOTAL</b>	246.474	282.972	283.417
<b>HOMBRES</b>	107.497	130.856	126.953
<b>MUJERES</b>	138.977	152.386	156.464

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

Su población inscrita validada de 26.839, la que si bien no ha presentado grandes variaciones en el tiempo, sí ha tenido un progresivo aumento de la proporción de sus adultos mayores de 65 años, que alcanza actualmente el 33% del total.

<b>POBLACIÓN VALIDADA CESFAM APOQUINDO 2016</b>			
Edades	Masculino	Femenino	Total
<b>0 a 19 años</b>	1.680	1.623	3.303
<b>20 a 44 años</b>	2.014	4.534	6.548
<b>45 a 64 años</b>	1.995	6.107	8.102
<b>65 y más años</b>	2.691	6.195	8.886
<b>TOTAL</b>	8.380	18.459	26.839

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

Esta característica de la población beneficiaria, determina una tasa de consultas mayor al de la población general y por ende una necesidad de cobertura de atención, también aumentada.

La población de la comuna habita en zonas residenciales urbanas, sin ruralidad, con fácil acceso a centros comerciales, oficinas, colegios, universidades, centros deportivos, de esparcimiento presentando una densidad poblacional de 76.5 hab/hâ.

## SITUACIÓN DE SALUD

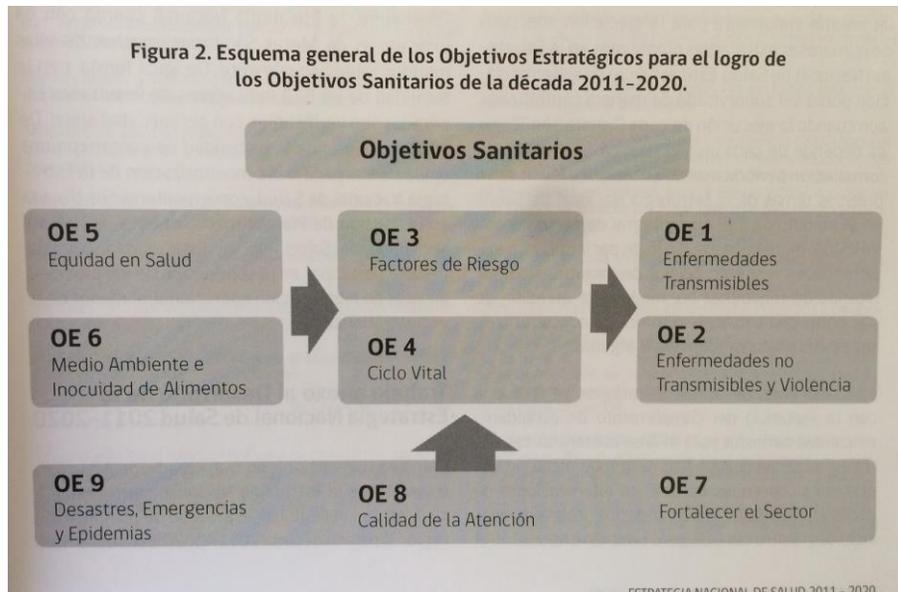
Las estadísticas vitales constituyen una valiosa fuente de información en todos los niveles de atención, permitiendo la formulación, monitoreo y evaluación de los planes y políticas de salud y la toma de decisiones.

Previsión	Beneficiarios %
FONASA A	17%
FONASA B	39%
FONASA C	17%
FONASA D	25%
PRAIS	2%

## POLÍTICA DE SALUD

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

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



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

## 9. Fortalecer la respuesta adecuada del sector salud ante emergencias, desastres y epidemias

Otro de los ámbitos relevantes en la Política de Salud se relaciona con la satisfacción usuaria. En este contexto, se evalúa periódicamente el respeto a los derechos y deberes, satisfacción de los usuarios con la calidad de los servicios otorgados, monitoreo permanente y mejoramiento de la capacidad de respuesta a las demandas de la población con instrumentos estandarizados a través de la Oficina de informaciones, reclamos y sugerencias (OIRS) del Centro.

En la comuna de Las Condes el nivel de satisfacción usuaria en salud se ha mantenido sobre el 95%.

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

### **EVALUACIÓN DE LO REALIZADO**

El Plan de Salud 2016 del CESFAM Apoquindo fue elaborado principalmente en base a las Metas Sanitarias e Índices de Actividad de Atención Primaria de Salud (IAAPS) a octubre tiene un cumplimiento por sobre el 90% promedio. En patologías GES correspondientes a atención primaria, se da respuesta a un 100%.

Atenciones y procedimientos clínicos CESFAM Apoquindo:

ATENCIONES Y PROCEDIMIENTOS CLINICOS	
Atenciones	Nº atenciones*
Atenciones médicas	37.868
Atenciones por enfermera	11.311
Atenciones matrona	11.694
Atenciones nutricionista	4.906
Atenciones odontólogo	18.530
Atenciones psicólogo	4.511
Atenciones kinesiólogo	4.060
Procedimientos clínicos	36.596
Visita domiciliaria integral	1.656
Procedimientos clínicos en domicilio	1.940
<b>*datos proyectados a diciembre 2016</b>	



## Promoción

El Plan de Promoción de la Salud del CESFAM Apoquindo se enmarca en el Plan de Promoción comunal, y se basa en los problemas detectados en el Diagnóstico Participativo.

De esta manera, se espera dar continuidad a las actividades que tienen como objetivo bajar los niveles de sedentarismo y obesidad en la comuna, utilizando para esto diferentes herramientas en los componentes comunal, laboral y educacional, que permitan educar respecto a estilos de vida saludables.

El CESFAM Apoquindo durante el 2016 realizó actividades vinculadas a la celebración de hitos comunicacionales relacionados con Promoción de la Salud, donde se generaron intervenciones educativas en la sala de espera y otros espacios del centro de salud.

Dentro del componente laboral, se realizaron ferias de alimentación para funcionarios, que se complementaron con charlas y talleres respecto a temáticas de alimentación saludable.

Además se creó el Programa Apoquindo Vive Sano, destinado a funcionarios del centro de salud, que consideró evaluación nutricional, plan de alimentación individual, educación alimentaria, taller de actividad física y seguimiento mensual.

En el ámbito educacional, se promueve en la comunidad educativa el conocimiento y la discusión en torno a diferentes temáticas de interés, una de las actividades programadas en este ámbito es la realización de un diálogo ciudadano en torno a la Ley N° 20.606 de etiquetado nutricional y la composición de los alimentos.

En relación a programas ministeriales en el ámbito de la promoción de la salud, durante el 2016 se le ha dado continuidad a los programas Programa Vida Sana y Más adultos mayores autovalentes, que cuentan con equipo de profesionales psicóloga, kinesióloga, terapeuta ocupacional y nutricionista, las cuales realizan talleres tanto en dependencias de los CESFAM, como en sedes de organizaciones comunitarias de la comuna.

## **Participación social:**

El Plan de Participación Social del CESFAM Apoquindo pretende reforzar la identidad territorial de los habitantes de la comuna en base al establecimiento de vínculos que fomenten la cohesión y participación social como herramienta de solución de los problemas locales.

Este Plan desarrollado trienalmente, incluye el trabajo anual del Consejo de Desarrollo Local, que según los resultados del Diagnóstico Participativo requiere detectar los niveles de participación existentes en sus organizaciones y la efectividad de las herramientas utilizadas para fomentar la participación en sus comunidades.

Con este fin, los consejeros se reúnen permanentemente para formar parte de talleres y capacitaciones que permiten comprender y fomentar los alcances de la Participación Social y también para acordar formas de solucionar las demandas de los usuarios. De la misma manera, forman parte de las actividades destinadas a informar a la comunidad acerca del funcionamiento de la red de salud, como capacitaciones sobre GES.

Por último, el Plan de Participación Social consideró la realización de capacitaciones en Trato al Usuario dirigidas a los funcionarios, reforzando los protocolos de atención, para que la satisfacción usuaria se mantenga.

## **Toma de muestra:**

El Centro de Salud Apoquindo cuenta con Sala Externa de Toma de Muestras con dependencia técnica del Laboratorio Clínico Ariztía, donde la principal tarea es brindar un servicio de apoyo a través de la toma de muestras para exámenes de laboratorio con el fin de diagnosticar, pronosticar y monitorear tratamientos clínicos de pacientes del Centro de Salud.

Este servicio incluye: admisión de exámenes, entrega de indicaciones, toma de muestras, recepción y traslado de estas y entrega de resultados.

Esta unidad cuenta con una Recepción de toma de muestra, que en octubre de 2016 aumentó sus módulos de atención a 3, más una sala de toma de exámenes con 3 puestos de trabajo, lo que se hace insuficiente debido al aumento de pacientes que requieren exámenes. Por ello para el 2017 se proyecta mejorar la infraestructura para otorgar una atención más eficiente.

Durante este año 2016 al mes de octubre, en la Sala de Toma de muestras se han atendido un total de 13.970 pacientes:

<b>2016</b>	<b>N° de pacientes atendidos</b>
<b>ENERO</b>	1.292
<b>FEBRERO</b>	1.343
<b>MARZO</b>	1.537
<b>ABRIL</b>	1.396
<b>MAYO</b>	1.470
<b>JUNIO</b>	1.319
<b>JULIO</b>	1.366
<b>AGOSTO</b>	1.512
<b>SEPTIEMBRE</b>	1.391
<b>OCTUBRE</b>	1.344
<b>TOTAL</b>	<b>13.970</b>

### **Atención domiciliaria:**

La atención domiciliaria es una estrategia que permite que los pacientes con dependencia severa tengan una atención con equidad, oportuna, continua y de calidad tanto en su domicilio como a los institucionalizados con los mismos estándares de calidad de nuestros pacientes que acuden a los centros de salud.

Corresponde a un conjunto de acciones con enfoque biopsicosocial para atender los problemas tanto del paciente con dependencia como a su cuidador.

Estas acciones son entregadas en forma independiente a la edad de la persona e incorpora a los demás integrantes de la familia, entendiéndose como cuidador a la persona que realiza los cuidados directos de la persona con dependencia severa, pudiendo ser un familiar o un cuidador externo.

Para esto se cuenta con un equipo de salud altamente calificado, el cual dentro de su roles debe entregar conocimientos y competencias que mejoren la calidad del cuidado, además de entregar un soporte emocional y empático al cuidador, quienes muchas veces han iniciado esta labor sin mayores conocimientos y muchas veces con carencia de recursos materiales.

Es indudable que aún tenemos desafíos con las personas dependientes pero como centro de salud tratamos de abordarlo de la mejor manera posible: visitas programadas, visitas por morbilidad aguda, diversos procedimientos clínicos, inmunizaciones, evaluación de sobrecarga del cuidador, capacitación al cuidador y a otros integrantes de la familia por enfermera, psicóloga y asistente social, asesoría para beneficios comunales, información sobre redes de apoyo intersectoriales y entrega de órtesis.

### **Programa Nacional de Inmunizaciones**

El Programa Nacional de Inmunizaciones posee un enfoque integral y tiene como objetivo prevenir morbilidad, discapacidad y muertes secundarias a enfermedades inmunoprevenibles a lo largo de todo el ciclo vital.

Para ello las metas de cobertura de vacunación se plantean del 95%. Como estrategia para lograr este objetivo se realizan actividades intramurales y extramurales. En el caso de estas últimas se han creado alianzas estratégicas de cooperación con diferentes instituciones para acceder a la población objetivo, tales como: salas cunas, jardines infantiles, colegios, residencias para el adulto mayor y organizaciones comunitarias con un trabajo previamente planificado y analizado.

### **Atención odontológica:**

En el ámbito de la atención odontológica, se ha optimizado el uso de horas odontólogos y sillón lo cual ha permitido disminuir el tiempo de la lista de espera adulto en un 75%, además de cumplir con éxito todos los

programas ministeriales, tales como: GES 6 años, embarazadas y 60 años, atención odontológica prioritaria y espontánea a niños de 12 y menores de 20 años, programa sembrando sonrisas y mejoramiento a acceso alumnos IV medio.

Por otra parte, destacamos la mejora en la consulta de morbilidad de adultos y niños satisfaciendo la demanda diaria requerida por la población.

Durante el 2016 la clínica dental móvil ha podido dar cobertura a todos los niños pertenecientes a los terceros, sextos y séptimos básicos, además de alumnos de IV año medio de colegios municipales y/o subvencionados, acercando la atención odontológica a la comunidad.

Desde el año 2015, se ha incorporado al servicio odontológico la toma de radiografías orales digitales, lo cual ha permitido acceder de manera gratuita a este tipo de prestaciones y así resolver de forma más rápida y eficiente las necesidades del paciente.

### **Calidad:**

Durante 2016 se continuó con la revisión y actualización de los protocolos de calidad por parte del encargado y el equipo multidisciplinario, como preparación a la solicitud de reacreditación.

Para ello la Encargada de calidad comunal ha articulado las acciones con el fin de mantener la monitorización de todos los procesos y las acciones de mejora continua, todo con el objetivo de asegurar la calidad de la atención

### **Resolutividad:**

Durante el 2016 se realizaron, en coordinación con el Departamento de procesos asistenciales en red del SSMO y el Hospital Salvador, tanto operativos de resolución de lista de espera de especialidades como consultorías con asistencia de especialistas a APS.

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

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

## **RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES**

El Centro de Salud, cuenta para su funcionamiento con recursos económicos aportados por el nivel central a través de sistema per cápita y convenios entre el Servicio de Salud Metropolitano Oriente con el Municipio más el aporte Municipal.

En la actualidad la dotación del CESFAM es la siguiente:

<b>DOTACIÓN 2017 CESFAM APOQUINDO</b>		
<b>CATEGORÍA</b>	<b>N° cargos</b>	<b>Horas Totales Contratadas</b>
<b>A</b>	29	960
<b>B</b>	24	979
<b>C</b>	30	1320
<b>D</b>	9	396
<b>E</b>	25	1078
<b>F</b>	6	264
<b>TOTAL</b>	123	4997

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

El CESFAM tiene cuatro vehículos para realizar actividades en terreno como visitas domiciliarias, actividades con organizaciones comunitarias, campañas de vacunación y coordinación con los diferentes niveles de la red. Además cuenta con un servicio externalizado de ambulancias.

## 5.2 Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía

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

Ha sido reconocido como Cefam de excelencia a nivel nacional el año 2012 y nuevamente 2014, siendo de los primeros CESFAM en acreditarse en Calidad como prestador de salud de las garantías GES ante la Superintendencia de Salud el año 2014, acreditación que deberá renovarse a comienzos del año 2017.

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

### Misión

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

*Prestar una atención de salud integral a los pacientes, desde un punto de vista preventivo, diagnóstico, terapéutico y rehabilitador; con garantías de acceso y continuidad y con un enfoque de salud familiar.*

*Igualmente tiene como misión el cumplimiento adecuado de los compromisos de docencia e investigación adquiridos.*

### Visión

La visión del CESFAM Ariztía es:

*Alcanzar la excelencia en las actividades de su competencia, contribuyendo a la satisfacción de la comunidad usuaria, generando una red de salud que promueva el bienestar biopsicosocial y espiritual de la comunidad y la corresponsabilidad de las personas con su propia salud, la de su familia y de su entorno.*

Para lograr este objetivo, la población asignada se encuentra sectorizada, con un equipo multidisciplinario de cabecera que realiza

atención integral a través de todo el ciclo vital. Incluye prestaciones profesionales en el centro de Salud, como también si lo requiere en su domicilio, con un plan de intervención consensuado entre el equipo y la familia o cuidador.

## 1. DESCRIPCIÓN DEL NIVEL O SITUACIÓN DE SALUD

La población inscrita del Cesfam Ariztía es principalmente adulta y adulta mayor, de 65 años y más, esta última corresponde al 21,4%, muy por encima del promedio nacional y de la Región Metropolitana, y también mayor a la población menor de 15 años, que alcanza 10.82% de los inscritos validados.

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



## 2. DESCRIPCIÓN DE FACTORES CONDICIONANTES

### a) Población usuaria:

La población que recibe atención en este Centro de Salud, corresponde principalmente a los beneficiarios inscritos validados por FONASA, que incluye a los residentes de la comuna y a aquellos que por motivos de trabajo o porque nuestros servicios prestados le dan mayor satisfacción prefieren atenderse en nuestro centro.

El Cesfam Dr. Aníbal Ariztía, cuenta con una población inscrita validada para 2015 de 43.768 usuarios, distribuida de la siguiente manera:

**Tabla N° 1**

Rango etario	% de población total inscrita validada
0 a 9 años	5.78%
10 a 19 años	10.52%
20 a 64 años	58,6%
≥ 65 años	21.4%

### b) Densidad y Crecimiento Comunal

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

### c) Población y medio cultural

La población beneficiaria, es una población muy diversa en relación al nivel socioeconómico y educacional, ya que incluye desde población con educación incompleta a profesionales con postgrado que se encuentran con situación económica mermada por distintos factores, tales como endeudamiento excesivo, adultos en edad productiva dependientes de sus

padres y/o allegados, encarecimiento de los planes de salud privada al aumentar en edad.

### Años de escolaridad promedio

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

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

### Nivel educacional de la población de Las Condes 2003-2009

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

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

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

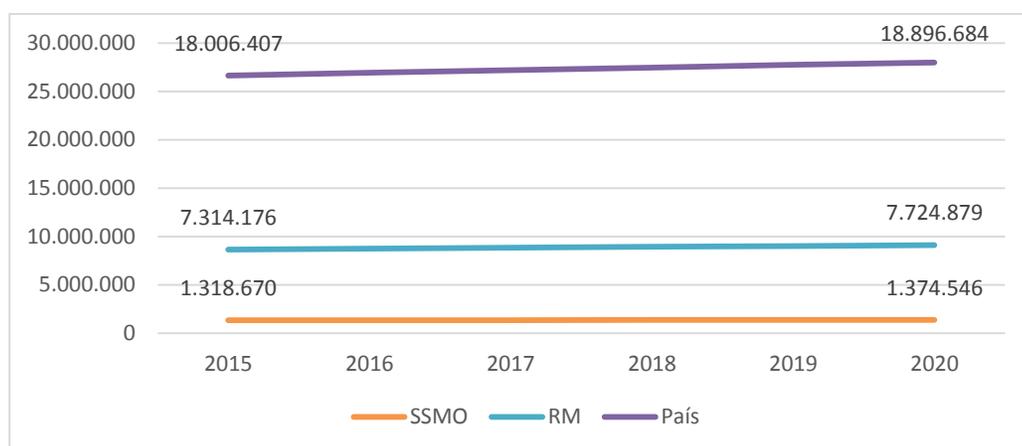
La población extranjera inscrita en nuestro CESFAM alcanza 6,69%.

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

Comuna	Aymara		Rapa Nui		Quechua		Mapuche		Kawésqar		Diaguíta		No pertenece a ningún pueblo indígena		NS/NR		Total
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
	La Reina	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3.714	4,1%	0	0,0%	190	0,2%	86.847	95,7%	0	
Las Comondes	328	0,1%	0	0,0%	0	0,0%	3.773	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	287.741	98,4%	593	0,2%	292.435
Lo Barnechea	264	0,5%	0	0,0%	140	0,2%	765	1,4%	0	0,0%	0	0,0%	54.217	96,4%	840	1,5%	56.226
Macul	302	0,2%	0	0,0%	0	0,0%	6.075	3,9%	0	0,0%	0	0,0%	146.766	95,2%	962	0,6%	154.105
Ñuñoa	0	0,0%	343	0,1%	0	0,0%	9.462	4,0%	0	0,0%	0	0,0%	225.835	95,1%	1.766	0,7%	237.406
Peñalolén	408	0,2%	0	0,0%	232	0,1%	24.471	11,4%	232	0,1%	464	0,2%	185.913	87,0%	2.065	1,0%	213.785
Providencia	4.665	3,0%	137	0,1%	428	0,3%	2.991	1,9%	67	0,0%	0	0,0%	131.545	85,7%	13.727	8,9%	153.560
Vitacura	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1.023	1,3%	0	0,0%	0	0,0%	75.664	98,7%	0	0,0%	76.687
Red Oriente	<b>5.967</b>	<b>0,5%</b>	<b>480</b>	<b>0,0%</b>	<b>800</b>	<b>0,1%</b>	<b>52.274</b>	<b>4,1%</b>	<b>299</b>	<b>0,0%</b>	<b>654</b>	<b>0,1%</b>	<b>1.194.528</b>	<b>93,7%</b>	<b>19.953</b>	<b>1,6%</b>	<b>1.274.955</b>

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

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

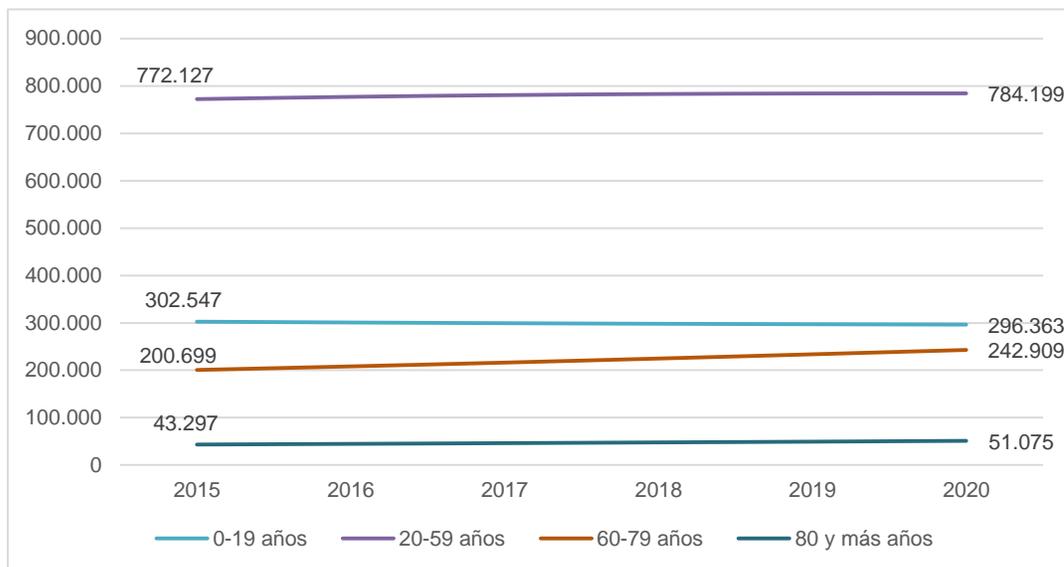


Fuente: Proyecciones INE, 2015

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

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

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



### d) Medio Natural

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

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

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

del departamento municipal “SENDA Previene Las Condes” que actúa en forma coordinada con la red pública y privada a través de los diferentes programas.

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

#### e) Red Asistencial:

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

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

Dentro de la red privada comunal en convenio existe:

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

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

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

#### **f) Consejo de Desarrollo y/o Consultivo:**

Constituyen un espacio de Participación Comunitaria que permite el diálogo e intercambio de información entre los usuarios internos y externos de los establecimientos de salud.

Se constituye por el presidente y/o representante de la(s) organizaciones funcionales y territoriales pertenecientes a las unidades vecinales de la comuna de Las Condes.

En el CESFAM, se reúne una vez al mes o cada 2 meses, trata temas sistematizados por acta y participan 13 Juntas de vecinos, 1 Unión Comunal de Juntas de Vecinos, 1 Unión Comunal de Adulto Mayor, 4 clubes de Adulto Mayor, el encargado(a) de OIRS, un representante de los funcionarios y el Director del establecimiento si es necesario.

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

Funciones:

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

**g) Atenciones**

<b>ATENCIONES Y PROCEDIMIENTOS CLINICOS</b>	
<b>Atenciones</b>	<b>Nº atenciones*</b>
<b>Atenciones médicas</b>	54.192
<b>Atenciones por enfermera</b>	22.085
<b>Atenciones matrona</b>	14.172
<b>Atenciones nutricionista</b>	8.028
<b>Atenciones odontólogo</b>	35.952
<b>Atenciones psicólogo</b>	6.132
<b>Atenciones kinesiólogo</b>	3.552
<b>Procedimientos clínicos</b>	40.236
<b>Visita domiciliaria integral</b>	3.324
<b>Procedimientos clínicos en domicilio</b>	7.272
<b>*datos a septiembre proyectados a diciembre 2016</b>	

## h) Dotación

Dotación efectiva Octubre 2016		
Categoría	Nº Cargos	Nº Horas Semanales
A	38	1.341
B	34	1.309
C	52	2.288
D	6	264
E	25	1.100
F	5	220
<b>Totales</b>	<b>160</b>	<b>6.522</b>

### 5.3 Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU):

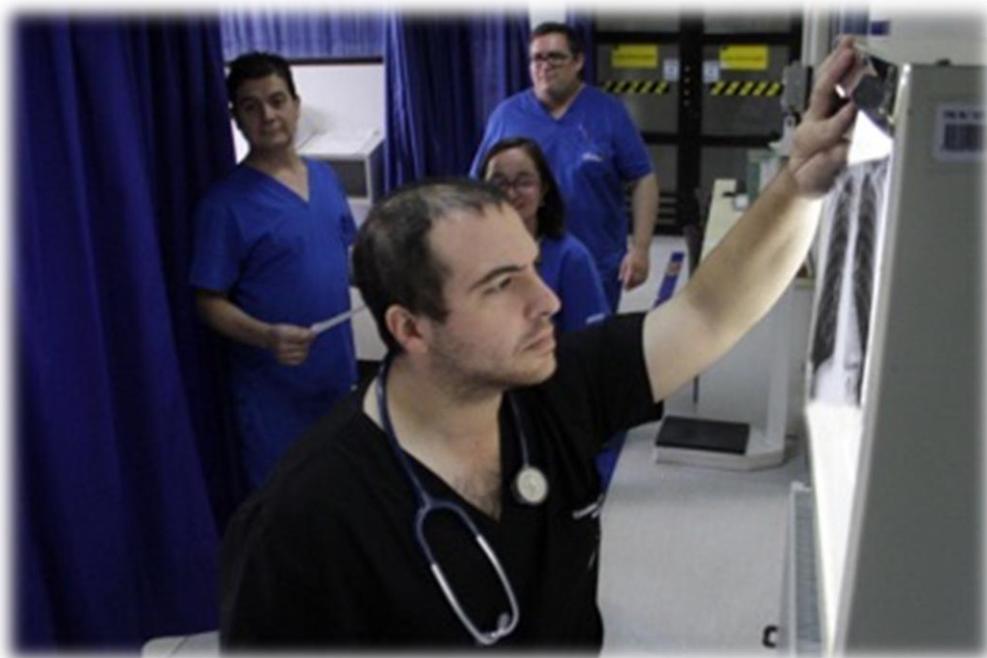
El Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) Dr. Aníbal Ariztía se encuentra ubicado en calle La Escuela Nº 1229 y depende directamente de la Corporación de Educación y Salud de Las Condes como un centro de costo autónomo.

Su objetivo principal es brindar una atención de salud accesible y oportuna, con altos estándares de calidad y seguridad a la población las 24 horas del día, los 365 días del año, dando resolutiveidad a patologías de urgencia médica y dental tanto de baja como de mediana complejidad.

Esta Unidad forma parte importante de la Red Asistencial de Urgencia perteneciente al Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO), en el cual se encuentran otros centros de referencia donde se derivan los pacientes con patologías de mayor complejidad, con quienes se mantiene una permanente comunicación y coordinación. Además, existe una estrecha cooperación con las Unidades de Rescate Prehospitalario, como Seguridad Ciudadana, Sistema de Asistencia Médica de Urgencia (SAMU), Carabineros y Bomberos.

La dotación total del Servicio la conforman alrededor de 45 funcionarios entre profesionales y técnicos de salud y administrativos con altos estándares de calidad.

El área médica atiende de manera continua, mediante un sistema de turnos. Por otra parte, el área dental atiende de Lunes a Viernes desde las 17:00 horas a las 23:30 horas y Sábados, Domingos y festivos desde las 12:00 horas a las 23:30 horas.



Para una derivación oportuna, cuenta con una flota renovada de cuatro móviles de traslado sanitario de rescate, las 24 horas del día, los 365 días del año, los que se encuentran completamente equipados para responder ante situaciones de urgencia vital y dar apoyo a los otros centros de salud comunales, además de contar con personal técnico capacitado en rescate prehospitalario. Así mismo, el servicio de transporte colabora en eventos masivos y actividades deportivas cuando se les solicita, y todas cuentan con sistema de GPS y sistema radial de alta frecuencia, lo que permite monitoreo permanente y una mejor coordinación y administración del recurso.

En coordinación con el Departamento de Seguridad Ciudadana Municipal, cuenta con dos Técnicos en Enfermería de Nivel Superior (TENS) a bordo de motocicletas con equipamiento de primeros auxilios, los que se encuentran al servicio de la comunidad para prestar apoyo a la labor realizada por las ambulancias en los horarios de mayor congestión vehicular (Lunes a Viernes de 07:00 a 11:00 horas y de 16:00 a 22:00 horas), puesto que tienen la oportunidad de llegar con mayor prontitud al sitio del suceso, permitiendo iniciar maniobras de atención prehospitalaria de forma inmediata y entregar un informe más detallado de los hechos.

El SAPU Dr. Aníbal Ariztía realiza un promedio de 5.100 atenciones médicas y de 505 atenciones odontológicas mensuales a usuarios pertenecientes tanto a esta como a otras comunas, independientemente de su previsión de salud, respetando así el derecho al acceso y oportunidad de atención clínica no discriminativa.

En lo que respecta a la evaluación de la planificación del año 2016, se ha equipado al Servicio adecuadamente para poner en marcha la implementación de nuestro Dato de Atención de Urgencia inserto en el sistema de ficha electrónica única a nivel comunal.

A fin de asegurar una atención de calidad, se ha concretado la actualización y readecuación de nuestros protocolos de atención profesional y técnica, para de esta forma obtener durante el próximo año, y en conjunto con el Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía, la Reacreditación para Prestadores Institucionales de Salud otorgada por la Superintendencia de Salud, lo que nos permitirá reforzar los altos estándares de calidad de nuestra institución.

Por otra parte, con la finalidad de dar una atención óptima, informada y más expedita, se implementó un Sistema Inteligente de Administración y Gestión de Turnos con módulo dispensador de tickets tipo web-touch en Sala de Espera de Pacientes, lo que ha permitido mejorar la gestión de la atención durante el proceso de inscripción.

Por último, se concretaron las mejoras propuestas en relación a recursos humanos, con la capacitación continua al personal profesional y

técnico en temas de reanimación cardiopulmonar, manejo de equipamiento técnico, atención al usuario y trabajo en equipo.

En cuanto a mejoras relativas a infraestructura y equipamiento, se concretó la renovación y adquisición de equipos de monitorización y reanimación, renovación y mantenimiento de mobiliario, gasfitería y quincallería, instalación de un estacionamiento metálico para bicicletas de nuestros usuarios internos, y renovación de pintura en dependencias del Servicio, permitiéndonos dar una atención con altos estándares de calidad, tanto técnicos como humanos, así como una estancia más grata a nuestros colaboradores.

### **Proyecciones 2017**

Para el año 2017, se pretende poner en marcha el uso del Dato de Atención de Urgencia inserto en el sistema de ficha electrónica única a nivel comunal, lo que nos permitirá cumplir con lo estipulado en el Manual del Estándar General de Acreditación para prestadores institucionales de atención abierta, mejorando nuestra gestión, optimizando recursos, garantizando una atención continua y de calidad, y facilitando el acceso a la información de los usuarios.

En segundo lugar, y en conjunto con el Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía, se pretende obtener la Reacreditación para Prestadores Institucionales de Salud otorgada por la Superintendencia de Salud, lo que nos permitirá volver a certificar nuestros altos estándares de calidad en la atención.

Por otra parte, con la finalidad de cumplir con acciones de coordinación, disminución de tiempos de espera, cobertura de prestaciones, cumplimiento de protocolos técnico-administrativos y elaboración de planes de mejora continua, se solicitó un aumento en la dotación de horas de enfermería.

De igual forma, y con el propósito de aumentar la capacidad resolutive del personal de salud, además de generar una instancia de aprendizaje en equipo a través del conocimiento de las experiencias y del desarrollo teórico-práctico, es que al igual que cada año, se mantendrá un continuo plan de

capacitación en manejo de emergencias médicas como reanimación cardiopulmonar básica y avanzada, trabajo en equipo y manejo de conflictos, los que se cohesionarán con los brindados por nuestra Institución de Seguridad Laboral (Asociación Chilena de Seguridad), a través del Comité Paritario Comunal, capacitando al personal en temas que le competen, tales como manejo de residuos cortopunzantes, protección radiológica, higiene y seguridad industrial, entre otros.

Por último, con el objetivo de mejorar, normalizar y reponer la infraestructura del Servicio, se contempla para este año la renovación y mantenimiento de elementos que promueven una estancia grata y aumentan el confort de nuestros usuarios, tales como señalética, cortinaje, pintura y mobiliario de nuestras dependencias, así como la reestructuración de la Bodega Administrativa y Baños Externos en Sala de Espera de Pacientes. Con esa misma finalidad, se contempla la readecuación y mejoramiento de la Sala de Atención Dental, junto a su Sala de Radiografía Dental y Sala de Área Sucia.

### Actividades realizadas

Las atenciones del SAPU durante el año 2016 fueron los siguientes:

Atenciones	Números **
Consultas Médicas	61.140
Consultas Dentales	6.049
Procedimientos Médicos *	5.294
Procedimientos de Enfermería	71.845
Traslados de Ambulancias	5.467

\* Incluye suturas, reanimación cardiopulmonar, constatación de lesiones.

\*\* Valores extrapolados de Enero a Octubre del 2016 y Noviembre y Diciembre del año anterior.

#### IV. UNIDADES DE APOYO A LA ATENCIÓN PRIMARIA

La red de salud comunal de Las Condes está orientada a entregar una atención integral a todos sus usuarios, con servicios que van mucho más allá de lo que establece la Ley para la Atención Municipal. Por ello, en los últimos años se ha ampliado la resolutiveidad de sus centros de salud, con una red de centros de atención secundaria, con un equipo profesional y técnico.

En la actualidad, a nivel de atención secundaria existen en la comuna el Centro de Imágenes, el Laboratorio Clínico, RAM, y el Centro de Especialidades Odontológicas.

Además, cabe consignar que el aumento de demanda por atenciones oftalmológicas por parte de los adultos jóvenes y mayores, ha exigido un incremento en la oferta de horas por parte de especialistas, que resuelven un alto porcentaje de una demanda cada vez más creciente, por el aumento etario de los usuarios, pero que al trabajar también en el nivel terciario, logran cerrar el ciclo completo de la prestación, según sea necesario.

##### 1. Centro de Imágenes:

El Centro de Imágenes Las Condes (CILC) tiene como propósito otorgar



un servicio de apoyo diagnóstico a los problemas de salud de la población de Las Condes, implementar y ejecutar un Programa de Screening Mamográfico Comunal y contribuir a aumentar la

resolutiveidad de los establecimientos de atención primaria de la comuna.

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

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

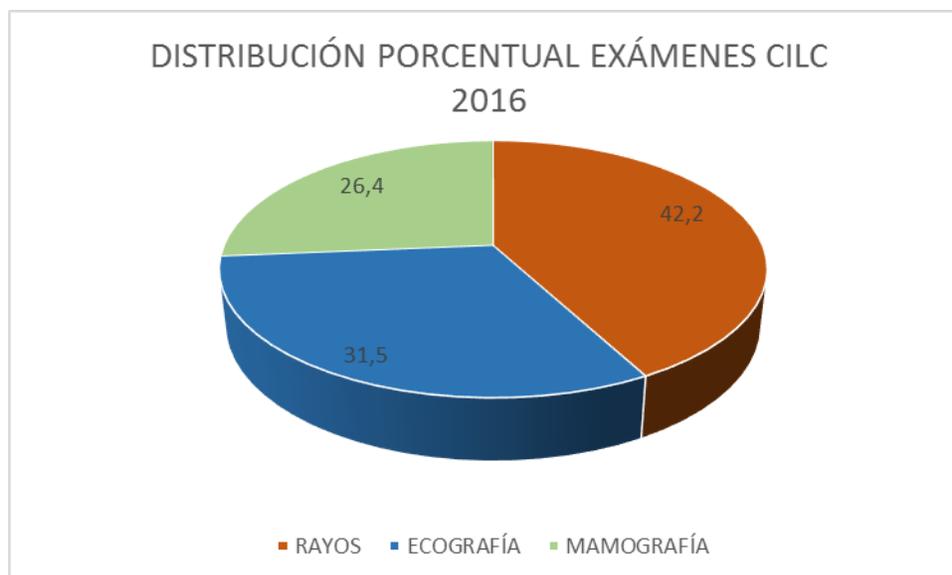
- Beneficiarios grupo A de FONASA inscritos en la Comuna de Las Condes, en todos los exámenes de imagenología.
- Mujeres beneficiarias grupo A y B de FONASA, para mamografías.
- Radiografía de tórax con sospecha diagnóstica de neumonía adquirida en la comunidad a todos los adultos mayores y a los niños menores de 5 años, cualquiera sea su grupo previsional de FONASA.
- De la misma manera, radiografía de pelvis en los menores de 3 meses.

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

## **LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS CILC Y LOGROS**

En su segundo año de funcionamiento con Tecnología Digital Directa (RIS-PACS), el Centro de Imágenes alcanzó las **18.622** prestaciones anuales durante el 2016. Y la tendencia en la productividad, continúa en aumento.

Del total de prestaciones, un 42,2% corresponden a radiología osteoarticular, 26,3% a mamografía y 31,5% a ecografía.



El equipo de salud del Centro de Imágenes Las Condes considera fundamental el lineamiento de calidad en la prestación de sus servicios.

Desde su origen, ha procurado poner a disposición de las personas de menores recursos, el nivel y calidad de salud de las instituciones privadas. En la encuesta de satisfacción usuaria (2015), este centro obtuvo una alta calificación de un **99%** de satisfacción.

Finalmente, se verá prontamente realizado un sueño y anhelo propuesto a la Corporación, hace ya 10 años: Contar con una planta física exclusiva, con mayor capacidad, que agrupe las iniciativas comunales de englobar la atención secundaria y ponerla a disposición y acceso de nuestros vecinos.

Para lo anterior el equipo de CILC ha participado activamente en la elaboración de los planos y distribución de la planta asignada del nuevo edificio para **Atención Secundaria Comunal**, que se ubicará en calle Vilanova.

Lo anterior se traducirá en la duplicación del equipamiento y a aumentar la capacidad instalada al doble; además de contar con una ubicación privilegiada, de mejor y fácil acceso para los usuarios.

Con la creación de la Atención Secundaria Comunal, el Centro de Imágenes se separa de la administración del CESFAM Apoquindo, contando con administración independiente.

Este hecho permite contar con personal dedicado a la gestión de la unidad, acorde a su nivel de complejidad.

Para el 2017 se trabajará en el proyecto, ejecución y puesta en marcha del nuevo Centro de Imágenes las Condes, en el edificio de Atención Secundaria Comunal.

## **ORIENTACIONES HACIA RESULTADOS SANITARIOS**

Los esfuerzos como equipo, serán orientados a contribuir al cumplimiento de las metas sanitarias comunes a la atención primaria. Esto se traduce en el aporte que podamos hacer a la atención integral de salud de nuestra población, contribuyendo al diagnóstico precoz de las enfermedades inmunoprevenibles, como a las predominantes enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y fundamentalmente del cáncer.

Se debe considerar e integrar en el presente Plan de Salud y programación local, la competencia en el programa de Garantías Explícitas de Salud (GES), dada la importancia que reviste para el sistema de salud y especialmente en la oportunidad y calidad de la resolución de los problemas de salud de nuestros usuarios.

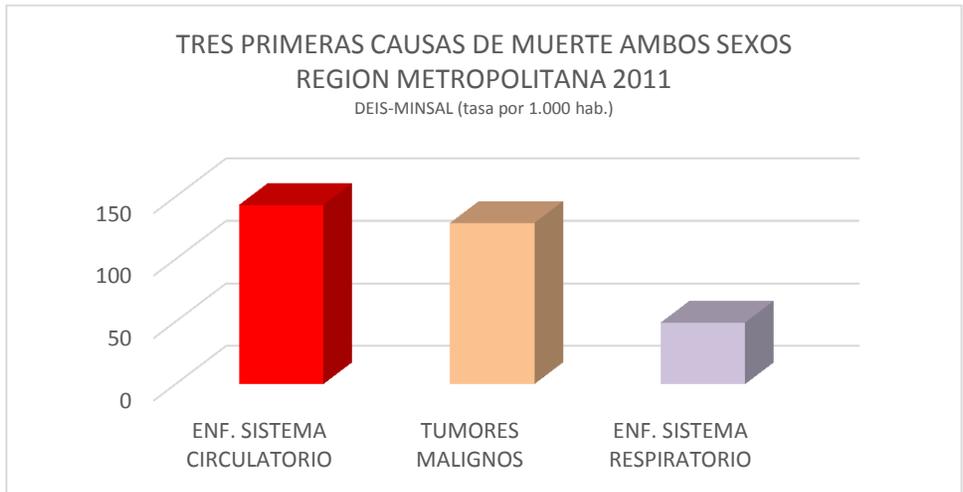
Los servicios se integran a la red pública de salud, contribuyendo con un significativo aporte a los indicadores de salud comunal y del SSMO.

## **PRIORIDADES SANITARIAS**

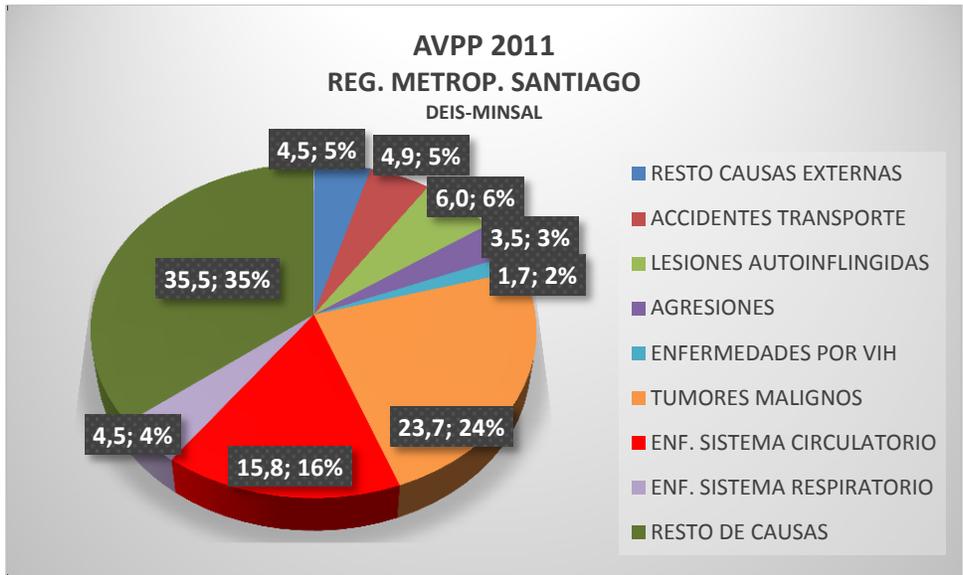
El propósito del Centro de Imágenes es contribuir como apoyo diagnóstico a toda patología a cuyo diagnóstico se acceda o sospeche mediante imágenes.

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

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

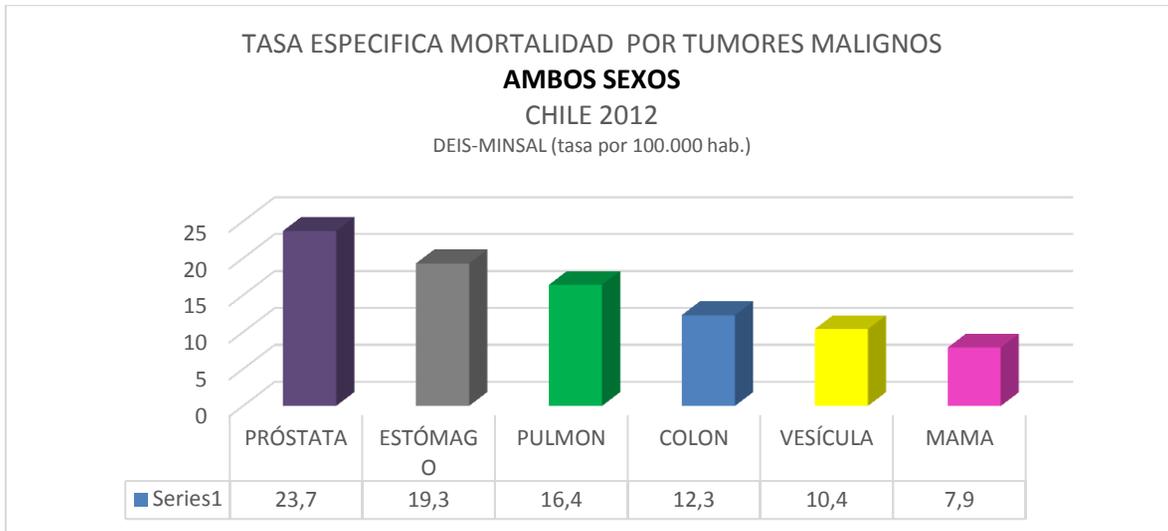


Por otra parte, si se toma como indicador los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP), los tumores malignos constituyen la mayor proporción con un 24%, siendo la primera causa para este indicador, por sobre las del sistema circulatorio con un 16%.

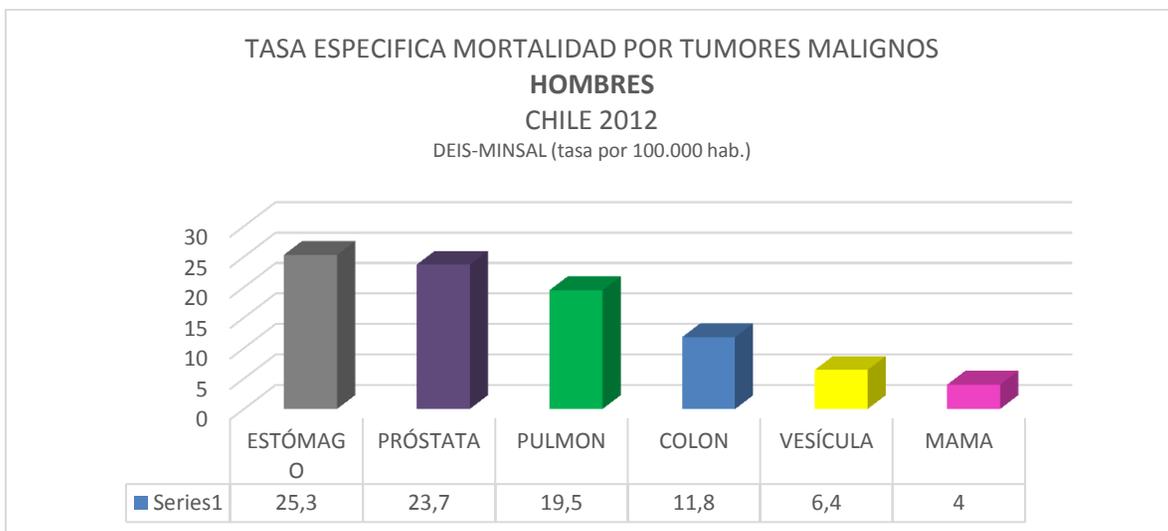


## Cáncer

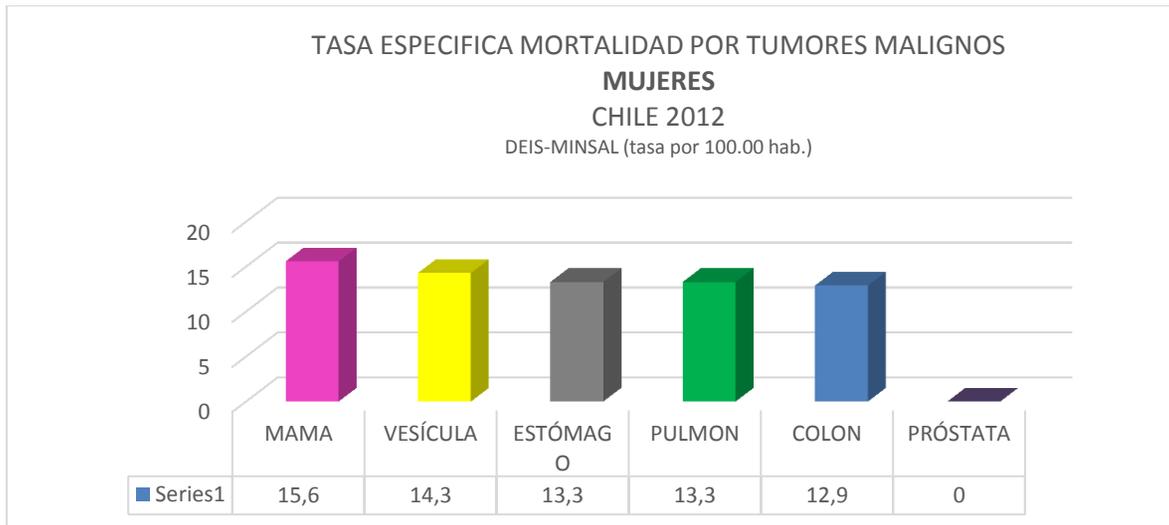
Si se analizan las tasas específicas de mortalidad por causa, para ambos sexos, el cáncer de próstata en Chile ocupa el primer lugar con una tasa de  $23.7 \times 100.000$ , seguido del de estómago con una tasa de  $19.3 \times 100.000$  y por el de pulmón con una de  $16.4 \times 100.000$ . (DEIS-MINSAL 2012)



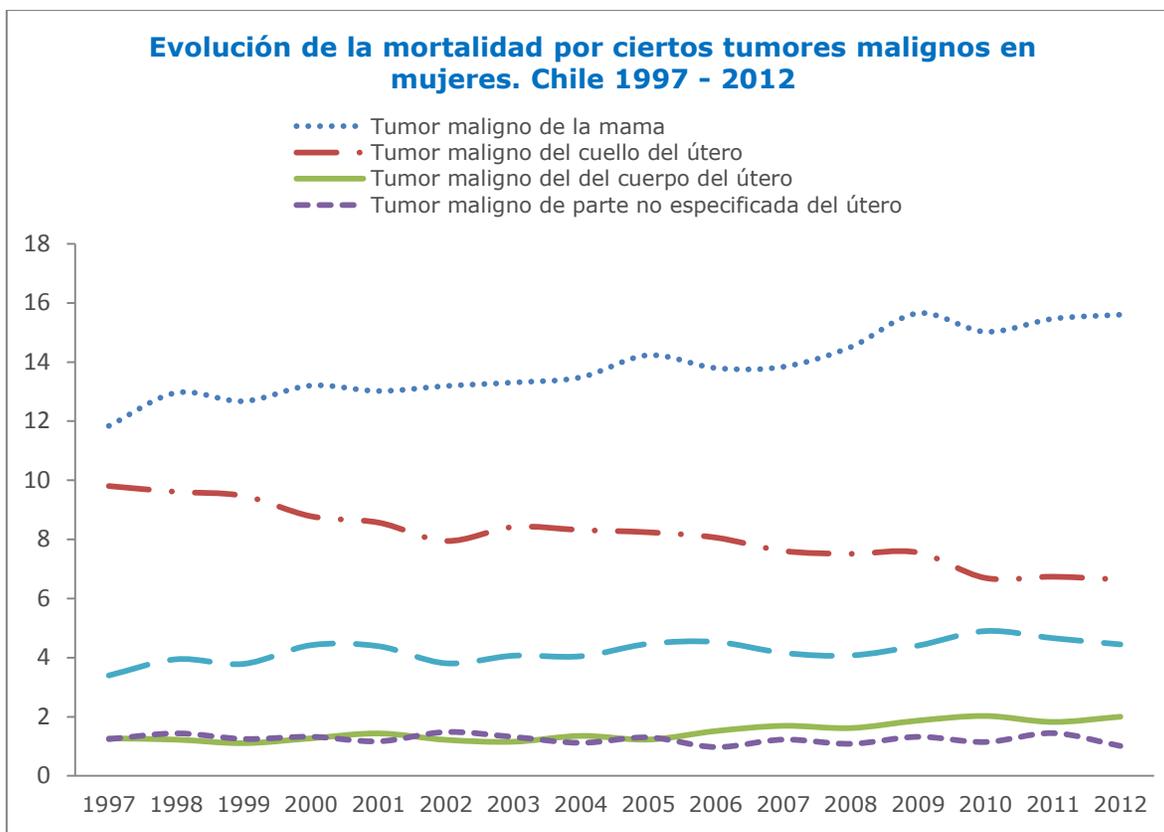
Al analizar las tasas de mortalidad específica por sexo, en el hombre, la primera causa de muerte por cáncer corresponde al de estómago con una tasa de  $25.3 \times 100.000$ , seguida por el de próstata con  $23.7 \times 100.000$  y de pulmón con una tasa de  $19.5 \times 100.000$ . (DEIS-MINSAL 2012)



En el caso de las mujeres, el cáncer de mama es la causa más frecuente de muerte, con una tasa de  $15,6 \times 100.000$  mujeres, seguida por el de vesícula con una tasa de  $14,3$  (AVPP =  $100 \times 100.000$  mujeres) y de estómago con una de  $13,3 \times 100.000$  respectivamente. (DEIS-MINSAL 2012)



Si se realiza una revisión de las tendencias de dichas tasas de mortalidad en los últimos 15 años, nos encontramos con que el cáncer mamario es el único que ha mantenido un sostenido aumento.



En la atención primaria se abordan fundamentalmente las medidas de prevención primaria, pero también se hace necesario medidas de intervención que corresponden a la prevención secundaria a través del diagnóstico precoz, utilizando sistemas de tamizaje.

Ante la problemática de la alta tasa de mortalidad por cáncer mamario en el país y Servicio de Salud Metropolitano Oriente, el centro aborda esta situación, estableciéndose en la única comuna en Chile, desde el año 2004, con un **Programa de Screening Mamográfico** implementado. Toda mujer bajo control mayor de 35 años en los centros de salud comuna, accede a un control mamográfico periódico de acuerdo al siguiente esquema: mamografía basal a los 35 años, un control mamográfico cada 2-3 años entre los 40 y 50 años y una mamografía anual después de los 50 años. Con lo anterior se pretende impactar en la mortalidad, mediante la detección precoz del cáncer mamario.

Por otra parte, este año también nos abocaremos a contribuir a la prevención y detección precoz del cáncer vesicular mediante el diagnóstico

de la coleditiasis en población adulta bajo control mayor de 35 años, y al diagnóstico de cáncer de próstata (el único con aumento sostenido en la población masculina), entre otros.

### **Neumonías del adulto mayor**

Las enfermedades respiratorias constituyen la tercera causa de mortalidad general en Chile con una tasa de 49.3 x 1.000 habitantes. La mortalidad por neumonía alcanza una tasa específica de 18.3 × 100.000 (DEIS-MINSAL 2011).

Por ser la Neumonía del AM un problema de salud gravitante a nivel tanto comunal como nacional, y por haber sido propuesta para su incorporación en el 2004 como prestaciones gratuitas del Centro, se incluye en el Plan de Salud de manera de contribuir a establecer la magnitud del problema localmente, y diagnosticar oportunamente a la población consultante, impactando en los indicadores expuestos.

## **2. Centro de Rehabilitación (RAM)**

Este año, al igual que el año pasado, se espera un aumento de pacientes jóvenes (entre 14 y 30 años), que visitan el RAM principalmente por causas traumatológicas, debido a la excelencia de la atención y al mayor conocimiento por parte de ellos de la canasta de servicios.



Se ha comenzado a atender pacientes menores de 14 años, con problemas traumatológicos como escoliosis y alteraciones posturales, con el fin de disminuir complicaciones

en su vida adulta. Ellos vienen siempre en compañía de un adulto responsable. La meta para este año es atender alrededor 270 pacientes traumatológicos mensualmente, con un total cercano a los 3.200 pacientes en el año 2017.

<b>Pretensión de horas 2017</b>	<b>Traumatológicas</b>		<b>3.200 Pacientes</b>
		Neurológicas	412 Pacientes
		Hidroterapia	416 Pacientes
		Hidrogimnasia	350 Pacientes
		Trastornos de la Marcha	208 Pacientes

Este gran número de atenciones obliga a seguir creciendo y optimizar la gestión de horas, para así seguir brindando una atención de calidad y oportuna. La horario de atención es de 08:00 a 20:00 horas, de lunes a viernes durante todos los días del año y la oferta de horas que el paciente puede elegir para realizar su tratamiento es de 55.480 aproximadamente.

<b>Oferta de horas anuales</b>	<b>Traumatológicas</b>		<b>39.000</b>
		Neurológicas	2.080
		Hidroterapia	7.800
		Hidrogimnasia	6.600

Como ha sido en años anteriores, las patologías más comunes para este 2017 serán los Hombro Doloroso, Patologías de la Columna Lumbar, Artrosis de Cadera y Rodilla y en gran aumento de pacientes post operados en general. Dentro de los menores de 16 años las patologías más comunes son escoliosis y alteraciones posturas en general.

<b>Distribución patologías</b>		<b>por</b>		<b>Hombro 35%</b>
				Columna Lumbar 22%
				Artrosis de Cadera 16%
				Artrosis de Rodilla 14%
				Menores de 16 Años 5%
				Otras 8%

**Prestaciones Kinesiología 2017 120.000 Prestaciones Aprox.**

## **Proyecciones 2017**

Durante el 2017 se seguirá gestionando la posibilidad de atender a los pacientes postrados de la comuna. Un kinesiólogo que se dedique exclusivamente al tratamiento de patologías traumatológicas y neurológicas de estos, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de ellos, mantenerlos de mejor forma y educar a su entrono familiar en los cuidados y ejercicios que deben realizar.

Así también se ha capacitado a personal técnico de enfermería en el área de la masoterapia, con el fin de que puedan ser un apoyo constante al kinesiólogo en el tratamiento de las patologías que correspondan.

Con estas nuevas áreas de trabajo y nuevos desafíos, se necesita mantenerse al día y vigentes en las nuevas tendencias y tratamientos de avanzada para los pacientes, lo que obliga a estar constantemente estudiando para abordar de mejor forma los requerimientos de los usuarios.

### **3. Centro de Especialidades Odontológicas:**

El Centro de Especialidades Odontológicas de la comuna está ubicado en Cerro Altar 6611A. Funciona desde agosto del 2010 y tiene un equipo conformado por 12 especialistas, cuatro asistentes dentales y un administrativo.

Está destinado a entregar especialidades de: Endodoncia, Periodoncia y Rehabilitación oral, para ello cuenta con una infraestructura de cuatro salas de procedimientos odontológicos y una sala de rayos x.

Durante el año 2016 el Centro ha entregado 1.639 atenciones odontológicas de especialidad, beneficiando a pacientes GES 60 años, GES Embarazadas y pacientes particulares residentes en la comuna.

## **Atención a pacientes GES:**

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

A octubre del año 2016, el 90% de los pacientes GES 60 requirió tratamiento de especialidad, atendiendo a más de 300 pacientes de este programa.



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

En relación a las pacientes Ges Embarazadas, a Octubre del 2016, el 100% de las pacientes de este programa, requirieron prestaciones de especialidad, atendiendo a un grupo de 200 gestantes.

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

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

### **Atención Particular:**

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

La atención se brinda con un copago preferencial y acreditando su residencia con tarjeta vecino vigente. A la fecha ya se han efectuado 1.109 atenciones particulares en las distintas especialidades.

### **Periodoncia:**

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

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

A octubre del 2016, 170 pacientes particulares han recibido tratamientos de esta especialidad.

### **Rehabilitación Oral:**

Esta especialidad se encarga de recuperar piezas dentales perdidas, devolviendo al paciente la función y estética de su cavidad oral.

El tratamiento se realiza a través de aparatos fijos y/o removibles.

A octubre del 2016, 243 pacientes particulares han sido atendidos por nuestros especialistas.

## **Endodoncia:**

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

A octubre del 2016, 132 pacientes particulares han evitado la exodoncia de sus dientes con este procedimiento

En mayo de 2016, el equipo de Endodoncia planificó y ejecutó exitosamente el operativo de apoyo a Isla de Pascua en esta especialidad, logrando beneficiar con 37 tratamientos de alta.

## **Compromiso año 2017**

- Mantener el promedio de nivel de satisfacción usuaria histórico
- Entregar atención a un 100% de los pacientes Ges derivados de los Centros de Salud
- Disminuir lista de espera para los tratamientos de rehabilitación de pacientes particulares.
- Seguir trabajando en las áreas de Promoción y Prevención de Salud Bucal.

## **4. COSAM Las Condes:**

La Municipalidad de Las Condes, tiene como política de salud, proporcionar a los habitantes de la comuna una mejor calidad de vida. Se le ha dado importancia al problema de Salud Mental considerando su alta prevalencia.

Durante este año la Corporación inauguró en Juan Palau 1940 las nuevas dependencias para COSAM diseñadas específicamente para dar todas las comodidades y facilidades tanto a usuarios como a los profesionales. Cuenta con un mayor número de oficinas para atención y con salas para reuniones y terapias de grupo diseñadas específicamente con estos objetivos. Todo esto en un amplio terreno que permite el ingreso en vehículo a las personas con dificultades motoras.

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



Entre los objetivos fundamentales del COSAM está brindar la atención necesaria y oportuna, diagnosticar, estabilizar, mejorar, reinsertar, familiar y laboralmente a los usuarios de los otros servicios comunales,

así como la capacitación técnica, tanto dentro del propio equipo, como la destinada a los profesionales de Atención Primaria.

El Plan Ambulatorio Básico en convenio con SENDA se ha consolidado y las evaluaciones de SENDA son progresivamente positivas.

En cuanto a los objetivos Sanitarios, el COSAM estará dedicado a cumplir con las normas emanadas de la autoridad sanitaria, lo que significa poner énfasis en Patologías de Salud Mental que se han ingresado a las patologías GES:

- Trastornos depresivos
- Trastornos bipolares
- Esquizofrenia primer episodio

También nos preocupan otras patologías de alta prevalencia:

- Trastorno por Ansiedad
- Trastornos de personalidad
- Trastorno por Abuso de Sustancias

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 las patologías ya citadas cumpliendo los plazos señalados para recibir atención por especialista.

Para la consecución de los objetivos enumerados, COSAM cuenta con una dotación profesional que está compuesta por:

- 5 Psiquiatras
- 5 Psicólogos
- 1 Terapeutas Ocupacionales
- 1 Trabajadora social
- 2 Secretarias
- 1 Técnico en Rehabilitación
- 1 Mayordomo
- 1 Administrador

### **Proyecciones 2017**

El equipo COSAM Las Condes se ha propuesto, como meta para el año próximo, tareas que tienen como principal objetivo, continuar con la calidad de la atención a la población beneficiaria y lograr una optimización de la oportunidad de la atención.

Cumplir las normativas emanadas desde Salud Oriente adaptándose a los cambios de política que están emanando de ese nivel, al igual que desde SENDA.

Ejecutar la planificación Estratégica de COSAM. Trabajo realizado en el año 2016, dando paso al trabajo comunitario y en red.

Por otro lado, ya se ha avanzado en mejorar y optimizar el trabajo con las redes comunales de salud y con otros dispositivos con los que cuenta la comuna, Desarrollando las capacitaciones técnicas Psiquiátricas a los médicos de los dos CESFAM de la comuna (CONSULTORIAS), mejorando la

comunicación y dinámica de referencia diagnóstica de los pacientes que llegan a COSAM. A su vez, seguir implementando la contraloría Psiquiátrica, como proceso de filtro al ingreso a COSAM.

También, se espera incrementar en un 30% el número de beneficiarios participantes en los Talleres de Psicoeducación, actualmente en funcionamiento, tales como el taller para pacientes bipolares y habilidades parentales.

COSAM incrementará la contra derivación a CESFAM en un 20% para el 2017. Lo anterior, para evitar la permanencia innecesaria en COSAM, promoviendo el ingreso de otros usuarios y permitiéndonos satisfacer la demanda de mejor manera.

COSAM tiene como desafío para el 2017, implementar desde el mes de enero el modelo de Salud Comunitaria, desarrollando actividades en terreno que promuevan y prevengan las enfermedades de salud mental de la comuna.

COSAM como política de desarrollo asistencial docente mantendrá vigente el convenio de campo clínico con Universidad Diego Portales en la carrera de Psicología y abrirá un espacio con la Universidad de los Andes en la carrera de Terapia Ocupacional.

COSAM espera, asimismo, continuar con un alto nivel de compromiso con los pacientes quienes son el objetivo de dedicación, esfuerzo y que en definitiva son los que justifican la existencia de este dispositivo de salud. En suma, se espera seguir creciendo, siempre enfocados en la calidad de la atención y aprovechar todo el capital, tanto humano, como técnico, para una mejor gestión. Se espera una mayor estabilidad en el equipo de profesionales. Es necesario aumentar las horas de médicos psiquiatras.

## Estadísticas

Durante este año 2016 al mes de septiembre, COSAM ha tenido un total de atenciones profesionales, desglosadas de la siguiente forma:

### ATENCION ENERO A OCTUBRE 2016

MES	POR SEXO		TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	
ENERO	314	586	900
FEBRERO	227	346	573
MARZO	316	645	961
ABRIL	300	716	1016
MAYO	331	756	1087
JUNIO	304	646	950
JULIO	326	713	1039
AGOSTO	432	684	1116
SEPTIEMBRE	418	724	1142
OCTUBRE	408	508	916
<b>TOTAL</b>	<b>3.376</b>	<b>6.323</b>	<b>9.700</b>

MES	Psiquiatras	Psicólogos	Terapeuta Ocupacional	Trabajadora Social	Tec. Rehabilitación
<b>Enero</b>	425	377	102	24	
<b>Febrero</b>	424	197	69	16	
<b>Marzo</b>	449	363	113	58	
<b>Abril</b>	506	302	91	59	
<b>Mayo</b>	502	401	97	57	
<b>Junio</b>	414	342	122	33	
<b>Julio</b>	473	316	108	33	33
<b>Agosto</b>	488	388	102	29	158
<b>Septiembre</b>	469	337	115	17	127
<b>Octubre</b>	373	333	110	33	112
<b>Total</b>	<b>4.523</b>	<b>3.356</b>	<b>1.029</b>	<b>362</b>	<b>4.30</b>

## 5. Laboratorio Clínico:

El Laboratorio Clínica es una unidad con cuya misión es entregar apoyo diagnóstico a los Centros de Salud Municipales de la comuna de Las Condes, para contribuir a la resolución de los problemas de salud de los vecinos a nivel de atención primaria y con ello mejorar su bienestar y calidad de vida.

El Laboratorio Clínico contempla para el año 2017, realizar dirigidos esfuerzos para lograr una importante actualización en el sistema informático de gestión integral para lograr la entrega de servicio weblab a los usuarios y considerar la factibilidad de conexión electrónica a la ficha clínica electrónica de los Centros de Salud Familiar.

En cuanto a los objetivos Sanitarios, el Laboratorio clínico estará dedicado a mantener el cumplimiento de la Normativa vigente de Acreditación del CESFAM Dr. Ariztía, en el ámbito de servicio de apoyo de laboratorio clínico, bajo los estándares establecidos por el Ministerio de

Salud, con un énfasis en la mejora continua de sus procesos y un enfoque en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios.

Referente al equipamiento, se mantendrá en la vanguardia tecnológica en las áreas de química, hormonas, hematología, coagulación y urianálisis, considerando específicamente el cambio a un equipo de primer nivel en hematología y urianálisis, a modo de otorgar una calidad analítica demostrable y una oportunidad de respuesta apropiada a nuestros vecinos de Las Condes.



### **Orientaciones Técnico Administrativas:**

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

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

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

#### **Estadísticas:**

- El año 2015, se realizó un total de 435.303 exámenes de laboratorio.
- Para este año 2016, se estima la realización de 460.000 exámenes en total y para el año 2017, se espera un crecimiento alrededor de un 3 %, en relación al año 2016.

#### **Proyecciones 2017:**

- Énfasis en la coordinación con los Centros de Salud, para optimizar el uso de los exámenes de laboratorio, centrado en un trabajo en equipo y en la mejora continua.
- Evaluación de la Incorporación de una mayor automatización en las áreas de urianálisis, para seguir mejorando la calidad y oportunidad en la entrega de los exámenes a nuestros usuarios, en esta área técnica.
- Mantenimiento de la automatización e informatización en las áreas de química-hormonas, hematología, coagulación y urianálisis para cumplir con las exigencias establecidas en todas las prestaciones correspondientes a estas áreas y con especial énfasis en las patologías GES.

## **6. Servicios de Oftalmología**

La atención de oftalmología sigue siendo una de las mayores demandas de atención en los centros de salud de Las Condes. El creciente aumento de adultos mayores inscritos en los centros de salud de la comuna que están insertos en forma activa en la sociedad hace que demanden este servicio

anualmente ya sea como primera atención o para control de patología ocular que es degenerativa o propias de la edad.

De igual forma el adulto joven menor de 65 años es un paciente que demanda en forma imperativa esta atención porque las patologías oftalmológicas inciden directamente en su trabajo.



Los programas ministerial es le dan obligatoriedad a la atención del adulto mayor con la garantía GES de vicios de refracción en

pacientes mayores de 65 años con una garantía de oportunidad de 180 días desde la derivación por la APS a la especialidad , pero este tiempo garantizado siempre es reclamado como muy largo por los pacientes que están necesitando de esta atención.

Entre las estrategias comunales, se dispone de atención por oftalmólogo para los adultos mayores y jóvenes con patología crónica y por tecnólogo médico para los adultos jóvenes sanos.

### **Proyección 2017**

Para el año 2017 se pretende disponer de mayor oferta de horas de especialidad de oftalmología para la atención del adulto mayor, con el objetivo de disminuir los tiempos de espera, para ello se utilizara los servicios de tecnólogo médico para mejorar esta cobertura, este aumento en la actividad hace necesario el apoyo de digitador para acompañar este proceso

que está obligado a llevar esta digitación en los programas ministeriales que controlan el proceso.

## **V. ATENCIÓN TERCIARIA DE SALUD:**

El año 2016, la Dirección de Salud de Las Condes continuó con su trabajo coordinado con el Departamento de Desarrollo Comunitario (Decom) de la comuna para otorgar atenciones médicas a los residentes de Las Condes en la Clínica Cordillera de Las Condes.

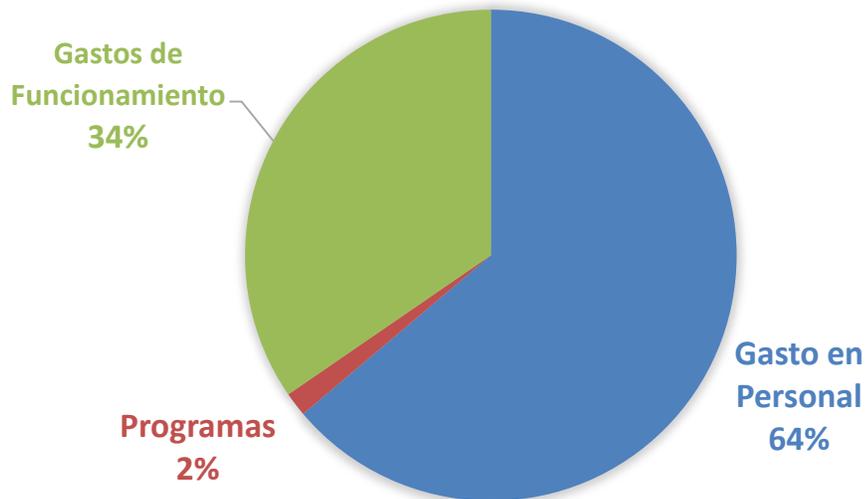
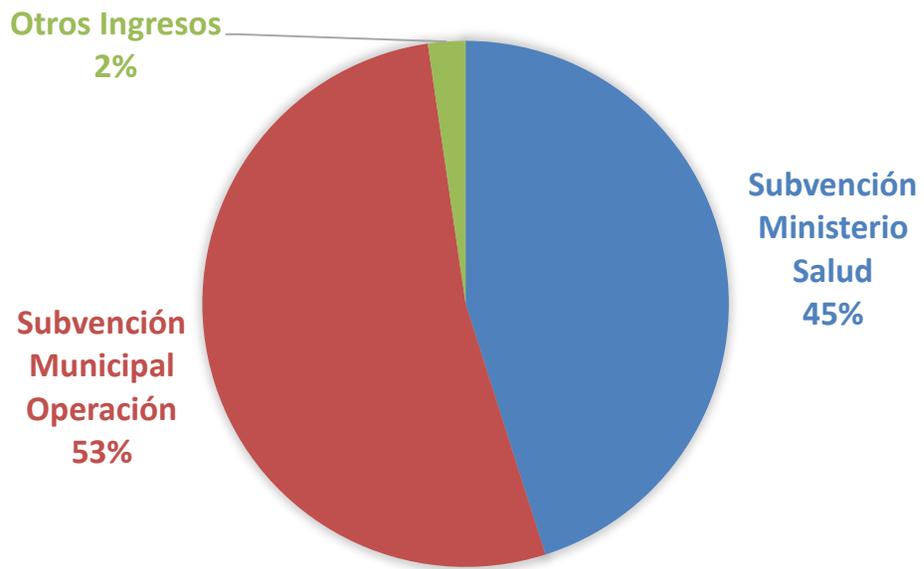
Esta coordinación se realiza a través de un médico contralor y los beneficiados reciben en esta clínica atenciones médicas de especialidades, quirúrgicas y de emergencias, dependiendo de sus necesidades.

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

## VI. PRESUPUESTO AÑO 2017

Variación 2016 – 2017: 2,8%

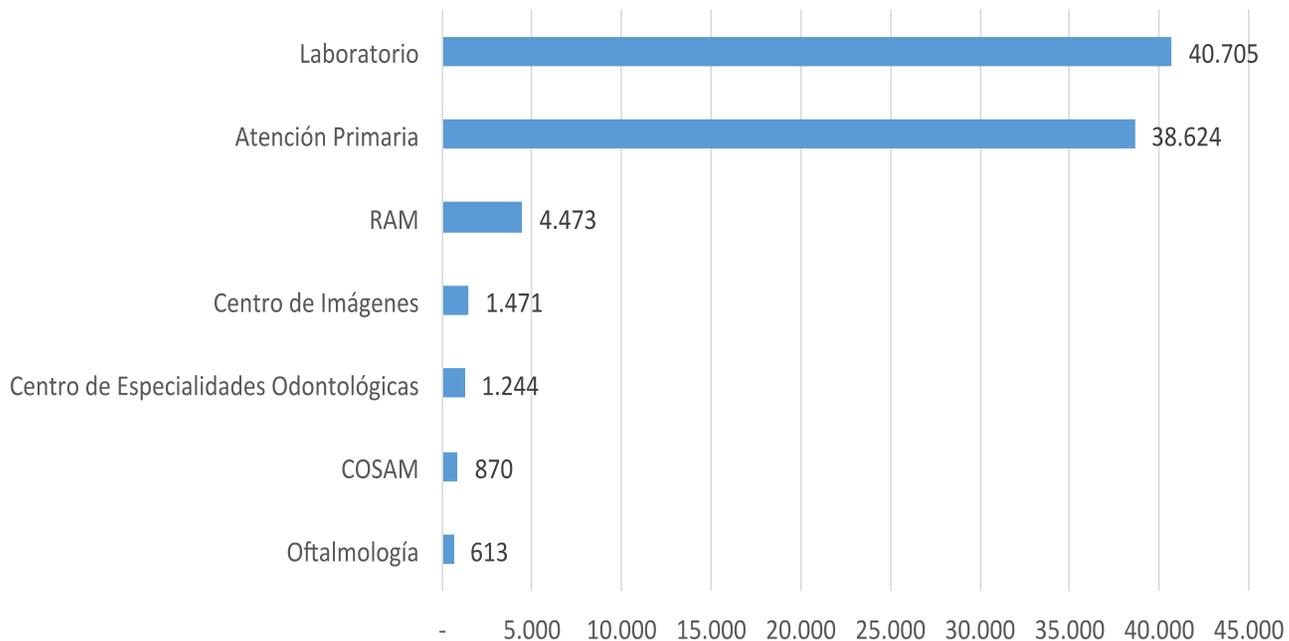
	PPTO VIGENTE 2016	PROYECTO PPTO 2017	VARIACIÓN 2016 - 2017	
	M\$	M\$	M\$	%
Subvención Ministerio Salud	6.209.955	6.073.567	- 136.389	-2,2%
Subvención Municipal Operación	6.597.290	7.085.200	487.910	7,4%
Otros Ingresos	294.768	309.506	14.738	5,0%
<b>Total Ingresos</b>	<b>13.102.013</b>	<b>13.468.273</b>	<b>366.260</b>	<b>2,8%</b>
Gasto en Personal	8.172.331	8.596.495	424.164	5,2%
Programas	203.845	214.038	10.192	5,0%
Gastos de Funcionamiento	4.725.837	4.657.740	-68.096	-1,4%
<b>Total Egresos</b>	<b>13.102.013</b>	<b>13.468.273</b>	<b>366.260</b>	<b>2,8%</b>



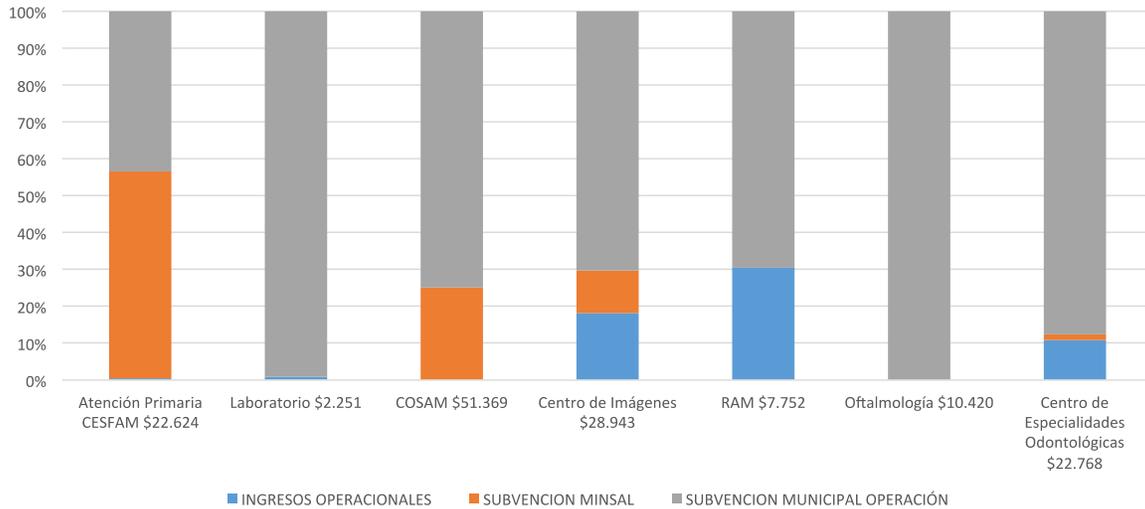
**- Programas Educación: M\$ 214.038**  
**Variación 2016 – 2017: 5%**



**Atenciones Mensuales: 88.000**



## Costo Atención Promedio: \$12.745



## Presupuesto Inversión 2017 33 01 Al Sector Privado (Var -79,8%)

INVERSION 2016 - 2017				
Renovación Computadores y Equipos	120.000	60.000	-60.000	-50,0%
Modificación de Instalaciones, Recintos Médicos y Mantenciones	358.000	390.000	32.000	8,9%
Renovación de Mobiliarios y Equipamiento Salud	0	150.000	150.000	100,0%
Construcción Edificio Vilano va	3.738.000	0	-3.738.000	-100,0%
Proyectos de Innovación CESFAM	0	150.000	150.000	100,0%
Mejora Infraestructura CESFAM Apoquindo y Ariztia Traslado a Nuevas Dependencias	0	100.000	100.000	100,0%
<b>Subtotal Inversión Salud</b>	<b>4.216.000</b>	<b>850.000</b>	<b>-3.366.000</b>	<b>-79,8%</b>

## VII. ABREVIATURAS DE USO COMÚN EN EL ÁREA DE SALUD

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

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

# ANEXOS

PLAN DE SALUD CESFAM APOQUINDO

PRIORIDADES SANITARIAS 2015

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

OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	FORMULA DE CALCULO	META
Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6º mes de vida.	Educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, fomentar uso de cojín de lactancia, evaluar y reforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada control de salud de niña y niño, favorecer las clínicas de lactancia.	$(N^{\circ} \text{ de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida} / N^{\circ} \text{ de lactantes controlados al 6to mes}) * 100$	60%
Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	$(\text{Población con consulta nutricional al 5º mes} / \text{Total de población bajo control de 5 a 11 meses}) * 100$	80%
Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	$(\text{Población con consulta a los 3 años y 6 meses} / \text{Población bajo control entre 42 y 47 meses}) * 100$	50%
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Aumentar el número de padres (hombres) que participan en los controles de salud de sus hijos e hijas.	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre	$(N^{\circ} \text{ de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre} / N^{\circ} \text{ de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años}) * 100$	20%

Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia.	(Nº de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente/Nº de niños/as eutróficos bajo control, en cada control correspondiente)*100	60%
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 5 años bajo control.	(Nº de madres, padres o cuidadores(as) de niños(as) menores de 5 años que ingresan a talleres Nadie es Perfecto/ Población bajo control de niños(as) menores de 5 años)*100	5%
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Control de salud a niñas y niños de 24 a 71 meses inscritos en establecimiento de salud.	(Nº de controles de salud de niñas/os de 24 a 71 meses / Nº total de niñas/os de 24 a 71 meses bajo control)	80%
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Control de salud a niñas y niños de 6 a 9 años inscritos en establecimiento de salud.	(Nº de controles de salud de niñas/os de 6 a 9 años / Nº total de niñas/os de 6 a 9 años bajo control)	80%
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)/ total control de salud de niñas/os de 7 a 11 meses bajo control)*100	100%
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses / Total de controles sano realizados a niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	90%

Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación).	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses / N° total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control)* 100	90%
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) / N° total control sano de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	90%
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. (Primera evaluación).	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses(Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses / N° total control sano de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)*100	50%
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	(Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes / N° Total control de ciclo vital de niñas y niños de 1 mes)*100	100%
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Control de salud al 2° y 6° meses de edad con aplicación de escala de Edimburgo	(Nº de aplicaciones de escala de Edimburgo realizadas a niñas y niños de 2° y 6° mes / N° Total control de ciclo vital de niñas y niños de 2° y 6° mes)*100	90%
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 4 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 4 meses en control de niño/a sano/ Total de controles sano realizados a niñas y niños de 4 meses bajo control)*100	90%

Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses	(Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100	100%
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Control de salud al 3º mes de edad por médico	(Nº de controles realizados a niñas y niños de 3 meses / Nº Total de niñas y niños < de 1 año BC)*100	90%
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual.	(Nº de controles de salud de niños/as de 48 a 59 meses con evaluación visual / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 59 meses)* 100	90%

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

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	FORMULA DE CALCULO	META
PROMOCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva adolescentes de 13 a 18 años en colegios	Talleres realizados durante el año/Talleres programados para ese año	80%
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar la disminución de peso durante la gestación, con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes adolescentes y jóvenes con malnutrición por déficit.	$(N^{\circ} \text{ de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por déficit, con consulta nutricional} / N^{\circ} \text{ total de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por déficit}) * 100$	80%
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes adolescentes y jóvenes con malnutrición por exceso.	$(N^{\circ} \text{ de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por exceso, con consulta nutricional} / N^{\circ} \text{ total de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por exceso}) * 100$	60%
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestantes (10 a 19 años) en riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 19 años con riesgo psicosocial.	$N^{\circ} \text{ de adolescentes gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (residente en la comuna) con VDI} / N^{\circ} \text{ de adolescentes gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (residente en la comuna)} * 100$	100%
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre de 10 a 19 años y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Primer control de salud de la puerpera de 10 a 19 años y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	$(N^{\circ} \text{ de controles de salud integral a puerperas de 10 a 19 años y su recién nacido dentro de los 10 días de vida} / N^{\circ} \text{ total de ingresos de RN de puerperas de 10 a 19 años}) * 100$	70%
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes de 10 a 19 años con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario a todas las gestantes de 10 a 19 años con factores de riesgo de parto prematuro	$(N^{\circ} \text{ de gestantes 10 a 19 años con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario} / N^{\circ} \text{ total de gestantes 10 a 19 años con riesgo de parto prematuro}) * 100$	100%
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Derivar a toda embarazada de 10 a 19 años con riesgo biomédico a atención con especialista	Derivar al nivel secundario (Alto Riesgo Obstétrico) las gestantes de 10 a 19 años con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal	$(N^{\circ} \text{ de gestantes de 10 a 19 años con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario} / N^{\circ} \text{ total de gestantes de 10 a 19 años con riesgo biomédico}) * 100$	100%
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	$(N^{\circ} \text{ de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto} / N^{\circ} \text{ total de mujeres adolescentes en los últimos 2 meses post parto y en control de RF}) * 100$	90%
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	$(N^{\circ} \text{ de madres adolescentes con escala aplicada a los 6 meses de posparto} / \text{Total de madres adolescentes con controles realizados a los 6 meses posparto en RF}) * 100$	90%
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2° control prenatal.	$(N^{\circ} \text{ de gestantes que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal} / N^{\circ} \text{ total de ingresos a control prenatal}) * 100$	90%
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral adolescentes, con énfasis en adolescentes de 10 a 14 años.	$(N^{\circ} \text{ de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 14 años} / \text{población adolescente de 10 a 14 años inscrita en el establecimiento de salud}) * 100$	15%

PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Atención integral de salud ginecológica a mujeres adolescentes y jóvenes.	Control ginecológico a mujeres de 10 a 19 años	(Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 19 años/ Nº de mujeres de 10 a 19 años BC)*100	35%
PREVENCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el número de adolescentes mujeres y hombres que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Consejería en salud sexual y reproductiva a adolescentes 10 a 19 años	(Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres de 10 a 19 años / Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 19 años)*100	100%
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención el VIH-SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes.	Consejería en prevención de VIH e ITS a adolescentes y jóvenes de 10 a 19 años.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes de 10 a 19 años/ Nº de adolescentes de 10 a 19 años BC)*100	80%
PREVENCION	Disminuir el embarazo adolescente	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes 15- 19 años	(Nº de adolescentes de 15-19 años BC que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes de 15-19 años inscritos) *100	40%
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar la cobertura de vacunación	Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a adolescentes que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico	(Nº de niñas adolescentes con segunda dosis de vacuna VPH que cursan 5º básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico/Nº de niñas adolescentes matriculadas en 5º básico que recibieron 1ª dosis el año anterior) *100	95%
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la DTP(a) en octavo básico	Nº de niños/as de 8º año básico con dosis de vacuna DTP(a) administrada/ Matricula niños/as 8º básico año en curso *100	95%

PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los (as) adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 19 años.	(Nº de adolescentes y jóvenes entre los 10 y 19 años BC portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza / Total de adolescentes y jóvenes entre 10 y 19 años BC portadores de enfermedades crónicas) *100.	95%
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las adolescentes con embarazo de 13 semanas y más	Nº de adolescentes entre los 10 y 19 años BC embarazadas de 13 y más semanas vacunadas con anti-influenza / Nº Total adolescentes entre los 10 y 19 años BC embarazadas de 13 y más semanas) *100.	85%
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población de 10 a 24 años con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de adolescentes y jóvenes (10-19 años) asmáticos bajo control	(Nº de población 10 a 19 años asmática BC controlada / Nº de personas de 10 a 19 años asmáticas años bajo control)*100	80%
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad perinatal	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada adolescente.	(Nº de altas odontológica totales en embarazadas adolescentes/ total de gestantes adolescentes ingresadas a control prenatal)*100	80%
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Atención odontológica integral a población adolescente de 12 años.	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/ Nº Total de adolescentes de 12 años inscritos y validados)*100	74%
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en adolescentes	Urgencia Odontológica ambulatoria en adolescentes	(Nº total de atenciones odontológicas de urgencia GES en adolescentes realizadas el año actual / Nº consultas odontológicas de urgencia GES adolescente inscrita año actual)*100	100%
PREVENCION Y TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años.	Mejorar y mantener la salud bucal de menores de 20 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	Evaluación y atención odontológica integral a todos los menores de 20 años.	Nº de adolescentes inscritos <20 años con alta odontológica total / Nº de adolescentes <20 años inscritos x 100	35%

TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población de 10 a 19 años	Brindar atención integral y oportuna a población de 10 a 19 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Población adolescente de 10 a 19 años bajo control por trastorno mental / Población de adolescentes de 10 a 19 años inscrita validada x prevalencia de 22%	20%
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población de adolescentes de 10 a 19 años	N° de adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género ingresadas a tratamiento/ N° de adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género pesquisadas)*100	Establecer Línea Base
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población de 10 a 19 años	Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 19 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	(N° de personas de 10 a 19 años egresadas por alta terapéutica/ N° de personas de 10 a 19 años BC por trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas)*100	Establecer Línea Base
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar a las nuevas familias ingresadas	N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar /N° de familias nuevas inscritas X 100	20%
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención	N° de familias con plan de intervención /N° de familias evaluadas con riesgo moderado-alto	Establecer Línea Base

## CUIDADOS DE LA SALUD DE LA POBLACION ADULTA

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	FORMULA DE CALCULO	META
PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorias.	$(N^{\circ} \text{ de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 20 a 64 años ingresos respiratorios a sala ERA} / (N^{\circ} \text{ total de ingresos respiratorios entre 20 y 64 años a sala ERA)}) * 100$	50%
PROMOCION	Promover normas de crianza saludable	Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	Talleres de 4 sesiones para gestantes (según Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo)	$(N^{\circ} \text{ de gestantes que ingresan a educación grupal Preparación para el parto y crianza} / N^{\circ} \text{ total gestantes que ingresan a control prenatal}) * 100$	65%
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar la disminución de peso durante la gestación, con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.	$(N^{\circ} \text{ de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por déficit, con consulta nutricional} / N^{\circ} \text{ total de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por déficit}) * 100$	80%
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	$(N^{\circ} \text{ de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por exceso, con consulta nutricional} / N^{\circ} \text{ total de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por exceso}) * 100$	60%
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario a todas las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro	$(N^{\circ} \text{ de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario} / N^{\circ} \text{ total de gestantes con riesgo de parto prematuro}) * 100$	100%
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	$N^{\circ} \text{ de EMPA realizados a población adulta inscrita validada} / \text{Población Total adulta inscrita validada} - \text{población adulta BC PSCV} * 100$	20%
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 20 a 44 años aplicando pauta de protocolo.	$(N^{\circ} \text{ de examen de medicina Preventiva (EMP) realizado en población masculina de 20 a 44 años} / \text{Población masculina de 20 a 44 años inscrita menos población masculina de 20 a 44 años BC en PSCV}) * 100$	23%
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventiva del Adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en mujeres de 45 a 64 años aplicando pauta de protocolo.	$(N^{\circ} \text{ de examen de medicina Preventiva (EMP) realizado en población femenina de 45 a 64 años} / \text{Población femenina de 45 a 64 años inscrita menos población femenina de 45 a 64 años BC en PSCV}) * 100$	26%
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar y derivar al equipo psicosocial a las gestantes con riesgo psicosocial	Detectar y derivar gestantes con riesgo psicosocial, según pauta EPSA.	$(N^{\circ} \text{ de gestantes adultas con riesgo psicosocial residentes en la comuna con VDI} / N^{\circ} \text{ total de gestantes adultas residentes en la comuna detectadas con riesgo psicosocial}) * 100$	100%
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Ingresar precozmente a control de salud integral del embarazo	Ingreso a control de embarazo antes de las 14 semanas	$(N^{\circ} \text{ de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control} / \text{Total de mujeres embarazadas ingresadas a control}) * 100$	88%
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	$(N^{\circ} \text{ de controles de salud integral a puérperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida} / N^{\circ} \text{ total de ingresos de RN}) * 100$	70%
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2° control prenatal.	$(N^{\circ} \text{ de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal} / N^{\circ} \text{ total de ingresos de mujeres adultas a control prenatal}) * 100$	100%
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	$(N^{\circ} \text{ de madres con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto en control sano del lactante} / N^{\circ} \text{ total de madres con 2 meses post parto en control sano del lactante}) * 100$	90%
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	$(N^{\circ} \text{ de madres con Pauta de Edimburgo aplicada a los 6 meses postparto en control sano del lactante} / N^{\circ} \text{ total de madres con 6 meses post parto en control sano del lactante}) * 100$	90%

PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Conocer el número de gestantes migrantes con riesgo psicosocial en control prenatal	Control prenatal	Número de gestantes adultas migrantes con riesgo psicosocial en control prenatal/Nº total de gestantes migrantes en control prenatal*100	Establecer línea de base
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo.	Control prenatal acompañado pareja, familiar u otro.	(Nº de controles prenatales de gestantes adultas con acompañante/ Nº Total de controles de gestantes adultas prenatales realizados)*100	20%
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo.	Control puérpera con recién nacido acompañado pareja, familiar u otro.	(Nº de controles diada (puérpera con recién nacido) con acompañante/ Nº Total de controles de diada (puérpera con recién nacido) realizados)*100	60%
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	(Nº total de población de 20 a 54 años bajo control de regulación de fertilidad/ Nº total de población de 20 a 54 años bajo control) *100	80%
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(Nº de mujeres adultas en control ginecológico preventivo /Nº total de mujeres adultas inscritas y validadas)*100	30%
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 64 años	(Nº de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ Nº de mujeres de 50 a 64 años inscritas validadas)* 100	70%
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino.	Realizar toma de PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años	(Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años / Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas)* 100	Aumentar en 5%
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Aumentar la detección de colestiasis en población general de 35 a 49 años	Aumentar la detección de colestiasis en población general de 35 a 49 años	Nº personas de 35 a 49 años con ecografía abdominal positiva para colestiasis*100/Población Total de 35 a 49 años	Establecer línea base
PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Mantener la cobertura de controles de salud de la mujer en edad de climaterio.	Control de salud integral de la mujer adulta en etapa de climaterio.	(Nº de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio/ Nº de mujeres adultas de 50 años y más inscritas validadas)*100	25%
PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Categorizar a las mujeres de 45 a 64 años, según Escala MRS al ingreso a control por climaterio, según Orientación Técnica	Aplicación de la Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio	(Nº de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control/ Nº total de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio)*100	10%
PREVENCIÓN	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV	(Nº de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / Nº total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al corte)* 100	70% de las personas adultas diabéticas o hipertensas clasificadas
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 20-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control)*100	67% de las personas de 20 a 64 años con diabetes con evaluación y plan de manejo
PREVENCIÓN	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar (pacientes inscritos validados residentes en la comuna).	(Nº de auditorías realizadas a casos de 20 a 64 años que fallecen en su domicilio por neumonía (pacientes inscritos validados residentes en la comuna) / Nº de casos de 20 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonía (pacientes inscritos validados residentes en la comuna))*100	50% de auditorías realizadas
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los adultos con enfermedades crónicas entre los 20 y 64 años.	Nº de adultos entre 20 y 64 años portadores de enfermedades crónicas BC vacunados con anti-influenza /Total de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas BC ) *100.	85%
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las mujeres adultas BC embarazadas con 13 semanas y más de gestación	Nº de gestantes adultas BC con 13 y más semanas de gestación vacunados con anti-influenza / Total gestantes adultas BC con 13 y mas semanas de gestación) *100.	85%

PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial y EPOC bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos y EPOC de 20 a 64 años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población adulta asmática o EPOC bajo control controlada / Proporción de población adulta asmática o EPOC bajo control en sala ERA)*100	20%
PREVENCIÓN	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	(N° de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas de 20 a 64 años del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa / N° de población bajo control de 20 a 64 años en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa )	A lo menos 2 VDI anuales a personas con dependencia severa.
PREVENCIÓN	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de Escaras (Úlcera por presión).	(N° de personas de 20 a 64 años sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa / N° de población bajo control de 20 a 64 años en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100	90% y más de la población bajo control en el
PREVENCIÓN	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	(N° de cuidadores de personas de 20 a 64 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/N° de cuidadores de personas de 20 a 64 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa)*100	Establecer línea de base
PREVENCIÓN	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente	(N° de Cuidadores de personas de 20 a 64 años con dependencia severa Capacitados / N° Total de cuidadores de personas con dependencia severa)*100	100% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 20 a 64 años en control en el PSCV.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	(N° de personas de 20 a 64 años diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente/N° total de personas de 20 a 64 años BC en PSCV por diabetes)*100	Aumentar en 5% la cobertura
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada de 20 años y más	(N° de altas odontológicas totales en embarazadas de 20 años y más / Total de gestantes de 20 años y más ingresadas a control prenatal)*100	80%
TRATAMIENTO	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a la persona con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	(N° de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con cáncer, dolor en cuidados paliativos/ N° de población bajo control por alivio del dolor y cuidados paliativos)*100	A lo menos 2 VDI mensuales
TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Entregar Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Prescripción de TRH a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	(N° de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS / N° total de mujeres que requieren TRH según escala MRS)* 100	80%

TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 20 a 64 años.	Optimizar la cobertura de hipertensión en personas de 20-64 años	(Nº de personas hipertensas de 20-64 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 20-64 años estimados en la población inscrita validada)*100	77%
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 20 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-64 años	(Nº de personas hipertensas de 20-64 años bajo control con (PA <140/90)/Nº de personas hipertensas de 20-64 años bajo control en PSCV)*100	58%
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 20-64 años.	Optimizar la cobertura de diabetes en personas de 20-64 años	(Nº de personas diabéticas de 20 a 64 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 20-64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)*100	59%
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 20-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-64 años	(Nº de personas diabéticas de 20-64 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 20-64 años bajo control en PSCV)	35%
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Mejorar el acceso a tratamiento odontológico de población adulta no priorizada	Brindar atención integral y oportuna a población de 20 a 64 años con patología dental	(Meses de espera para atención odontológica año actual/ Meses de espera para atención odontológica año anterior)	
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en población adulta.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en población adulta	Urgencia Odontológica ambulatoria en adultos	(Nº total de atenciones odontológicas de urgencia GES en adultos de 20 a 64 años realizadas el año actual / Nº consultas odontológicas de urgencia GES en adultos de 20 a 64 años inscrita año actual)*100	100%
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto	Morbilidad Odontológica en adultos	(Nº total de consultas de morbilidad odontológica en población de 20 a 64 años/Nº de población de 20 a 64 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	Establecer línea basal 2017
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población de 20 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a población de 20 a 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Población de 20 a 64 años bajo control por trastorno mental / Población de adolescentes de 20 a 64 años inscrita validada x prevalencia de 22%	20%
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población de 20 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas de 20 a 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	(Nº de personas de 20 a 64 años egresadas por alta terapéutica/ Nº de personas de 20 a 64 años BC por trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas)*100	Establecer Línea Base
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta de 20 a 64 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta de 20 a 64 años	(Nº de personas adultas de 20 a 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género / Nº de personas adultas de 20 a 64 años víctimas de violencia de género pesquisadas)*100	Establecer Línea Base
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar a las nuevas familias ingresadas	Nº de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar /Nº de familias nuevas inscritas X 100	20%
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	Nº de familias con plan de intervención	Nº de familias con plan de intervención /Nº de familias evaluadas con riesgo moderado-alto	Establecer Línea Base

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

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	FORMULA DE CALCULO	META
PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	$(N^{\circ} \text{ de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 65 y más años ingresos respiratorios a sala ERA} / (N^{\circ} \text{ total de ingresos respiratorios entre 65 y más años a sala ERA}) * 100$	50%
PREVENCION	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Realizar Controles de Salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención (EMPAM)	$(N^{\circ} \text{ de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva} / \text{Población inscrita de 65 años y más validada por FONASA}) * 100$	40%
PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	$(N^{\circ} \text{ de VDI recibidas por personas de 65 años y más del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa} / N^{\circ} \text{ de población bajo control de 65 años y más en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa})$	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas de 65 y más años con dependencia severa.
PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de Escaras (Úlcera por presión).	$(N^{\circ} \text{ de personas de 65 y más años sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa} / N^{\circ} \text{ de población bajo control de 65 y más años en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa}) * 100$	90% y más de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa no presentan UPP
PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	$(N^{\circ} \text{ de cuidadores de personas de 65 y más años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit} / N^{\circ} \text{ de cuidadores de personas de 65 y más años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa}) * 100$	Establecer línea de base
PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente	$(N^{\circ} \text{ de Cuidadores de personas con dependencia severa Capacitados} / N^{\circ} \text{ Total de cuidadores de personas con dependencia severa}) * 100$	100% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna Neumocócica en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica a los usuarios de 65 años y más de edad según población inscrita y validada	$(N^{\circ} \text{ de personas de 65 y más años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica} / N^{\circ} \text{ Total de personas de 65 y más años BC}) * 100$	85%
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad inscrita y validada.	$(N^{\circ} \text{ de personas de 65 años y más vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza} / N^{\circ} \text{ Total de personas de 65 años y más inscritos y validados BC}) * 100$	85%
PREVENCION	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas de 65 años y más en PSCV	$(N^{\circ} \text{ de adultos de 65 años y más hipertensos y/o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses} / N^{\circ} \text{ total de adultos de 65 años y más bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al corte}) * 100$	70% de las personas adultas diabéticas o hipertensas clasificadas

PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(Nº de mujeres adultas de 65 y más años en control ginecológico preventivo / Nº total de mujeres adultas de 65 y más años inscritas y validadas) *100	30%
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes de mujeres adultas mayores por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 65 a 69 años	(Nº de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ Nº de mujeres de 65 a 69 años inscritas validadas) * 100	25%
PREVENCIÓN	Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con riesgo y en riesgo de Dependencia.	Aplicación de Instrumento HAQ-8 al ingreso y egreso del programa.	(Nº de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejoran su condición funcional / Nº de total de adultos mayores ingresados al programa) *100	60 % de los AM egresados del programa mantengan o mejoren su condición funcional (excluyendo egresos por abandono).
PREVENCIÓN	Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Planificar y ejecutar diagnóstico participativo con líderes de las agrupaciones participantes de los talleres del Mas Adultos Mayores Autovalentes.	Dicotómico SI/NO	Elaboración y ejecución de un diagnóstico participativo en autocuidado y estilos de vida saludables, para la planificación de una capacitación de líderes comunitarios.
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 65 y más años.	Optimizar la cobertura de hipertensión en personas de 65 y más años	(Nº de personas hipertensas de 65 y más años bajo control / Nº de personas hipertensas de 65 y más años estimados en la población inscrita validada) *100	77%
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 65 y más años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 65 y más años	(Nº de personas hipertensas de 65 y más años bajo control con (PA <140/90)/Nº de personas hipertensas de 65 y más años bajo control en PSCV) *100	58%
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 65 y más años.	Optimizar la cobertura de diabetes en personas de 65 y más años	(Nº de personas diabéticas de 65 y más años bajo control/Nº de personas diabéticas de 65 y más años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100	59%
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 65 y más años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 65 y más años	(Nº de personas diabéticas de 65 y más años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 65 y más años bajo control en PSCV)	35%
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 65 y más años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	(Nº de personas de 65 y más años con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses/ Nº total de personas de 65 y más años con diabetes tipo 2 bajo control) * 100	67% de las personas de 65 y más años con diabetes con evaluación y plan de manejo
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie) *100.	80%

TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente/Nº total de personas de 65 años y más BC en PSCV por diabetes))*100	Aumentar en 5% la cobertura
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial y EPOC bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos y EPOC de 20 a 64 años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población de 65 años y más asmática o EPOC bajo control controlada / Proporción de población de 65 años y más asmática o EPOC bajo control en sala ERA)*100	20%
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en población adulta.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en población adulto mayor	Urgencia Odontológica ambulatoria en adultos mayores	(Nº total de atenciones odontológicas de urgencia GES en adultos de 65 y más años realizadas el año actual / N° consultas odontológicas de urgencia GES en adultos de 65 y más años inscrita año actual)*100	100%
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto mayor	Morbilidad Odontológica en adultos mayores	(Nº total de consultas de morbilidad odontológica en población de 65 y más años/N° de población de 65 y más años inscrita y validada en el establecimiento)*100	Establecer línea basal 2017
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta mayor de 65 y más años	Brindar atención integral y oportuna a población adulta mayor de 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental de la población adulta de 65 y más años/ Población adulta de 65 y más años inscrita validada x prevalencia de 22%	20%
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población de 65 y más años	Brindar atención integral y oportuna a personas de 65 y más años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	(N° de personas de 65 y más años egresadas por alta terapéutica/ N° de personas de 65 y más años BC por trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas)*100	Establecer Línea Base
TRATAMIENTO	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a la persona con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con cáncer, dolor en cuidados paliativos/ N° de población bajo control por alivio del dolor y cuidados paliativos))*100	A lo menos 2 VDI mensuales
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población de 65 y más años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta de 65 y más años	(Nº de personas adultas de 65 y más años ingresadas a atención integral por violencia de género / N° de personas adultas de 65 y más años víctimas de violencia de género pesquisadas)*100	Establecer Línea Base
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar a las nuevas familias ingresadas	N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar /N° de familias nuevas inscritas X 100	20%
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención	N° de familias con plan de intervención /N° de familias evaluadas con riesgo moderado-alto	Establecer Línea Base

## INDICADORES ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE SALUD

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META
PROMOCION	Fomentar hábitos saludables y conocimientos en materia de actividad física y alimentación saludable	Disminuir los niveles de sedentarismo y obesidad en el entorno laboral.	Programa Apoquindo Vive sano, que comprende evaluación nutricional, plan de alimentación individual, talleres de actividad física y educación alimentaria	Porcentaje de funcionarios participantes en Programa Apoquindo Vive Sano que reducen entre un 5% y un 10% su peso	50 % de los funcionarios participantes reducen entre un 5% y un 10% de su peso
PROMOCION	Fomentar hábitos saludables y conocimientos en materia de actividad física y alimentación saludable	Disminuir los niveles de sedentarismo y obesidad en la comunidad educativa	Dialogo ciudadano Ley N° 20.606 de composición de los alimentos y etiquetado nutricional con la comunidad educativa	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas	100% de actividades realizadas (Diálogo ciudadano con la comunidad escolar
PROMOCION	Fomentar hábitos saludables y conocimientos en materia de actividad física y alimentación saludable	Disminuir los niveles de sedentarismo y obesidad en los usuarios y comunidad.	Hitos comunicacionales de Promoción de la Salud (3): Realizar educación grupal en torno a temática vinculada a alimentación saludable y actividad física	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas	100% de las actividades de hitos comunicacionales realizadas

## INDICADORES PROGRAMA DE TUBERCULOSIS EN APS

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población de 15 y más años	(Nº de baciloscopias realizadas en población de 15 y más años sintomáticos respiratorios/ N° de consultas de morbilidad en mayores de 15 años)*100	50 x 1000
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Confirmación de los casos a través del cultivo	(Nº de casos pulmonares diagnosticados por cultivo/ N° total de casos pulmonares diagnosticados)*100	20 a 30% de los casos
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Prevenir que los contactos < de 15 años se infecten con tuberculosis o que desarrollen la enfermedad	Quimioprofilaxis en los contactos < de 15 años	Nº de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis/N° total de contactos *100	100%
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Identificar los hogares de adultos mayores y clubes de adulto mayor presentes en la comunidad	Catastro con el Nº de hogares y clubes de AM identificados en el área del consultorio	Contar con registro
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis pulmonar.	Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (baciloscopia, PCR o cultivo).	(Nº de contactos estudiados / N° de contactos censados) *100	90%
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Estudio de Contacto en casos índices menores de 15 años.	(Nº de contactos estudiados < de 15 / N° de contactos < de 15 censados) *100	100%
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Aplicar el Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono.	(Nº de pacientes con score de riesgo identificados/ N° de pacientes ingresados a tratamiento)*100	100%
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Visita Domiciliaria a todos los casos (residentes en la comuna) que ingresan a tratamiento	(Nº de pacientes (residentes en la comuna) ingresados a tratamiento /N° de visitas domiciliarias realizadas)*100	100%
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica)	(Nº de controles médicos realizados y registrados en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ N° de controles programados según norma técnica)*100	100%
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	3 consultas enfermeras: ingreso, cambio de fase de tratamiento y alta de tratamiento (norma técnica)	(Nº de consulta de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ N° de consultas programadas según norma técnica)*100	3 consultas al 100%

TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Perdida de seguimiento (abandono) menor del 5%	Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente por más de 3 semanas al tratamiento realizada por enfermera	(Nº de inasistentes por más de tres semanas / Nº de visitas domiciliarias realizadas) *100	100%
CAPACITACION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Capacitar al personal del consultorio en Tuberculosis	Programar capacitación en Tuberculosis dirigida a todo el personal que trabaja en el consultorio.	(Nº de capacitaciones realizadas / Nº de capacitaciones programadas para el año)*100	1 capacitación anual

## CENTRO DE SALUD FAMILIAR DR. ANÍBAL ARIZTÍA

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

Problema priorizado	Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Indicadores
Estado nutricional y estilos de vida saludables	Contribuir a detener el aumento de la obesidad en el < de 10 años	Mantener o disminuir el % de 10% de obesidad en el < 10 años bajo control, de acuerdo a normas MINSAL	Intervención en situaciones psicosociales y familiares de riesgo en < 6 años	Control sano por enfermera a los 2, 4, 6, 8, 12 y 18 meses, y más tarde anualmente hasta los 9 años 11M29D Control nutricional por flujograma a los niños a los 5 y 15 meses y 3A 6M Evaluación nutricional frente a cualquier cambio en la curva de crecimiento en < 6 años	N° de niños < de 10 años bajo control Obesos x 100/total de < 10 años bajo control
			Intervención en colegios municipales para promover estilos de vida saludables y prevenir conductas que favorezcan la malnutrición	Supervisión de los kioscos de los colegios municipalizados para aumentar la venta de colaciones saludables	
	Cobertura de Lactancia Materna Exclusiva (LME) en menores de 6 meses de vida	Lograr 68 % de cobertura de LM en población de niños de 6 meses de edad	Clínica de lactancia protegida con horario diferido diferentes profesionales	Educación individual en clínica de lactancia	N° de niños y niñas con LME al 6 <sup>º</sup> mes en el periodo de enero - diciembre 2017 / N° de menores con control de salud del 6 <sup>º</sup> mes realizado en el periodo enero - diciembre 2017
			Educación grupal en lactancia materna	talleres grupales de lactancia materna a usuarios y funcionarios	
Salud bucal en pre-escolares y escolares	Mantener y mejorar y la salud bucal en pre-escolares y escolares a través del desarrollo de medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales más prevalentes	90% de los niños que asisten a control sano a los 18 y 42 meses contarán con el componente de salud bucal en su control	Actualización periódico de capacitación a enfermeras y nutricionistas en componente salud bucal	Realizar y registrar atenciones en formularios respectivos	N° de niños de 18 meses con evaluación de salud bucal por enfermerax 100/ niños de 12 a 23 meses bajo control N° de niños de 42 meses con evaluación de salud bucal por nutricionistax 100/ niños de 2 a 4 años bajo control
		74% de cobertura de altas odontológicas totales en niños de 6 años inscritos	Disponer de Clínica Dental Móvil con atención calendarizada por colegios	Rotación de Clínica Dental Móvil en los colegios municipalizados del sector orientada al control de los escolares de kinder y 1° básico	N° de niños de 6 años con alta odontológica total x 100/Total de niños de 6 años inscritos
		30% de cobertura de altas odontológicas totales en niños de 2 y 4 años inscritos	Adecuación priorizada de las agendas de los profesionales odontólogos	Atención odontológica con enfoque integral	N° de niños de 2 y 4 años con alta odontológica totalx 100/Total de niños de 2 y 4 años inscritos
		Fluoración al 100% de niños de 2 A 5 años de los jardines y colegios de Las Condes JUNJI, INTEGRRA, MINEDUC, Particulares Subvencionados o de otras ONG	Fluoración a pob. Objetivo en establecimientos programados	Aplicación de flúor a menores de jardines y colegios de acuerdo a cronograma	N° de niños de 2 a 5 años con aplicación de fluor x 100/Total de niños de 2 a 5 años matriculados

Desarrollo biopsicosocial	Detectar precozmente elementos de riesgo y retraso del desarrollo integral de los niños	90% de Niños(as) de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM recuperados	Coordinación al interior del equipo multidisciplinario y dentro de los estamentos, para realizar control a los inscritos validados	Control de niño sano en las edades programadas	Número de Niños(as) de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM recuperados, periodo enero a diciembre 2017/Número de Niños(as) de 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo del DSM en su primera evaluación, periodo enero a diciembre 2017
				Aplicación de protocolo neurosensorial a los niños en control de 1 mes	
	Evaluación con pauta breve a los 4 y 12 ms				
	Evaluación de DSM a los 8 y 18 meses				
Educación a padres de niños con riesgo de déficit de Desarrollo Psicomotor para lograr su estimulación precoz	Entrega de contenidos educativos en controles, talleres NEP y VD				
Derivación a sala de estimulación a niños con rezago, riesgo y retraso	Ingreso y control en sala de estimulación				
Detección precoz estados de riesgo de la salud mental de la madre que acude con su hijo a control, que pudieran afectar el desarrollo vincular madre-hijo	Aplicación de escala de Edimburgo a las madres en control de salud de lactantes de 2 y 6 meses				
	Visita domiciliaria integral en los casos detectados con vulnerabilidad Biopsicosocial				
Aumentar la presencia y participación comprometida del padre en el desarrollo de los niños	Promover la presencia y participación comprometida del padre en 25 % de los controles de niños < de 4 años	Entrega de material con contenidos de paternidad activa en controles de embarazo, controles de salud del niño, en atenciones odontológicas y de morbilidad	Educación individual a padres y tutores en consultas y controles	Número de controles de < 4 años con el padre presentex 100/ Total de controles de < 4 años bajo control	
Patología AUGE en población infantil: *Ira baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años *Epilepsia no refractaria en < 15 años de edad *Salud oral integral a los 6 años *Asma bronquial moderada y severa en <15 años *Urgencia odontológica ambulatoria	Cumplir con las Garantías Explícitas en Salud para las patologías infantiles que competen a la Atención Primaria	100% de los niños con patología GES atendidos según Ley 19.966	Manejo de acuerdo a protocolo GES en cada caso	Monitoreo SIGGES	Informe de la Superintendencia de Salud de las Garantías GES
			Cumplir flujograma de acuerdo a las Guías Clínicas y Listado de Prestaciones de Atención Primaria según patologías GES	Fiscalizaciones de la Superintendencia de Salud de las Garantías GES	
			Adecuación priorizada de las agendas de los profesionales	Ingreso a programa y control de seguimiento de acuerdo a protocolo	
				Control de salud de acuerdo a normas	

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

Problema priorizado	Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Indicadores
Salud bucal en <20 años	Mejorar y mantener la salud bucal en adolescentes a través del desarrollo de medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales más prevalentes	Evaluación general de la salud bucal durante el control de salud al 50%	Coordinación con el equipo de salud de manera de reforzar conceptos de salud bucal cada vez que el adolescente consulta	Referencia del equipo a la unidad odontológica	N° de adolescentes de 10 a 19 años con evaluación odontológica x 100/Total de controles de salud en niños de 10 a 19 años inscritos
		72% de cobertura de altas odontológicas totales en niños de 12 años inscritos	Adecuación priorizada de las agendas de los profesionales odontólogos en CESFAM y colegios municipales	Atención programada en CESFAM y clínicas móviles	N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total x 100/Total de población de 12 años inscritos
		30 % de cobertura de altas odontológicas en alumnos de 4° medio de colegios municipales	Rotación de Clínica Dental Móvil en los colegios municipalizados del sector orientada al control de los escolares de 5° a 8° básico y 4° medio	Atención en Clínica Dental Móvil	N° de adolescentes de 10 a 19 años con alta odontológica total x 100/Total de población de 10 a 19 años inscritos
					N° de adolescentes de 4° medios con alta odontológica total x 100/Total de matrícula de 4° medios colegios municipales
Control de salud integral población de 10 a 19 años	Contribuir a mantener y mejorar la salud integral del adolescente	Control de salud integral al 10% de la población de 10 a 14 años inscrita validada	Coordinación del equipo para derivación y citación a control	Atención programada priorizada con aplicación de ficha CLAP	N° de adolescentes de 10 a 14 años con control de salud integral x 100/Total de población de 10 a 14 años inscritos validados
		Aplicación de CRAFT a población de 14 a 19 años	Aplicación CRAFT a todos los adolescentes que se les realice control de salud	*Aplicar CRAFT en control *Derivar a SM si se detecta consumo de riesgo	N° de adolescentes de 14 a 19 años a los que se les aplica CRAFT x 100/N° de adolescentes de 14 a 19 años con control de salud

Patología AUGE en población adolescente: °Epilepsia no refractaria °Asma bronquial moderada y severa °Urgencia odontológica ambulatoria °Consumo perjudicial y dependencia de OH y drogas °Diabetes Mellitus tipo 2 ° HTA Primaria Esencial en personas de 15 años y más °Depresión en personas de 15 años y más * Urgencias odontológicas ambulatoria	Cumplir con las Garantías Explícitas en Salud para las patologías que competen a la Atención Primaria	100% de los adolescentes con patología GES atendidos según Ley 19.966	Controles de salud	Aplicación de EMPAD anual de 15 a 19 años	Informe de la Superintendencia de Salud de las Garantías GES
				Aplicación de la ficha CLAP por enfermera en población adolescente	
			Cumplir flujograma de acuerdo a las Guías Clínicas y Listado de Prestaciones de Atención Primaria según patologías GES	Ingreso a programa y control de seguimiento de acuerdo a protocolo	
				Fiscalizaciones de la Superintendencia de Salud de las Garantías GES	
				Monitoreo SIGGES	

## Cuidados de la salud de la población adulta

Problema priorizado	Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Indicadores
Salud Cardiovascular del Adulto	Detectar factores de riesgo modificables causantes de morbimortalidad y pérdida de AVISA (años de vida saludable) en población adulta, con énfasis en hombres jóvenes. Además conocer la prevalencia real de las enfermedades cardiovasculares y sus complicaciones asociadas en nuestros inscritos validados	Alcanzar cobertura de 23% en Examen de Medicina Preventiva (EMP) de hombres de 20 a 44 años.	*Focalización del Examen de Medicina Preventiva en hombres y mujeres en edades programadas. *EMP en terreno	*Aplicación de Examen de Medicina Preventiva al momento de la inscripción en el Cesfam de usuarios nuevos.	Número de EMP realizados a población masculina de 20 a 44 años x 100/Población masculina de 20 a 44 años inscrita menos población bajo control en PSCV
		Alcanzar cobertura de 26% en Examen de Medicina Preventiva (EMP) de mujeres de 45 a 64 años	*Educación a los pacientes del examen de Medicina Preventiva en hombres y mujeres, en guías anticipatorias de actividad física, alcohol, tabaquismo.	*Aplicación de EMP en terreno *Entrega de guías anticipatorias	Número de EMP realizados a población femenina de 45 a 64 años x 100/Población femenina de 45 a 64 años inscrita menos población bajo control en PSCV
		Alcanzar una cobertura efectiva de 58% en población HTA de 15 o más años bajo control	*Entrega de trípticos educativos de tabaquismo, alcohol, actividad física.	*Control y atención integral de pacientes bajo control en el programa por el equipo de salud multidisciplinario de acuerdo a flujograma	Población de HTA bajo control con PA < 140/90 pacientes de 15 a 64 años x 100/Población de 15 y más años HTA estimada según prevalencia
		Alcanzar una cobertura efectiva de 35% en población diabética tipo 2 de 15 o más años bajo control	*Educación grupal a ingresos	*Talleres educativos a pacientes ingresados a HTA y DM	Población de diabética tipo 2 bajo control con Hb glicosilada < 7 % en pacientes de 15 a 64 años, x 100/Población de 15 y más años diabética tipo 2 estimada según prevalencia
		Mantener cobertura de 67% con evaluación de pie diabético en pacientes DM2 bajo control	Coordinación con la comunidad organizada para mejorar la adherencia al Programa de Salud Cardiovascular. Coordinación Talleres de Temas Cardiovasculares para pacientes y acompañantes. Coordinación con podología para controles	Educación individual en la atención directa de box por parte del profesional. Talleres educativos grupales a pacientes en programa cardiovascular y acompañantes	N° de diabéticas con evaluación según pauta definida x 100/N° de diabéticos bajo control
		Mantener cobertura de fondo de ojo vigente a pacientes diabéticos tipo 2 bajo control			N° de diabéticos con fondo de ojo al día x 100/N° de diabéticos bajo control
		Mantener cobertura de atención por podólogo a pacientes diabéticos tipo 2 bajo control	Derivación del equipo de salud según flujograma	Atención programada con cupos preferenciales	N° de diabéticos atendidos por podólogo x 100/N° de diabéticos bajo control
		Mantener cobertura de diabéticos tipo 2 bajo control con evaluación dental			N° de diabéticos con atención dental x 100/N° de diabéticos bajo control
		Alcanzar un 80 % de manejo avanzado de heridas en personas con úlceras activas de pie diabético	Profesional enfermera con horas asignadas	Capacitación del equipo en detección precoz de pie diabético Curación de heridas con agenda	Evaluación de pie diabético según flujograma N° de diabéticas con úlceras activas tratadas con manejo avanzado de heridas x 100/N° de diabéticos con úlceras activas bajo control

Consumo problemático de alcohol y drogas	Pesquisar, intervenir y de ser necesario derivar a población adulta > 20 años bajo control con consumo de riesgo de alcohol y/o drogas	Aplicar el ASSIT y AUDIT (en caso de consumo exclusivo de alcohol) al 100 % de los usuarios hombres que se realiza el EMPA con sospecha de consumo de riesgo	Aplicación de ASSIT/AUDIT en control de salud de población con sospecha de abuso de alcohol y/o drogas	Aplicar ASSIT/AUDIT en EMPA con sospecha (positivo a alguna sustancia en pregunta 1 de ASSIT)	N° de ASSIT/AUDIT aplicados x 100 /N° de EMPA hombres con sospecha realizados
		Intervenir el 50 % de los casos detectados con consumo de riesgo	Capacitación al equipo para intervención breve	Intervenciones preventivas	N° de casos intervenidos por consumo problema de alcohol y/o drogas x 100/ N° de casos pesquisados con consumo de riesgo
		Ingresar a tratamiento al 50 % con consumo problemático de alcohol y/o drogas	*Intervención multidisciplinaria al usuario afectado y su familia *Derivación por parte del equipo en casos de mayor gravedad a nivel secundario	Intervenciones terapéuticas y derivación de casos	N° de casos ingresados a tratamiento por consumo problema de alcohol y/o drogas x 100/ N° de casos pesquisados con consumo problema
Patología AUGE en población adulta: ° Diabetes Mellitus tipo 2 ° HTA Primaria Esencial ° Depresión en personas de 15 y mas años ° Epilepsia no refractaria desde los 15 años ° Asma bronquial en >14 años ° EPOC de tratamiento ambulatorio ° Tratamiento médico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada ° Hipotiroidismo ° Erradicación helicobacter pylori en pacientes con úlcera péptica ° Urgencia odontológica ambulatoria ° Salud oral integral del adulto de 60 años	Cumplir con las Garantías Explícitas en Salud para las patologías del adulto que competen a la Atención Primaria	100% de los adultos con patología GES atendidos según Ley 19.966	Controles de salud  Cumplir flujograma de acuerdo a las Guías Clínicas y Listado de Prestaciones de Atención Primaria según patologías GES  Adecuación priorizada de las agendas de los profesionales	Aplicación de EMPA anual  Ingreso a programa y control de seguimiento de acuerdo a protocolo  Fiscalizaciones de la Superintendencia de Salud de las Garantías GES  Monitoreo SIGGES  Atención de pacientes odontológicos de 60 años y urgencias odontológicas con cupos prioritarios	Informe de la Superintendencia de Salud de las Garantías GES

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

Problema priorizado	Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Indicadores
Funcionalidad del AM	Mantener la independencia y autonomía en actividades de la vida diaria de los adultos mayores inscritos, optimizando su calidad de vida y pesquizando a los que presentan riesgo de perder su autovalencia o ya la han perdido, para definir intervención por el equipo multidisciplinario	Alcanzar cobertura de Adultos Mayores inscritos validados con EFAM al día de 40%	Optimizar la derivación interna por cualquier miembro del equipo del Adulto Mayor a EFAM Difusión en la Comunidad organizada del EFAM y beneficios asociados Derivación de los Adultos Mayores que asisten a programa "Mas adultos mayores autovalentes" Coordinación con programas comunales del Adulto Mayor	Aplicación del EFAM a los Adultos Mayores de 65 años y mas inscritos bajo control	N° de Adultos Mayores con EFAM vigentex 100 /N° de Adultos Mayores inscritos validados
		Alcanzar cobertura del 3 % de Adultos mayores inscritos validados que participan en el programa Mas adulto Mayores autovalentes	Realización de EMPAM para el ingreso al programa Mas adultos Mayores.	Aplicación de Examen de Funcionalidad del adulto Mayor	Número de EMPAM realizados a población inscrita validada de 65 y mas años x 100/Población de 65 y mas años inscrita validada
Salud cardiovascular del Adulto Mayor	Detectar factores de riesgo modificables. Además conocer la prevalencia real de las enfermedades cardiovasculares y sus complicaciones asociadas en nuestros inscritos validados	Alcanzar una cobertura efectiva de 58% en población HTA de 65 o más años bajo control	*Educación grupal e individual *Entrega trípticos educativos de tabaquismo, alcohol, actividad física.	*Realización de talleres de: - autocuidado y estilo de vida saludable, - funciones cognitivas, - funciones motoras - prevención de caídas. - Taller de cocina para diabéticos	Población de HTA bajo control con PA < 140/90 pacientes de 65 a <80 años y <150/90 en pacientes de 80 y mas x 100/Población de 15 y más años HTA estimada según prevalencia
		Alcanzar una cobertura efectiva de 35% en población diabética tipo 2 de 65 o más años bajo control	*Realización de Plan de cuidado del cuidador, de pacientes dependientes con patologías cardiovasculares. *Taller de gastronomía para diabéticos	*Control y atención integral de pacientes bajo control en el programa por el equipo de salud multidisciplinario de acuerdo a flujograma * Entrega de folletos educativo del plan del cuidado del cuidador	Población de diabética tipo 2 bajo control con Hb glicosilada < 7 % en pacientes de 65 a<80 años años, <8% en pacientes de 80 y más x 100/Población de 15 y más años diabética tipo 2 estimada según prevalencia
		Mantener cobertura de 67% con evaluación de pie diabético en pacientesDM2 bajo control	*Coordinación con la comunidad organizada para mejorar la adherencia al Programa de Salud Cardiovascular. *Coordinación Talleres deTemas Cardiovasculares para pacientes y acompañantes.	*Educación individual en la atención directa de box por parte del profesional. *Talleres educativos grupales a pacientes en programa cardiovascular y acompañantes	N° de diabéticas con evaluación según pauta definidax 100/N° de diabéticos bajo control
		Mantener cobertura de fondo de ojo vigente a pacientes diabéticos tipo 2 bajo control	Coordinación con podología para controles	Aplicación de pauta por enfermera durante atención podológica	N° de diabéticos con fondo de ojo al día x 100/N° de diabéticos bajo control
		Mantener cobertura de atención por podólogo a pacientes diabéticos tipo 2 bajo control	Derivación del equipo de salud según flujograma	Atención programada con cupos preferenciales	N° de diabéticos atendidos por podólogo x 100/N° de diabéticos bajo control
		Mantener cobertura de diabéticos tipo 2 bajo control con evaluación dental			N° de diabéticos con atención dental x 100/N° de diabéticos bajo control
		Alcanzar un 80 % de manejo avanzado de heridas en personas con úlceras activas de pie diabético	Capacitación del equipo en detección precoz de pie diabético	Evaluación de pie diabético según flujograma	Curación de heridas con agenda
		Profesional enfermera con horas asignadas			

Patología AUGE específica en población adulta mayor: °Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio ° Vicios de refracción *Entrega de ayudas técnicas	Cumplir con las Garantías Explícitas en Salud para las patologías del adulto que competen a la Atención Primaria	100% de los adultos con patología GES atendidos según Ley 19.966	Controles de salud	Aplicación de EMPA anual	Informe de la Superintendencia de Salud de las Garantías GES
			Cumplir flujograma de acuerdo a las Guías Clínicas y Listado de Prestaciones de Atención Primaria según patologías GES	Ingreso a programa y control de seguimiento de acuerdo a protocolo	
				Fiscalizaciones de la Superintendencia de Salud de las Garantías GES	
				Monitoreo SIGGES	
Adecuación priorizada de las agendas de los profesionales	Atención de pacientes con cupos preferenciales				

## Cuidados de la salud de la mujer

Problema priorizado	Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Indicadores
Morbilidad por cáncer cérvicouterino	Disminuir la morbimortalidad por Cáncer Cervicouterino	Disminuir la brecha de cobertura de mujeres sin PAP vigente en 5 %, logrando una cobertura de 53,8%	Revisión diaria de agendas de profesionales para detectar mujeres candidatas a PAP	Realización de PAP a población femenina inscrita	N° de mujeres de 25 a 64 años insritas con PAP vigente a diciembre 2017x 100/ N° total de mujeres inscritas validadas de 25 a 64 años
			Referencia oportuna de mujeres de 25 a 64 años a matrona para PAP por cualquier miembro del equipo		
			Disponibilidad inmediata para realización de PAP por matrona	Mantener campaña permanente de PAP en Cesfam, de lunes a sábado	
			Referencia oportuna a nivel secundario de PAPs alterados	Registro y seguimiento de casos positivos	
Salud bucal en embarazadas	Mejorar las condiciones de la salud bucal de la embarazada	Mantener un 80 % de altas odontológicas en mujeres embarazadas inscritas bajo control	Coordinación con el equipo de salud multidisciplinario para la derivación oportuna a tratamiento odontológico de todas las embarazadas que ingresan a control	Realizar actividad educativa (prevención de parto prematuro) a toda embarazada que ingresa a unidad dental estimulando con esto su adherencia a tratamiento	N° de altas odontológicas totales en embarazadas x 100/ N° de embarazadas ingresadas a control
			Adecuación priorizada de las agendas de los profesionales odontólogos		
Control precoz del embarazo con atención personalizada e integral en el proceso reproductivo	Aumentar el control precoz del embarazo con atención personalizada e integral por parte del equipo multidisciplinario, pesquisando y abordando los riesgos biopsicosociales en cada caso	Mantener o aumentar sobre 88% el N° de embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas	Realización de Consejerías en salud sexual y reproductiva en Centros Comunitarios o juntas de vecinos	Realización del control prenatal y entrega de Guías del Embarazo CCC	N° de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanasx 100/ N° total de gestantes que ingresan a control
			Coordinación con el equipo de salud de manera de referir para ingreso oportuno con matrona del equipo a toda embarazada que consulta		
		Abordar todas las condiciones que aumentan el riesgo de parto prematuro en el 90% de las embarazadas bajo control, a fin de mejorar su prevención	Adecuación priorizada de las agendas de las profesionales matronas	Aplicación de pauta breve de riesgo biopsicosocial	N° de gestantes con aplicación de pauta breve/ N° total de gestantes ingresadas a control x 100
			Educción y entrega de guías anticipatorias en controles	Entrega de la guía Empezando a Crecer al 100 % de las gestantes bajo control	N° de gestantes con Guías de Embarazo entregadasx 100/ N° total de gestantes ingresadas a control
		Estimular el ingreso del 80% de las gestantes bajo control a talleres educativos en temas relacionados con el autocuidado, preparación parto, y crianza de los hijos	Realizar educación grupal a gestantes y sus parejas	Talleres grupales a gestantes bajo control y sus acompañantes	N° de gestantes que participan en talleresx 100/ N° total de gestantes ingresadas a control
Disminuir el riesgo materno-fetal interviniendo los factores de riesgo biopsicosocial	Evaluación de la situación psicosocial familiar para detectar gestantes con riesgo biopsicosocial	* Aplicación pauta EPSA al ingreso de control de embarazo *Visita domiciliaria integral programada al 90 % de las gestantes bajo control que resultan con riesgo biopsicosocial y visita de seguimiento	N° de gestantes ingresadas con riesgo que tienen VDI x 100/ N° total de gestantes ingresadas a control con riesgo		

## Promoción de la salud y cuidados de la familia

Problema priorizado	Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Indicadores
Estilo de vida saludable	Detener el aumento de la obesidad en la población infantil, adolescente y adulta	Alcanzar <30% de malnutrición por exceso en la población infantil, adolescente y adulta	Intervención en colegios municipales para promover estilos de vida saludables y prevenir conductas que favorezcan la malnutrición	Aplicación de la ficha CLAP por enfermera en población adolescente	N° de usuarios de 2a 64 años con malnutrición por exceso x100/N° de usuarios de 2a 64 años bajo control
				Control de salud grupal	
				Taller educativo en estilos de vida saludable PROGRAMA VIDA SANA	
			Controles de salud y nutricionales	Evaluación nutricional frente a cualquier pérdida de la condición de eutrofia	
			Supervisión de los kioscos de los colegios municipalizados para aumentar la venta de colaciones saludables	Visita a cada kiosco de los colegios municipalizados supervisados en salud por el Cefam	
Actividad Física	Fomentar la práctica de actividad física en la población infantil, adulta y adulta mayor	Realización de 3 actividades que promuevan la actividad física en población inscrita	Planificación y ejecución de eventos deportivos comunales	Eventos deportivos en colegio	N° de asistentes a eventos deportivos en colegio
			Organización e implementación de actividades en contacto con la naturaleza	Trekking a parques y senderos	N° de asistentes a trekking
			Implementación de actividades para estimulación de desarrollo psicomotor	Mini juegos de competencia para lactantes de 6 meses a 2 años	N° de asistentes a competencias
Alimentación Saludable	Promover una alimentación saludable a lo largo del ciclo vital	Realización de 1 taller mensual de lactancia materna	Lactario para funcionarias	Taller mensual de Lactancia materna para embarazadas y nodrizas - - Formación de grupos de apoyo de lactancia	N° de talleres realizados
			Agendas protegidas para clínica de lactancia		N° de grupos de apoyo a lactancia formados
		1 visita semestral a kioscos y huertos de colegios municipalizados	Creación , gestión y mantención de huertos escolares	visita y supervisión a huertos escolares	N° de visitas realizadas
			Capacitación e implementación de kioscos escolares	visita y supervisión a kioscos saludables	N° de visitas realizadas
		Realización de 1 taller de gastronomía saludable	Difusión de Guías Alimentarias basadas en alimentación saludable ( GABAS)	Talleres de gastronomía saludable	N° de talleres realizados

## Prevención y tratamiento de la tuberculosis

Problema	Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Indicadores
Tuberculosis	Mantener o disminuir la incidencia y prevalencia de la enfermedad	Lograr índice de pesquisa $\geq 50/1000$ consultas de $>$ de 15 años	Paciente que presenta síntomas respiratorios por más de 15 días que se realiza EMPA será enviado a sala TBC.	Bk espontáneo a todo paciente sintomático respiratorio	N° de BK a $>15$ años $\times 100 / N^{\circ}$ de consultas $>15$ años
			Derivación a sala TBC a todo sintomático respiratorio $>15$ años, por parte de todo el equipo		
			Bk cada 6 meses a pacientes en control sala ERA	Seguimiento y registro de Bk a pacientes en control sala ERA	