



PLAN DE SALUD 2018

I.	INTRODUCCIÓN	3
II.	DIAGNÓSTICO POBLACIONAL	4
1.	Población de Las Condes.....	4
2.	Antecedentes de Las Condes.....	4
3.	Proyección afiliación a sistema previsual de salud	7
4.	Encuesta de Satisfacción Usuaría:	8
5.	Plan Actual de Capacitación 2017	9
III.	ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	11
1.	Bases Conceptuales:	11
2.	Objetivos Sanitarios 2011-2020	14
3.	Oferta de servicios o canasta de prestaciones:	21
4.	Programas Comunales	25
5.	Centros de Salud.....	37
5.1	Centro de Salud Apoquindo:	37
5.2	Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía	50
5.3	Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU):	60
IV.	UNIDADES DE APOYO A LA ATENCIÓN PRIMARIA	63
1.	Centro de Imágenes:.....	64
2.	Centro de Rehabilitación (RAM)	71
3.	Centro de Especialidades Odontológicas:	73
4.	COSAM Las Condes:	75
5.	Laboratorio Clínico:	81
6.	Servicios de Oftalmología	83
V.	ATENCIÓN TERCARIA DE SALUD:.....	84
VI.	PRESUPUESTO AÑO 2017	86
VII.	ABREVIATURAS DE USO COMÚN EN EL ÁREA DE SALUD	92
ANEXOS	94

I. INTRODUCCIÓN

La comuna de 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.

Durante el año 2017, los dos CESFAM lograron la recreditación como Prestadores Institucionales de Salud otorgada por la Superintendencia de Salud, lo que los certifica con altos estándares de calidad.

Este logro fue posible gracias al modelo instaurado por la Dirección de Salud de Las Condes que busca ofrecer una atención de excelencia y altamente resolutiva a todos los usuarios de los centros bajo su dependencia.

En ese marco, cabe destacar que nuestra comuna cuenta con una completa red de servicios de apoyo a la atención primaria, a fin de que todos nuestros usuarios pueden acceder a una amplia gama 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

Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas, el año 2018, la población de Las Condes llegará a los 289.616 habitantes.

La proyección futura es la siguiente:

Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020
286.735	288.228	289.616	290.869

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%.

2. Antecedentes de Las Condes

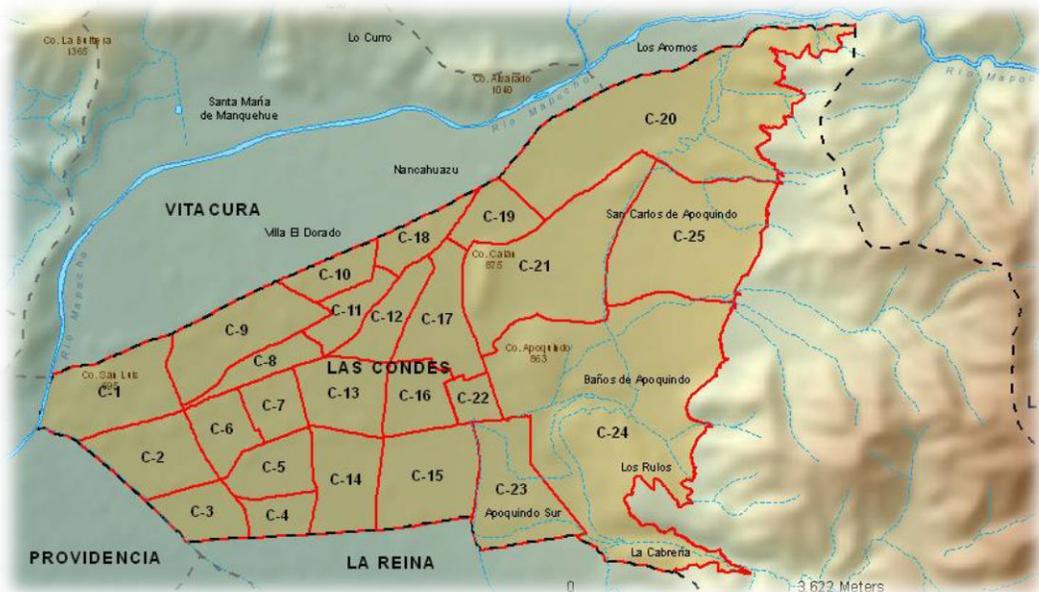
La comuna de Las Condes está ubicada en el sector oriente de la Región Metropolitana y tiene una superficie total de 96 km², de los cuales, 43,92 km² corresponden al área urbana, la que se extiende desde su límite poniente, con Providencia, hasta los faldeos cordilleranos. El resto del territorio de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

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

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

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

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



Medio cultural: 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%

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.

Del total de vecinos de Las Condes, sólo cerca del 25% está inscrito en alguno de los centros de salud comunales, y esa cifra representa el 11,7% del total del S.S.M.O.



4. Encuesta de Satisfacción Usuaría:

Con el objetivo de conocer el grado de satisfacción del servicio que reciben los usuarios de cada uno de los centros comunales, la Dirección de Salud realiza una encuesta a los usuarios, 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:

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

5. Plan Actual de Capacitación 2017

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDAD DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS
Fortalecer el Modelo de Atención en Salud, junto con los valores y principios que lo sustentan.	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
Consolidar el Modelo de Gestión en Red, local regional y suprarregional (macro y micro redes).	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
Fortalecer el Sistema de Garantías Explícita en Salud (GES) en la red del servicio público de salud.	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.

Mejorar la Calidad de la Atención y Trato al Usuario.	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.
Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el Mejoramiento de la calidad de vida laboral.	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
Incorporar tecnologías de la información y comunicaciones (TICS) y el uso de tecnología adecuada para apoyar la gestión técnico asistencial en salud.	Actualización en office (Excel y/o Word)	Mejorar el manejo de herramientas de computacionales, nivel usuario
Desarrollar la gestión administrativa, física y financiera.	Capacitaciones en gestión atención primaria	Mejorar el manejo de herramientas de gestión local para equipo gestor
Mejorar la Gestión y Desarrollo de las Personas.	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
Mejorar la prevención, y manejo de las contingencias, emergencias y catástrofes	Prevención de riesgos: curso o taller	Fortalecer la respuesta adecuada del Sector Salud ante emergencias, desastres y catástrofes
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		

III. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

1. Bases Conceptuales:

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

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

La Dirección de Salud realiza un seguimiento a los cambios que experimenta la población. A modo de ejemplo, cabe señalar la progresiva disminución del número de nacimientos y el aumento de las expectativas de vida.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FOMENTAR LA INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD		
Tema	Objetivo	Meta
Sistemas de Información	Mejorar los sistemas de información en salud	Aumentar a 13 el número de procesos críticos* que tributan al repositorio nacional de información
Investigación en Salud	Fortalecer la investigación en salud	Aumentar a 50% la proporción de preguntas elaboradas y priorizadas * por el Consejo Nacional de Investigación en Salud, que son abordadas en proyectos de investigación, el año en curso
Recursos Humanos	Aumentar y mejorar la dotación de recursos humanos en el sector salud	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
Financiamiento	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
Infraestructura	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

Gobernanza y Participación	Aumentar los mecanismos de participación ciudadana y fortalecer el trabajo integrado de los directivos del sector	Aumentar a 100% la proporción de Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que han implementado mecanismos de participación ciudadana y usuaria, y ejercicio de derechos Aumentar a 100% la proporción de Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que han implementado mecanismos de alineación de directivos y articulación de procesos de planificación
Gestión Asistencial	Mejorar la pertinencia en la referencia entre componentes de la red de Servicios de Salud	Aumentar a 80% el porcentaje de pertinencia en la referencia entre componentes de los Servicios de Salud
Salud Internacional	Mantener la participación y cooperación internacional en salud	Mantener 75% la proporción de contrapartes técnicas que participan en actividades de la agenda y la cooperación internacional

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

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

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

3. Oferta de servicios o canasta de prestaciones:

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

A. Programa del Niño y Niña:

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

B. Programa de salud del Adolescente

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

C. Programa de la Mujer

- Control prenatal
- Control diada (puérpera y recién nacido)
- Control climaterio
- Consulta y control de regulación de la fecundidad
- Consejería en salud sexual y reproductiva: preconcepcional y pre y post examen de VIH.
- Control ginecológico preventivo: mamas y toma de Papanicolaou y solicitud de VDRL.
- Educación grupal
- Consulta de morbilidad obstétrica
- Consulta de morbilidad ginecológica, toma de exámenes
- Consulta nutricional
- Atención domiciliaria
- Ecografía obstétrica de acuerdo a norma.
- Curaciones simples y avanzadas

D. Programa del Adulto

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

E. Programa del Adulto Mayor

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

F. Programa de Salud Oral

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

G. Actividades Generales asociadas a todos los Programas

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

Actividades Comunitarias:

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

Corresponden a:

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

Actividades Docentes:

El CESFAM Ariztía como Centro de la comuna de Las Condes tiene convenio con varias Instituciones Educativas, siendo campo docente de varias carreras de la salud (medicina, enfermería, nutrición, terapia ocupacional, TENS dental, TENS enfermería) contribuyendo importantemente a la formación académica.

4. Programas Comunes

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

- **Unidad de Calidad de Vida Laboral**

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

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



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

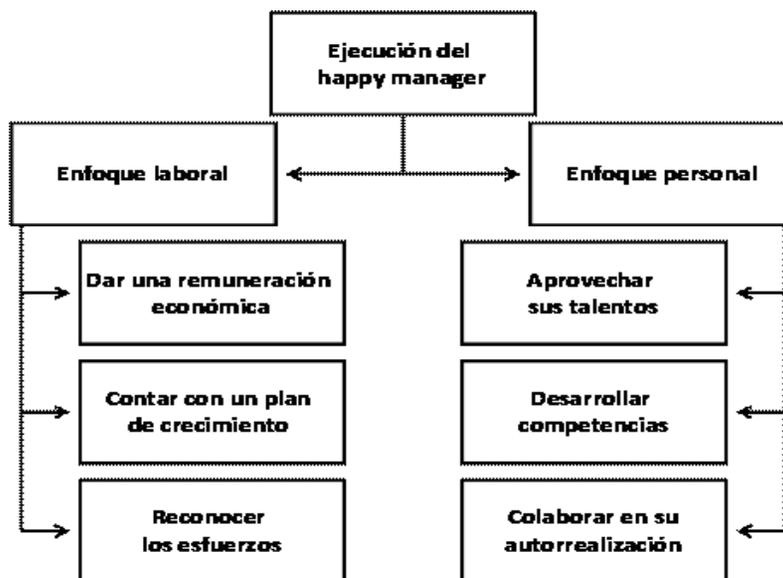
OBJETIVOS

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

Esta propuesta consta de 4 pilares fundamentales:



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



METODOLOGÍA E IMPLEMENTACIÓN

Año 2014:

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

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

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

En tercer lugar, se implementa una campaña masiva con tres objetivos. Dar a conocer en forma masiva la creación de la Unidad de Felicidad y Calidad de Vida Laboral, posicionar el rol del happy manager, y la aplicación y autocorrección del instrumento por los funcionarios de salud. La aplicación del

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

Año 2015:

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

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

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

Finalmente, se presenta a la directora del SSMO, al encargado de calidad de vida laboral del mismo servicio y a su equipo, el modelo, la metodología y las actividades realizadas en esta corporación. De esta presentación surge la

validación técnica del trabajo de nuestra unidad y la solicitud de replicar el modelo presentado en diversas unidades que conforman el SSMO.

Año 2016:

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

Actividades:

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

Año 2017-2018:

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

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

Se agrega un nuevo Objetivo:

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

Actividades:

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

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

- Realización de boletín “El Cegatón”, en donde comunicamos el cambio de etapa y estrategia, señalado en el párrafo anterior.
- Actualización del Censo Animalístico local de los funcionarios de esta organización en conjunto con el Comité Consultivo.

- Programación de la “Semana de cada animalito”. En cada semana se identifica a cada persona y su animalito, se le entrega una chapita con su animal con la intención que la use esa semana, se reconozcan entre sí y se diferencien de los otros animales.
- Al mismo tiempo se anuncia localmente a través de un afiche, el inicio de la Semana de cada animalito, se explicita cuántos de esos animalitos hay y se invita a buscarlos.
- Diseño e implementación de actividad grupal de salón con metodología experiencial de 45 minutos, para cada grupo de animalito según su semana. El objetivo es descubrir la importancia de la relación entre los animales (sana interdependencia), en el sentido de comprender de qué animal aprendo y a qué animal le enseño.
- Diseño y entrega de material de apoyo (set de 9 cartas una por animal y folleto explicativo) para comprender la importancia que juega el aprender de otro animalito, la forma de armonizar mi estado de estrés y a la vez, la enseñanza que puedo hacer a otro animal en la construcción de su bienestar. Al finalizar el ciclo, cada persona tendrá las 9 cartas del sistema y la interacción de todos los animalitos (Proyecto Fauna).
- Entrega de tarjetas pendrives corporativas interactivas a cada funcionario, con el material y temáticas trabajadas desde el año 2014 al 2018, que permita a cada persona acceder a una actualización completa del modelo de calidad de vida laboral y buen trato. Se busca la transferencia y libre acceso al material íntegro hasta aquí trabajado. De esta forma, se pretende también destacar el trabajo realizado en este período como modelo de gestión organizacional en calidad de vida laboral durante esta administración.
- Realización del Segundo Encuentro Intercomunal de Calidad de Vida Laboral Zona Oriente.

- **Plan de Promoción de Salud**

En el ámbito de la Promoción de la Salud, se trabajó durante el año 2017, en base al Plan Trienal de Promoción de la Salud (2016-2018), que incluyó básicamente actividades de continuidad en los componentes de Alimentación Saludable y Actividad Física, permitiendo así intervenciones con resultados en el corto y mediano plazo.

En el marco de las orientaciones entregadas por el Seremi, se mantuvo el trabajo de participación social, a través de un Diálogo Ciudadano, en alianza con el Depto. Del Adulto Mayor de la Municipalidad, convocando a líderes de la comunidad, en torno a la reflexión y discusión de los elementos que componen una buena alimentación, y elaboración de un menú equilibrado.

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 mantuvieron los talleres de capacitación para ellos, con el propósito de potenciar competencias relacionadas con la participación y liderazgo, fortaleciendo sobre todo, el rol de los consejos consultivos.

En cuanto al componente de Actividad Física, se continuó con el taller de senderismo, dirigido esta vez, no solo a los usuarios del CESFAM Aníbal Ariztía, sino además, a los funcionarios de los dos Centros de Salud, fortaleciendo los ambientes de trabajo saludables, con énfasis en el autocuidado.





Se espera mantener la continuidad del 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 las Técnicas Paramédicas de los colegios, orientada principalmente a la enseñanza pre-básica y básica **con una matrícula total de 6.318** alumnos.

- Pre diagnóstico: con un total de **1.346** alumnos, evaluados y derivados este año por profesionales paramédicos Junaeb, en agudeza visual (976), auditiva (280) y columna (90).
- Atención de especialistas Junaeb en Oftalmología, Otorrino y Traumatología, a los casos derivados y controles, con un total de **617** 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 **1.270 alumnos**, quienes fueron examinados por una doctora contratada específicamente para el programa, y de los cuales fueron derivados el **53%**. Del total de las derivaciones, el **31%** fueron a nutricionista y el **29%** a dental, pudiendo un alumno presentar una o más alteraciones.

En el ámbito de la atención de **Primeros Auxilios** que brindan las **Técnicos Paramédicos en siete colegios (6 municipales y 1 concesionado)**, a escolares que sufren algún accidente en el establecimiento o de trayecto, este año se potenciaron las enfermerías, con la instalación y capacitación en el uso de Desfibriladores Externos Automáticos (DEA). Esto en la línea de los colegios cardioprottegidos, en conjunto con el SSMO con el Convenio Programa de RCP y uso de DEA en población escolar.



Se contempla para el año 2017, desarrollar talleres prácticos de entrenamiento en RCP y uso de DEA, dirigidos a toda la comunidad escolar.

- **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 dentales móviles en los colegios para realizar atenciones de diagnóstico y tratamiento a los alumnos de 6 y 12 años, así como de III y IV medios de los colegios municipales. Cabe resaltar que el año 2015, se pusieron en uso las nuevas clínicas adquiridas por la Dirección.

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

Este programa en el CESFAM Dr. Ariztía es abordado por los equipos de salud de cada sector. Éstos coordinan las acciones para realizar atenciones de patologías agudas o procedimientos de igual características en domicilio cuando sea requerido por los usuarios o sus cuidadores, así como control de patologías crónicas y visitas domiciliarias integrales (VDI)

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

5. Centros de Salud

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

5.1 Centro de Salud Apoquindo:

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

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

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.

En enero de 2014 fue **acreditado como Prestador institucional de Atención Abierta por la Superintendencia de Salud.**

Durante el año 2017 nuevamente fue evaluado por la entidad acreditadora designada por este organismo logrando la **Reacreditación** del CESFAM.



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.

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 (Tabla N° 1):

	CENSO 2002	CENSO 2012	PROYECCIÓN 2015
TOTAL	246.474	282.972	283.417
HOMBRES	107.497	130.856	126.953
MUJERES	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 es de 26.513, que continúa mostrando tendencia a un progresivo aumento de la proporción de adultos mayores de 65 años, que alcanza actualmente el 34% del total (Tabla N° 2), de los cuales un 38% son adultos mayores de 80 años.

POBLACIÓN VALIDADA CESFAM APOQUINDO 2017			
Edades	Masculino	Femenino	Total
0 a 19 años	1568	1504	3072
20 a 44 años	2013	4374	6387
45 a 64 años	1973	6058	8031
65 y más años	2744	6279	9023
TOTAL	8298	18215	26513

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: realización de EMPAM (examen de medicina preventiva del adulto mayor) periódico, control de crónicos, visitas de postrados, gestión de demanda, reuniones interdisciplinarias, etc., pero manteniendo la labor distintiva de la Atención Primaria de Salud como son la promoción y prevención de la salud, y otros quehaceres relacionados a grupos de acuerdo al ciclo vital, conforme a normas ministeriales y orientaciones comunales.

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

Previsión	% beneficiarios
FONASA A	16%
FONASA B	39%
FONASA C	16%
FONASA D	26%
PRAIS	3%
TOTAL	100%

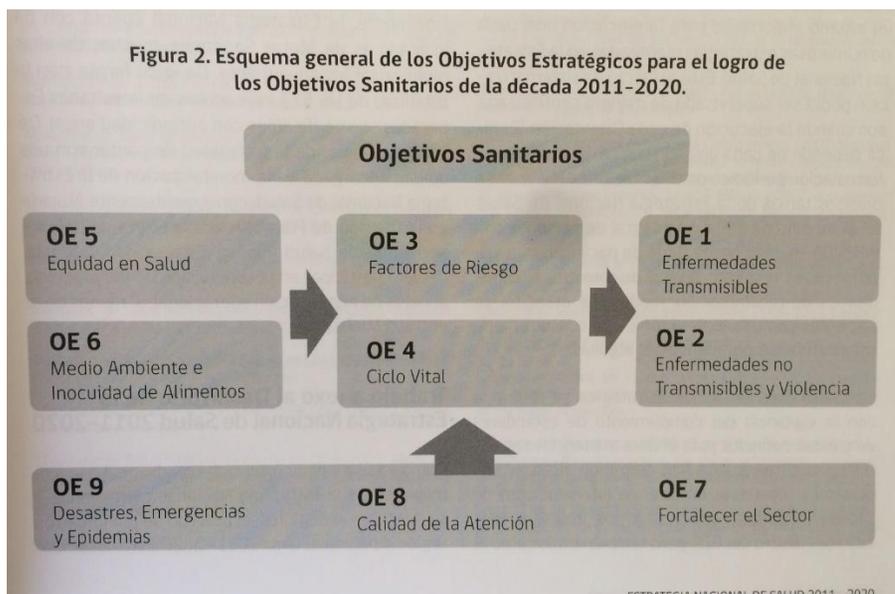
SITUACIÓN DE SALUD

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.

POLÍTICA DE SALUD

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

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



1. Reducir la carga sanitaria de las enfermedades transmisibles y contribuir a bajar su impacto social y económico.
2. Reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismo.
3. Reducir los factores de riesgo asociados a carga de enfermedad a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludable

4. Reducir la mortalidad, morbilidad y mejorar la salud de las personas, a lo largo del ciclo vital.
5. Reducir las inequidades en salud de la población a través de la mitigación de los efectos que producen los determinantes sociales y económicos en la salud.
6. Proteger la Salud de la población a través del mejoramiento de las condiciones ambientales y de la inocuidad de los alimentos.
7. Fortalecer la institucionalidad del sector salud.
8. Mejorar la calidad de la atención en salud en un marco de respeto de los derechos de las personas.
9. Fortalecer la respuesta adecuada del sector salud ante emergencias, desastres y epidemias

Uno de los ámbitos relevantes en la Política de Salud se relaciona con la satisfacción usuaria de los vecinos. En este contexto, en la comuna se evalúa periódicamente el respeto a los derechos y deberes, satisfacción de los servicios otorgados, monitoreo permanente y mejoramiento de la capacidad de respuesta a las demandas de la población con instrumentos estandarizados a través de la Oficina de informaciones, reclamos y sugerencias (OIRS) del Centro. Además anualmente se aplica en encuesta por empresa externa para evaluar la satisfacción usuaria, logrando siempre, en los últimos años, porcentajes superiores al 95%.



El CESFAM Apoquindo considera dentro de su política de salud como un eje prioritario, la calidad de la atención. Se mantienen los conceptos de mejora continua y seguridad de los procesos asistenciales, de apoyo clínico y

administrativo, que permite satisfacer las necesidades del usuario en cada momento, con un servicio eficiente, efectivo y eficaz, que garantiza su seguridad, entregando un trato digno y sin discriminación.

EVALUACIÓN DE LO REALIZADO

El Plan de Salud 2018 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	36.020
Atenciones por enfermera	12.825
Atenciones matrona	11.251
Atenciones nutricionista	4.809
Atenciones odontólogo	17.719
Atenciones psicólogo	3.533
Atenciones kinesiólogo	2.543
Procedimientos clínicos	45.887
Visita domiciliaria integral	1.593
Procedimientos clínicos en domicilio	1.755
*Datos enero a septiembre proyectados a diciembre 2017	

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 2017 continuó realizando 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.

Se le dio continuidad al Programa Apoquindo Vive Sano, destinado a funcionarios del centro de salud, que considera 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.

En relación a programas ministeriales en el ámbito de la promoción de la salud, durante el 2017 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:

La participación ciudadana en salud se entiende como “la capacidad de incidir en las decisiones respecto de la salud ya sea que se relacionen con el diseño, implementación, evaluación de políticas, planes, programas y proyectos vinculados a la recuperación, rehabilitación, prevención, de

enfermedades y promoción de la salud, como también, en aquellas decisiones vinculadas al uso e inversión de recursos públicos”. En este contexto se elaboró *El Plan de Participación Social del CESFAM Apoquindo* que 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 que durante el 2017, fue completamente renovada, se ampliaron a 6 los puestos de trabajo, con la finalidad de brindar un mejor servicio.

Durante este año 2017 al mes de septiembre, en la Toma de muestras se han atendido un total de 11.542 pacientes:

TOMA DE MUESTRA CESFAM APOQUINDO	
2017	N° de pacientes atendidos
ENERO	1.419
FEBRERO	1.282
MARZO	1.300
ABRIL	1.326
MAYO	1.288
JUNIO	1.089
JULIO	1.397
AGOSTO	1.332
SEPTIEMBRE	1.109
TOTAL	11.542

Atención domiciliaria:

La atención domiciliaria es una estrategia que permite que los pacientes con dependencia severa tengan una atención con equidad, oportuna, continúa 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. Esta actividad es un permanente desafío en la labor del CESFAM, debido a la demanda creciente de los últimos años por parte de las familias que tiene un integrante en condiciones de dependencia severa.

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 2017, la clínica dental móvil ha podido dar cobertura a todos los niños pertenecientes a los sextos y séptimos básicos de colegios municipales y/o subvencionados a los cuales acudió la clínica. Además, destacar que este año dentro del programa odontológico de IV medio se ha

incorporado la atención a los alumnos de III medio acercando la atención odontológica a la comunidad.

Por último, según los nuevos lineamientos entregados por el MINSAL se ha ampliado la cobertura de menores de 20 años incorporando a niños desde los 6 meses de edad.

Calidad:

Durante todo el primer semestre del 2017 se trabajó arduamente en los preparativos para la evaluación por la empresa acreditadora, siendo finalmente reacreditados por la Superintendencia de salud a través de la Resolución exenta N°1410 del 21 de agosto de 2017.

Con la reacreditación se reafirma el compromiso con la calidad como sello de nuestro quehacer, con la mejora continua que garantice la seguridad de las prestaciones a nuestros usuarios.

Resolutividad:

Durante el 2017 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 coordinados directamente por el Hospital Salvador, como instancias de trabajo conjunto como la telecardiología, y también consultorías de especialistas en la atención primaria (geriatria). Adicionalmente en la comuna se realizaron operativos de especialidad Otorrino y convenio para procedimientos de endoscopia digestiva alta.

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

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

horas de especialistas y su mejor provecho, así como disminuir los tiempos de espera.

RECURSOS HUMANOS, FINANCIEROS Y MATERIALES

El Centro de Salud, cuenta para su funcionamiento con recursos económicos aportados tanto por el nivel central Ministerio de Salud, a través de sistema per cápita y convenios, como del aporte Municipal. Dentro del presupuesto, uno de los ítems más importantes es el de recursos humanos. Cada año se determina la dotación con la cual se llevan a cabo las acciones programadas. Se destaca que respecto del período anterior se aumentaron las horas de profesional psicólogo y de médico.

En la actualidad la dotación del CESFAM es la siguiente:

DOTACIÓN 2018 CESFAM APOQUINDO		
CATEGORÍA	N°cargos	Horas Totales Contratadas
A	32	1092
B	26	1056
C	34	1496
D	9	396
E	22	946
F	6	264
TOTAL	129	5250

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 cuenta con 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 existe 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 Avda. Paul Harris 1140 sector sur-oriente de la comuna de Las Condes.

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



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

Misión

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

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

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

Visión

La visión del CESFAM Dr. Aníbal Ariztía es:

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

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

1. DESCRIPCIÓN DEL NIVEL O SITUACIÓN DE SALUD

La población inscrita del CESFAM Ariztía es principalmente adulta y adulta mayor, de 65 años y más, esta última corresponde al 22,3%, muy por encima del promedio nacional y de la Región Metropolitana así como también menos población menor de 15 años, que alcanza 13, 23% 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, si bien la orientación del CESFAM es realizar atención integral, parte importante de las estrategias, 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 2018 de **43.957** usuarios, distribuida de la siguiente manera (tabla N° 3):

Tabla N° 1

Rango etario	% de población total inscrita validada
0 a 9 años	8,48%
10 a 19 años	10,11%
20 a 64 años	59,11%
≥ 65 años	22,3%

b) Densidad y Crecimiento Comunal

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

c) Población y medio cultural

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

Años de escolaridad promedio

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

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

Nivel educacional de la población de Las Condes 2003-2009

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

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

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

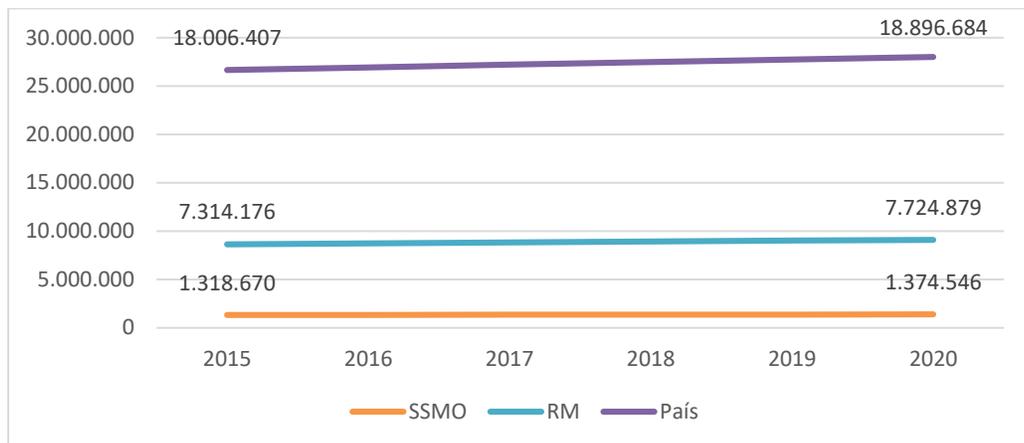
La población extranjera inscrita en el CESFAM alcanza 6,69%.

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

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

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

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

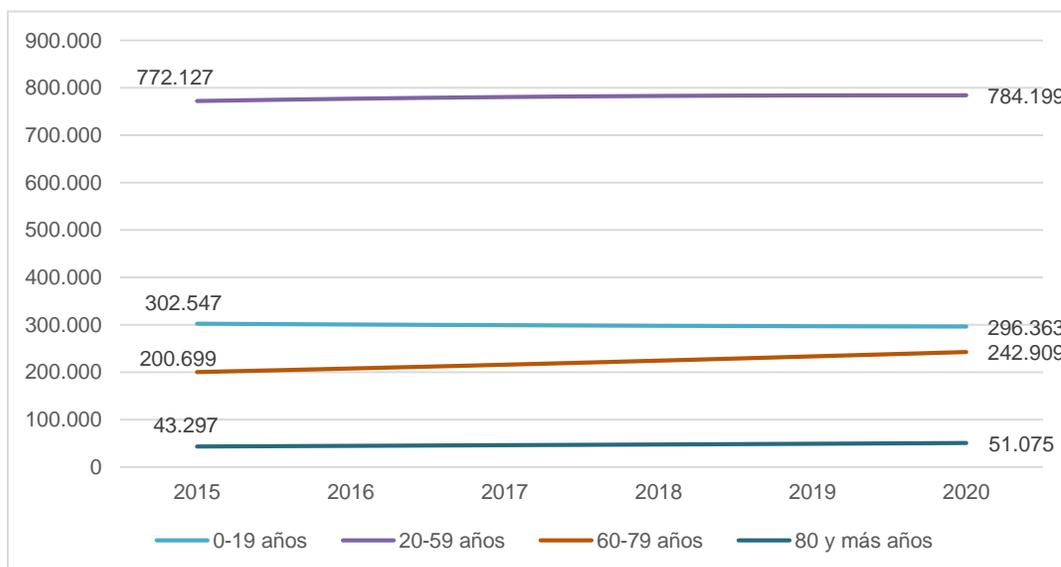


Fuente: Proyecciones INE, 2015

El grupo de edad que experimentará el mayor crecimiento en los próximos años es la población mayor de 60 años, particularmente la de 60 a 79 años 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 Cesfam de acuerdo al diagnóstico participativo realizado:

- **Seguridad Pública:** La inseguridad ciudadana y la delincuencia son los problemas más importantes para los vecinos del CESFAM. Para apoyo a carabineros y PDI, contamos con una red comunal de seguridad denominada Paz Ciudadana.
- **Alcoholismo y drogadicción:** Es el tercer problema priorizado por la población adscrita al CESFAM Ariztía, el cual se ve abordado a través del departamento municipal “SENDA Previene Las Condes” que actúa en forma coordinada con la red pública y privada a través de los diferentes programas.
- **Contaminación e higiene:** acústica, atmosférica; malos olores, perros vagos, ratones, moscas y otros; limpieza de calles y vereda, basura. Siendo para la población de la Región Metropolitana de un 77,7% de importancia, en la comuna de Las Condes, no es catalogado como un problema entre los usuarios del Cesfam, ya que la Municipalidad se encarga de minimizar esto con campañas.
- **Preocupación por la infraestructura comunitaria:** Las Condes cuenta con un % importante de áreas verdes, centros deportivos y comunitarios destinados a la recreación, esparcimiento y cultura de nuestros usuarios.

- **Preocupación por el aislamiento y la Falta de medios de comunicación:**
Al igual que para el resto de la RM, no es tema considerado importante para nuestros usuarios.

e) Red Asistencial:

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

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

Dentro de la red privada comunal en convenio existe:

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

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

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

f) Consejo de Desarrollo y/o Consultivo:

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

En el CESFAM, se reúne una vez al mes 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.

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

Funciones:

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

g) Atenciones

ATENCIONES Y PROCEDIMIENTOS CLINICOS	
Atenciones	Nº atenciones*
Atenciones médicas	52.910
Atenciones por enfermera	20.210
Atenciones matrona	12.735
Atenciones nutricionista	7.894
Atenciones odontólogo	34.023
Atenciones psicólogo	4.946
Atenciones kinesiólogo	3.759
Procedimientos clínicos	49.982
Visita domiciliaria integral	3.399
Procedimientos clínicos en domicilio	6.651
*datos a agosto proyectados a diciembre 2017	

Cabe hacer presente que el año 2017 disminuye el rendimiento de las atenciones médicas de 4/hora a 3/hora lo que no significó una baja significativa en el número total de atenciones.

h) Dotación

Dotación efectiva Septiembre 2017		
Categoría	Nº Cargos	Nº Horas Semanales
A	42	1341
B	35	1430
C	51	2244
D	5	220
E	28	1.232
F	5	220
Totales	166	6687

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 N° 1229 y depende directamente de la Corporación de Educación y Salud de Las Condes como un centro de costo autónomo.

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



Su objetivo principal es brindar una atención de salud accesible y oportuna, resolutiva, segura y de calidad a la población, las 24 horas del día, los 365 días del año. En consecuencia, permite el manejo integral de

patologías de urgencia médica y dental, tanto de baja como de mediana complejidad.

El equipo humano del Servicio lo conforman alrededor de 44 funcionarios de gran desempeño, entre profesionales, técnicos en enfermería de nivel superior y técnicos administrativos de nivel superior.

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

Para una derivación oportuna, cuenta con una flota de cuatro ambulancias con personal técnico capacitado en rescate prehospitario y completamente equipadas, las que incluyen sistema GPS y radial, con el fin de responder ante situaciones de urgencia vital y dar apoyo a los otros centros de salud de nuestra comuna, las 24 horas del día, los 365 días del año. Así mismo, el servicio de móviles de urgencia colabora en eventos masivos y actividades deportivas comunales cuando se les solicita.

Por otra parte, cabe consignar que en coordinación con el Departamento de Seguridad Ciudadana y Emergencia Municipal, el SAPU 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 nuestras ambulancias en los horarios de mayor congestión vehicular, puesto que tienen la oportunidad de llegar con mayor prontitud al sitio del suceso, permitiendo entregar primeros auxilios de forma inmediata y reportar detallada información de la situación.

El SAPU Dr. Aníbal Ariztía realiza un promedio de 5.000 atenciones médicas y de 500 atenciones odontológicas mensuales a usuarios pertenecientes tanto a esta como a otras comunas, independientemente de su previsión de salud, respetando así el derecho al acceso y oportunidad de atención.

En lo que respecta a la evaluación de la planificación del año 2017, se ha implementado el uso de nuestro Dato de Atención de Urgencia inserto en el

sistema de ficha clínica electrónica única a nivel comunal, lo que nos ha permitido mejorar nuestra gestión de procesos de atención, optimizando recursos, garantizando una atención continua y de calidad, con la entrega de documentación completa y legible a nuestros usuarios y permitiendo acceder a la historia clínica necesaria en los casos requeridos.

Así mismo, y en conjunto con el Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía, se obtuvo la Reacreditación para Prestadores Institucionales de Salud otorgada por la Superintendencia de Salud, lo que nos certifica con altos estándares de calidad de nuestra institución.

Por otra parte, se aumentó la dotación de horas de enfermería, lo que nos ha permitido una mejor gestión de coordinación, tiempos de espera, cumplimiento de protocolos técnico-administrativos y elaboración de planes de mejora continua.

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

Proyecciones 2018

Para el año 2018, se pretende consolidar y actualizar el sistema de ficha electrónica de nuestro servicio, pudiendo optimizar el uso de nuestro Dato de Atención de Urgencia, lo que iría en directo beneficio de nuestros usuarios.

En segundo lugar, con la finalidad de mejorar la atención clínica y disminuir los tiempos de espera, se solicitó un aumento en la dotación de horas de técnico en enfermería de nivel superior, para realizar labores en Sala de Admisión en horarios de mayor demanda asistencial.

Asimismo, se renovará por completa la flota de ambulancias del servicio, las que tendrán equipamiento de avanzada, para prestar una atención inicial y domiciliaria oportuna, óptima y de calidad, con un traslado seguro y con altos estándares.

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

Por último, con el objetivo de mejorar, 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, luminaria, quincallería, piso y mobiliario de nuestras dependencias, así como la renovación y adquisición de equipamiento e implementación de un sistema de climatización en nuestra Sala de Espera de Pacientes.

Actividades realizadas

Las atenciones del SAPU durante el año 2017 fueron los siguientes:

Atenciones	Números **
Consultas Médicas	58.823
Consultas Dentales	6.042
Procedimientos Médicos *	4.875
Procedimientos de Enfermería	68.337
Traslados de Ambulancias	5.367

* Incluye suturas, reanimación cardiopulmonar, constatación de lesiones.

** Valores extrapolados de Enero a Septiembre del 2017 y Octubre, Noviembre y Diciembre del año anterior.

IV. UNIDADES DE APOYO A LA ATENCIÓN PRIMARIA

En los últimos años, la Dirección de Salud de Las Condes ha ampliado la resolutoria de sus centros de salud, con una red de centros de apoyo a la Atención Primaria, con un equipo profesional y técnico de primer nivel.

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) cumple 14 años de funcionamiento al servicio de la comunidad de Las Condes. Proporciona acceso a tecnología de vanguardia en imagenología, con el propósito de 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 resolutivez de los establecimientos de atención primaria (CESFAM) de nuestra comuna.



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

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

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

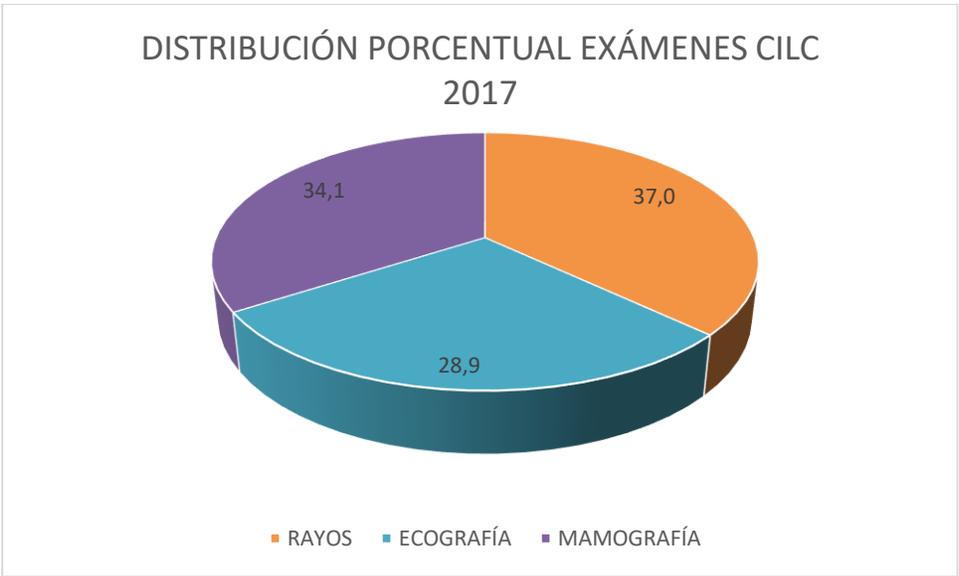
El Centro de Imágenes de Las Condes también provee servicios mediante convenios, a los programas de resolutivez ministeriales para APS, y recibe pacientes externos y particulares.

LINEAMIENTOS ESTRATÉGICOS CILC Y LOGROS

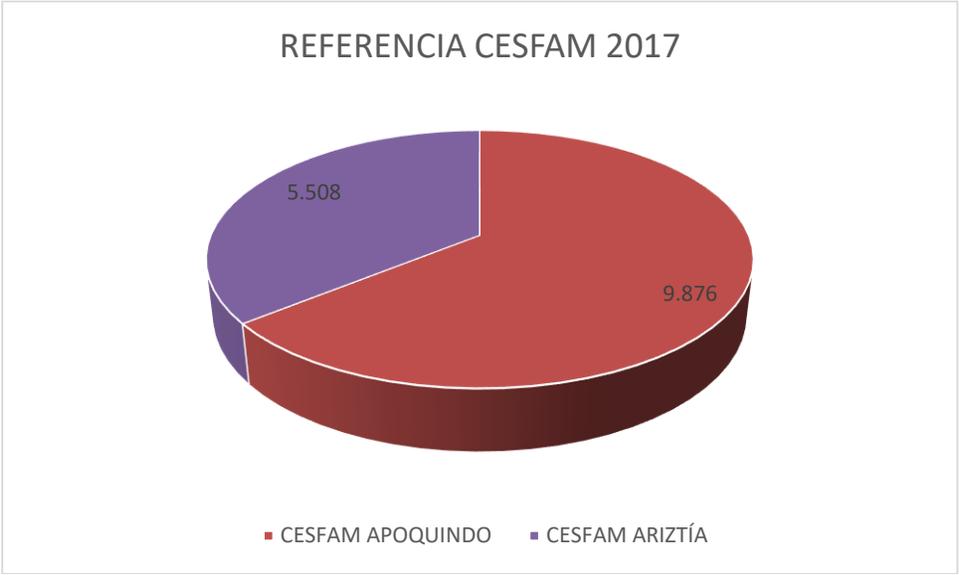
A fines de enero de 2017, se llevó a cabo un cambio de proveedor de sistema RIS-PACS. Lo anterior ha significado el contar con un sistema más robusto y con mayores herramientas de gestión.

La productividad proyectada durante 2017, alcanza las 18.500 prestaciones anuales.

Del total de nuestras prestaciones, un 37,0% corresponden a radiología osteoarticular, 34,1% a mamografía y 8,9% a ecografía.



La referencia desde los centros comunales indica que, un 64,2% de los usuarios provienen de CESFAM Apoquindo y un 35,8%, del CESFAM Dr. Aníbal Ariztía.



Los pacientes externos o particulares atendidos, históricamente en el CILC no exceden el 1% de las atenciones, siendo para el 2017, de un 0,8%.

ORIENTACIONES HACIA RESULTADOS SANITARIOS

En concordancia con los objetivos del Centro de Imágenes, nuestros esfuerzos como equipo, han estado permanentemente orientados a contribuir al cumplimiento de las metas sanitarias comunes a la atención primaria. Esto se traduce en el aporte que 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 y fundamentalmente del cáncer.

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

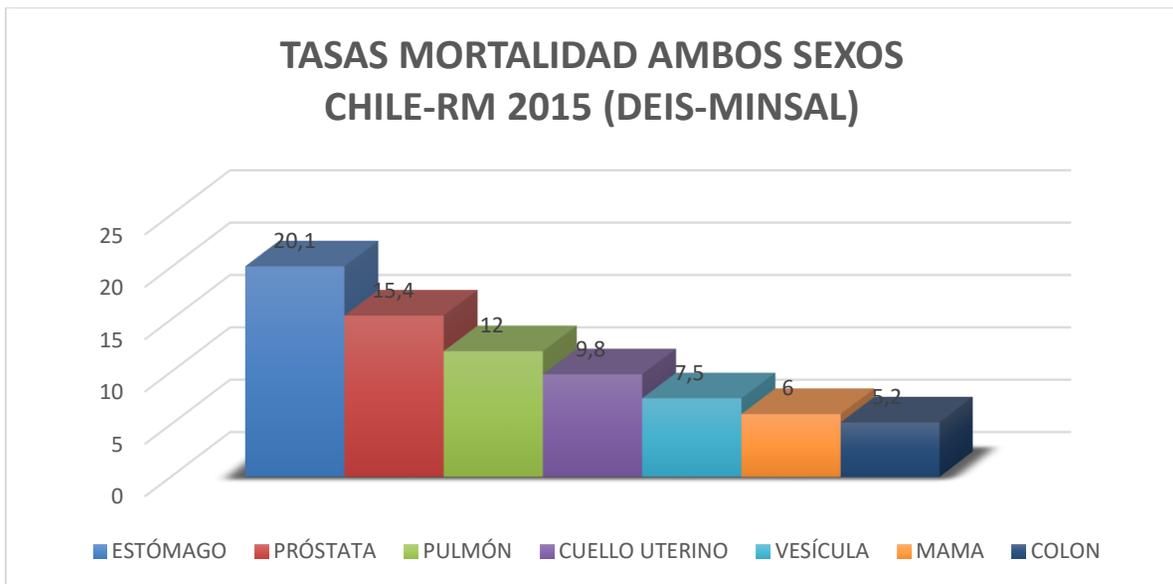
La segunda causa la constituyen los tumores malignos con una tasa de 129 x 1.000 hab. (DEIS-MINSAL 2011)

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%.

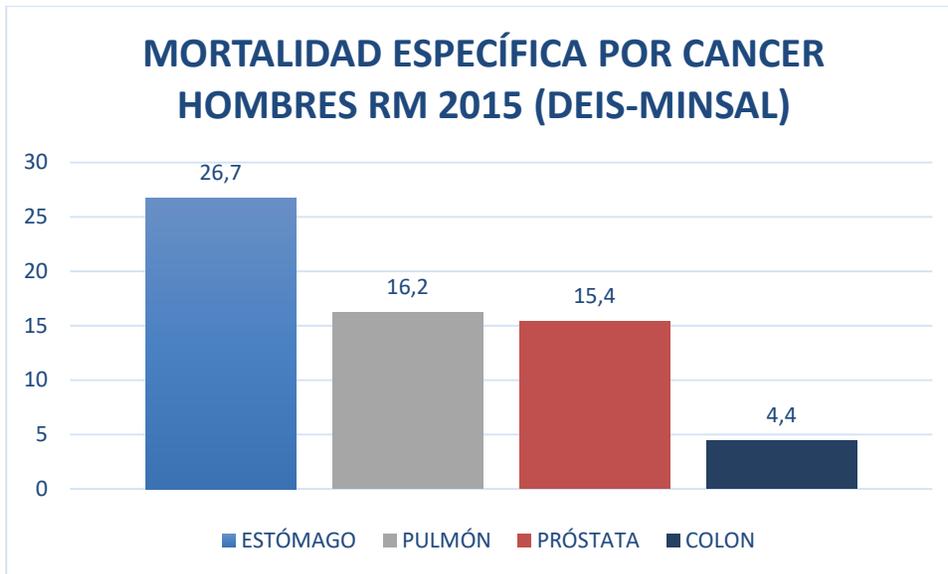
Cáncer

Si se analizan las tasas específicas de mortalidad por causa nacionales, para ambos sexos, el cáncer de estómago en la Región Metropolitana ha tomado el primer lugar con una tasa de 20.1×100.000 , seguido del de próstata con una tasa de 15.4×100.000 y por el de pulmón con una de 12×100.000 . (DEIS-MINSAL 2015)

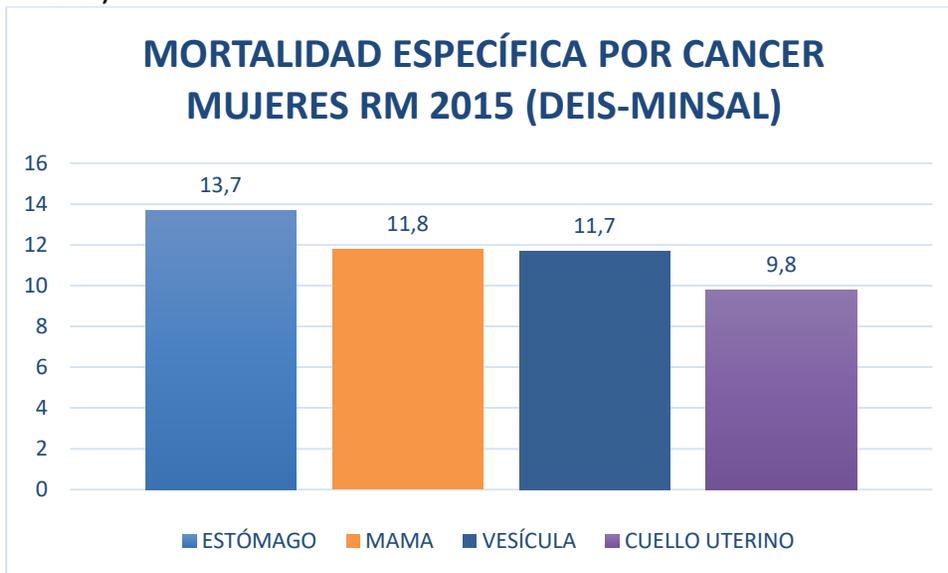
Se observa, en relación a estadísticas de años anteriores, que en general las tasas de los cánceres descritos, tienden a declinar, salvo el de estómago cuya tendencia ha sido de aumento para ambos sexos.



Si analizamos las tasas de mortalidad específica por sexo, en el hombre, la primera causa de muerte por cáncer corresponde al de estómago con una tasa de 26.7×100.000 , seguida por el de pulmón con 16.2×100.000 y de próstata con una tasa de 15.4×100.000 . (DEIS-MINSAL 2015)



En el caso de las mujeres, el cáncer de estómago avanza a ser la causa más frecuente de muerte, con una tasa de 13.7×100.000 mujeres, desplazando al de mama con una tasa de 11.8, al segundo lugar y el de vesícula, a un tercer lugar con una de 11.7×100.000 mujeres respectivamente. (DEIS-MINSAL 2015)



En 2012 la tasa específica de cáncer mamario era de 15.6×100.000 mujeres, ocupando el primer lugar de mortalidad en mujeres. El descenso de ellas se explica por las políticas públicas y comunales de detección precoz mediante mamografías periódicas.

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

Este escenario fundamenta plenamente nuestro Programa comunal de Screening Mamográfico implementado el año 2004: toda mujer bajo control mayor de 35 años en nuestros centros de salud, accede a un control mamográfico periódico de acuerdo al siguiente esquema: mamografía basal a los 35 años, un control mamográfico cada 2-3 años entre los 40 y 50 años y una mamografía anual después de los 50 años.

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

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, entre otros.

Neumonías del adulto mayor

Las enfermedades respiratorias constituyen la tercera causa de mortalidad general en Chile.

La mortalidad por neumonía, en la Región Metropolitana alcanza una tasa específica de 49.3×100.000 (DEIS-MINSAL 2011).

Por ser la Neumonía del Adulto Mayor 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 de nuestro Centro, se incluye en nuestro 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 antes expuestos.

2. Centro de Rehabilitación (RAM)

Este año 2018, se espera un aumento de pacientes adulto jóvenes que se atienden en el RAM, esto debido a la mayor difusión de los servicios del RAM y el reconocimiento de los vecinos al trabajo realizado. Se espera que aumenten las atenciones por causas traumatológicas principalmente.



Los pacientes menores de 14 años siguen aumentando, esto debido a las políticas de actividad física y deportivas que ha tomado la comuna. Con ello se logra frenar a tiempo patologías que a la larga podrían llegar a ser crónicas y finalmente terminar con la carrera deportiva de los vecinos. Ellos deben venir siempre en compañía de un adulto responsable.

En el otro lado de la vida, los pacientes de edad avanzada están siendo cada vez más. Se espera que los Adultos Mayores de la 4ta edad aumenten sus consultas considerablemente este 2018.

La meta para este año es atender alrededor 300 pacientes traumatológicos mensualmente, con un total cercano a los 3.400 pacientes en el año 2018.

Pretensión de horas 2017	Traumatológicas	3.200 Pacientes
	Neurológicas	400 Pacientes
	Hidroterapia - Gimnasia	700 Pacientes
	Traumatología	2.100 Pacientes
	Trastornos de la Marcha	208 Pacientes

Este gran número de atenciones obliga a mejorar la gestión de horas, mejorar la adhesión del paciente a su tratamiento y aumentar la oferta de prestaciones a nuestros pacientes, para seguir brindando una atención de calidad y oportuna.

El 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 57.000 aproximadamente.

Oferta de horas anuales	Traumatológicas	42.000
	Neurológicas	2.000
	Hidroterapia	7.000
	Hidrogimnasia	6.000

Como ha sido en años anteriores, las patologías más comunes para este 2018 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.

Distribución por patologías	Hombro 38%
	Columna Lumbar 24%
	Artrosis de Cadera 14%
	Artrosis de Rodilla 12%
	Menores de 16 Años 5%
	Otras 7%

Prestaciones Kinesiología 2017 130.000 Prestaciones Aprox.

Proyecciones 2018

Durante el 2018 se continuará gestionando la posibilidad de atender a los pacientes postrados y dependientes 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 entorno familiar en los cuidados y ejercicios que deben realizar.

Con el aumento de las patologías relacionadas con el deporte y la actividad física, se gestionará el aumento de tamaño del gimnasio del RAM, con esto podremos incorporar nuevos equipos y máquinas para tratar en forma completa a los deportistas de la comuna, brindándoles las mejores condiciones para una completa e integral rehabilitación

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 brinda atención Secundaria Odontológica Integral (Endodoncia, Periodoncia y Rehabilitación Protésica) a los vecinos de la comuna de Las Condes que cuenten con su Tarjeta Vecino, y a los pacientes Ges 60 años y Ges embarazadas que requieran de nuestra atención y que estén derivados por los CESFAM Apoquindo o Aníbal Ariztía. Nuestro principal objetivo es brindar un servicio de calidad y excelencia.



Durante el año 2017, el Centro de Especialidades Odontológicas ha entregado un total de 9.149 atenciones entre las tres especialidades.

Atención Particular:

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

La atención se da con un copago preferencial y acreditando su residencia con tarjeta vecino vigente. A la fecha ya se han efectuado alrededor de 4.681 atenciones a pacientes particulares, en las distintas especialidades.

Atención a pacientes GES:

El Centro de Especialidades recibe a todos los pacientes Ges 60 años y Embarazadas derivados de los Cesfam comunales, logrando en conjunto cumplir con las garantías GES comprometidas por la comuna ante el SSMO.

A octubre del año 2017, el 90% de los pacientes GES 60 requirió tratamiento de especialidad, realizando aproximadamente 3.329 atenciones.

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

En relación a las pacientes Ges Embarazadas, a octubre del 2017, el 100% de las pacientes de este programa, requirieron prestaciones de especialidad, llegando a un total aproximado de 1.139 atenciones.

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.

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 mantener o mejorar la higiene dental, educar al paciente sobre los factores de riesgo como por ejemplo el tabaquismo. El principal objetivo es no perder piezas dentales.



Una vez terminado los tratamientos, los pacientes asistirán a mantenciones y controles periódicos. El tratamiento de las enfermedades periodontales junto con la entrega de información y educación a los pacientes, son una importante herramienta de prevención. Ya que genera cambios de hábitos en nuestra población, así como la pérdida de dientes y otras complicaciones asociadas.

4. COSAM Las Condes:

La Municipalidad de Las Condes tiene como objetivo de salud, proporcionar y promover la salud mental de los habitantes de la comuna.

Entre los objetivos fundamentales del COSAM está brindar una atención con un alto nivel de calidad, siendo esta oportuna, amable y con un alto nivel

de empatía. Además, apoyar el proceso de recuperación, a través de prestaciones individuales, familiares, grupales y comunitarias.

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



- Trastornos depresivos
- Trastornos bipolares
- Esquizofrenia primer episodio

También nos preocupan otras patologías de alta prevalencia que no están garantizadas pero si existen en la cartera de prestaciones denominadas (NO GES):

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

Dentro del marco de los objetivos sanitarios, además de cumplir con lo estipulado por Minsal a través de su servicio de salud oriente y sus convenios. COSAM en el año 2017, implementó el programa de atención Psiquiátrica y Psicológica infanto- juvenil. Este programa contempla la atención promedio de 150 pacientes al año. La edad de los pacientes de encuentra entre los seis años y 17 años 11 meses. Por otra parte, COSAM presenta un convenio con SENDA, que nos permite consolidar la atención de usuarios con problemas de adicciones. Este programa permite atender a 14 pacientes en su modalidad de PAB (Programa Ambulatorio Básico) y PAI (Programa Ambulatorio Intensivo).

Para la consecución de los objetivos sanitarios enumerados, más los distintos convenios que trabaja este consultorio, adicionado el aumento de la morbilidad en salud mental, COSAM cuenta con un aumento en su dotación profesional para el año 2017, que está compuesta por:

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

HITOS COSAM 2017

Durante el año 2017, y debido al aumento explosivo de la morbilidad de atenciones de salud mental, COSAM, en conjunto con la Dirección de Salud, han desarrollado un plan de mejoras arquitectónicas para dar respuesta al aumento de consultas de salud mental. Se realizaron modificaciones estructurales organizadas en las instalaciones ubicadas en Juan Palau 1940.

Estas mejoras han generado como resultado, cuatro nuevas oficinas, distribuidas en dos nuevos box de atención clínica, pasando de 10 a 12 y de 2 nuevas oficinas administrativas. Estas modificaciones, tienen como objetivo principal:

1. Aumentar la capacidad de atención de las nuevas dependencias inauguradas el año 2016.
2. Entregar todas las comodidades y facilidades tanto a usuarios como a los profesionales, para desarrollar con un alto nivel de satisfacción la atención clínica.

En el ámbito de satisfacción usuaria, los usuarios del Cosam se encuentran satisfechos del servicio recibido, ya que desde el mes de octubre del año 2017, pueden realizar el retiro de sus fármacos prescritos por los médicos psiquiatras, en las instalaciones de Juan Palau 1940. Esta situación se debe al logro de obtener resolución sanitaria de funcionamiento y entrega de fármacos en las instalaciones de COSAM.

Proyecciones 2018

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

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

Asimismo, el COSAM implementará el Programa de Salud Comunitaria en Salud Mental. Este Programa tiene como objetivo entregar herramientas y educar a la comunidad a Prevenir y Promover la salud mental. Este proyecto es liderado por el director del COSAM.

Por otro lado, COSAM espera avanzar 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 40% 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 50% para el 2018. Lo anterior, para evitar la permanencia innecesaria de usuarios que estén estables y que no tengan por diagnóstico TAB, promoviendo el ingreso de otros usuarios y permitiéndonos satisfacer la demanda de mejor manera.

COSAM como política de desarrollo asistencial docente mantendrá vigente el convenio de campo clínico con Universidad Diego Portales en la carrera de Psicología y 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.

Estadísticas

Durante este año 2017 al mes de septiembre, COSAM ha tenido un total de atenciones profesionales, desglosadas de la siguiente forma:

ATENCIONES DE ENERO A SEPTIEMBRE 2017

ATENCIONES 2017												
Profesional	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept.	Total	Hombres	Mujeres
Dr D la Parra	35									35	8	27
Dr Fasani	151	204	203	182	216	200	212	155	137	1660	439	1221
Dr Testa	88	106	106	82	126	19	99	109	82	817	240	577
Dra Rojas	109	28	105	80	81	91	87	152	175	908	276	632
Dra Reinhart			8	13	15	39	33	38	38	184	80	104
Dra Bertossi				88	106	104	99	111	67	575	124	451
	383	338	422	445	544	453	530	565	499	4179	1167	3012
G.Tapia	88	56	113	61	99	102	102	89	82	792	132	660
M.Guiñez	35	13	50	36	46	38	46	57	48	369	123	246
M. Abhufole			44	71	81	90	93	51	58	488	138	350
C.OVALLE			47	69	89	45	58	55	61	424	143	281
M.Jabbaz	24	34	35	43	40	42	50	36	27	331	87	244
C.Rodríguez	28	78	90	70	106	79	56	106	49	662	133	529
C.Reyes			2	10	21	35	22	37	27	154	49	105
I. Pastrana	84	19	3							106	31	75
	259	200	384	360	482	431	427	431	352	3326	836	2490
Pedro Flores	68	48	91	99	112	100	110	113	87	828	215	613
M.Jose Beytia			11	16	79	59	69	69	31	334	132	202
A. Gamio	41	22	33	23	31	51	32	33	24	290	116	174
C.Maritnez	139	125	151	137	149	144	138	130	104	1217	491	726
	248	195	286	275	371	354	349	345	246	2669	954	1715
	TOTAL									10174		

NÚMERO DE PACIENTES POR PROFESIONAL 2017

NUMERO DE PACIENTES 2017										
Profesional	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Total
Dr D la Parra	32									32
Dr Fasani	134	141	136	137	149	132	145	123	110	1207
Dr Testa	76	72	84	64	85	12	77	82	64	616
Dra Rojas	81	22	78	65	57	69	66	95	117	650
Dra Reinhart			8	4	11	22	16	21	22	104
Dra Bertossi				72	80	82	75	87	50	446
	323	235	306	342	382	317	379	408	363	3055
G.Tapia	14	21	31	18	28	25	24	22	29	212
M.Guiñez	16	11	20	19	17	18	17	27	23	168
M. Abhufele			3	16	22	26	21	15	23	126
C.OVALLE			6	23	19	16	18	19	27	128
M.Jabbaz	11	12	13	10	14	11	12	9	11	103
C.Rodriguez	16	30	35	35	41	40	39	28	32	296
C.Reyes			2	1	5	3	6	6	4	27
Otros	19	14	11							44
	76	88	121	122	146	139	137	126	149	1104
Pedro Flores	24	29	34	33	34	29	25	26	27	261
M.Jose Beytia			1	1	5	14	18	14	12	65
A. Gamio	4	12	4	1	2	11	3	2	6	45
C.Maritnez	11	12	10	18	19	18	21	23	22	154
	39	53	49	53	60	72	67	65	67	525
TOTAL										4105

ATENCIONES TOTALES POR ESTAMENTO PROFESIONAL 2017

MES	PSIQUIATRAS	PSICOLOGOS	TO	T.SOCIAL	Tecnico Rehab
Enero	383	259	68	41	139
Febrero	338	200	48	22	125
Marzo	422	384	102	33	151
Abril	445	360	115	23	137
Mayo	544	482	191	31	149
Junio	453	431	159	51	144
Julio	530	427	179	32	138
Agosto	565	431	182	33	130
Septiembre	499	352	118	24	104
Octubre					
Noviembre					
Diciembre					
Total	4179	3326	1162	290	1217

5. Laboratorio Clínico:

El Laboratorio Clínico es una unidad cuyo propósito 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 2018, cambio de su sistema informático de gestión integral para lograr la entrega de servicio weblab a los vecinos y a los usuarios médicos de los Centros de Salud y evaluar la factibilidad de un proyecto de conexión electrónica a la ficha clínica electrónica de los Centros de Salud Familiar de la Comuna.

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, a modo de seguir otorgando 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:

- Durante el año 2016, se realizó un total de 455.032 exámenes de laboratorio.
- Para este año 2017, se estima la realización alrededor de 450.000 exámenes en total y para el año 2018, se espera un crecimiento alrededor de un 2 %, en relación al año 2017.

Proyecciones 2018:

- Entrega de servicio weblab a nuestros vecinos para la visualización de sus informes de resultados de exámenes de laboratorio.
- 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 Hematología, para seguir mejorando la calidad y oportunidad en la entrega de los exámenes a nuestros usuarios, en esta área técnica.

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.

Por este motivo, se han desarrollado diversas estrategias para satisfacer la alta demanda de atención. El año 2017 se aumentó el número de horas de atención de tecnóloga médica con el fin de disponer de una jornada más para la atención de adultos mayores. Con estas horas adicionales, el tiempo de espera se acorta para los adultos mayores. Se estima atender 1.750 adultos mayores para este año, 350 más de lo que obliga el convenio ministerial.

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

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

Proyección 2018

Para el año 2018 se pretende disponer de mayores recursos para mantener la oferta de horas del adulto mayor y persistir en la estrategia de oferta de horas combinadas entre el especialista oftalmólogo y la tecnóloga médica especialista en oftalmología. 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 que cada día es más exigente en cuanto a registros para control y entrega de recursos.

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.

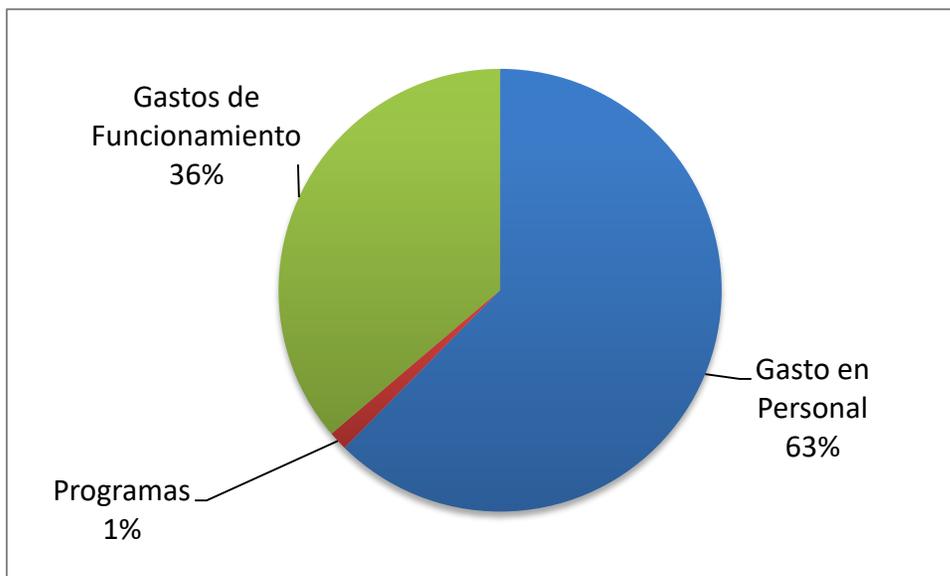
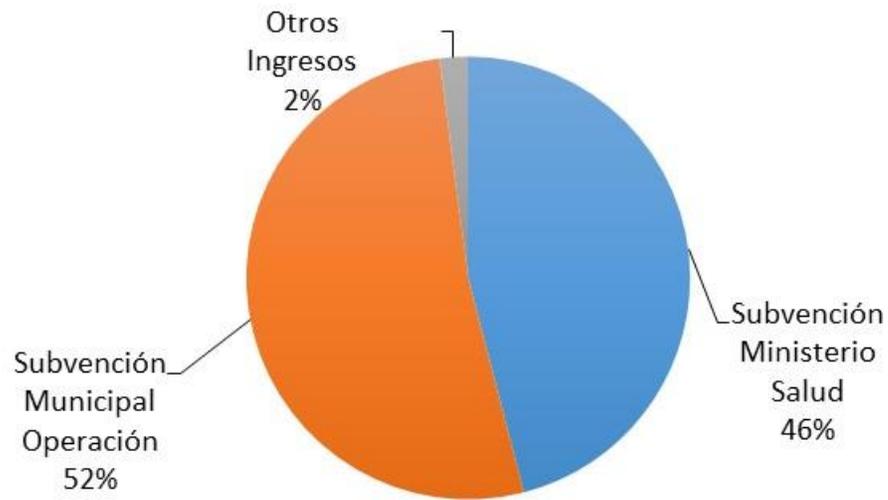
Esta coordinación se realiza a través de un médico contralor y los beneficiados reciben en esta clínica atenciones médicas de especialidades, quirúrgicas y de emergencias, dependiendo de sus necesidades.

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 2017 – 2018 : 11,78%

	PPTO	PROYECTO	VARIACIÓN	
	VIGENTE	PPTO	2017 - 2018	
	2017	2018		
	M\$	M\$	M\$	%
Subvención Ministerio Salud	6.443.158	7.295.522	852.364	13,23%
Subvención Municipal Operación	7.436.254	8.246.931	810.677	10,90%
Otros Ingresos	320.000	329.600	9.600	3,00%
Total Ingresos	14.199.412	15.872.053	1.672.641	11,78%
Gasto en Personal	9.010.350	9.902.433	892.083	9,90%
Programas	214.038	220.300	6.262	2,93%
Gastos de Funcionamiento	4.975.025	5.749.320	774.295	15,56%

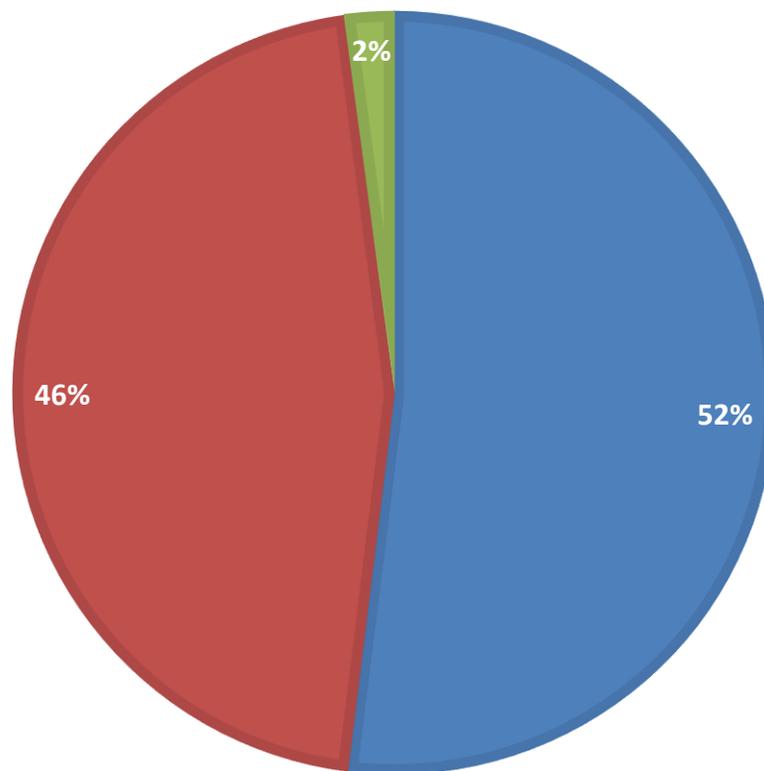


Programas Salud: M\$ 220.300.-
Variación 2017 – 2018 : 3%

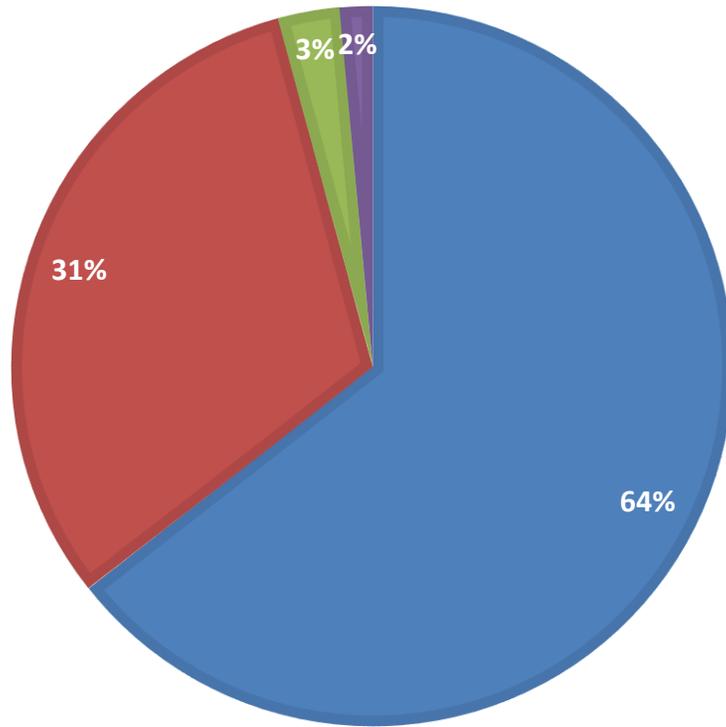


Costo Promedio Mensual por Inscrito
\$18.846

- Subvencion Municipal Operación
- Subvencion Minsal
- Ingresos Operacionales



■ Gastos En Personal ■ Gastos de Operación
■ Costo de Administración ■ Programas



Presupuesto Inversión 2018
33 01 Al Sector Privado (Var -1%)

Inversión Salud	2017	2018	Variación	
	\$	\$	\$	%
Licencias de Software, Antivirus y Actualización Equipo Tecnológico	60.000	61.800	1.800	3%
Modificación de Instalaciones, Recintos Médicos y Mantenciones	140.000	144.200	4.200	3%
Renovación de Mobiliarios y Equipamiento Salud	150.000	154.500	4.500	3%
Obras de Reparación y Mantenimiento Anual Ocho Centros de Salud	250.000	257.500	7.500	3%
Habilitación Casa Marlit	0	120.000	120.000	100%
Proyectos de Innovación CESFAM	150.000	0	-150.000	-100%
Mejora Infraestructura CESFAM Apoquindo y Ariztía Traslado a Nuevas Dependencias	100.000	103.000	3.000	3%
Total Inversión Salud	850.000	841.000	-9.000	-1%

VII. ABREVIATURAS DE USO COMÚN EN EL ÁREA DE SALUD

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

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

ANEXOS

PLAN DE SALUD CESFAM APOQUINDO

PRIORIDADES SANITARIAS

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

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

PREVENCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia.	(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%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 5 años bajo control.	(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%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Control de salud a niñas y niños de 24 a 71 meses inscritos en establecimiento de salud.	(Nº de controles de salud de niñas/os de 24 a 71 meses / Nº total de niñas/os de 24 a 71 meses bajo control)	80%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Control de salud a niñas y niños de 6 a 9 años inscritos en establecimiento de salud.	(Nº de controles de salud de niñas/os de 6 a 9 años / Nº total de niñas/os de 6 a 9 años bajo control)	80%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)/ total control de salud de niñas/os de 7 a 11 meses bajo control)*100	100%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses / Total de controles sano realizados a niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	90%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación).	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses / Nº total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control)* 100	90%	REM

PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) / Nº total control sano de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	90%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. (Primera evaluación).	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses(Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses / Nº total control sano de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)*100	50%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	(Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes / Nº Total control de ciclo vital de niñas y niños de 1 mes)*100	100%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Control de salud al 2º y 6º meses de edad con aplicación de escala de Edimburgo	(Nº de aplicaciones de escala de Edimburgo realizadas a niñas y niños de 2º y 6º mes / Nº Total control de ciclo vital de niñas y niños de 2º y 6º mes)*100	90%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 4 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 4 meses en control de niño/a sano/ Total de controles sano realizados a niñas y niños de 4 meses bajo control)*100	90%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses	(Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100	100%	SIGGES
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Control de salud al 3º mes de edad por médico	(Nº de controles realizados a niñas y niños de 3 meses / Nº Total de niñas y niños < de 1 año BC)*100	90%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual.	(Nº de controles de salud de niños/as de 48 a 59 meses con evaluación visual / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 59 meses)* 100	90%	REM
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños/as de 1 año.	(Nº de niños/as de 1 año BC con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada/Nº de niños/as de 1 año BC)*100	95%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años.	(Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días/total de niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días)*100	90%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años.	(Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años BC/total de niños/as entre los 5 y los 10 años BC)*100	90%	RNI

PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de esquema primario completo de vacuna Pentavalente + Polio en niños/as menores de 1 año	(Administración de esquema primario completo de vacuna Pentavalente + Polio en niños/as menores de 1 año BC/Total de niños/as menores de 1 año BC)*100 (el esquema primario incluye administración de pentavalente + Polio a los 2, 4 y 6 meses de edad)	95%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica al año de vida.	(Nº de niños/as de 1 año BC con primera dosis de vacuna Trivírica administrada / Nº de niños de 1 año BC)*100	95%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administrar primera dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan cuarto año básico.	(Nº de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4º básico/Nº de niñas matriculadas en 4º básico)*100	95%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica Y DTP(a) en primero básico	Nº de niños/as de 1º año básico con dosis de vacuna Trivírica Y DTP(a) administrada/ Matricula niños/as 1º básico año en curso *100	95%	RNI
PREVENCION Y TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años.	Mejorar y mantener la salud bucal de menores de 20 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	Evaluación y atención odontológica integral a todos los en menores de 20 años.	Nº de niños inscritos de 7 a <10 años con alta odontológica total / Nº de niños de 7 a <10 años inscritos x 100	20%	REM
PREVENCION Y TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en niños de 6 años.	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 6 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Evaluación y atención odontológica integral a todos los niños de 6 años.	Nº de niños de 6 años con alta odontológica total / Nº de niños de 6 años inscritos x 100	75%	REM
PREVENCION Y TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 7 años.	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años, a través de mejorar la adherencia y cobertura al control de salud desde las primeras etapas de la infancia	Evaluación de estado de salud bucal de la población menor de 7 años, que incluye charla educativa individual.	(Nº de niños y niñas menores de 7 años con registro ceod=0 / Nº de niñas(os) menores de 7 años de la población bajo control infantil)*100	Establecer línea de base	REM
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Fortalecer intervenciones educativas relacionadas con los problemas de salud más prevalentes en la infancia	Educación grupal a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA en época de baja circulación viral	(Nº de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y/o cuidadores ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ Nº total de niños menores de 1 año bajo control)*100	20%	REM
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	Visitas domiciliaria a niños y niñas residentes en la comuna con score alto de riesgo de morir de neumonía.	(Nº de niños y niñas menores de 7 meses (residente en la comuna) con score de riesgo alto de morir de neumonía que recibe visita domiciliaria integral / Nº de niños y niñas menores de 7 meses (residente en la comuna) con score de riesgo alto de morir de neumonía *100	100%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit de su desarrollo psicomotor	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo	(Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias (residente en la comuna) con niño o niña con déficit de DSM / Nº total de niñas y niños menores de 5 años (residente en la comuna) diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor)*100	100%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit de su desarrollo psicomotor	Reevaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	(Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses) *100	75%	REM

TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar la cobertura de pacientes con IRA baja en menores de 5 años de manejo ambulatorio	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con IRA baja en menores de 5 años de manejo ambulatorio en la atención primaria de salud.	(Nº de niños y niñas < 5 años con IRA baja con manejo ambulatorio / Nº de niños y niñas <5 años con diagnóstico de IRA baja de manejo ambulatorio)*100	100%	SIGGES
TRATAMIENTO	Disminuir la morbi-mortalidad prematura por (asociada a) asma bronquial	Aumentar la cobertura de pacientes con diagnóstico de asma bronquial en menores de 15 años	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica y tratamiento de población <15 años con diagnóstico de asma bronquial	(Nº de niños y niñas con manejo y tratamiento de asma bronquial / Nº de niños y niñas con diagnóstico de asma bronquial) *100	100%	SIGGES
TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años en la atención primaria de salud	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud.	(Nº de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años / Nº de niños y niñas de 0 a 9 años con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial esperados según prevalencia)*100	20%	REM
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en menores de 20 años	Urgencia Odontológica ambulatoria en menores de 20 años	(Nº total de consultas odontológicas de urgencia GES en menores de 20 años realizadas/ Nº consultas por urgencia odontológicas GES de menores de 20 años)*100	100%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población menor de 9 años con problemas de consumo de OH y/o drogas	Brindar atención integral y oportuna a personas menores de 9 años con problemas o trastornos mentales por consumo perjudicial de alcohol y drogas	(Nº de niños <9 años intervenidos por consumo de OH y drogas/ Nº de niños <9 años BC por trastornos mentales y consumo perjudicial de alcohol y drogas)*100	100%	REM
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%	REM
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	REM

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

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PROMOCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva adolescentes de 13 a 18 años en colegios	Talleres realizados durante el año/Talleres programados para ese año	80%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar la disminución de peso durante la gestación, con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes adolescentes y jóvenes con malnutrición por déficit.	$(N^{\circ} \text{ de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por déficit, con consulta nutricional} / N^{\circ} \text{ total de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por déficit}) * 100$	80%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes adolescentes y jóvenes con malnutrición por exceso.	$(N^{\circ} \text{ de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por exceso, con consulta nutricional} / N^{\circ} \text{ total de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por exceso}) * 100$	60%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestantes (10 a 19 años) en riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 19 años con riesgo psicosocial.	$N^{\circ} \text{ de adolescentes gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (residente en la comuna) con VDI} / N^{\circ} \text{ de adolescentes gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (residente en la comuna)} * 100$	100%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre de 10 a 19 años y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Primer control de salud de la puerpera de 10 a 19 años y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	$(N^{\circ} \text{ de controles de salud integral a púerperas de 10 a 19 años y su recién nacido dentro de los 10 días de vida} / N^{\circ} \text{ total de ingresos de RN de púerperas de 10 a 19 años}) * 100$	70%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes de 10 a 19 años con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario a todas las gestantes de 10 a 19 años con factores de riesgo de parto prematuro	$(N^{\circ} \text{ de gestantes 10 a 19 años con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario} / N^{\circ} \text{ total de gestantes 10 a 19 años con riesgo de parto prematuro}) * 100$	100%	REM

PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Derivar a toda embarazada de 10 a 19 años con riesgo biomédico a atención con especialista	Derivar al nivel secundario (Alto Riesgo Obstétrico) las gestantes de 10 a 19 años con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal	(Nº de gestantes de 10 a 19 años con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes de 10 a 19 años con riesgo biomédico)*100	100%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(Nº de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/Nº total de mujeres adolescentes en los últimos 2 meses post parto y en control de RF)*100	90%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(Nº de madres adolescentes con escala aplicada a los 6 meses de posparto / Total de madres adolescentes con controles realizados a los 6 meses posparto en RF)*100	90%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2º control prenatal.	(Nº de gestantes que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal / Nº total de ingresos a control prenatal)*100	90%	REM
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral adolescentes, con énfasis en adolescentes de 10 a 14 años.	(Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 14 años/ población adolescente de 10 a 14 años inscrita en el establecimiento de salud)*100	18%	REM
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Atención integral de salud ginecológica a mujeres adolescentes y jóvenes.	Control ginecológico a mujeres de 10 a 19 años	(Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 19 años/ Nº de mujeres de 10 a 19 años BC)*100	35%	REM
PREVENCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el número de adolescentes mujeres y hombres que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Consejería en salud sexual y reproductiva a adolescentes 10 a 19 años	(Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres de 10 a 19 años / Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 19 años)*100	100%	REM
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención el VIH-SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes.	Consejería en prevención de VIH e ITS a adolescentes y jóvenes de 10 a 19 años.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes de 10 a 19 años/ Nº de adolescentes de 10 a 19 años BC)*100	80%	REM
PREVENCION	Disminuir el embarazo adolescente	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes 15-19 años	(Nº de adolescentes de 15-19 años BC que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes de 15-19 años inscritos) *100	12%	REM

PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar la cobertura de vacunación	Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a adolescentes que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico	(Nº de niñas adolescentes con segunda dosis de vacuna VPH que cursan 5º básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico/Nº de niñas adolescentes matriculadas en 5º básico que recibieron 1ª dosis el año anterior) *100	95%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la DTP(a) en octavo básico	Nº de niños/as de 8º año básico con dosis de vacuna DTP(a) administrada/ Matricula niños/as 8º básico año en curso *100	95%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna 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%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las adolescentes con embarazo de 13 semanas y más	Nº de adolescentes entre los 10 y 19 años BC embarazadas de 13 y más semanas vacunadas con anti-influenza / NºTotal adolescentes entre los 10 y 19 años BC embarazadas de 13 y más semanas) *100.	85%	RNI
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población de 10 a 24 años con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de adolescentes y jóvenes (10-19 años) asmáticos bajo control	(Nº de población 10 a 19 años asmática BC controlada /Nº de personas de 10 a 19 años asmáticas años bajo control)*100	80%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad perinatal	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada adolescente.	(Nº de altas odontológica totales en embarazadas adolescentes/ total de gestantes adolescentes ingresadas a control prenatal)*100	80%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la morbi-mortalidad prematura por (asociada a) asma bronquial	Aumentar la cobertura de pacientes con diagnóstico de asma bronquial	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica y tratamiento de población adolescente con diagnóstico de asma bronquial	(Nº de adolescentes con manejo y tratamiento de asma bronquial / Nº de adolescentes con diagnóstico de asma brnquial) *100	100%	SIGGES

TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Atención odontológica integral a población adolescente de 12 años.	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/ Nº Total de adolescentes de 12 años inscritos y validados)*100	74%	REM
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en adolescentes	Urgencia Odontológica ambulatoria en adolescentes	(Nº total de atenciones odontológicas de urgencia GES en adolescentes realizadas el año actual / Nº consultas odontológicas de urgencia GES adolescente inscrita año actual)*100	100%	REM
PREVENCION Y TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años.	Mejorar y mantener la salud bucal de menores de 20 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	Evaluación y atención odontológica integral a todos los en menores de 20 años.	Nº de adolescentes inscritos de entre 10 a <20 años con alta odontológica total / Nº de adolescentes de 10 a <20 años inscritos x 100	20%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población menor de 10 a 19 años con problemas de consumo de OH y/o drogas	Brindar atención integral y oportuna a personas menores de 10 a 19 años con problemas o trastornos mentales por consumo perjudicial de alcohol y drogas	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años intervenidos por consumo de OH y drogas/ Nº de adolescentes de 10 a 19 años BC por trastornos mentales por consumo perjudicial de alcohol y drogas)*100	100%	SIGGES
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población de 10 a 19 años	Brindar atención integral y oportuna a población de 10 a 19 años con problemas o trastornos mentales por consumo perjudicial de alcohol y drogas	Población adolescente de 10 a 19 años bajo control por trastorno mental / Población de adolescentes de 10 a 19 años inscrita validada x prevalencia de 22%	20%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Brindar atención integral a personas víctimas de violencia de género en población de adolescentes de 10 a 19 años	Nº de adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género ingresadas a tratamiento/ Nº de adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género pesquiasadas)*100	100% (en 2017 no se presentó ningún	REM
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%	REM
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	REM

CUIDADOS DE LA SALUD DE LA POBLACION ADULTA

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antibaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	(Nº de consejerías breves antibaco realizadas a usuarios de 20 a 64 años ingresos respiratorios a sala ERA / (Nº total de ingresos respiratorios entre	50%	REM
PROMOCION	Promover normas de crianza saludable	Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	Talleres de 4 sesiones para gestantes (según Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo)	(Nº de gestantes que ingresan a educación grupal Preparación para el parto y crianza / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal)* 100	65%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar la disminución de peso durante la gestación, con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.	(Nº de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por déficit, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes adolescentes bajo control	80%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	(Nº de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por exceso, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes adolescentes bajo control	60%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario a todas las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro	(Nº de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario/Nº total de gestantes con riesgo de parto prematuro)*100	100%	REM
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	Nº de EMPA realizados a población adulta inscrita validada /Población Total adulta inscrita validada - población adulta BC PSCV*100	20%	REM

PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 20 a 64 años aplicando pauta de protocolo.	(N° de examen de medicina Preventiva (EMP) realizado en población masculina de 20 a 64 años / Población masculina de 20 a 64 años inscrita menos población masculina de 20 a 64 años BC en PSCV)*100	19%	REM
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en mujeres de 45 a 64 años aplicando pauta de protocolo.	(N° de examen de medicina Preventiva (EMP) realizado en población femenina de 45 a 64 años / Población femenina de 45 a 64 años inscrita menos población femenina de 45 a 64 años BC en PSCV)*100	27%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar y derivar al equipo psicosocial a las gestantes con riesgo psicosocial	Detectar y derivar gestantes con riesgo psicosocial, según pauta EPSA.	(N° de gestantes adultas con riesgo psicosocial residentes en la comuna con VDI/ N° total de gestantes adultas residentes en la comuna	100%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Ingresar precozmente a control de salud integral del embarazo	Ingreso a control de embarazo antes de las 14 semanas	(N° de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control / Total de mujeres embarazadas ingresadas a control) * 100	83%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	(N° de controles de salud integral a puérperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida / N° total de ingresos de RN) * 100	70%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2° control prenatal.	(N° de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal / N° total de ingresos de mujeres adultas a control	100%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(N° de madres con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto en control sano del lactante/N° total de madres con 2 meses postparto en control sano del lactante)*100	90%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(N° de madres con Pauta de Edimburgo aplicada a los 6 meses postparto en control sano del lactante/N° total de madres con 6 meses postparto en control sano del lactante)*100	90%	REM

PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo.	Control prenatal acompañado pareja, familiar u otro.	(Nº de controles prenatales de gestantes adultas con acompañante/ Nº Total de controles de gestantes adultas prenatales realizados)*100	20%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo.	Control puérpera con recién nacido acompañado pareja, familiar u otro.	(Nº de controles diada (puérpera con recién nacido) con acompañante/ Nº Total de controles de diada (puérpera con recién nacido)	60%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	(Nº total de población de 20 a 54 años bajo control de regulación de fertilidad/ Nº total de población de 20 a 54 años bajo control) *100	80%	REM
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(Nº de mujeres adultas en control ginecológico preventivo/ Nº total de mujeres adultas inscritas y	40%	REM
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 64 años	(Nº de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ Nº de mujeres de 50 a 64 años inscritas validadas)* 100	70%	REM
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino.	Realizar toma de PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años	(Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años / Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas)* 100	58%	Citoexpert
PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Mantener la cobertura de controles de salud de la mujer en edad de climaterio.	Control de salud integral de la mujer adulta en etapa de climaterio.	(Nº de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio/ Nº de mujeres adultas de 50 años y más inscritas validadas)*100	25%	REM

PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Categorizar a las mujeres de 45 a 64 años, según Escala MRS al ingreso a control por climaterio, según Orientación Técnica	Aplicación de la Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio	(Nº de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control/ Nº total de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio)*100	10%	REM
PREVENCIÓN	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV	(Nº de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / Nº total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al	70% de las personas adultas diabéticas o	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 20-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control)*100	70% de las personas de 20 a 64 años con diabetes	REM
PREVENCIÓN	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar (pacientes inscritos validados residentes en la comuna).	(Nº de auditorías realizadas a casos de 20 a 64 años que fallecen en su domicilio por neumonía (pacientes inscritos validados residentes en la comuna) / Nº de casos de 20 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonía (pacientes inscritos	50% de auditorías realizadas	Plataforma PVS
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los adultos con enfermedades crónicas entre los 20 y 64 años.	Nº de adultos entre 20 y 64 años portadores de enfermedades crónicas BC vacunados con anti-influenza / Total de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas BC) *100.	85%	RNI
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las mujeres adultas BC embarazadas con 13 semanas y más de gestación	Nº de gestantes adultas BC con 13 y más semanas de gestación vacunados con anti-influenza / Total gestantes adultas BC con 13 y mas semanas de	85%	RNI
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial y EPOC bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos y EPOC de 20 a 64 años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población adulta asmática o EPOC bajo control controlada / Proporción de población adulta asmática o EPOC bajo control en sala	20%	REM
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.	(Nº de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas de 20 a 64 años del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control de 20 a 64 años en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia	A lo menos 2 VDI anuales a personas con dependencia severa.	REM

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).	(Nº de personas de 20 a 64 años sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa / Nº de población bajo control de 20 a 64 años en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia	90% y más de la población bajo control en el Programa de	REM
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	(Nº de cuidadores de personas de 20 a 64 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/Nº de cuidadores de personas de 20 a 64 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para	Establecer línea de base	REM
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	(Nº de Cuidadores de personas de 20 a 64 años con dependencia severa Capacitados / Nº Total de cuidadores de personas con dependencia severa)*100	100% de los cuidadores de personas con dependencia severa	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 20 a 64 años en control en el PSCV.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	(Nº de personas de 20 a 64 años diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente/Nº total de personas de 20 a 64 años BC	Aumentar en 5% la cobertura	REM
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada de 20 años y más	(Nº de altas odontológicas totales en embarazadas de 20 años y más / Total de gestantes de 20 años y más ingresadas a control prenatal)*100	80%	REM
TRATAMIENTO	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a la persona con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con cáncer, dolor en cuidados paliativos/ Nº de población bajo control por alivio del dolor y cuidados paliativos))*100	A lo menos 2 VDI mensuales	REM
TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Entregar Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Prescripción de TRH a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	(Nº de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS / Nº total de mujeres que requieren TRH según escala MRS)*	80%	REM
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 20 a 64 años.	Optimizar la cobertura de hipertensión en personas de 20-64 años	(Nº de personas hipertensas de 20-64 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 20-64 años estimados en la población inscrita validada)*100	77%	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 20 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-64 años	(Nº de personas hipertensas de 20-64 años bajo control con (PA <140/90)/Nº de personas hipertensas de 20-64 años bajo control en PSCV)*100	58%	REM

TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 20-64 años.	Optimizar la cobertura de diabetes en personas de 20-64 años	(N° de personas diabéticas de 20 a 64 años bajo control/N° de personas diabéticas de 20-64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)*100	59%	REM, ENS 2009 (10%)
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 20-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-64 años	(N° de personas diabéticas de 20-64 años bajo control con (HbA1c<7%)/N° de personas diabéticas de 20-64 años bajo control en PSCV)	35%	REM
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en población adulta.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en población adulta	Urgencia Odontológica ambulatoria en adultos	(N° total de atenciones odontológicas de urgencia GES en adultos de 20 a 64 años realizadas el año actual / N° consultas odontológicas de urgencia GES en adultos de 20 a 64 años inscrita año	100%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población de 20 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a población de 20 a 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Población de 20 a 64 años bajo control por trastorno mental / Población de adolescentes de 20 a 64 años inscrita validada x prevalencia de 22%	20%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta de 20 a 64 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta de 20 a 64 años	(N° de personas adultas de 20 a 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género / N° de personas adultas de 20 a 64 años víctimas de violencia de género pesquisadas)*100	100% (dada la baja incidencia y alto impacto)	REM
TRATAMIENTO	Garantizar el diagnóstico y asegurar el tratamiento para disminuir la morbi-mortalidad prematura asociada a enfermedades incluidas en el GES	Mejorar la calidad de atención de las personas, garantizando el diagnóstico y tratamiento de patologías GES de atención primaria en población de 20 a 64 años	Cumplir flujograma de acuerdo a Guías Clínicas y Listado de Prestaciones Específico para Atención Primaria según patología GES	(N° de personas de 20 a 64 años con patología GES atendidas/N° total de personas de 20 a 64 años con patología GES))*100	100%	SIGGES
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%	REM
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	7%	REM

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

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	$(N^{\circ} \text{ de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 65 y más años ingresos respiratorios a sala ERA} / (N^{\circ} \text{ total de ingresos respiratorios entre 65 y más años a sala ERA}) * 100$	50%	REM
PREVENCION	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Realizar Controles de Salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención (EMPAM)	$(N^{\circ} \text{ de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva} / \text{Población inscrita de 65 años y más validada por FONASA}) * 100$	40%	REM
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.	REM
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).	$(N^{\circ} \text{ de personas de 65 y más años sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa} / N^{\circ} \text{ de población bajo control de 65 y más años en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa}) * 100$	90% y más de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa no presentan UPP	REM
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	$(N^{\circ} \text{ de cuidadores de personas de 65 y más años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit} / N^{\circ} \text{ de cuidadores de personas de 65 y más años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa}) * 100$	80%	REM
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.	REM

PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna Neumocócica en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica a los usuarios de 65 años y más de edad según población inscrita y validada	(Nº de personas de 65 y más años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica /Nº Total de personas de 65 y más años BC)*100	85%	RNI
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad inscrita y validada.	(Nº de personas de 65 años y más vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/Nº Total de personas de 65 años y más inscritos y validados BC)*100	85%	RNI
PREVENCIÓN	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas de 65 años y más en PSCV	(Nº de adultos de 65 años y más hipertensos y/o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de adultos de 65 años y más bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al corte)* 100	70% de las personas adultas diabéticas o hipertensas clasificadas	REM
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(Nº de mujeres adultas de 65 y más años en control ginecológico preventivo /Nº total de mujeres adultas de 65 y más años inscritas y validadas) *100	30%	REM
PREVENCION	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes de mujeres adultas mayores por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 65 a 69 años	(Nº de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ N° de mujeres de 65 a 69 años inscritas validadas) * 100	25%	REM
PREVENCION	Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con riesgo y en riesgo de Dependencia.	Aplicación de Instrumento HAQ-8 al ingreso y egreso del programa.	(Nº de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejoran su condición funcional / N° 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).	REM
PREVENCION	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.	INFORME
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 / N° de personas hipertensas de 65 y más años estimados en la población inscrita validada) *100	77%	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)
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%	REM

TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 65 y más años.	Optimizar la cobertura de diabetes en personas de 65 y más años	(Nº de personas diabéticas de 65 y más años bajo control/Nº de personas diabéticas de 65 y más años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)*100	59%	REM, ENS 2009 (10%)
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 65 y más años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 65 y más años	(Nº de personas diabéticas de 65 y más años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 65 y más años bajo control en PSCV)	35%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 65 y más años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	(Nº de personas de 65 y más años con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de personas de 65 y más años con diabetes tipo 2 bajo control)*100	67% de las personas de 65 y más años con diabetes con evaluación y plan de manejo	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie)*100.	80%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente/Nº total de personas de 65 años y más BC en PSCV por diabetes))*100	Aumentar en 5% la cobertura	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial y EPOC bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos y EPOC de 20 a 64 años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población de 65 años y más asmática o EPOC bajo control controlada / Proporción de población de 65 años y más asmática o EPOC bajo control en sala ERA)*100	20%	REM
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en población adulta.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en población adulto mayor	Urgencia Odontológica ambulatoria en adultos mayores	(Nº total de atenciones odontológicas de urgencia GES en adultos de 65 y más años realizadas el año actual / Nº consultas odontológicas de urgencia GES en adultos de 65 y más años inscrita año actual)*100	100%	REM

TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta mayor de 65 y más años	Brindar atención integral y oportuna a población adulta mayor de 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental de la población adulta de 65 y más años/ Población adulta de 65 y más años inscrita validada x prevalencia de 22%	20%	REM
TRATAMIENTO	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a la persona con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con cáncer, dolor en cuidados paliativos/ Nº de población bajo control por alivio del dolor y cuidados paliativos)*100	A lo menos 2 VDI mensuales	Registro sectores/REM
TRATAMIENTO	Garantizar el diagnóstico y asegurar el tratamiento para disminuir la morbi-mortalidad prematura asociada a enfermedades incluidas en el GES	Mejorar la calidad de atención de las personas, garantizando el diagnóstico y tratamiento de patologías GES de atención primaria en población de 65 y más años	Cumplir flujograma de acuerdo a Guías Clínicas y Listado de Prestaciones Específico para Atención Primaria según patología GES	(Nº de personas de 65 y más años con patología GES atendidas/Nº total de personas de 65 y más años con patología GES)*100	100%	SIGGES
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%	REM
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	7%	REM

INDICADORES ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE SALUD

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	FUENTE
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	REM 19
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	Diálogo 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	REM 19
PROMOCION	Fomentar hábitos saludables y conocimientos en materia de actividad física y alimentación saludable	Disminuir los niveles de sedentarismo y obesidad en los usuarios y comunidad.	Hitos comunicacionales de Promoción de la Salud (3): Realizar educación grupal en torno a temática vinculada a alimentación saludable y actividad física	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas	100% de las actividades de hitos comunicacionales realizadas	REM 19

INDICADORES PROGRAMA DE TUBERCULOSIS EN APS

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	FUENTE
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población de 15 y más años	(Nº de baciloscopias realizadas en población de 15 y más años sintomáticos respiratorios/ N° de consultas de morbilidad en	50 x 1000	Encargada Programa TBC
PREVENCION	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	Registro nacional de
PREVENCION	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%	Informe de evaluación de estudio de contacto
PREVENCION	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	Catastro de hogares
PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis pulmonar.	Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (baciloscopia, PCR o cultivo).	(Nº de contactos estudiados / N° de contactos censados) *100	90%	Informe de Evaluación del
PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Estudio de Contacto en casos índices menores de 15 años.	(Nº de contactos estudiados < de 15 / N° de contactos < de 15 censados) *100	100%	Informe de Evaluación del

TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Aplicar el Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono.	(Nº de pacientes con score de riesgo identificados/ Nº de pacientes ingresados a tratamiento)*100	100%	Tarjeta de tratamiento
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Visita Domiciliaria a todos los casos (residentes en la comuna) que ingresan a tratamiento	(Nº de pacientes (residentes en la comuna) ingresados a tratamiento /Nº de visitas domiciliarias	100%	Tarjeta de Tratamiento
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica)	(Nº de controles médicos realizados y registrados en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ Nº de controles programados según norma	100%	Ficha Clínica/Tarjeta de tratamiento.
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	3 consultas enfermeras: ingreso, cambio de fase de tratamiento y alta de tratamiento (norma técnica)	(Nº de consulta de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ Nº de consultas programadas según norma	3 consultas al 100%	Ficha Clínica/Tarjeta de tratamiento.
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Programar y realizar consulta de enfermera al paciente inasistente por más de 1 semana al tratamiento	(Nº de consultas de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente inasistente por más de 1 semana)/Nº de consultas de enfermera programadas	100%	tarjeta de tratamiento
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Perdida de seguimiento (abandono) menor del 5%	Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente por más de 3 semanas al tratamiento realizada por enfermera	(Nº de inasistentes por más de tres semanas / Nº de visitas domiciliarias realizadas) *100	100%	Tarjeta de tratamiento.
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	Listado de asistencia a la

CENTRO DE SALUD FAMILIAR DR. ANÍBAL ARIZTÍA

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

NIVEL	Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Indicadores	
PROMOCION	Contribuir a detener el aumento de la obesidad en el < de 10 años	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 grupal en lactancia materna *Educación individual en CNS	*Educación individual *talleres grupales de lactancia materna a usuarios y funcionarios *Entrega de guía anticipatoria de lactancia materna a los 15 días por médico y a los 2 meses con enfermera	N° de niños y niñas con LME al 6º mes en el periodo de enero - diciembre 2018 / N° de menores con control de salud del 6º mes realizado en el periodo enero -diciembre 2018	
		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 < 10 años	Educación individual con énfasis en hábitos de alimentación y actividad física en 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 meses, 15 meses y 3A 6M Evaluación nutricional frente a cualquier cambio en la curva de crecimiento en < 10 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		
			Educación grupal en alimentación saludable programa VIDA SANA	Talleres y controles por grupo etéreo. Seguimiento de peso y talla en usuarios incorporados		
			Favorecer la valoración y adherencia a estilos de vida saludables	PROGRAMA VIDA SANA a niños con Sobrepeso y Obesidad visita domiciliaria a niños con SP- OB		
	Detectar precozmente elementos de riesgo y retraso del desarrollo integral de los niños+B13B13:B21	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 *Entrega guía anticipatoria estimulación del lenguaje 8 meses por enfermera en control sano *entrega de materiales de estimulación de desarrollo psicomotor CHCC en controles del 4 , 1 año y 2 años con educación de su uso a los padres y cuidadores *derivación a los talleres preventivos de estimulación del desarrollo motor y del lenguaje en controles de 4 a 6 meses por enfermera 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	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	
				Educación a padres de niños con riesgo de déficit de Desarrollo Psicomotor para lograr su estimulación precoz	Entrega de contenidos educativos en controles de niño sano , talleres NEP y VD	(N° de talleres realizados año vigente (MENOS) N° de talleres realizados (año anterior)/N° de talleres realizados año anterior)*100
				Derivación a sala de estimulación a niños con rezago, riesgo y retraso	Ingreso y control en sala de estimulación	
			*Derivación a sala de estimulación a niños con rezago, riesgo y retraso *VDI	Reevaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	(N° de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ N° de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses) *100	
			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		
Promover la presencia y participación comprometida del padre en 25 % de los controles de niños < de 4 años	Aumentar la presencia y participación comprometida del padre en la crianza y el desarrollo de los niños	*Educación individual a padres y tutores en consultas y controles *Entrega de material con contenidos de paternidad activa en controles de embarazo, controles de salud del niño, en atenciones odontológicas y de morbilidad	Número de controles de < 4 años con el padre presentex 100/ Total de controles de < 4 años bajo control			

PREVENCIÓN	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	1 CONTROL ANUAL	*derivación continua del equipo de salud acorde a cronograma de atención	*Control de salud a niñas y niños de 24 a 71 meses inscritos en establecimiento de salud. * Evaluación de DSM a los 3a 6 meses	(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)
	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Medición agudeza visual al 60% de niños de 48 a 71 meses	*derivación continua del equipo de salud acorde a cronograma de atención	Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual.	(Nº de controles de salud de niños/as de 48 a 71 meses con evaluación visual / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 71 meses)* 100
		Medición de PA al 60% de niños de 3 a 9 años	*derivación continua del equipo de salud acorde a cronograma de atención	Medición de la presión arterial para detectar precozmente niños y niñas portadores de hipertensión arterial	Nº de controles de salud de niños/as de 3 a 9 años con evaluación de presión arterial / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 3 a 9 años* 100
	Prevenir enfermedades inmunoprevenibles	Vacunación según esquema PNI al 90% de los menores según edad	*derivación continua del equipo de salud acorde a cronograma de atención	Administración de vacuna intra y extramural según corresponda	(Nº de niños/as con vacuna administrada acorde a PNI/ Nº de niños por grupo etáreo según vacuna)*100
	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	Nº de niños de 18 meses con evaluación de salud bucal por enfermeras 100/ niños de 12 a 23 meses bajo control Nº de niños de 42 meses con evaluación de salud bucal por nutricionistas 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 1º básico	Nº 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	Nº de niños de 2 y 4 años con alta odontológica total x 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, INTEGRA, 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	Nº de niños de 2 a 5 años con aplicación de flúor x 100/Total de niños de 2 a 5 años matriculados
		Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	*derivación continua del equipo de salud acorde a cronograma de atención	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población menor de 7 años.	(Nº de niñas y niños menores de 7 años con registro ceod/ Nº total de niñas y niños menores de 7 años ingresados a control en el centro de salud (CERO)* 100

TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	Realizar auditoría clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en el hogar.	Porcentaje de auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas menores de 9 años fallecidos por neumonía	(Nº de auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas menores de 9 años fallecidos por neumonía / Nº de niños y niñas de 0 a 9 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100	1
TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA Baja en menores de 5 años	Porcentaje de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación	(Nº de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación / Nº de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100	1
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Atención odontológica integral a población de niños y niñas de 6 años.	Porcentaje de altas odontológicas integrales en niños y niñas de 6 años	(Nº de niñas y niños de 6 años con egresos odontológicos total/ Nº Total de niñas y niños de 6 años inscritos y validados)*100	≥79%
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 menores de 10 años	Urgencia Odontológica ambulatoria en menores de 10 años	Porcentaje de consultas odontológicas de urgencia GES en menores de 10 años	(Nº total de consultas odontológicas de urgencia GES en menores de 10 años realizadas el año actual/ Población menor de 10 años inscrita año actual)*100	2.5%
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de menores de 10 años	Morbilidad Odontológica en menores de 10 años	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en menores de 10 años	(Nº total de consultas de morbilidad odontológica en población menor de 10 años/Nº de población menor de 10 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	0,3

TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas mayores de 5 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Atención integral de niños y niñas mayores de 5 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Proporción de personas bajo control por trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental mayor de 5 años (año vigente) / Población inscrita validada mayor de 5 años x 22% de prevalencia	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales Mantener o aumentar el número de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Casos presentados en consultoría de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas	Porcentaje de casos presentados en consultoría de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año vigente) / Nº de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año anterior) / Nº de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100	Aumentar en Nº de altas terapéuticas de personas con diagnósticos de trastornos mentales respecto al año anterior
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Altas terapéuticas de niños y niñas mayores de 5 años con diagnósticos de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Porcentaje de personas egresadas por alta terapéutica y consumo problemático de alcohol y drogas	Nº de personas egresadas por alta terapéutica año 2017 (Menos) Nº de personas egresadas por alta terapéutica año 2016 / Nº de personas egresadas por alta terapéutica año 2016	Aumentar en Nº de altas terapéuticas de personas con diagnósticos de trastornos mentales respecto al año anterior
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en niños y niñas mayores de 5 años	Porcentaje de controles de salud mental realizados por trastornos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	((Nº de controles de Salud Mental totales realizadas / Nº de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año 2017) (Menos) ((Nº de controles de Salud Mental totales realizadas / Nº de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año 2016)) / ((Nº de controles de Salud Mental totales realizadas / Nº de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año 2016)	Aumentar en Nº de controles de personas con diagnósticos de trastornos mentales respecto al año anterior
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas mayores víctimas de violencia de género	Ingreso de niños y niñas mayores de 5 años a atención integral por violencia de género.	Porcentaje de niños y niñas ingresadas a atención integral por violencia de género.	(Nº de niños y niñas ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) Nº de personas ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ Nº de niñas y niños ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	Aumentar los ingresos de personas a atención integral por violencia de género en relación al año anterior.

Cuidados de la salud de la población 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

NIVEL	Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Indicadores
PROMOCION	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	40% de ingresos y consultas respiratorias con consejería breve antitabaco	*Capacitación continua a profesionales que atienden consultas respiratorias *Derivación oportuna a sala ERA *Mantener guías en los box de atención	Entrega de guía anticipatoria y consejería breve durante la consulta	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios entre 25 y 64 años / (Nº total de ingresos agudos entre 25 y 64 años (MÁS) Nº consultas de morbilidad entre 25 y 64 años (MÁS) Consultas de atenciones agudas entre 25 y 64 años)) * 100
	Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	80%	*Derivar a todas las gestantes que ingresan a control *Incorporar horarios diferidos * Agendar talleres	Talleres de 4 sesiones para gestantes (según Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo	Nº de gestantes que ingresan a educación grupal Preparación para el parto y crianza / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal* 100
	Promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años				(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior)) *100 (población adulta de 25 A 64 años)

PREVENCIÓN	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en gestantes adultas con malnutrición por exceso.	80%	*Derivación oportuna de gestantes con malnutrición por exceso *Horario protegido con nutricionista coincidente con control matrona	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	Nº de gestantes adultas bajo control con malnutrición por exceso, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes adultas bajo control con malnutrición por exceso* 100
	Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo de infección neonato	Establecer línea base	Control prenatal	Toma de flujo vaginal entre las 35 y 37 semanas de embarazo	Número de gestantes adultas bajo control Prenatal portadora Streptococo Grupo B /Número de gestantes adultas bajo control Prenatal
	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)	Aumentar en 3 %	*Derivación a control de matrona desde control CV por el equipo *Mantener horarios diferidos	Control de regulación de fertilidad	Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año vigente) (MENOS) Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior)/ Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior) *100
	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de mujeres viviendo con VIH.	Establecer línea base	*Implementar registros	Control de regulación de fertilidad	(Nº total de población mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad /mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años inscritas *100
	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años.	Mantener la cobertura de EMPA en la población inscrita validada	Mantener EMPA espontánea intramural Mantener EMPA extramural Refuerzo continuo de actividad en reuniones Mantener derivación al momento de la inscripción	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	Nº de EMPA realizados a población adulta inscrita validada /Población Total adulta inscrita validada- BC CV*100
	Detectar y derivar al equipo psicosocial a las gestantes con riesgo psicosocial	100%	Detectar y derivar gestantes con riesgo psicosocial, según pauta EPSA.	Aplicación pauta EPSA al ingreso de control de embarazo y eventualmente al 3er trimestre	(Nº de gestantes adultas con riesgo psicosocial son derivadas al equipo psicosocial / Nº total de gestantes adultas con riesgo psicosocial* 100
	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	65%	*Educación en individual y grupal *Citación telefónica al recibir egresos de maternidad *Orientación a pacientes que soliciten hora telefónica a su alta con número exclusivo	Control de salud de la puerpera y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	(Nº de controles de salud integral a puerperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida / Nº total de ingresos de RN) * 100
	Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	100%	*Mantener aplicación de pauta a todas las gestantes que ingresan a control *Derivación a psicólogo a todas aquellas que se detecten con riesgo	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2º control prenatal.	(Nº de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal / Nº total de ingresos de mujeres adultas a control prenatal)* 100

PREVENCIÓN	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	100%		Aplicar a las madres a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(Nº de madres adultas con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/Nº total de mujeres adultas con antecedente de parto en los últimos 2 meses y en control de RF) *100
	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	100%		Aplicar a las madres a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(Nº de madres adultas con escala aplicada a los 6 meses de posparto / Nº total controles a mujeres adultas realizados a los 6 meses posparto en RF x 100
	Conocer el porcentaje gestantes migrantes adultas que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal	Establecer línea base	Implementar registro	Control prenatal	Número de gestantes adultas migrantes que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal/Número total de gestantes adultas migrantes en Control prenatal*100
	Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a las personas adultas para tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad)	Aumentar en 3%	*Mantener la consejería al ingreso *Mantener horarios diferidos	Consejería individual en salud sexual y reproductiva al ingreso	(Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior/ Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior)) *100
	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa.	Aumentar en 3%	*Mantener horarios diferidos	Control de regulación de fertilidad	(Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100
	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas migrantes con vida sexual activa.	Línea base 2018	Implementar registro	Control de regulación de fertilidad	(Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100
	Evaluación integral de la mujer adulta que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas.	100%	Mejorar la coordinación desde el nivel secundario proponiendo la implementación de referencia continua a correo de matrona coordinadora	Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas, dentro de los 15 días del alta y entregar consejería en RF e ingresar a Regulación de Fertilidad	(Nº de mujeres que acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas/Nº total de mujeres post aborto u otras pérdidas reproductivas referidas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología) *100
	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Aumentar el 4%	*Derivación por parte del equipo de salud	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(Nº de mujeres adultas en control ginecológico preventivo /Nº total de mujeres adultas inscritas y validadas) *100
	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Alcanzar al menos 30%	*Reforzar al equipo la importancia de la solicitud *Educación individual en consulta matrona	Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 64 años	(Nº de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ Nº de mujeres de 50 a 64 años inscritas validadas) * 100
	Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino.	50%	*Readecuación de agendas para demanda espontánea	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

PREVENCIÓN	Aumentar la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años	Incrementar en un 10% respecto al año anterior la detección de colelitiasis en población general	*Mantener convenio con Centro de imágenes *Derivación oportuna para toma de ecografía *Refuerzo continuo de la existencia del convenio	*Toma de ecotomografía abdominal en Centro en convenio *Registro de ecografías recibidas	Nº personas de 35 A 49 años con ecografía abdominal positiva para colelitiasis*100/Población Total de 35 a 49 años con eco abdominal por sospecha de colelitiasis en relación con año 2017
	Aumentar la cobertura de controles de salud, de la mujer en edad de climaterio.	Aumentar en 10 %	*Derivación a control matrona por el equipo * Mejorar registros	Control de salud integral de la mujer adulta en etapa de climaterio.	(Nº de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año vigente) (MENOS) Nº de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio el (año anterior)/ Nº de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año anterior))*100
	Categorizar a las mujeres de 45 a 64 años, según Escala MRS al ingreso a control por climaterio, según Orientación Técnica	100%	Coordinar citación con agenda programada	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
	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	El 100% con control dentro de 7 días de recepción de la epicrisis.	*Coordinar entrega inmediata de la notificación recibida desde hospital con el diagnóstico de ACV o IAM. *Mantener horario programado protegido de VD y/o consulta es CESFAM	*VDI a pacientes dados de alta postrados *Control en CESFAM pacientes dados de alta no postrados	Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles postrecepción de epicrisis * 100 /Nº total de egresos hospitalarios de personas adultas con ACV o IAM recepcionados)
	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	100% de las personas adultas en control PSCV clasificadas	Realizar examen de función renal anual	Clasificar función renal en el control CV	Nº de adultos bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses *100/ Nº total de adultos bajo control en PSCV al corte
	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	69% de las personas de 25-64 años con diabetes con evaluación de pie	*Realizar evaluación de pie en el control de diabetes por enfermera * Refuerzo continuo de actividad en el equipo	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses *100/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control
	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea y por morbilidad.	Aumentar en 10% el examen de VIH en relación al año anterior	*Ofrecer el examen en todas las consultas profesionales *Educación individual	Realizar examen de VIH en personas de 25-64 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 25-64 años (año vigente) (MENOS) Nº de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años, (año anterior))*100

	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Aumentar en un 10% la consejería con respecto al año anterior.	*Capacitar al equipo de profesionales para realizar educación individual en consultas médicas, enfermera y matrona *Mejorar registros	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo (año anterior) / Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo realizadas (año anterior))*100
	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio				
PREVENCION	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	80 % de cobertura vacunación influenza	*Difusión de campaña en la comunidad *Mantener registro actualizado de casos	Administración de vacuna Influenza a los adultos con enfermedades crónicas entre los 25 y 64 años.	Nº de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza *100/ Total de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas.
		85 % de cobertura		Administración de vacuna Influenza a las mujeres adultas embarazadas con 13 semanas y más de gestación	Nº de gestantes de 25 y mas años con 13 y mas semanas de gestación vacunados con anti-influenza *100/ Total gestantes de 25 y mas años con 13 y mas semanas de gestación
		línea base		Administración de vacuna dtpa a las mujeres adultas embarazadas con 28 semanas y más de gestación	Nº mujeres adultas embarazadas con 28 y mas semanas de embarazo vacunadas con dtpa/ Nº Total mujeres jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas de 28 y mas semanas de gestación) *100.
	Fomentar la Prevención de Violencia en Atención Primaria población adulta de 25 a 64 años				
	Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 25 a 64 años.				

TRATAMIENTO	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	≥68% de altas odontológicas totales en embarazadas de 20 años o mas			
	Entregar Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	2%	*Reforzar la indicación en equipo de matronas *Mejorar registros	Prescripción de TRH a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	(Nº de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS / Nº total de mujeres que requieren TRH según escala MRS)* 100
	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Incrementar en un 10% la cobertura efectiva de la población inscrita			Cobertura hipertensos (año vigente) (Menos) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior) Cálculo de proporción Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control <140/90 *100/ Nº de personas hipertensas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada
	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Incrementar en un 10% respecto al año anterior	*Talleres educativos a pacientes bajo control y acompañantes *Educación individual durante controles *Mantener stock de medicamentos *Derivación oportuna a controles en caso de descompensación	*Realizar controles periódicos de acuerdo a flujograma *Sesiones educativas continuas	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) / Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control con HbA1c<7% / Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia
		Aumento en 10% de las personas de 25 a 64 años diabéticas tipo 2 en PSCV con HbA1 <7%, PA <140/90mmHg mmHg y Col LDL < 70mg/dl.			(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) / Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control con los parametros indicados*100/ Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población bajo control
	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 25 - 64 años y más en control en el PSCV.	Aumentar en 10 % diabéticos con un fondo de ojo vigente.	*Derivación anual a fondo de ojo *Mantener convenio con empresa que realiza fondo de ojo	Realización de fondo de ojo a pacientes DM	(Nº de personas de 25 - 64 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente *100/ Nº total de personas diabéticas de 25 - 64 años bajo control
Mejorar la atención y derivación de gestantes que vivan o hayan vivido violencia de género	Mantener 100% gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante detectadas en el EPsA ingresadas al programa de salud mental en relación al año anterior.	mantener la atención y derivación de gestantes víctimas de violencia de género detectadas en el EPsA en población adulta de 25 años en adelante.	Aplicación de EPsA en controles de gestantes	(Nº de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante que ingresan al programa de salud mental (año vigente)/ Nº de gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA)	

REHABILITACION	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.			Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	(Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado año (año vigente) (MENOS) Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior)) *100
ATENCION INTEGRAL	Mejorar la calidad de atención con pertinencia cultural en control de regulación de fertilidad.	Establecer línea base	Implementar registro	Control de regulación de fertilidad	(Nº total de población indígena de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población indígena de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población indígena de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100

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

PROMOCION	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	40% de ingresos y consultas respiratorios con consejería breve antitabaco	*Capacitación continua a profesionales que atienden consultas respiratorias *Derivación oportuna a sala ERA *Mantener guías en los box de atención	Entrega de guía anticipatoria y consejería breve durante la consulta	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 65 y más años / (Nº total de ingresos agudos a usuarios de 65 y más años (MÁS) Nº consultas de morbilidad a usuarios de 65 y más años (MÁS) Consultas de atenciones agudas a usuarios de 65 y más años)) * 100
	Promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años				(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior)) *100 (población adulta mayor de 64 años)

PREVENCIÓN	Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Incrementar al menos en un 10% respecto al año anterior	*Capacitación continua del equipo para derivación periódica a EMPAM *Agendas protegidas para EMPAM	Aplicación de EMPAM ingreso y seguimiento según flujograma	(Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año vigente) (MENOS) (Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior))/Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior))* 100
	Aumentar cobertura de vacuna Neumocócica , en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años según población inscrita y validada	*Difusión de campaña en la comunidad *Mantener registro actualizado de casos	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica , a los usuarios de 65 años de edad según población inscrita y validada	(Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica /Nº Total de personas de 65 años inscritos y validados)*100
	Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.			Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad inscrita y validada.	(Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/Nº Total de personas de 65 años y más inscritos y validados)*100
	Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV.	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.	Realizar examen de función renal anual	Clasificar función renal en el control CV	(Nº de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / Nº total de personas de 65 años y más bajo control en PSCV al corte)* 100
	Atención integral de salud ginecológica en mujeres de 65 años y más	Mantener la cobertura	Derivar a matrona desde controles por equipo	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(Nº de mujeres adultas mayores en control ginecológico preventivo /Nº total de mujeres adultas mayores inscritas y validadas) *100
	Disminuir las muertes de mujeres adultas mayores por cáncer de mama.	Alcanzar al menos 30%	*Reforzar al equipo la importancia de la solicitud *Educación individual en consulta matrona	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
	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	El 100% con control dentro de 7 días de recepción de la epícrisis.	*Coordinar entrega inmediata de la notificación recibida desde hospital con el diagnóstico de ACV o IAM. *Mantener horario programado protegido de VD y/o consulta es CESFAM	*VDI a pacientes dados de alta postrados *Control en CESFAM pacientes dados de alta no postrados	(Nº de pacientes de 65 años y mas egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles recepción de epícrisis /Nº total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM)*100
	Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más, que consultan por morbilidad o que lo soliciten espontáneamente	Incrementar en un 5% el examen de VIH	*Ofrecer el examen en todas las consultas profesionales *Educación individual	Realizar examen VIH a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad	Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año vigente) (MENOS) Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más, (año anterior)*100
	Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS.	5% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS.	*Capacitar al equipo de profesionales para realizar educación individual en consultas médicas, enfermera y matrona *Mejorar registros	Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos.	(Nº total de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS / Nº total de personas de 65 años y más bajo control)*100
	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Que al menos el 600 de los adultos mayores en control en el centro de salud, ingresen al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	Derivación a Programas MAS posterior a aplicación de EMPAM que arroje clasificación autovalentes, autovalente en riesgo y en riesgo de dependencia.	Ingresar a talleres del programa MAS a todos los AM derivados que cumplan los requisitos	Nº de personas de 65 años y mas ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia/ población AM en control con condición autovalente + autovalente con riesgo + riesgo de dependencia)*100
	Prevenir los trastornos mentales en población adulta mayor de 64 años	Aumentar el número de talleres de educación grupal respecto al año anterior de población adulta mayor de 64 años		A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas a población adulta mayor de 64 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100 (población adulta mayor de 64 años)
	Fomentar la Prevención de Violencia en Atención Primaria población adulta mayor de 64 años	Aumentar el Nº talleres preventivos en la temática de violencia respecto al año anterior de población adulta mayor de 64 años		A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas usuarias de la Atención Primaria en población adulta mayor de 64 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100 (población adulta mayor de 64 años)

TRATAMIENTO	Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.	Incrementar en un 10% la cobertura efectiva de la población inscrita	*Talleres educativos a pacientes bajo control y acompañantes *Educación individual durante controles *Mantener stock de medicamentos *Derivación oportuna a controles en caso de descompensación	*Realizar controles periódicos de acuerdo a flujograma *Sesiones educativas continuas	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Calculo proporcion de compensación de metas N° de hipertensos con PA <140/90 mmhg en personas de 65 a 79 años y PA < 150/90 mmhg en personas de 80 y más años/N° de hipertensos de 65 y mas años según prevalencia de población inscrita validada
	Aumentar la compensación de la diabetes en personas de 65 años y más en el último control.				(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Calculo proporcion de compensación de metas N° de diabeticos con HbA1c<7 en personas de 65 a 79 años y diabeticos con HbA1c<8 en personas de 80 y más años/N° de diabeticos de 65 y mas años según prevalencia de población inscrita validada
	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	80% reciben manejo avanzado de heridas	*Capacitación continua en manejo avanzado de heridas *Agenda protegida para citaciones a curaciones *Derivación oportuna	*Realizar evaluación de pie diabético según flujograma *Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas según diagnóstico	(N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses)*100.
	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	Aumentar 10 % diabéticos con un fondo de ojo vigente.	*Derivación anual a fondo de ojo *Mantener convenio con empresa que realiza fondo de ojo	Realización de fondo de ojo a pacientes DM	(N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente / (N° total de personas de 65 años y más (MAS) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))*100
	Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 65 años y más.	Incrementar en 20%		Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	(Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año anterior) / Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año anterior))*100
	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Incrementar en 20%		Optimizar el tratamiento de asmáticos de 65 y más años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población bajo control de 65 y mas años asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control de 65 y mas años asmática controlada año (anterior) / Proporción de población bajo control de 65 y mas años asmática controlada (año anterior))
	Mejorar la calidad de atención en población con EPOC bajo control.	1		Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 65 y más años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población bajo control EPOC de 65 y mas años que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control de 65 y mas años EPOC que logran control adecuado (año anterior) / Proporción de población bajo control de 65 y mas años EPOC que logran control adecuado (año anterior))
	Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio.	2.5%		Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años.	(N° de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/N° de casos en personas de 65 años y más con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100

TRATAMIENTO	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes	0,3		Urgencia Odontológica ambulatoria en adultos mayores	(N° total de consultas odontológicas de urgencia GES realizadas en adultos mayores el año actual / Población inscrita de adultos mayores año actual)*100
	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto mayor	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial		Morbilidad Odontológica en adultos mayores	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en adultos mayor/N° de adultos mayores inscritos y validados en el establecimiento)*100
	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta mayor de 64 años	Mantener o aumentar el número de casos presentados en consultorias respecto al año anterior		Brindar atención integral y oportuna a población adulta mayor de 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental de la población adulta mayor de 64 años (año vigente) / Población adulta mayor de 64 años inscrita validada x prevalencia de 22%
	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población adulta mayor de 64 años	Aumentar en N° de altas, respecto al año anterior		Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta mayor de 64 años	(N° de casos presentados en consultoría de salud mental de personas mayores de 64 años (año vigente) / N° de personas mayores de 64 años ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) N° de casos presentados en consultoría de salud mental de personas mayores de 64 años (año anterior) / N° de personas mayores de 64 años ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100 (población adulta mayor de 64 años)
	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 64 años	Aumentar en N° de controles respecto al año anterior		Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	N° de personas mayores de 64 años egresadas por alta año vigente (Menos) N° de personas mayores de 64 años egresadas por alta año anterior / N° de personas mayores de 64 años egresadas por alta terapéutica año anterior)*100
	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 64 años	Aumentar los ingresos en relación al año anterior .		Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta mayor de 64 años	((N° de controles de Salud Mental totales realizadas año vigente/ N° de personas mayores de 64 años bajo control en el programa por trastornos mentales) año vigente) (Menos) ((N° de controles de Salud Mental totales realizadas año anterior / N° de personas mayores de 64 años bajo control en el programa por trastornos mentales) año anterior)) / ((N° de controles de Salud Mental totales realizadas año anterior / N° de personas mayores de 64 años bajo control en el programa por trastornos mentales (año anterior))*100
	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta mayor de 64 años	Aumentar en N° de personas egresadas por violencia de género		Mejorar la atención de personas mayores víctimas de violencia de género en población adulta mayor de 64 años	(N° de personas mayores de 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) N° de personas mayores de 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ N° de personas mayores de 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100
	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta mayor de 64 años			Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta mayor de 64 años	N° de personas mayores de 64 años víctimas de violencia de género egresadas por alta año vigente (Menos) N° de personas mayores de 64 años víctimas de violencia de género egresadas por alta año anterior / N° de personas mayores de 64 años víctimas de violencia de género egresadas año anterior (población adulta mayor de 64 años)

REHABILITACION	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Aumentar en 25%		Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	(Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año vigente) (MENOS) Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior))*100
----------------	--	-----------------	--	--	---

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	Mantener campaña permanente de PAP en Cesfam, de lunes a sábado	
			Disponibilidad inmediata para realización de PAP por matrona	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, pesquizando 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
		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	Nº de usuarios de 2a 64 años con malnutrición por exceso x100/Nº 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 Cesfam		
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	Nº de asistentes a eventos deportivos en colegio
			Organización e implementación de actividades en contacto con la naturaleza	Trekking a parques y senderos	Nº de asistentes a trekking
			Implementación de actividades para estimulación de desarrollo psicomotor	Mini juegos de competencia para lactantes de 6 meses a 2 años	Nº 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	Nº de talleres realizados
			Agendas protegidas para clínica de lactancia		
		1 visita semestral a kioscos y huertos de colegios municipalizados	Creación , gestión y mantención de huertos escolares	visita y supervisión a huertos escolares	Nº de visitas realizadas
			Capacitación e implementación de kioscos escolares	visita y supervisión a kioscos saludables	Nº de visitas realizadas
Realización de 1 taller de gastronomía saludable	Difusión de Guías Alimentarias basadas en alimentación saludable (GABAS)	Talleres de gastronomía saludable	Nº de talleres realizados		

Prevención y tratamiento de la tuberculosis

Problema priorizado	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	<p>Paciente que presenta síntomas respiratorios por más de 15 días que se realiza EMPA será enviado a sala TBC.</p> <p>Derivación a sala TBC a todo sintomático respiratorio $>$15 años, por parte de todo el equipo</p> <p>Bk cada 6 meses a pacientes en control sala ERA</p>	<p>Bk espontáneo a todo paciente sintomático respiratorio</p> <p>Seguimiento y registro de Bk a pacientes en control sala ERA</p>	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de BK a } >15 \text{ años} * 100}{\text{N}^\circ \text{ de consultas } >15 \text{ años}}$

MAIS

NIVEL	OBJETIVO	META	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	INDICADOR	FUENTE
PROMOCION / PREVENCIÓN / TRATAMIENTO Y REHABILITACION	Contribuir a fortalecer factores protectores en la familia / O brindar apoyo al diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la persona en su contexto familiar	0,26	Reuniones de equipo para evaluar casos en riesgo familiar detectados a través de consultas espontáneas, controles de salud, reuniones comunitarias.	Visita domiciliaria integral que se realiza al lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia con enfoque sistémico.	Tasa de Visita Domiciliaria Integral.(Nº visitas domiciliarias integrales realizadas / Nº de familias (población inscrita / 3,3)	REM y población inscrita percapita Fonasa
PREVENCIÓN	Apoyar en la mejora de la calidad de vida de las familias y sus miembros, mediante la detección temprana de condiciones, sociales o de enfermedad, como hábitos y conductas de salud que pueden determinar factores de riesgo a nivel familiar	0,15	Existencia de instrumento de evaluación que permita a los equipos de salud categorizar el o los riesgos a los que se encuentre expuesto el grupo familiar, y así consensuar y adoptar intervenciones ad hoc a sus necesidades.	Aplicación de una pauta o matriz, de desarrollo local, para establecer grado de vulnerabilidad o riesgo biopsicosocial de familias en su territorio a cargo.	Porcentaje de familias evaluadas según riesgo Familiar (Nº de familias evaluadas según riesgo familiar/Nº total de familias inscritas (población inscrita/3,3)	REM serie P y población inscrita percapita Fonasa
ATENCION INTEG	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo				Nº de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4/Nº de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar	