



**PLAN DE  
SALUD  
2020**

<b>II.</b>	<b>DIAGNÓSTICO POBLACIONAL .....</b>	<b>4</b>
1.	Población de Las Condes.....	4
2.	Antecedentes de Las Condes.....	5
3.	Proyección afiliación a sistema previsional de salud .....	6
4.	Encuesta de Satisfacción Usuaría: .....	7
5.	Plan Actual de Capacitación 2020 .....	8
<b>III.</b>	<b>ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD .....</b>	<b>9</b>
1.	Bases Conceptuales: .....	9
2.	Objetivos Sanitarios 2011-2020 .....	12
3.	Oferta de servicios o canasta de prestaciones: .....	19
4.	Programas Comunales .....	23
5.	Centros de Salud.....	37
5.1	Centro de Salud Apoquindo: .....	37
5.2	Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía .....	61
5.3	Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU): .....	70
<b>IV.</b>	<b>UNIDADES DE APOYO A LA ATENCIÓN PRIMARIA .....</b>	<b>73</b>
1.	Centro de Imágenes:.....	74
2.	Centro de Rehabilitación (RAM) .....	80
3.	Centro de Especialidades Odontológicas: .....	82
4.	COSAM Las Condes: .....	84
5.	Laboratorio Clínico: .....	89
6.	Servicios de Oftalmología .....	91
<b>V.</b>	<b>ATENCIÓN TERCIARIA DE SALUD:.....</b>	<b>93</b>
<b>VI.</b>	<b>PRESUPUESTO AÑO 2020.....</b>	<b>94</b>
<b>VII.</b>	<b>ABREVIATURAS DE USO COMÚN EN EL ÁREA DE SALUD .....</b>	<b>97</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>.....</b>	<b>99</b>

## I. INTRODUCCIÓN

La Dirección de Salud de Las Condes es la entidad encargada de administrar los centros de Atención Primaria y los centros de apoyo de salud de la comuna.

Su objetivo es ofrecer una atención de calidad y acercar y ampliar las prestaciones de salud a todos los usuarios de sus centros. Por eso, además de los servicios de atención primaria, cuenta con una red de centros de apoyo que complementan las atenciones recibidas en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) y SAPU.

En complemento a esta línea de acción, es necesario mencionar algunos programas que se han incorporado y cuyo fin es facilitar las atenciones de salud, principalmente a adultos mayores y postrados: entrega de medicamentos a domicilio, toda de muestras en domicilio y la ampliación del programa de Apoyo a los Postrados.

Adicionalmente, cuenta con una red de miniconsultorios, distribuidos en toda la comuna, cuyo objetivo es descongestionar las atenciones de los dos CESFAM de la comuna.

## II. DIAGNÓSTICO POBLACIONAL

### 1. Población de Las Condes

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

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

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

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

## 2. Antecedentes de Las Condes

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

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

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

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

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

Mapocho, desde la desembocadura del Canal San Carlos hasta el Puente Lo Saldes.

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4. Encuesta de Satisfacción Usuaría:

El año 2019 se realizó la encuesta anual a los usuarios de los centros de salud comunales para conocer el grado de satisfacción de los servicios recibidos. En promedio, el 99% de los encuestados se declaró satisfecho del servicio y los resultados fueron 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	Año 2017	Año 2018	Año 2019
Centro de Salud Apoquindo	98%	96%	99%	97%	98%	97%	97%	97%	98%	99%	100%	99%	100%
CESFAM Dr. Aníbal Ariztía	90%	93%	98%	95%	95%	99%	94%	96%	98%	99%	97%	97%	97%
Sapu	75%	81%	93%	82%	87%	90%	92%	92%	91%	89%	97%	96%	95%
Cosam		94%	96%	100%	98%	96%	100%	96%	98%	94%	100%	100%	100%
Ram	99%	98%	98%	98%	96%	100%	100%	100%	98%	100%	100%	99%	100%
Centro de Imágenes	97%	98%	90%	99%	100%	98%	98%	100%	99%	97%	100%	100%	100%
Laboratorio	98%	97%	93%	97%	97%	98%	99%	100%	100%	99%	99%	99%	100%
Centro Esp. Odontológicas					99%	98%	100%	100%	100%	97%	96%	98%	98%
Promedio Anual	93%	94%	95%	95%	96%	97%	98%	98%	98%	97%	99%	99%	99%

## 5. Plan Actual de Capacitación 2020

PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2020 PERSONAL ESTATUTO ATENCION PRIMARIA (LEY 19.378) SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE COMUNA LAS CONDES																		
LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA						TOTAL	NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO			ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCION		
			A (Médicos, Odont, QF etc.)	B (Otroa Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicios Salud)			ITEM CAPACITACION	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS				TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO	
EJE ESTRATEGICO 1: Enfermedades Transmisibles.	Controlar y contribuir a la eliminación de enfermedades transmisibles	Curso IAAS		1		1				2				X	BSMO o entidades que designe	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2020	
		Jornada Capacitación anual equipo TSC		2	2	2				6	20				X	entidades que designe	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2020
EJE ESTRATEGICO 2: Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad	Reducir la mortalidad y discapacidades por afecciones crónicas no transmisibles de vida de la población a través de la promoción de estilos de vida saludables	Manejo Avanzado de Heridas			4				4					X	entidades que designe	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2020	
		Tratamiento del dolor y cuidados paliativos		2	2	2			6	20				X	entidades que designe	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2020	
EJE ESTRATEGICO 3: Hábitos de vida.		Promoción de la Salud		3	3	8			14	23		46		X	Curso a distancia	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2020	
EJE ESTRATEGICO 4: Curso de vida.	Prevenir factores de riesgo y mejorar la calidad de vida de la población a cargo en las diferentes etapas de su ciclo vital	Técnicas para manejar el estrés laboral		2	3	8	1		14	20				X		Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2020	
		Seminarios Corporativos		70	60	60	19	75	14	334	20			X	Educación y Salud de Las Condes	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2020	
		Exhibito de APS Ley 19378		3	4	8			15	20	20				X	OTEC	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2020
EJE ESTRATEGICO 6: Equidad y salud en todas las políticas.	Socializar el enfoque de salud intercultural y de diversidad sexual para promover la inclusión empática y respetuosa en las atenciones de salud	Curso de Interculturalidad			2				2	4				X	BSMO o entidades que designe	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2020	
		Curso de Género		8	14					22	20				X	OTEC	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2020
EJE ESTRATEGICO 7: Institucionalidad del Sector Salud.	Fortalecer el desarrollo de competencias en los funcionarios de APS y educar respecto a mecanismos de participación	Diplomado Atención Primaria y Salud Familiar			3				3	5				X	4400000	PUC	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2020
		Curso Salud Familiar Básico		5	5	5			5	20	20				X	OTEC	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2020
		Curso Casal Intermedio		5	5	5			5	20	20				X	OTEC	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2020
EJE ESTRATEGICO 8: Calidad de la atención.	Mejorar y aumentar el porcentaje de satisfacción usuario	Todo el usuario completo en APS		4	4	6			14	20					X	OTEC	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2020
		Curso Calidad		5	5	5			5	20	20							
EJE ESTRATEGICO 9: Emergencias, desastres y epidemias.	Actualizar la gestión y respuesta de los equipos de salud frente a situaciones de emergencia	Curso Literazgo y comunicación efectiva		10	20				30	20					X	OTEC	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2020
		ACLS		8					8						X	BSMO o entidades que designe	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2020
		BLS		1					1						X	entidades que designe	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2020
		RCP Básico		10	10	20	1	15	4	60	8				X	ACHS	Subdirección CESFAM	1° o 2° semestre de 2020
		Manejo de Edificios		5	5	7	3	7	4	30					X	ACHS	Subdirección CESFAM	1° o 2° semestre de 2020
Totales			140	155	162	23	135	30	650									

### III. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

#### 1. Bases Conceptuales:

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

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

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

Los lineamientos son los siguientes:

#### **Lineamiento N°1**

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

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

#### **Lineamiento N° 2:**

#### **Consolidar el modelo de gestión en red, local, regional, y suprarregional (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
<b>VIH/SIDA</b>	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>Tuberculosis</b>	Eliminar la Tuberculosis como problema de salud pública	Disminuir a 5 x 100.000 habitantes la tasa de incidencia proyectada de tuberculosis
<b>Enfermedades Transmisibles</b>	Mantener logros alcanzados en el control o eliminación de las Enfermedades Transmisibles	Mantener el número de casos de enfermedades transmisibles seleccionadas *
<b>Infecciones Respiratorias Agudas</b>	Reducir la mortalidad por causas respiratorias agudas	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas

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

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

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

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

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

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

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

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

## FOMENTAR LA INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 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 y el CESFAM Apoquindo tienen convenio con varias Instituciones Educativas, siendo campo docente de varias carreras de la salud (medicina, enfermería, nutrición, terapia ocupacional, TENS dental, TENS enfermería) contribuyendo importantemente a la formación académica.

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

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

- **Unidad de Calidad de Vida Laboral**

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

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

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

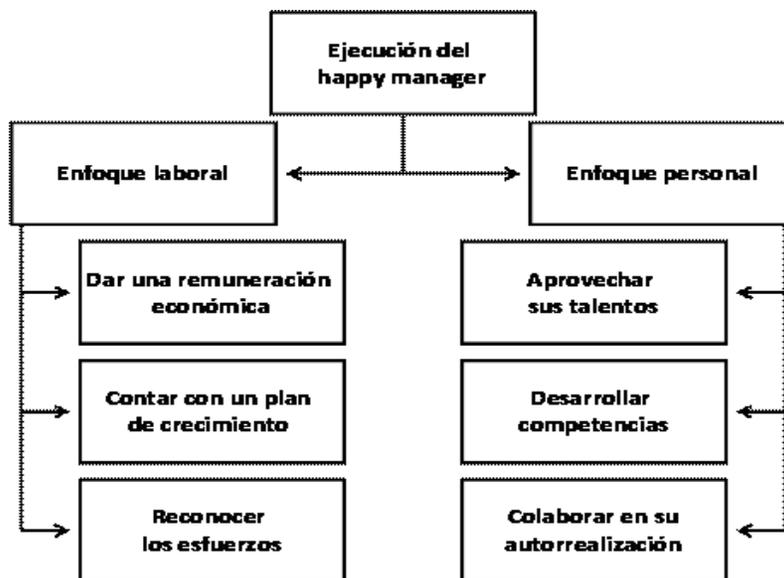
## **OBJETIVOS**

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

Esta propuesta consta de cuatro pilares fundamentales:



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



## METODOLOGÍA E IMPLEMENTACIÓN

### Año 2014:

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

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

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

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

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

### **Año 2015:**

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

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

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

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

## **Año 2016:**

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

### **Actividades:**

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

## **Año 2017-2018:**

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

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

Se agrega un nuevo objetivo:

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

Actividades:

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

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

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

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

## **Año 2019:**

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

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

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

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

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

### **Objetivos**

- Realizar talleres grupales para todos los funcionarios de los CESFAM Apoquindo y Aníbal Ariztía en la temática calidad de vida laboral y buen trato.
- Ampliar el comité consultivo de la Unidad de Calidad de Vida Laboral y capacitar a los integrantes para la realización de los talleres mencionados.

- Definir e imprimir el juego Fauna Eneagrama como material de apoyo central en la implementación del proyecto 2019.
- Crear y entregar material trimestral de apoyo a las acciones de calidad de vida laboral y buen trato.
- Realizar el 3er Encuentro Intercomunal de Calidad de Vida Laboral Las Condes.

### **Actividades**

- Talleres grupales para seis personas con una duración de tres sesiones de una hora cada una para todos los funcionarios de los CESFAM.
- Elegir y capacitar al menos seis funcionarios para que puedan replicar los talleres señalados.
- Diseñar y concretar la impresión del juego Fauna Eneagrama.
- Diseñar y entregar nuevo material de apoyo a las actividades del año.
- Realización de intervenciones específicas en los distintos equipos de trabajo según se requiera.
- 3er Encuentro Intercomunal de Calidad de Vida Laboral Las Condes.

### **Año 2020:**

Este año se pretende dar continuidad al trabajo iniciado en cada CESFAM a través de sesiones grupales con los funcionarios, lideradas principalmente por el comité consultivo de cada establecimiento y relevar la gestión de prácticas continuas respecto del autocuidado y buen trato, en conjunto con los equipos directivos de los CESFAM.

## Objetivos

- Realizar talleres grupales para todos los funcionarios de los CESFAM Apoquindo y Aníbal Ariztía en la temática calidad de vida laboral y buen trato.
- Ampliar el comité consultivo de la Unidad de Calidad de Vida Laboral y continuar con la capacitación a los integrantes para la realización de los talleres mencionados.
- Crear nuevos formatos de juego para el mazo Fauna Eneagrama como material de apoyo central en la implementación del proyecto 2019.
- Crear y entregar material trimestral de apoyo a las acciones de calidad de vida laboral y buen trato.
- Fomentar y acompañar un proceso de instalación local del trabajo continuo de autocuidado y buen trato en cada CESFAM.

## Actividades

- Talleres grupales con una duración de tres sesiones de una hora cada una para todos los funcionarios de los CESFAM.
- Elegir y capacitar al menos seis funcionarios para que puedan replicar los talleres señalados.
- Diseñar y entregar nuevo material de apoyo a las actividades del año.
- Realización de intervenciones específicas en los distintos equipos de trabajo según se requiera.
- Reuniones periódicas con directoras y subdirectoras con el fin de mantener una evolución participativa de las distintas estrategias a seguir implementando en el autocuidado.

- Aplicaciones prácticas ligadas a un modelo de gestión del desarrollo de las personas en ámbitos como liderazgo, motivación, comunicación y resolución de conflicto.

- **Plan de Promoción de Salud**

En el ámbito de la Promoción de la Salud, este año se trabajó en la elaboración del Plan Trienal 2019-2021, a través de una plataforma digital (MIDA-MINSAL), incluyendo nuevamente, en los componentes de Alimentación Saludable y Actividad Física, actividades con resultados en el corto y mediano plazo, dirigidas a la comunidad escolar, organizaciones sociales y usuarios de los centros de salud.

En el marco de las orientaciones entregadas por el Seremi, para este trienio se incluyó una encuesta anual de Hábitos Saludables y Calidad de Vida, además de la construcción de una línea de base, que se actualizará cada año. Esto se constituirá en un valioso insumo que permitirá una mejor planificación en salud, con un enfoque participativo.

Recogiendo los resultados del trabajo realizado con los vecinos (Juntas de Vecinos, Consejos Consultivos y otras Organizaciones Comunitarias) en el período anterior, y respondiendo a sus propuestas, este año se dio continuidad a los talleres de capacitación para ellos, con el propósito de potenciar competencias relacionadas con la participación y el fortalecimiento de sus redes de apoyo, en el ámbito de la salud mental. Estas capacitaciones están dirigidas a los integrantes de los consejos consultivos de los CESFAM Dr. Aníbal Ariztía y Apoquindo.

En el componente de alimentación saludable, se agrega para este trienio, el fomento de la salud oral, con intervenciones educativas dirigidas a los escolares usuarios de los CESFAM Apoquindo y A. Ariztía.

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

- **Programa Integrado de Salud Escolar:**

El Programa Integrado de Salud Escolar tiene como objetivo evaluar el estado de salud de los alumnos, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de vida de los niños de los seis colegios municipales y cinco colegios particulares subvencionados de Las Condes.

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

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

- Pesquisa de casos nuevos a cargo de los profesores de los colegios (coordinadores de salud) con la colaboración de los Técnicos Paramédicos de los colegios, orientada principalmente a la enseñanza pre-básica y básica **con una matrícula total de 6641** alumnos.
- Pre diagnóstico: con un total de **1.011** alumnos, evaluados y derivados este año por profesionales paramédicos Junaeb, en agudeza visual (439), auditiva (313) y columna (259).
- Atención de especialistas Junaeb en Oftalmología, Otorrino y Traumatología, a los casos derivados y controles, con un total de **320** 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 90,4% (**993 alumnos examinados**), quienes fueron examinados por una doctora contratada específicamente para el programa, y de los cuales fueron derivados el **62%**. Del total de las derivaciones (616), el **61%** fueron a nutricionista y el **33%** a dental, pudiendo un alumno presentar una o más alteraciones.

En el ámbito de la atención de **Primeros Auxilios** que brindan las **Técnicos Paramédicos en siete colegios (6 municipales y un concesionado)**, a escolares que sufren algún accidente en el establecimiento o de trayecto, se realizan cursos de actualización anuales, en Primeros Auxilios Básico y uso de DEA (desfibrilador eterno automático).

- **Entrega de Medicamentos a Domicilio**

El año 2018 comenzó a funcionar este programa comunal, que tiene como finalidad brindar una atención farmacológica completa a los pacientes postrados. Considera farmacovigilancia y educación a los cuidadores. Este equipo está compuesto por un químico farmacéutico y una Técnico de Nivel Superior (TENS) de farmacia.

- **Toma de Muestras en Domicilio**

En septiembre de 2018 comenzó este programa comunal, con el objetivo de tomar muestras de exámenes en sus respectivos domicilios.

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

- **Sonriámosle a la Vejez**

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

- **Programa dental móvil:**

Este programa está orientado a acercar la atención odontológica a la población infantil de la comuna. Existen clínicas dentales móviles en los colegios para realizar atenciones de diagnóstico y tratamiento a los alumnos de 6 y 12 años, así como de III y IV medios de los colegios municipales.

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

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

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

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

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

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

## **5. Centros de Salud**

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

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

El Centro de Salud Familiar Apoquindo, asistencial-docente, ubicado en la calle Cerro Altar N° 6611, es uno de los dos CESFAM de la comuna de Las Condes. Sus atenciones se enmarcan en el Modelo de Atención de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario y están orientadas a proporcionar a los individuos, familia y comunidad, condiciones para el mantenimiento y el

cuidado de la salud de manera integral e integrada, continua, oportuna, accesible y con altos estándares de calidad.

De acuerdo a los principios del Modelo de 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** por primera vez **como Prestador institucional de Atención Abierta por la Superintendencia de Salud**, siendo reacreditados luego de una nueva evaluación por la entidad acreditadora designada por este organismo logrando la **Reacreditación** del CESFAM en agosto de 2017.

Como la atención primaria es el primer nivel de la organización del sistema de Salud, es la puerta de entrada al Sistema Público de Salud y la que entrega mayor cobertura poblacional y resuelve toda la diversas necesidades de salud de menor complejidad de la población usuaria.

Corresponde a la red de establecimientos de atención ambulatoria constituido por los CESFAM, que tienen por objetivo resolver los principales problemas de la comunidad, integrando acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.



Dentro de la comuna se 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 para la población de 15 años y más, Hospital Luis Calvo Mackenna atiende la población infantil; Hospital Luis Tisné y CRS Cordillera Oriente para la patología gineco-obstétrica del SSMO; y los centros de referencia nacional Instituto de Neurocirugía, Instituto Nacional de Geriatría, Instituto de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica (INERYCT).

La Misión del CESFAM 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.”*

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

Se basa en tres principios fundamentales que son:

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

Los que llevan implícito, los siguientes elementos conceptuales básicos:

- Atención Integral
- Atención Integradora
- Atención Permanente
- Atención Accesible

Estos elementos permanecen inalterables facilitando el desarrollo y la obtención del objetivo final de la Atención Primaria cual es la contribución a la mejora de la salud del individuo y la comunidad.

Atención integral:

Entendemos el modelo de atención capaz de comprender al individuo y considerarlo en íntima relación con todos sus aspectos biopsicosociales.

<b>Atención integradora:</b>	Reúne aspectos de promoción de salud, prevención curación y rehabilitación de la enfermedad en su actividad. Una Atención Primaria dedicada parcialmente a estas actividades, pierde gran parte de sus contenidos y no desarrolla todas sus habilidades. La Atención Primaria debe actuar e intervenir para evitar que la enfermedad aparezca o retrasar su aparición mediante educación sanitaria individual y colectiva y mediante otras estrategias de promoción de la salud, o mediante actuaciones de prevención.
<b>Atención Permanente:</b>	Actúa de forma continua con la comunidad y de forma intermitente en su atención con cada individuo concreto, pero siempre permanente en su responsabilidad y en la oferta de cuidados hacia dicho individuo. La Atención Primaria ha de proporcionar y promover cuidados de salud a lo largo de la vida de la persona, es una atención longitudinal. Esta característica diferencia a la Atención Primaria de otros niveles asistenciales donde la atención al individuo es transversal, un corte, en un momento o periodo de su vida.

<b>Atención accesible:</b>	La accesibilidad es la posibilidad que tiene la población de recibir efectivamente la atención de salud en los establecimientos de la red asistencial. El modelo debe procurar facilitar este acceso, tratando de asegurarlo en las poblaciones más vulnerables.
----------------------------	--

La capacidad resolutive es la que tiene un establecimiento de salud para responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención por un problema de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para diagnosticar y tratar adecuadamente un determinado grado de complejidad del daño en la persona.

La capacidad resolutive del CESFAM Apoquindo durante el 2019 es de 93,42%, que es un porcentaje por sobre la media nacional y se expresa en la cartera de servicios del establecimiento. Esta cartera de servicios se complementa con prestaciones enmarcadas en el Convenio de Resolutividad que son Operativo de Otorrinolaringología para resolución de patologías no GES, convenio de Endoscopía digestiva alta, atención de Oftalmología adultos jóvenes, procedimientos de cirugía menor. Adicionalmente el 2019, a través de la plataforma de telemedicina Hospital digital (estrategia MINSAL) se han resuelto un número importante de casos de las especialidades Diabetes, Nefrología y Dermatología, evitando en muchos de ellos la derivación a nivel secundario y haciendo más expedita la evaluación presencial del especialista cuando el caso lo amerita.

- **FACTORES CONDICIONANTES EN SALUD**

Población: Su población de acuerdo al último censo y su proyección es de 283.417 habitantes, con la siguiente variación en los últimos años (Tabla N° 1):

	• <b>CENSO 2002</b>	• <b>CENSO 2012</b>	• <b>CENSO 2017</b>
• <b>TOTAL</b>	• 246.474	• 282.972	• 294.838
• <b>HOMBRES</b>	• 107.497	• 130.856	• 135.917
• <b>MUJERES</b>	• 138.977	• 152.386	• 158.921

Su población inscrita validada es de 27.845, que continúa mostrando tendencia a un progresivo aumento de la proporción de adultos mayores de 65 años, que alcanza actualmente el 35,9% del total (Tabla N° 2), de los cuales un 38,5% son adultos mayores de 80 años.

**POBLACIÓN VALIDADA CESFAM APOQUINDO AL 31/07/19**

<i>Edades</i>	Masculino	Femenino	Total
<i>0 a 19 años</i>	1.311	1.308	2.619
<i>20 a 44 años</i>	2.223	4.473	6.696
<i>45 a 64 años</i>	2.142	6.393	8.535
<i>65 y más años</i>	3.007	6.988	9.995
<b>TOTAL</b>	8.683	19.162	27.845

Considerando el perfil epidemiológico descrito es que el CESFAM Apoquindo orienta sus prestaciones a este grupo etario, relevando actividades que fomenten 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., todo lo anterior sin perder el enfoque promocional y preventivo.

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

<b>Previsión</b>	<b>% beneficiarios</b>
<i>FONASA A</i>	14%
<i>FONASA B</i>	42%
<i>FONASA C</i>	15%
<i>FONASA D</i>	26%
<i>PRAIS</i>	3%
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>

- **EVALUACIÓN DE LO REALIZADO**

El Plan de Salud 2019 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 CLÍNICOS**

<i>Atenciones</i>	Nº atenciones
<i>Atenciones médicas</i>	45.336
<i>Atenciones por enfermera</i>	12.804
<i>Atenciones matrona</i>	12.000
<i>Atenciones nutricionista</i>	4.944
<i>Atenciones odontólogo</i>	20.376
<i>Atenciones psicólogo</i>	4.524
<i>Atenciones kinesiólogo</i>	2.880
<i>Atenciones Asistente social</i>	2.976
<i>Procedimientos clínicos</i>	68.880
<i>Visita domiciliaria integral</i>	2.856
<i>Procedimientos clínicos en domicilio</i>	4.644

- **Programa Infantil y Adolescente**

El Programa Nacional de Salud de la infancia tiene como propósito contribuir al desarrollo integral de niños y niñas menores de 10 años, en su contexto familiar y comunitario, a través de actividades de fomento, protección, prevención, recuperación de la salud y rehabilitación, que impulsen la plena expresión de su potencial biopsicosocial y mejor calidad de vida (MINSAL, 2015).

El programa infantil se complementa con el Programa Chile Crece Contigo (sistema de protección a la infancia), mediante la entrega de material de estimulación, talleres de apoyo a la crianza y estimulación.

Es por esto que en el CESFAM Apoquindo se realizan los controles de salud infantil por edad, de acuerdo a lo señalado en la Norma técnica del Ministerio de Salud. Desde el nacimiento hasta los 9 años de vida todo niño/a es visto por un equipo de trabajo multidisciplinario, para así asegurar un abordaje

integral (incorporando a su familia), identificando factores de riesgo y protectores para su desarrollo en cada caso.

Además cuenta con una sala de estimulación donde son derivados todos los niños que requieran apoyo adicional en su desarrollo y pesquisar oportunamente alguna posible brecha, planificar su intervención y de esta forma favorecer la recuperación del proceso normal de desarrollo.

La población adolescente abarca a la población entre 10 y 19 años, la que se visualiza como una etapa decisiva del desarrollo, que presenta grandes oportunidades para construir y consolidar formas de vida saludable que incrementan la salud y el bienestar en la adolescencia (Orientaciones Técnicas para el Control de Salud Integral de Adolescentes, 2016).

En el CESFAM Apoquindo el control de salud de este grupo etario se realiza de manera anual, mediante la aplicación de ficha CLAP, instrumento para valorar de manera integral al o las adolescentes y a sus familias, identificando factores protectores a potenciar, conductas de riesgo factibles de intervenir a través de consejerías u otro tipo de intervención del equipo y realizando acciones de promoción y de prevención.

- **Programa del Adulto y Adulto mayor**

Las ECNT (Enfermedades Crónicas no Transmisibles) son causa importante de morbilidad y mortalidad en población adulta y adulta mayor, producen Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP) y aumento de gasto en salud.

Por ello y en el contexto que la población usuaria es mayoritariamente adulta y adulto mayor, se da énfasis a la pesquisa de población "sana" con factores de riesgo a través de los exámenes preventivos, a la pesquisa precoz de enfermedades cardiovasculares y a mantener a la población crónica en control de sus patologías y con sus parámetros de control compensados.

Respecto de los adultos mayores, la realidad del CESFAM Apoquindo es que un 34,6% de su población inscrita validada son adultos mayores de 65 años, de los cuales un 37% (9.285 AM) son de 80 y más años. Este escenario condiciona fuertemente las estrategias que debemos utilizar para mantener a la población bajo control, motivarlos a que acudan a sus controles de salud, pesquisar usuarios con riesgo de dependencia e intervenir precozmente para mantener lo más posible su funcionalidad, detectar usuarios que requieren mayor apoyo o que deben ser ingresados a Programa de Dependencia, etc.

- **Programa de la Mujer**

Por las características de la población del CESFAM Apoquindo, mayoritariamente adulta y adulto mayor, la población usuaria femenina del CESFAM es en parte importante mujeres en etapa de climaterio. Ellas se han visto beneficiadas de la canasta diversa de terapias de reemplazo hormonal que ha puesto a disposición de APS el MINSAL a través del SSMO. También son pilares fundamentales de las acciones preventivas de APS la cobertura de Papanicolau (Pap) y la cobertura de mamografía como base para pesquisar precozmente y evitar llegar tarde en casos de Cáncer cervicouterino y de mama respectivamente.

Otro ámbito de acción del programa (que no es exclusivo de la población femenina) se refiere al VIH. Chile es uno de los 10 países del mundo donde más han aumentado los nuevos casos de VIH/SIDA, según el último informe ONUSIDA (el programa conjunto de las Naciones Unidas sobre esta patología). El informe da cuenta de incrementos “preocupantes” de nuevos casos en al menos 50 países en el mundo, entre los cuales destaca Chile, que se sitúa dentro de los 10 que registraron incrementos del 50% o más, entre 2010 y 2017.

Es por ello que ya desde fines del 2018 y durante todo el 2019, está disponible la toma de test rápido de VIH a todo paciente, independiente de su

previsión y condición de inscrito o no, estrategia impulsada por el nivel central. A la fecha en CESFAM Apoquindo hemos realizado 1.712 test rápidos VIH.

Según los reportes consolidados en Chile de nuevos contagios, confirmados por el Instituto de Salud Pública (ISP), los casos entre 2010 y 2017 crecieron en 96%, focalizados en jóvenes de entre 15 y 29 años. En este contexto se vuelve fundamental todo lo relativo a la educación sexual en población general, y principalmente en población joven. Actualmente se aplica instrumento de evaluación en población adolescente (ficha CLAP/EMPAD) con énfasis educativo. En la misma línea se continuará con las educaciones por profesionales del CESFAM en los colegios, con la idea de poner en práctica a futuro nuevas estrategias para lograr mayor impacto.

- **Programa de Salud Mental**

El marco normativo del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, estableció un modelo basado en una atención inserta en la comunidad que permitiera la inclusión social de usuarios y usuarias, donde se respetaran sus derechos y el de sus familias, y que entregara de modo eficiente y sostenido una respuesta como Estado de Chile a todos los ciudadanos y ciudadanas que sufren enfermedades mentales. Si bien posterior a ello se han logrado importantes avances en la incorporación de políticas de salud mental en la agenda pública y en la implementación del plan, la población chilena mantiene altas prevalencias de trastornos ansiosos, abuso y dependencia de sustancias, y depresión. Por su parte, las tasas de suicidio mantienen cifras preocupantes y las licencias médicas por trastornos mentales ocupan el primer lugar como causa de reposo médico.

Considerando la realidad del CESFAM Apoquindo en que más del 90% de su población inscrita validada es adulta (y adulta mayor), se hace necesaria la implementación de estrategias que permitan abordar la problemática de salud mental de la población. Estas han sido el aumento de la dotación de profesionales psicólogos, el fortalecimiento de la coordinación y trabajo

conjunto con COSAM Las Condes a través de las instancias de consultoría psiquiátrica y la creación de grupo de autoayuda que favorezca la participación y empoderamiento de los mismos usuarios que comparten experiencias de vida comunes y que encuentran en esta instancia, oportunidad de acogida y contención.

Como desafíos que el CESFAM Apoquindo ya está desarrollando y se espera consolidar el 2020, están las mejoras y el fortalecimiento del flujograma del Programa de Salud Mental, con sus procedimientos e instrumentos de evaluación, entre ellos el PCI (Plan de Cuidado Integral) de manera de cumplir con las orientaciones del MINSAL para mejorar la calidad en la atención de salud mental.

- **Programa Odontológico**

Durante el año 2019, destaca la implementación del programa de “Atención odontológica en domicilio para pacientes con dependencia severa”. La cantidad de usuarios dependientes severos aumenta cada día debido a que la esperanza de vida es cada vez mayor. La población adulta en el CESFAM representa alrededor de un 35% del total de los inscritos. El objetivo del programa es facilitar el acceso de los usuarios a las prestaciones odontológicas de APS. Para esto, existe un equipo odontólogo/asistente que se encarga de satisfacer la demanda acudiendo con un equipo dental portátil adquirido para estos fines.

Por otra parte, destaca el acceso de adultos mayores al programa de “Prótesis comunal” donde se priorizan usuarios con alta necesidad de prótesis que presenten deterioro cognitivo o físico evidente, afección psicológica importante debido al estado de salud bucal y que estén en espera de resolución en nivel secundario.

Con respecto a la población menor de 20 años, se puede destacar que tienen prioridad de atención con una amplia oferta de horas odontológicas. Destaca el acceso temprano a controles de salud bucal desde los seis meses

concientizando a la familia desde el embarazo promoviendo la educación, promoción de hábitos saludables y prevención de las enfermedades bucales.

Por último, cabe destacar la atención dental de adultos los cuales acceden a tratamiento integral en un tiempo reducido por aumento de horas odontológicas en diversos horarios para facilitar el acceso a la atención.

- **Programa Nacional de Inmunizaciones**

El Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI) está destinado a prevenir morbilidad, discapacidad y mortalidad por enfermedades infecciosas transmisibles inmunoprevenibles, utilizando un conjunto de vacunas destinadas a proteger a la población a lo largo de todo el ciclo vital, vacunas que han sido definidas como parte del PNI, en concordancia con recomendaciones internacionales.

Las vacunas incluidas en el PNI son gratuitas y obligatorias, establecido en el Código Sanitario, para todos los grupos poblacionales definidos epidemiológicamente por el mismo programa, independiente de su previsión, condición de migración o nacionalidad.

Mencionar que las vacunas benefician tanto a las personas vacunadas como a las no vacunadas y susceptibles que viven en su entorno, de ahí la importancia de alcanzar las mayores coberturas posibles.

Para lograr las metas de cobertura que el MINSAL propone para los diferentes grupos, se desarrollas una serie de estrategias tanto locales como extramurales para lo que se han establecido coordinaciones y alianzas estratégicas de cooperación con los encargados de diferentes instituciones para acceder a esta población objetivo, tales como: salas cunas, jardines infantiles, colegios, residencias para el adulto mayor y organizaciones comunitarias con los que se realiza un trabajo previamente planificado y coordinado.

Para dar cumplimiento a los objetivos anteriormente mencionados con todos los estándares de calidad y seguridad que garanticen la protección a la población objetivo, se cuenta con personal altamente calificado, eficiente y que además, entrega una excelente atención al usuario.

Se cuenta con una plataforma informática RNI (Registro Nacional de Inmunizaciones) que permite el registro nominal de personas vacunadas en nuestro establecimiento y en otros y que nos permite conocer la trazabilidad de una persona inmunizada.

Además de las vacunaciones establecidas por calendario PNI, para niños, embarazadas y adultos mayores, ante consultas de usuarios chilenos y extranjeros con esquemas de vacunación atrasada, cada vez en mayor cantidad, se realizan análisis de puestas al día de vacunas pendientes, según calendario del país y a protocolo de “Puesta al Día” definido por el PNI. También se ha tenido una demanda aumentada de solicitudes de vacunación de pacientes con necesidades especiales por patologías o situaciones de riesgo, las que se gestionan con el nivel intermedio o central para su resolución.

Durante el 2019 se han desarrollado 3 campañas de vacunación masiva:

- 1.- A partir del 2 de enero del 2019 se encuentra en ejecución la Campaña Nacional de vacunación contra Sarampión y Parotiditis para hombres y mujeres de 20 a 24 años que habitan en el país inmunizándose a la fecha en nuestro CESFAM 2.169 jóvenes.
- 2.- A partir del 13 de marzo del 2019 se dio inicio a la Campaña de Vacunación contra Influenza, actividad que logró inmunizar en el CESFAM a 19.069 personas de los diferentes grupos objetivos definidos. La ejecución de esta actividad fue intramural (en CESFAM) y extramural (en domicilios de pacientes con dependencia severa, salas cunas y

jardines infantiles, establecimientos educacionales, residencias de adultos mayores y en sedes de organizaciones comunitarias).

Para esta gran demanda de la población, se requirió reforzar los diferentes puntos de vacunación con personal técnico, infraestructura y soporte tecnológico.

- 3.- A partir del segundo semestre del 2019 se inició la Vacunación Escolar para 1°, 4°, 5° y 8° básicos, la que se desarrolla en los 37 establecimientos educacionales públicos y privados, incluidas escuelas diferenciales o especiales, correspondientes a la jurisdicción del CESFAM Apoquindo, actividad que está alcanzando excelentes coberturas de vacunación y que además este año incorporó en la estrategia de vacunación escolar, la vacunación contra el Virus Papiloma Humano (VPH) de los niños de nueve años que cursan 4° Año Básico, la que también ha tenido excelente adherencia.

Cabe mencionar que el CESFAM destaca por sus cumplimientos en las coberturas de las campañas, siendo destacado a nivel del SSMO.

- **Programa de Atención Domiciliaria**

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

Este programa nace como una estrategia de atención en salud que pretende resguardar el derecho de las personas dependientes severas a tener acceso oportuno a una atención de calidad, asegurando el seguimiento y acompañamiento que sus beneficiarios necesitan.

El CESFAM Apoquindo cuenta con una población estimada de 360 pacientes en el programa de dependencia severa.

Se ha visto un aumento en la demanda de incorporación al programa, lo cual a su vez, es reflejo del envejecimiento poblacional (avances tecnológicos en salud, acceso a atenciones, aumento en la esperanza de vida, disminución de la mortalidad). Conscientes de las repercusiones que implica tener un miembro de la familia con discapacidad y de la alta demanda de atenciones que se requieren, es que se continúa capacitando al equipo de salud para brindar una atención multidisciplinaria y de calidad, junto con realizar capacitaciones a los cuidadores de los pacientes, lo que permite entregar herramientas y conocimientos para que ellos realicen los cuidados de la mejor forma posible con nuestro acompañamiento.

Dentro de la cartera de prestaciones que se otorgan se encuentran: visitas de morbilidad, controles crónicos por médico y enfermera, atención nutricional, control dental, evaluación socioeconómica por asistente social, visita por psicólogo a pacientes que lo requieran o a cuidadores con sobrecarga intensa, visita de químico farmacéutico (QF) cuando hay problemas de adherencia y/o polifarmacia y procedimientos de enfermería (tales como toma de muestras de sangre y orina, baciloscopías, instalación de sondas y accesos subcutáneos, curación avanzada e inmunizaciones y entrega de órtesis). Durante el 2018 se inició programa de entrega de medicamentos en domicilio a pacientes del programa por parte de equipo compuesto por QF y técnico paramédico.

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

- **Toma de Muestra**

El CESFAM Apoquindo cuenta con Sala Externa de Toma de Muestras con dependencia técnica del Laboratorio Clínico CESFAM Dr. Aníbal Ariztía, el que en los últimos años ha experimentado grandes avances tecnológicos que han permitido una importante automatización de los procesos analíticos para que el procesamiento de muestras sea estandarizado y controlado para que finalmente asegure la calidad de los resultados del laboratorio

Este servicio incluye diferentes procedimientos: recepción de pacientes, toma de muestras, manejo de muestras y derivación de exámenes al Laboratorio clínico comunal, para lo cual nuestra unidad cuenta con personal altamente calificado que se rige por instrucciones protocolizadas y sometidos a mejora continua en los diferentes puntos, lo que nos asegura la calidad de los resultados del laboratorio.

Las medidas implementadas el año pasado, como aumento de dotación de funcionarios y tótem para la dispensación de números, han permitido optimizar la gestión de demanda de los usuarios, facilitando una atención más expedita y ordenada.

Además, se mantiene la estrategia de atención preferencial para adultos mayores de 90 años, niños hasta tres años, personas con capacidades diferentes y todos aquellos casos que por situación social o circunstancias especiales sean autorizados por la jefatura de la unidad.

Destacar este año la consolidación del programa del Laboratorio comunal “Me lo Tomo en Casa”, el cual está destinado a la toma de exámenes en domicilio para pacientes frágiles de la comuna, existiendo una coordinación eficiente de los equipos del CESFAM con los del laboratorio. Este proyecto ha permitido identificar y censar a pacientes frágiles del CESFAM Apoquindo que no estaban identificados.

Los usuarios ahora también cuentan con un link para acceso a sus resultados de exámenes procesados en el Laboratorio Comunal: [portal.corplascondes.cl/exámenes](http://portal.corplascondes.cl/exámenes)

Durante el año 2018, en la unidad se realizaron un total de 16.545 procedimientos de toma de muestras venosas en adultos y niños.

A continuación, se presenta la tabla con total de procedimientos de toma de muestras por mes durante el primer semestre 2019:

**TOMA DE MUESTRA CESFAM  
APOQUINDO**

<b>2019</b>	<b>N° de pacientes atendidos</b>
<b>ENERO</b>	1.482
<b>FEBRERO</b>	1.452
<b>MARZO</b>	1.481
<b>ABRIL</b>	1.633
<b>MAYO</b>	1.327
<b>JUNIO</b>	1.560

- **Programa de Tuberculosis (PROCET)**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que la tuberculosis constituye una Emergencia Mundial, por lo que los países que la conforman, están adoptando las medidas para disminuir el daño, controlarla y si es posible, eliminarla como Problema de Salud Pública.

Alrededor de un 10% de los infectados manifestarán la enfermedad a lo largo de la vida y se estima que un tercio de la población mundial está

infectada por el Bacilo de Koch, lo que se traduce en 9,7 millones de casos nuevos de tuberculosis al año y 1,7 millones de muertos por esta enfermedad.

En Chile, se cuenta con un Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET) que asegura el diagnóstico y tratamiento de los casos, en forma gratuita para toda la población del país, independiente de su condición previsional, nacionalidad y situación migratoria el cual tiene como objetivo general reducir significativamente el riesgo de infección, morbilidad y mortalidad por tuberculosis en el país, hasta obtener su eliminación como problema de Salud Pública.

La Tasa de Incidencia de TBC en Chile el 2018 fue de 14,9 casos por 100.000 habitantes, lo que representa un aumento respecto de lo que se esperaba, que era disminuir a 10 casos por 100.000.

La Tasa de mortalidad específica por TBC en Chile el 2016 fue de 1,2 casos por 100.000 habitantes.

El enfoque del programa está orientado a la localización oportuna de los casos contagiantes y la curación de quienes cumplan y completen el tratamiento. Con ello se busca un impacto epidemiológico, que se exprese en una sostenida reducción de la incidencia.

Es en el nivel primario donde se ejecutan las acciones básicas establecidas en las normas técnicas de este programa. En el CESFAM Apoquindo esta ejecución está a cargo del equipo de salud general, ya que las acciones están integradas a sus actividades habituales y del equipo técnico encargado de este programa, el que está integrado por un médico, una enfermera y un técnico paramédico, altamente calificados y sensibilizados en la atención de los casos. Dentro de las principales actividades del equipo técnico están: identificar a los grupos de riesgo del área geográfica que cubre el CESFAM y avanzar con algunas estrategias de intervención, ejecutar las actividades de localización de casos a través de la pesquisa de casos sintomáticos respiratorios,

principalmente orientada a grupos de riesgo, solicitándoles examen de baciloscopía, realizar estudios de contactos tanto en adultos como en niños, intra y extradomiciliarios y supervisar los tratamientos para los casos de tuberculosis o quimioprofilaxis de los contactos de acuerdo a la norma.

Cabe destacar que en la meta de localización de casos el índice de pesquisa (IP) durante varios años consecutivos ha estado sobre la meta de 50 baciloscopías por 1.000 consultas, lo que se ha logrado gracias a la participación de todo el equipo de salud del establecimiento y principalmente por los profesionales de la Sala ERA (IP= 58 el 2018)

Dentro de los grupos de mayor riesgo identificadas en el área geográfica del CESFAM y que podrían desarrollar esta enfermedad, se encuentran las personas mayores, migrantes, personas con consumo de alcohol y drogas, comorbilidad con Diabetes o co-infección VIH, dentro de los más importantes.

Además se cuenta con la asesoría y coordinación del Equipo Técnico referente de TBC del SSMO, Equipo Técnico del INERyCT y de su Laboratorio de TBC, el que cuenta con modernas tecnologías que permiten un diagnóstico precoz con lo que se agiliza el inicio de tratamientos.

En el CESFAM Apoquindo, durante el año 2018 hubo ocho casos de TBC que han estado en tratamiento en el programa y en lo que va del 2019, van 13 casos, además de tratamientos de quimioprofilaxis TBC para los contactos, a los que se les otorga una atención preferencial.

Los desafíos como equipo para el próximo año son intensificar la búsqueda de sintomáticos respiratorios especialmente en grupos de riesgo identificados en el área geográfica, trabajando en forma conjunta con el equipo multidisciplinario, la comunidad y el intersector.

- **Capacitación**

Para enfrentar los desafíos como APS es necesario contar con equipos de salud suficientes y con un perfil de competencias acorde a las necesidades. Con este fin, todos los años se elabora un Plan anual de capacitación (PAC), destinado a todos los funcionarios, el cual se enmarca dentro de los Lineamientos Estratégicos que entrega el MINSAL:

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

En el mes de agosto 2019 se realizó encuesta a los funcionarios/as para indagar los ámbitos de capacitación que les parecían relevantes. Las capacitaciones en el Modelo de Salud familiar, en liderazgo y comunicación efectiva, y en aspectos técnicos propios del desempeño de sus funciones fueron las que obtuvieron mayor porcentaje.

- **Calidad**

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

Con la reacreditación se reafirma el compromiso con la calidad como sello del quehacer, y durante el 2019 se continuó con los procesos mejora continua que garantice la seguridad de las prestaciones a los usuarios y como proceso de preparación para la solicitud el 2020 de reacreditación (vigencia 3 años).

- **Recursos humanos**

El CESFAM cuenta con un presupuesto anual con aportes tanto desde el nivel central (MINSAL) a través de sistema per cápita y convenios, como también del aporte Municipal.

Dentro de los recursos financieros, uno de los ítems más importantes es el de recursos humanos. Cada año se determina la dotación con la cual se llevan a cabo las acciones y actividades programadas. Se destaca que durante el 2019 se aumentaron las horas de profesional psicólogo para dar respuesta a demanda de patologías de salud mental.

Para el 2020 se refuerza dotación de enfermeras, matronas y psicólogos.

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

#### **DOTACIÓN 2020 CESFAM APOQUINDO**

<b>CATEGORÍA</b>	<b>N° cargos</b>	<b>Horas Totales Contratadas</b>
<b>A</b>	34	1.136
<b>B</b>	31	1.254
<b>C</b>	36	1.628
<b>D</b>	9	396
<b>E</b>	19	814
<b>F</b>	6	264
<b>TOTAL</b>	135	5.492

El CESFAM cuenta con dos equipos multidisciplinarios (sector A y sector B) más las unidades transversales (profesionales, Botiquín farmacéutico, OIRS, Interconsulta, SOME, Unidades de Apoyo Clínico, Unidad de Entrega de programas alimentarios).

## 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 y cumpliendo con elevados estándares de calidad.

- **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 validada para 2020 del CESFAM Dr. Aníbal Ariztía corresponde a 47.099 personas de las cuales los de 65 años y más corresponden al 21,89%, muy por encima del promedio nacional y de la Región Metropolitana así como también menos población menor de 15 años, que alcanza 12,58%, teniendo una población mayoritariamente adulta

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

## **2. Descripción de Factores Condicionantes**

### **a) Población usuaria:**

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

El CESFAM Dr. Aníbal Ariztía, cuenta con una población inscrita validada para 2020 de **47.099** usuarios, distribuida de la siguiente manera (tabla N° 3):

**Tabla N° 1**

<b>Rango etario</b>	<b>% de población total inscrita validada</b>
<b>0 a 9 años</b>	8,05%
<b>10 a 19 años</b>	9,54%
<b>20 a 64 años</b>	60,52%
<b>≥ 65 años</b>	21,89%

### **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**

<b>Territorio</b>	<b>2003</b>	<b>2006</b>	<b>2009</b>
<b>Comuna de Las Condes</b>	14,35	14,30	15,28
<b>Región Metropolitana</b>	10,99	10,83	11,19
<b>País</b>	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

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

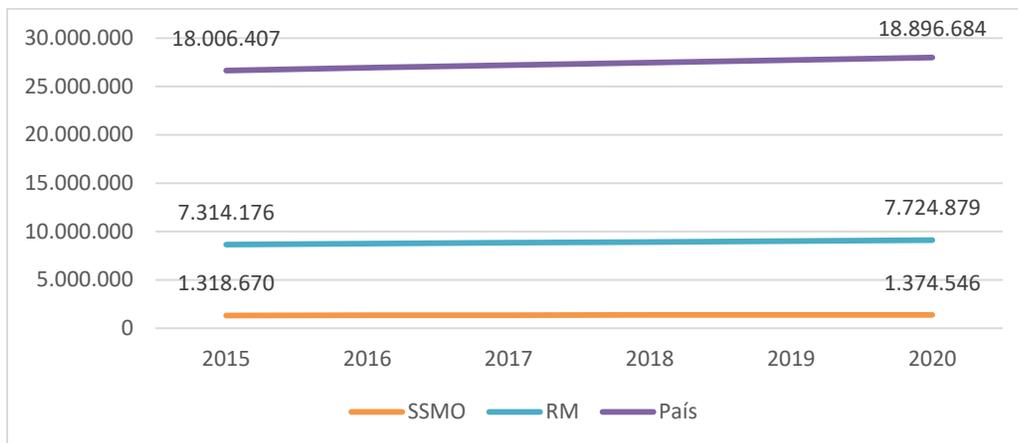
La población extranjera inscrita en el CESFAM alcanza 10,98%, siendo el 7,03% de nacionalidad peruana, es decir, 64,07% del total de extranjeros.

**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
<b>Red Oriente</b>	<b>5.967</b>	<b>0,50%</b>	<b>480</b>	<b>0,00%</b>	<b>800</b>	<b>0,10%</b>	<b>52.274</b>	<b>4,10%</b>	<b>299</b>	<b>0,00%</b>	<b>654</b>	<b>0,10%</b>	<b>1.194.528</b>	<b>93,70%</b>	<b>19.953</b>	<b>1,60%</b>	<b>1.274.955</b>

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

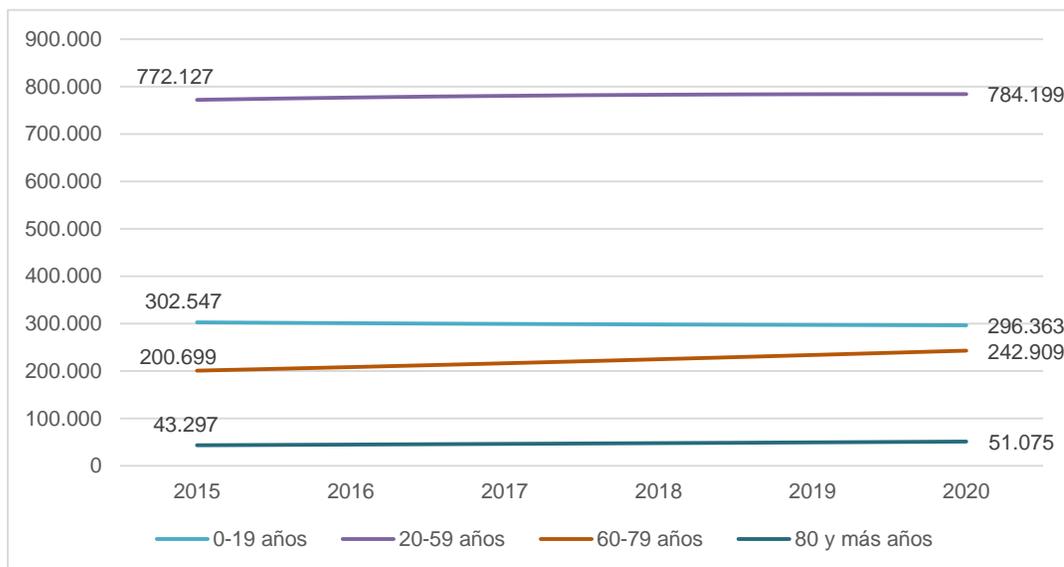


Fuente: Proyecciones INE, 2015

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

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

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



#### **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, cuenta con una red comunal de seguridad denominada Paz Ciudadana.
- **Alcoholismo y drogadicción:** Es el tercer problema priorizado por la población adscrita al CESFAM Dr. Aníbal 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 los usuarios del CESFAM.

### **e) Red Asistencial:**

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

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

Dentro de la red privada comunal en convenio existe:

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

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

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

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

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

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

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

Funciones:

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

**g) Atenciones**

***Atenciones Y Procedimientos Clínicos***

<i>Atenciones</i>	Nº atenciones*
<b><i>Atenciones médicas</i></b>	57.649
<b><i>Atenciones por enfermera</i></b>	21.703
<b><i>Atenciones matrona</i></b>	16.271
<b><i>Atenciones nutricionista</i></b>	8.559
<b><i>Atenciones odontólogo</i></b>	39.880
<b><i>Atenciones psicólogo</i></b>	6.464
<b><i>Atenciones kinesiólogo</i></b>	4.262
<b><i>Procedimientos clínicos</i></b>	43.384
<b><i>Visita domiciliaria integral</i></b>	3.397
<b><i>Procedimientos clínicos en domicilio</i></b>	9.104

*\*datos a septiembre proyectados a diciembre 2019*

## h) Dotación

### *Dotación efectiva Septiembre 2019*

<i>Categoría</i>	Nº jornadas	Nº Horas Semanales
<i>A</i>	37.67	1656
<i>B</i>	40.75	1793
<i>C</i>	51	2244
<i>D</i>	6	264
<i>E</i>	29.5	1.301
<i>F</i>	5	220
<i>Totales</i>	135.92	7478

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

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

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

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 45 funcionarios de gran desempeño, entre profesionales y técnicos de nivel superior.

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

Para una derivación oportuna, cuenta con una flota de cuatro ambulancias con personal técnico capacitado en rescate prehospitalario y completamente equipadas, las que incluyen sistema GPS y radial, con el fin de responder ante situaciones de urgencia vital y dar apoyo a los otros centros de salud de nuestra comuna, las 24 horas del día, los 365 días del año. 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, contamos con 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 las 24 horas del día, reforzados en 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 5.500 atenciones médicas y de 550 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 2019, se concretó la actualización y renovación del sistema de ficha clínica electrónica de nuestro servicio, lo que nos ha permitido optimizar el uso del Dato de

Atención de Urgencia, trabajar integrados con el resto de la red comunal y ministerial, mejorar nuestra gestión y agilizar la atención clínica, beneficiando directamente a nuestros usuarios tanto internos como externos.

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

Por otra parte, se obtuvo un 95% como resultado en la encuesta de satisfacción usuaria comunal, hecho que evidencia el alto grado de compromiso social de nuestra Institución con nuestros usuarios.

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 2020**

Para el año 2020, y en conjunto con el Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía, se pretende obtener la segunda Reacreditación para Prestadores Institucionales de Salud otorgada por la Superintendencia de Salud, lo que permitirá volver a certificar sus altos estándares de calidad en la atención.

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

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

materias atingentes a labores diarias. De este mismo modo, la Institución de Seguridad Laboral (Asociación Chilena de Seguridad), fomentará a través de su Comité Paritario la capacitación al personal en relación a una atención segura.

Por último, con el objetivo de mejorar y reponer la infraestructura del Servicio, se contempla para este año la renovación y mantenimiento de elementos que promueven una estancia grata y aumentan el confort de los usuarios, tales como piso en Sala de Espera, grifería, pintura y mobiliario de nuestras dependencias, así como la renovación y adquisición de equipamiento e implementación de una Red de Aspiración Central en la Sala de Reanimación.

- **Actividades realizadas**

Las atenciones del SAPU durante el año 2019 fueron los siguientes:

Atenciones	Números **
Consultas Médicas	64.812
Consultas Dentales	6.565
Procedimientos Médicos *	5.059
Procedimientos de Enfermería	67.423
Traslados de Ambulancias	5.224

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

\*\* Valores extrapolados de enero a octubre del 2019 y noviembre y diciembre del año anterior.

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

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

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

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

## **1. Centro de Imágenes:**

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

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

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

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

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

- **Lineamientos Estratégicos CILC y Logros**

A fines de abril del 2019, se llevó a cabo la finalización de modernización en software de imágenes de alta resolución (sistema RIS-PACS) comenzado el año 2017. Lo anterior, ha significado mejorar sustancialmente para gestión, los tiempos, recursos y posibilidades de acceder a un servicio de alta calidad y de manera remota en imágenes diagnósticas

Cabe destacar que CILC el presenta año a disposición de la comunidad la entrega de exámenes on – line, lo que permitirá mejorar los tiempos de retiro y acceso desde sus casas a sus exámenes.

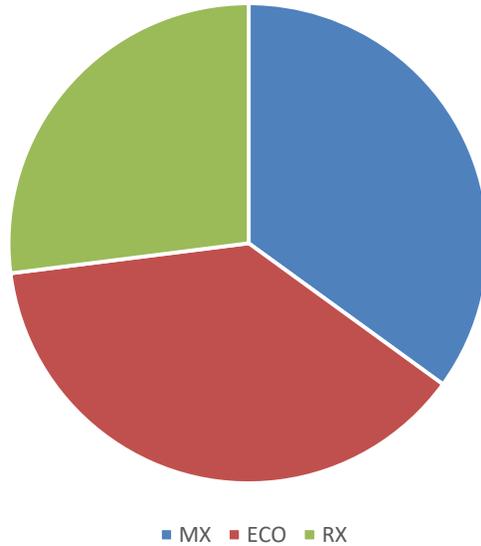
Además, el año 2019 como estrategia y con el afán de mejorar los estándares de satisfacción usuaria de la población, se ha implementado un software de gestión de usuario, el cual permite reducir la atención de los usuarios categorizando estos en retiro de examen, realización de un examen y solicitud de examen. Tal procedimiento tiene por objetivo disminuir los tiempos de espera y entregar información de la misma a los usuarios para aumentar la satisfacción con información en tiempo real.

- **Producción:**

La productividad durante 2019, promediaran las 22.000 mil prestaciones anuales. (**Meses de noviembre y diciembre proyectados según productividad mes de octubre**), siendo estas desglosadas de la siguiente manera en porcentaje:

Mamografías	35%
Ecografías	38%
RX	27%

### PRESTACIONES CILC 2019

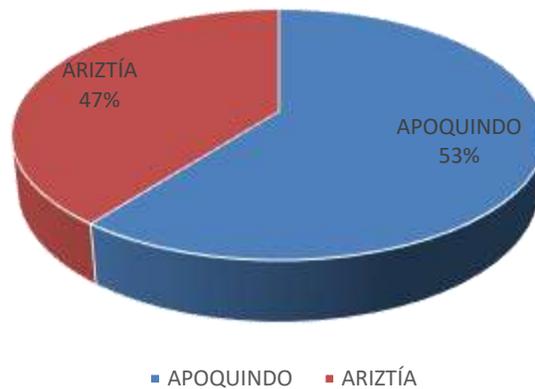


### Datos aproximados:

La referencia desde los centros comunales indica que, un 53% de los usuarios provienen de CESFAM Apoquindo y un 47%, del CESFAM Dr. Aníbal Ariztía.

	APOQUINDO	ARIZTÍA
REFERENCIA CESFAM 2018	<b>11.600</b>	<b>10400</b>
	<b>53%</b>	<b>47%</b>

### REFERENCIA CESFAM 2018



Los pacientes externos o particulares atendidos, históricamente en el CILC no exceden el 2% de las atenciones, siendo para el 2019, de un 1,2%.

- **Orientaciones Hacia Resultados Sanitarios**

En concordancia con los objetivos del Centro de Imágenes, los esfuerzos como equipo, han estado permanentemente orientados a contribuir al cumplimiento de las metas sanitarias comunes a la atención primaria. Esto se traduce en el aporte que se puede hacer a la atención integral de salud de la población. Principalmente en contribuir como apoyo diagnóstico a toda patología a cuyo diagnóstico se acceda o sospeche mediante imágenes, o se caracteriza en patología GES.

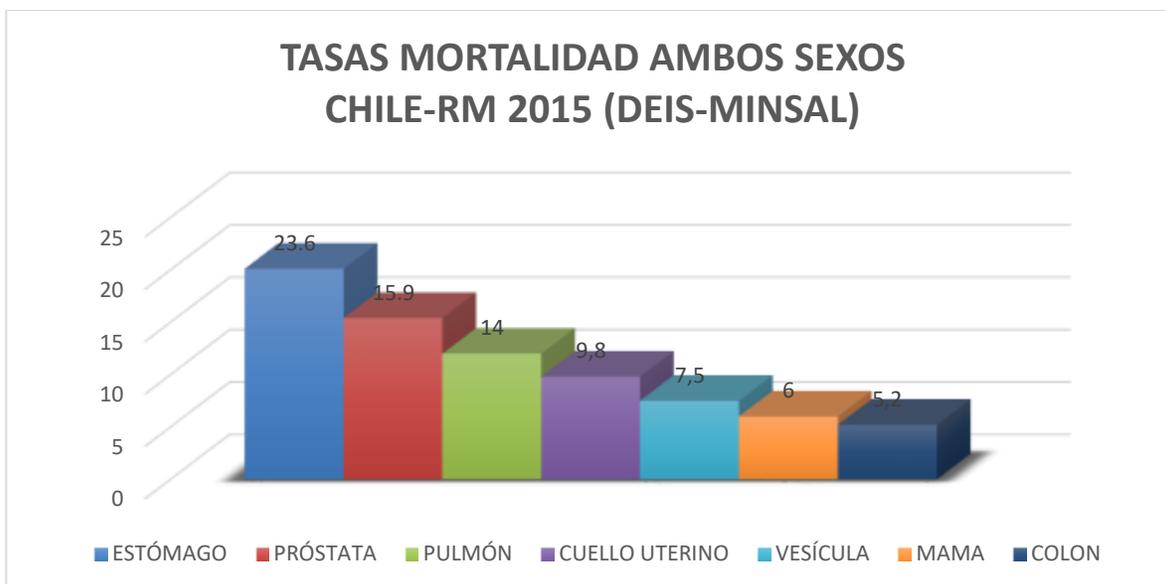
Lo anterior, viene a determinar la misión del centro en ayudar a los pacientes y a la red asistencial del sector oriente en la resolución de patología mediante el apoyo de imágenes diagnósticas.

- **Prioridades Sanitarias**

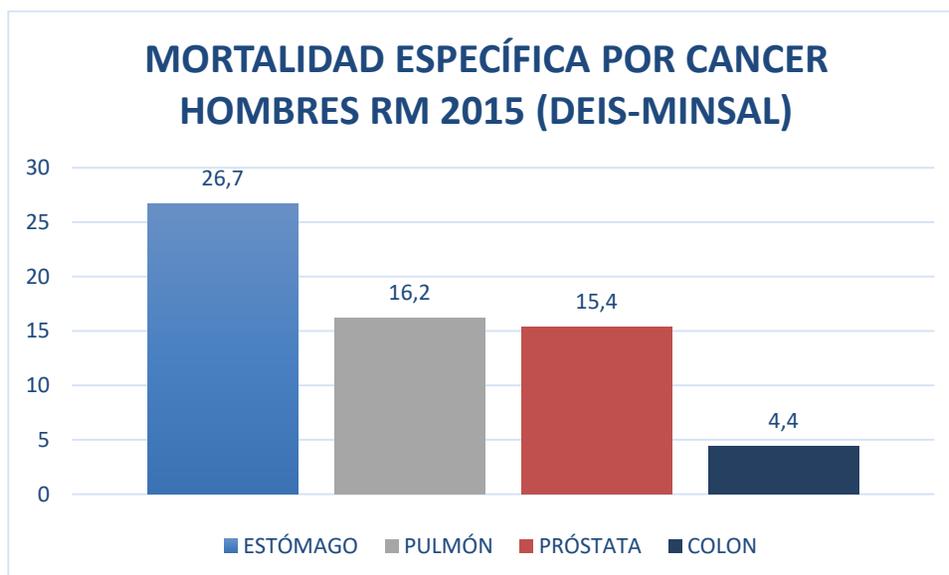
### **Cáncer**

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

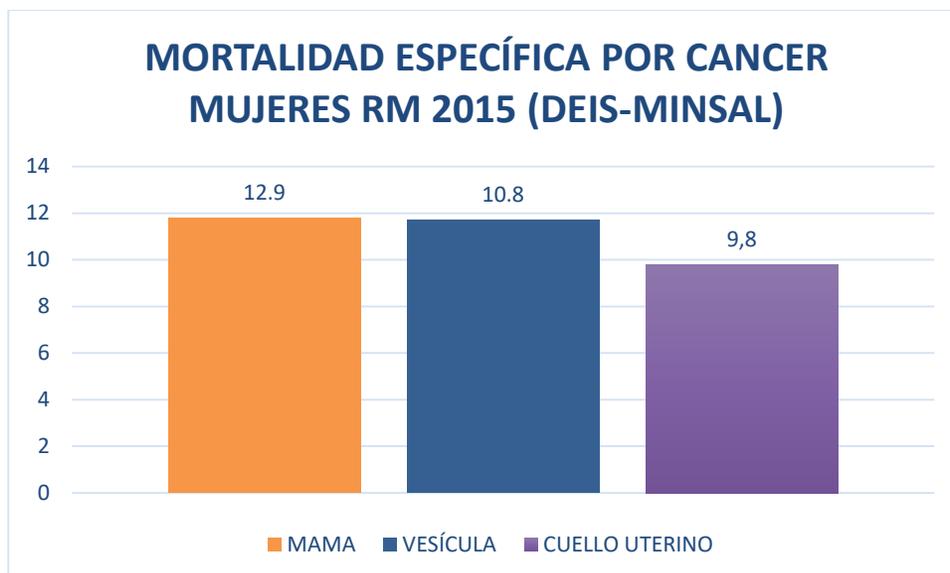
Se observa, en relación a estadísticas de años anteriores, que en general las tasas de los cánceres descritos, tienden a declinar, salvo el de estómago cuya tendencia ha sido de aumento para ambos sexos.



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



En el caso de las mujeres, el cáncer de mama es uno de las causas más frecuente de muerte en Chile, con una tasa de  $12.9 \times 100.000$  mujeres, desplazando al cáncer de vesícula y cuello uterino a un segundo y tercer lugar. (DEIS-MINSAL 2017)



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

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

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

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

## 2. Centro de Rehabilitación (RAM)

El Centro de Rehabilitación para el Adulto Mayor dispondrá para el año 2020, alrededor de 3.600 horas de terapia traumatológica mensuales, lo que beneficiará a 300 pacientes por mes. Su personal está calificado principalmente en la atención de adultos mayores con requerimientos y solicitudes especiales. Además, tienen el conocimiento y capacitación para atender adultos y a jóvenes deportistas con la misma excelencia.

El RAM cuenta con equipamiento de última tecnología con lo que logra entregar una completa atención, para así, recuperar las lesiones de sus pacientes, mejorando sus capacidades funcionales y reintegrarlos a sus actividades normales.

Como en años anteriores, se espera un mayor número de jóvenes dentro de los pacientes, debido a la importancia que se le está dando al deporte y a la actividad física en la comuna. Es importante destacar la mayor longevidad de sus pacientes, lo que conlleva a un mayor número de usuarios con una edad promedio superior los 80 años.

Se espera para este año atender alrededor 400 pacientes en forma mensual, con un total cercano a los 5.488 pacientes para el año 2020.

<b>Pretensión de horas 2020</b>	<b>Total Estimado</b>	<b>5488 Pacientes</b>
	Neurológicas	288 Pacientes
	Hidroterapia - Gimnasia	1400 Pacientes
	Traumatología	3.600 Pacientes
	Trastornos de la Marcha	200 Pacientes

Este gran número de atenciones, obliga a seguir mejorando la gestión de horas, la adhesión del paciente a su tratamiento, aumentar la oferta de prestaciones a los pacientes, renovar el equipamiento y aumentar el espacio físico del gimnasio. Con todo esto, el RAM podrá seguir brindando una atención de calidad y oportuna. Una de las mejoras para el 2020 será contar con un correo electrónico para que los pacientes puedan hacer las consultas de horarios, valores, disponibilidad de horas y enviar sus órdenes médicas de atención para ser evaluados. Como un método de mejorar la atención se dará

prioridad de atención a todos los pacientes mayores de 80 años, con lo cual tendrán hora de evaluación inmediatamente.

El horario de atención seguirá siendo de 08:00 a 20:00 horas, de lunes a viernes durante todos los días del año para poder atender a los pacientes antes o después de sus horarios de trabajo. La oferta de horas que el paciente puede elegir para realizar su tratamiento es de 40.000 aproximadamente en el año.

Como ha sido en años anteriores, las patologías más comunes para este 2020 serán los Hombro Doloroso, Patologías de la Columna Lumbar, Artrosis de Cadera y Rodilla. Ello, obliga a seguir actualizando los conocimientos en estas patologías. Dentro de los menores de 16 años las patologías más comunes son escoliosis y alteraciones posturas en general.

### **Proyecciones 2020**

Con el aumento de los pacientes deportistas y los que realizan actividad física, se están haciendo las gestiones para aumentar el tamaño del gimnasio, con esto podremos incorporar nuevos equipos y maquinas necesarias para el tratamiento de todos nuestros pacientes y seguir siendo un aporte importante en su rehabilitación.

Se seguirá desarrollando el proyecto para atender a los pacientes postrados en el área traumatológica y pacientes dependientes pertenecientes a la comuna, para contribuir a mejorar la condición física de los postrados y lograr la independencia que necesitan los pacientes con dependencia transitoria y así estos puedan acudir al RAM y continuar sus terapias.

Seguir siendo un centro de rehabilitación de referencia a nivel nacional, con procesos claros y pensados en el paciente como una persona y no como una patología.

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

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

Durante el año 2019, el Centro ha entregado 11.014 atenciones odontológicas de especialidad, siendo los pacientes del programa GES 60 años, GES Embarazadas y pacientes particulares los beneficiados.

#### **Atención a pacientes GES:**

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

A octubre del año 2019, el 89% de los pacientes GES 60 requirió tratamiento de especialidad, por lo que se han entregado 3.299 atenciones.

Este programa está orientado a mejorar la calidad de su Salud Oral de este grupo etario, preparándolos en buena forma para enfrentar con salud odontológica óptima la tercera edad.

En relación a las pacientes Ges Embarazadas, a octubre del 2019, el 100% de las pacientes de este programa, requirió prestaciones de especialidad, con un total de 1.100 atenciones a la fecha.

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

### **Atención Particular:**

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

La atención se brinda con un copago preferencial y acreditando su residencia con Tarjeta Vecino vigente. A la fecha ya se han efectuado 6.644 atenciones particulares en las distintas especialidades.

### **Periodoncia:**

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

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

A octubre del 2019, se han entregado 2.944 atenciones que corresponden a 767 pacientes.

### **Rehabilitación Oral:**

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

A octubre del 2019, se han entregado 5.261 atenciones que corresponden a 992 pacientes.

### **Endodoncia:**

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

A octubre del 2019, se han entregado 2.809 atenciones que corresponden a 777 pacientes.

#### Compromiso año 2020

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

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

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

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

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

- Trastornos depresivos
- Trastornos bipolares
- Esquizofrenia primer episodio

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

- 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 el Minsal a través de su Servicio de Salud Metropolitana Oriente (SSMO) y sus convenios, el COSAM atiende al grupo etario, Infanto Juvenil y Adultos.

Por otra parte es de destacar que el COSAM mantiene un Convenio con SENDA- MINSAL por 10 cupos para atender adicciones en adultos dentro del Programa Ambulatorio Intensivo (PAI), lo que ha significado la atención de 25 pacientes de enero a octubre 2019, que proyectado a diciembre serían 30 pacientes. No obstante lo anterior la atención total, efectiva, alcanza a 232 pacientes a octubre, lo que proyectado a diciembre llegaría a 250.

Para dar respuesta a otro problema de salud mental, COSAM a través de instancias de intervención grupal, actualmente está realizando los siguientes talleres:

- Taller Psicoeducativo para pacientes y familiares con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB).
- Taller de Grupo para pacientes con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB).
- Taller de Habilidad para la Vida enfocado a mujeres con diagnóstico de Trastorno de Personalidad.

Para la consecución de los objetivos sanitarios más los distintos convenios que trabaja este centro, adicionado el aumento de la morbilidad en salud mental, COSAM cuenta con una dotación profesional para el año 2019, que está compuesta por:

- 5 Psiquiatras adultos
- 1 Psiquiatra infanto-juvenil
- 5 Psicólogos de adultos
- 1 Psicólogo infantil
- 2 Terapeutas Ocupacionales.

- 2 Trabajadoras sociales
- 2 Secretarias
- 1 Técnico en Rehabilitación
- 1 Mayordomo
- 1 Administrador
- 1 Director

### **Infraestructura COSAM 2019**

En conjunto con la Dirección de Salud, durante el año 2019 se mantienen las políticas de mantención de los espacios públicos, como estacionamientos y jardines, entregando todas las comodidades y facilidades, tanto a usuarios como a funcionarios.

Cabe mencionar que anualmente, en la encuesta de satisfacción usuaria, COSAM, obtiene una alta aprobación.

### **Botiquín COSAM**

Durante este año el Botiquín COSAM ha continuado con la entrega de medicamentos gratuitos, crónicos y controlados a más de 450 pacientes mensuales que retiran un promedio 700 recetas con más de 131.000 comprimidos, facilitando el acceso y entrega de medicamentos a nuestros usuarios.

### **Proyecciones 2020:**

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

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

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

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

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

## **Estadísticas**

Durante este año al mes de octubre 2019, el COSAM ha tenido un total de atenciones profesionales, desglosadas de la siguiente forma:

## Atenciones de enero a octubre 2019

ATENCIONES 2019													
Profesional	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Octubre	Nov	Dic	Total
Dr Fasani	153	133	149	128	131	112	113	120	120	139			1298
Dr Testa	95	73	105	122	81	43	56	82	60	105			822
Dra Rojas	91	174	163	174	160	126	122	109	139	153			1411
Dra Reinhart	49	39	42	35	28	37	35	27	30	26			348
Dra Bertossi	115	51	83	102	89	79	54	60	68	92			793
Dr Labra						34	52	79	62	118			345
	<b>503</b>	<b>470</b>	<b>542</b>	<b>561</b>	<b>489</b>	<b>431</b>	<b>432</b>	<b>477</b>	<b>479</b>	<b>633</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5017</b>
G.Tapia	63	74	90	103	85	66	62	51	59	95			748
M.Guiñez	50	31	26	42	35	34	39	21	32	47			357
M. Abhufele	108	44	92	97	97	90	52	61	71	86			798
C.OVALLE	31	71	76	117	56	66	72	66	27	68			650
M.Jabbaz	49	21	44	59	46	49	37	8	14				327
C.Rodriguez	36	43	64	60	20	66	51	49	36	39			464
C.Reyes	24	29	30	38	36	28	29	24	20	25			283
	<b>361</b>	<b>313</b>	<b>422</b>	<b>516</b>	<b>375</b>	<b>399</b>	<b>342</b>	<b>280</b>	<b>259</b>	<b>360</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3627</b>
Pedro Flores	93	74	83	129	78	71	90	64	68	48			798
M.Jose Beytia	79	66	93	151	81	22	75	67	57	95			786
A. Gamio	18	14	32	55	32	36	32	22	8	7			256
C.Maritnez	109	53	123	143	108	112	94	87	58	85			972
	<b>299</b>	<b>207</b>	<b>331</b>	<b>478</b>	<b>299</b>	<b>241</b>	<b>291</b>	<b>240</b>	<b>191</b>	<b>235</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2812</b>
<b>TOTAL</b>													<b>11456</b>

## Número de Pacientes por Profesional 2019

NUMERO DE PACIENTES 2019													
Profesional	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Octubre	Nov	Dic	Total
Dr Fasani	121	103	118	101	124	94	95	98	99	80			1033
Dr Testa	62	51	82	74	60	36	41	54	43	50			553
Dra Rojas	47	136	132	131	126	103	87	67	110	103			1042
Dra Reinhart	30	23	27	27	24	28	19	14	23	25			240
Dra Bertossi	88	41	71	82	75	65	40	34	51	68			615
Dr Labra						27	40	50	42	64			223
	<b>348</b>	<b>354</b>	<b>430</b>	<b>415</b>	<b>409</b>	<b>353</b>	<b>322</b>	<b>317</b>	<b>368</b>	<b>390</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>3706</b>
G.Tapia	37	22	31	30	30	25	18	26	23	22			264
M.Guiñez	19	18	14	17	14	20	17	15	16	19			169
M. Abhufele	38	26	39	27	22	28	21	24	22	21			268
C.OVALLE	18	17	18	16	43	21	47	31	18	14			243
M.Jabbaz	12	10	14	9	8	19	14	8	6	0			100
C.Rodriguez	16	24	17	23	14	25	16	26	18	21			200
C.Reyes	10	10	10	9	19	12	15	12	7	8			112
	<b>150</b>	<b>127</b>	<b>143</b>	<b>131</b>	<b>150</b>	<b>150</b>	<b>148</b>	<b>142</b>	<b>110</b>	<b>105</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1356</b>
Pedro Flores	37	27	30	35	50	28	39	28	29	17			320
M.Jose Beytia	19	24	17	28	22	17	26	20	16	21			210
A. Gamio	1	7	6	6	4	19	7	8	11	8			77
C.Maritnez	23	15	21	27	20	30	24	22	17	19			218
	<b>80</b>	<b>73</b>	<b>74</b>	<b>96</b>	<b>96</b>	<b>94</b>	<b>96</b>	<b>78</b>	<b>73</b>	<b>65</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>825</b>
<b>TOTAL</b>													<b>5887</b>

## Totales por Estamento Profesional 2019

	ATENCIONES 2019				
	PSQ	PSIC	TO	T.SOCIAL	Tecnico Rehab
Enero	348	150	56	1	23
Febrero	354	127	51	7	15
Marzo	430	143	47	6	21
Abril	415	131	63	6	27
Mayo	409	150	72	4	20
Junio	353	150	45	19	30
Julio	322	148	65	7	24
Agosto	317	142	48	8	22
Septiembre	368	110	45	2	17
Octubre	390	105	38	8	19
Noviembre					
Diciembre					
<b>Total</b>	<b>3706</b>	<b>1356</b>	<b>530</b>	<b>68</b>	<b>218</b>

### 5. Laboratorio Clínico:

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

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

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

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

El Laboratorio Clínico contempla para el año 2020, evaluar la factibilidad de conexión electrónica de su sistema informático integral con la ficha clínica electrónica de los Centros de Salud, con el propósito de registrar los exámenes de laboratorio correspondientes en la ficha de los usuarios.

En este contexto, por el momento se está ofreciendo a los vecinos el acceso de sus exámenes realizados vía página web y la factibilidad de impresión de exámenes en torre de autoimpresión ubicada en el primer piso del Cesfam Dr. Ariztía, en tanto que para nuestros profesionales de salud el acceso a los resultados de los exámenes vía intranet.

### **Orientaciones Técnico Administrativas:**

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

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

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

### **Estadísticas:**

- Durante el año 2018, se realizó un total de 381.429 exámenes de laboratorio.

- Para este año 2019, se estima la realización alrededor de 412.000 exámenes en total y para el año 2020, se espera un crecimiento alrededor de un 2 %, respecto al año 2019.

### **Proyecciones 2020:**

- 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.
- Evaluación de Integración electrónica del sistema informático del laboratorio con la ficha clínica electrónica de los Centros de Salud.
- Énfasis en la coordinación con los Centros de Salud, para optimizar el uso de los exámenes de laboratorio, centrado en un trabajo en equipo y en la mejora continua.

## **6. Servicios de Oftalmología**

La demanda de atención en oftalmología sigue en aumento , pacientes adultos mayores y jóvenes solicitan evaluación de especialidad permanentemente, siendo una de las mayores demandas de atención en los centros de salud de Las Condes.

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

Un aumento considerable en la población joven para acceder a esta atención, también hace necesario de disponer de una adecuada respuesta a esta necesidad. Por otra parte, el creciente aumento de adultos mayores inscritos en los centros de salud de la comuna que están insertos en forma activa en la sociedad hace que demanden este servicio anualmente. Gran parte de esta población ha accedido previamente a esta unidad por lo que cada día es menor la población nueva sin previa atención de oftalmólogo.

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

Por este motivo, se han desarrollado diversas estrategias para satisfacer la alta demanda de atención. El año 2019 se aumentó el número de horas de atención de tecnóloga médica con el fin de disponer de una jornada más para la atención de adultos mayores. Con estas horas adicionales, el tiempo de espera se acorta para los adultos mayores.

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

Los programas ministeriales, le dan obligatoriedad a la atención del adulto mayor con la garantía GES de vicios de refracción en pacientes mayores de 65 años con una garantía de oportunidad de 180 días desde la derivación por la APS a la especialidad, es por ello que debemos dar cumplimiento cabal a los plazos definidos por ley.

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 2020**

Para el año 2020 es necesario la renovación de algunos equipos que ya han cumplido su vida útil. Es imprescindible contar con implementos en óptimo estado que ayuden y agilicen las atenciones de pacientes. Por otra parte, es necesario mantener en conjunto con los centros de salud la revisión de protocolos de citación del adulto joven, con el fin de evitar el ausentismo sin justificación y pérdidas de horas asignadas; revisar en conjunto con los centros de salud los protocolos de derivación de adultos mayores a esta unidad con el fin de evitar asignar horas a pacientes que corrijan adecuadamente con sus lentes. De esta forma, se optimizará la atención y cobertura a pacientes que tengan real necesidad de revisar la corrección óptica, persistir en la estrategia de oferta de horas combinadas entre el especialista oftalmólogo y la tecnóloga médica especialista en oftalmología.

Para realizar esta actividad se hace necesario el apoyo de personal técnico paramédico, secretaria, digitador y coordinador de la unidad que acompañen este proceso que obliga a llevar un alto nivel de registros, conocer y mejorar el

manejo de la nueva ficha RAYEN para que esta actividad administrativa sea facilitada por esta nueva ficha electrónica y así responder también a los programas ministeriales que controlan el proceso cada día con mayores exigencias para la asignación de recursos.

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

La Dirección de Salud de Las Condes sigue desarrollando su trabajo coordinado con el Departamento de Desarrollo Comunitario (Decom) de la comuna para otorgar atenciones médicas a los residentes de Las Condes en la Clínica Cordillera de Las Condes.

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

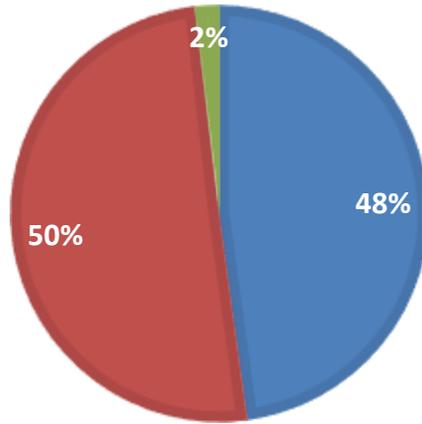
La Clínica Cordillera realiza permanentemente programas para determinadas prestaciones a un bajo costo, en el marco del Programa Salud para Todos.

## VI. PRESUPUESTO AÑO 2020

		2.019	2.020	VARIACIÓN 2019 - 2020	
		M\$	M\$	M\$	%
Subvención	Ministerio	9.417.230	9.131.000	-286.230	-3,0%
Salud					
Subvención	Municipal	8.538.000	9.606.492	1.068.492	12,5%
Operación					
Otros Ingresos		340.000	350.200	10.200	3,0%
<b>Total Ingresos</b>		<b>18.295.230</b>	<b>19.087.692</b>	<b>792.462</b>	<b>4,3%</b>
Gasto en Personal		10.989.653	11.883.363	893.710	8,1%
Programas		230.000	236.900	6.900	3,0%
Gastos	de	7.075.577	6.967.429	-108.148	-1,5%
Funcionamiento					
<b>Total Egresos</b>		<b>18.295.230</b>	<b>19.087.692</b>	<b>792.462</b>	<b>4,3%</b>

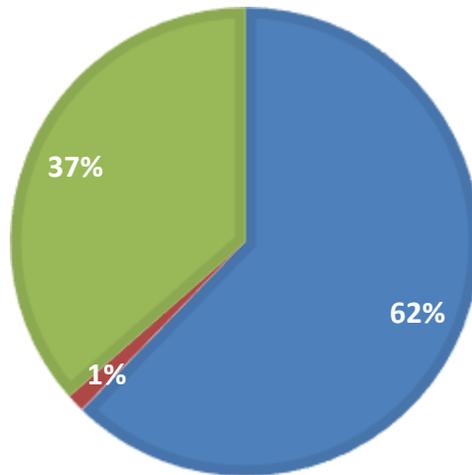
## DISTRIBUCIÓN INGRESOS 2020

- Subvención Ministerio Salud
- Subvención Municipal Operación
- Otros Ingresos



## DISTRIBUCIÓN EGRESOS 2020

- Gasto en Personal
- Programas
- Gastos de Funcionamiento



## Presupuesto Inversión 2020

Inversión para Funcionamiento Salud	2019	2020	VARIACIÓN 2019 - 2020	
	M\$	M\$	M\$	%
Licencias de Software, Antivirus y Actualización Equipo. Tecnológico	60.000	50.000	-10.000	-16,7%
Renovación de Mobiliarios y Equipamiento Salud	100.000	90.000	-10.000	-10,0%
Obras de Reparación y Mantenimiento Anual Ocho Centros de Salud	440.000	453.200	13.200	3,0%
<b>Subtotal Inversión Funcionamiento Salud</b>	<b>600.000</b>	<b>593.200</b>	<b>-6.800</b>	<b>-1,1%</b>
Inversión en Infraestructura Salud	2019	2020	VARIACIÓN 2019 - 2020	
	\$	\$	\$	%
Seguridad - mejora red de cámaras CESFAM	0	30.000	30.000	100,0%
Mejoras baño de personal CESFAM Aníbal Ariztía	0	80.000	80.000	100,0%
Mejora Infraestructura CESFAM Apoquindo y Ariztia Traslado a Nuevas Dependencias	160.000	160.000	0	0,0%
<b>Subtotal Inversión Infraestructura Salud</b>	<b>160.000</b>	<b>270.000</b>	<b>110.000</b>	<b>68,8%</b>
<b>Total Inversión Salud</b>	<b>760.000</b>	<b>863.200</b>	<b>103.200</b>	<b>13,6%</b>

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

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

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

# ANEXOS

PLAN DE SALUD CESFAM APOQUINDO

PRIORIDADES SANITARIAS

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 transmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	$(\text{Población con consulta nutricional al 5º mes} / \text{Total de población bajo control de 5 a 11 meses}) * 100$	80%	REM
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	$(\text{Población con consulta a los 3 años y 6 meses} / \text{Población bajo control entre 42 y 47 meses}) * 100$	50%	REM
PROMOCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Aumentar el número de padres (hombres) que participan en los controles de salud de sus hijos e hijas.	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa 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.	$(N^{\circ} \text{ de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente} / N^{\circ} \text{ de niños/as eutróficos bajo control, en cada control correspondiente}) * 100$	60%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 5 años bajo control.	$(N^{\circ} \text{ de madres, padres o cuidadores(as) de niños(as) menores de 5 años que ingresan a talleres Nadie es Perfecto} / \text{Población bajo control de niños(as) menores de 5 años}) * 100$	5%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Control de salud a niñas y niños de 24 a 71 meses inscritos en establecimiento de salud.	$(N^{\circ} \text{ de controles de salud de niñas/os de 24 a 71 meses} / N^{\circ} \text{ total de niñas/os de 24 a 71 meses bajo control})$	80%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Control de salud a niñas y niños de 6 a 9 años inscritos en establecimiento de salud.	$(N^{\circ} \text{ de controles de salud de niñas/os de 6 a 9 años} / N^{\circ} \text{ total de niñas/os de 6 a 9 años bajo control})$	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)	$(N^{\circ} \text{ de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)} / \text{total control de salud de niñas/os de 7 a 11 meses bajo control}) * 100$	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 / N° 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) / N° 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 / N° 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 / N° 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 2° y 6° meses de edad con aplicación de escala de Edimburgo	(Nº de aplicaciones de escala de Edimburgo realizadas a niñas y niños de 2° y 6° mes / N° Total control de ciclo vital de niñas y niños de 2° y 6° mes)*100	90%	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 3° mes de edad por médico	(Nº de controles realizados a niñas y niños de 3 meses / N° 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 / N° total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 59 meses)* 100	90%	REM

PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años.	(Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días/total de niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días)*100	85%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años.	(Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años/total de niños/as entre los 5 y los 10 años)*100	85%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de esquema primario en niños/as 2, 4 y 6 meses	(Administración de esquema primario en niños/as de 2, 4 y 6 meses/Total de niños/as de 2, 4 y 6 meses)*100 ( el esquema primario incluye administración de pentavalente + Polio a los 2, 4 y 6 meses de edad)	95%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna definidas en calendario PNI al año de vida.	(Nº de niños/as de 1 año con vacuna definidas en calendario PNI administrada / Nº de niños de 1 año)*100	95%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administrar primera dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan cuarto año básico.	(Nº de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4º básico/Nº de niñas matriculadas en 4º básico)*100	95%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna Trivirica Y DTP(a) en primero básico	Nº de niños/as de 1º año básico con dosis de vacuna Trivirica 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	29%	REM
PREVENCION Y TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en niños de 6 años.	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 6 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Evaluación y atención odontológica integral a todos los niños de 6 años.	Nº de niños de 6 años con alta odontológica total / Nº de niños de 6 años inscritos x 100	79%	REM
PREVENCION Y TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 7 años.	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años, a través de mejorar la adherencia y cobertura al control de salud desde las primeras etapas de la infancia	Evaluación de estado de salud bucal de la población menor de 3 años, que incluye charla educativa individual.	(Nº de niños y niñas menores de 3 años con registro ceod= 0 / Nº de niñas(os) menores de 3 años de la población bajo control infantil)*100	50%	REM
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Fortalecer intervenciones educativas relacionadas con los problemas de salud más prevalentes en la infancia	Educación grupal a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA en época de baja circulación viral	(Nº de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y/o cuidadores ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ Nº total de niños menores de 1 año bajo control)*100	20%	REM

PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	Visitas domiciliaria a niños y niñas residentes en la comuna con score alto de riesgo de morir de neumonía.	(Nº de niños y niñas menores de 7 meses (residente en la comuna) con score de riesgo alto de morir de neumonía que recibe visita domiciliaria integral / Nº de niños y niñas menores de 7 meses (residente en la comuna) con score de riesgo alto de morir de neumonía *100	100%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit de su desarrollo psicomotor	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo	(Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias (residente en la comuna) con niño o niña con déficit de DSM / Nº total de niñas y niños menores de 5 años (residente en la comuna) diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor)*100	100%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit de su desarrollo psicomotor	Reevaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	(Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses) *100	75%	REM
TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar la cobertura de pacientes con IRA baja en menores de 5 años de manejo ambulatorio	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con IRA baja en menores de 5 años de manejo ambulatorio en la atención primaria de salud.	(Nº de niños y niñas < 5 años con IRA baja con manejo ambulatorio / Nº de niños y niñas <5 años con diagnóstico de IRA baja de manejo ambulatorio)*100	100%	SIGGES
TRATAMIENTO	Disminuir la morbi-mortalidad prematura por (asociada a) asma bronquial	Aumentar la cobertura de pacientes con diagnóstico de asma bronquial en menores de 15 años	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica y tratamiento de población <15 años con diagnóstico de asma bronquial	(Nº de niños y niñas con manejo y tratamiento de asma bronquial / Nº de niños y niñas con diagnóstico de asma bronquial)*100	100%	SIGGES
TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años en la atención primaria de salud	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud.	(Nº de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años / Nº de niños y niñas de 0 a 9 años con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial esperados según prevalencia)*100	20%	REM
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en menores de 20 años	Urgencia Odontológica ambulatoria en menores de 20 años	(Nº total de consultas odontológicas de urgencia GES en menores de 20 años realizadas/ 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

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

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PROMOCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva a adolescentes de 13 a 18 años en colegios, con énfasis en prevención de ITS y acceso a test rápido de VIH	Talleres realizados durante el año/Talleres programados para ese año	80%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar la disminución de peso durante la gestación, con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes adolescentes y jóvenes con malnutrición por déficit.	(Nº de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por déficit, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por déficit)* 100	80%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes adolescentes y jóvenes con malnutrición por exceso.	(Nº de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por exceso, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por exceso)* 100	60%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestantes (10 a 19 años) en riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 19 años con riesgo psicosocial.	Nº de adolescentes gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (residente en la comuna) con VDI/ Nº de adolescentes gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (residente en la comuna)*100	100%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre de 10 a 19 años y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Primer control de salud de la puerpera de 10 a 19 años y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	(Nº de controles de salud integral a puerperas de 10 a 19 años y su recién nacido dentro de los 10 días de vida / Nº total de ingresos de RN de puerperas de 10 a 19 años)*100	70%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes de 10 a 19 años con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario a todas las gestantes de 10 a 19 años con factores de riesgo de parto prematuro	(Nº de gestantes 10 a 19 años con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes 10 a 19 años con riesgo de parto 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 2° control prenatal.	(Nº de gestantes que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° 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	19%	REM
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar la cobertura de vacunación	Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a adolescentes que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico	(Nº de niñas adolescentes con segunda dosis de vacuna VPH que cursan 5º básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico/Nº de niñas adolescentes matriculadas en 5º básico que recibieron 1ª dosis el año anterior) *100	95%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la DTP(a) en octavo básico	Nº de niños/as de 8º año básico con dosis de vacuna DTP(a) administrada/ Matrícula niños/as 8º básico año en curso *100	95%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna DTP(a) a las adolescentes con embarazo de 28 semanas y más	Nº de adolescentes entre los 10 y 19 años embarazadas de 28 y más semanas vacunadas con DTP(a) / N°Total adolescentes entre los 10 y 19 años embarazadas de 28 y más semanas)*100.	85%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los (as) adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 19 años.	(Nº de adolescentes y jóvenes entre los 10 y 19 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza / Total de adolescentes y jóvenes entre 10 y 19 años portadores de enfermedades crónicas) *100.	85%	RNI

PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las adolescentes con embarazo de 13 semanas y más	N° de adolescentes entre los 10 y 19 años embarazadas de 13 y más semanas vacunadas con anti-influenza / N° Total adolescentes entre los 10 y 19 años embarazadas de 13 y más semanas) *100.	85%	RNI
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población de 10 a 24 años con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de adolescentes y jóvenes (10-19 años) asmáticos bajo control	(N° de población 10 a 19 años asmática controlada / N° de personas de 10 a 19 años asmáticas años) *100	80%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad perinatal	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada adolescente.	(N° 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	(N° de adolescentes con manejo y tratamiento de asma bronquial / N° 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.	(N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/ N° Total de adolescentes de 12 años inscritos y validados) *100	74%	REM
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en adolescentes	Urgencia Odontológica ambulatoria en adolescentes	(N° total de atenciones odontológicas de urgencia GES en adolescentes realizadas el año actual / N° consultas odontológicas de urgencia GES adolescente inscrita año actual) *100	100%	REM
PREVENCION Y TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años.	Mejorar y mantener la salud bucal de menores de 20 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	Evaluación y atención odontológica integral a todos los en menores de 20 años.	N° de adolescentes inscritos de entre 10 a <20 años con alta odontológica total / N° de adolescentes de 10 a <20 años inscritos x 100	29%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población menor de 10 a 19 años con problemas de consumo de OH y/o drogas	Brindar atención integral y oportuna a personas menores de 10 a 19 años con problemas o trastornos mentales por consumo perjudicial de alcohol y drogas	(N° de adolescentes de 10 a 19 años intervenidos por consumo de OH y drogas/ N° de adolescentes de 10 a 19 años BC por trastornos mentales por consumo perjudicial de alcohol y drogas) *100	100%	SIGGES
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población de 10 a 19 años	Brindar atención integral y oportuna a población de 10 a 19 años con problemas o trastornos mentales por consumo perjudicial de alcohol y drogas	Población adolescente de 10 a 19 años bajo control por trastorno mental / Población de adolescentes de 10 a 19 años inscrita validada x prevalencia de 22%	20%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Brindar atención integral a personas víctimas de violencia de género en población de adolescentes de 10 a 19 años	N° de adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género ingresadas a tratamiento/ N° de adolescentes de 10 a 19 años víctimas de violencia de género pesquisadas) *100	100% (en 2017 no se presentó ningún caso)	REM

## CUIDADOS DE LA SALUD DE LA POBLACION ADULTA

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	$(N^{\circ} \text{ de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 20 a 64 años ingresos respiratorios a sala ERA} / (N^{\circ} \text{ total de ingresos respiratorios entre 20 y 64 años a sala ERA}) * 100$	50%	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)	$(N^{\circ} \text{ de gestantes que ingresan a educación grupal Preparación para el parto y crianza} / N^{\circ} \text{ total gestantes que ingresan a control prenatal}) * 100$	65%	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.	$(N^{\circ} \text{ de gestantes bajo control con malnutrición por déficit, con consulta nutricional} / N^{\circ} \text{ total de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por déficit}) * 100$	80%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	$(N^{\circ} \text{ de gestantes bajo control con malnutrición por exceso, con consulta nutricional} / N^{\circ} \text{ total de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por exceso}) * 100$	60%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario a todas las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro	$(N^{\circ} \text{ de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario} / N^{\circ} \text{ total de gestantes con riesgo de parto prematuro}) * 100$	100%	SIGGES
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	$N^{\circ} \text{ de EMPA realizados a población adulta inscrita validada} / \text{Población Total adulta inscrita validada} - \text{población adulta BC PSCV} * 100$	20%	REM
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 20 a 64 años aplicando pauta de protocolo.	$(N^{\circ} \text{ de examen de medicina Preventiva (EMP) realizado en población masculina de 20 a 64 años} / \text{Población masculina de 20 a 64 años inscrita menos población masculina de 20 a 64 años BC en PSCV}) * 100$	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.	$(N^{\circ} \text{ de examen de medicina Preventiva (EMP) realizado en población femenina de 45 a 64 años} / \text{Población femenina de 45 a 64 años inscrita menos población femenina de 45 a 64 años BC en PSCV}) * 100$	29%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar y derivar al equipo psicosocial a las gestantes con riesgo psicosocial	Detectar y derivar gestantes con riesgo psicosocial, según pauta EPSA.	$(N^{\circ} \text{ de gestantes adultas con riesgo psicosocial residentes en la comuna con VDI} / N^{\circ} \text{ total de gestantes adultas residentes en la comuna detectadas con riesgo psicosocial}) * 100$	100%	REM

PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino.	Realizar toma de PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años	(Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años / Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas)*100	58%	Citoexpert
PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Mantener la cobertura de controles de salud de la mujer en edad de climaterio.	Control de salud integral de la mujer adulta en etapa de climaterio.	(Nº de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio/ Nº de mujeres adultas de 50 años y más inscritas validadas)*100	25%	REM
PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Categorizar a las mujeres de 45 a 64 años, según Escala MRS al ingreso a control por climaterio, según Orientación Técnica	Aplicación de la Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio	(Nº de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control/ Nº total de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio)*100	10%	REM
PREVENCIÓN	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV	(Nº de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / Nº total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al corte)* 100	70% de las personas adultas diabéticas o hipertensas clasificadas	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 con evaluación y plan de manejo	REM
PREVENCIÓN	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar (pacientes inscritos validados residentes en la comuna).	(Nº de auditorías realizadas a casos de 20 a 64 años que fallecen en su domicilio por neumonía (pacientes inscritos validados residentes en la comuna) / Nº de casos de 20 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonía (pacientes inscritos validados residentes en la comuna))*100	50% de auditorías realizadas	Plataforma PVS
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los adultos con enfermedades crónicas entre los 20 y 64 años.	Nº de adultos entre 20 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza /Total de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas) *100.	85%	RNI
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las mujeres adultas BC embarazadas con 13 semanas y más de gestación	Nº de gestantes adultas con 13 y más semanas de gestación vacunados con anti-influenza / Total gestantes adultas con 13 y mas semanas de gestación) *100.	85%	RNI
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna DTP(a) a las mujeres adultas embarazadas con 28 semanas y más de gestación	Nº de gestantes adultas con 28 y más semanas de gestación vacunados con DTA(a)/ Total gestantes adultas con 28 y mas semanas de gestación) *100.	85%	RNI
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial y EPOC bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos y EPOC de 20 a 64 años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población adulta asmática o EPOC bajo control controlada / Proporción de población adulta asmática o EPOC bajo control en sala ERA)*100	20%	REM

ATENCION INTEGRAL	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	(N° de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas de 20 a 64 años del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa /N° de población bajo control de 20 a 64 años en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa )	A lo menos 2 VDI anuales a personas con dependencia severa.	REM
TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	(N° de Visitas Domiciliarias de tratamiento y seguimiento recibidas por personas de 20 a 64 años del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa /N° de población bajo control de 20 a 64 años en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa )	A lo menos 6 Visitas Domiciliarias de tratamiento y seguimiento anuales a personas con dependencia severa.	REM
PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de Escaras (Úlcera por presión).	(N° de personas de 20 a 64 años sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /N° de población bajo control de 20 a 64 años en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100	92% y más de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa no presentan UPP	REM
PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	(N° de cuidadores de personas de 20 a 64 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/N° de cuidadores de personas de 20 a 64 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa)*100	60%	REM
PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente	(N° de Cuidadores de personas de 20 a 64 años con dependencia severa Capacitados / N° Total de cuidadores de personas con dependencia severa)*100	75% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.	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 en PSCV por diabetes)*100	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)* 100	80%	REM
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 20 a 64 años.	Optimizar la cobertura de hipertensión en personas de 20-64 años	(Nº de personas hipertensas de 20-64 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 20-64 años estimados en la población inscrita validada)*100	77%	REM Población estimada según 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 20 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-64 años	(Nº de personas hipertensas de 20-64 años bajo control con (PA <140/90)/Nº de personas hipertensas de 20-64 años bajo control en PSCV)*100	58%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 20-64 años.	Optimizar la cobertura de diabetes en personas de 20-64 años	(Nº de personas diabéticas de 20 a 64 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 20-64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)*100	59%	REM, ENS 2009 (10%)
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 20-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-64 años	(Nº de personas diabéticas de 20-64 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 20-64 años bajo control en PSCV)	35%	REM
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en población adulta.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en población adulta	Urgencia Odontológica ambulatoria en adultos	(Nº total de atenciones odontológicas de urgencia GES en adultos de 20 a 64 años realizadas el año actual / Nº consultas odontológicas de urgencia GES en adultos de 20 a 64 años inscrita año actual)*100	100%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población de 20 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a población de 20 a 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Población de 20 a 64 años bajo control por trastorno mental / Población de adolescentes de 20 a 64 años inscrita validada x prevalencia de 22%	20%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta de 20 a 64 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta de 20 a 64 años	(Nº de personas adultas de 20 a 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género / Nº de personas adultas de 20 a 64 años víctimas de violencia de género pesquiasadas)*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	(Nº de personas de 20 a 64 años con patología GES atendidas/Nº total de personas de 20 a 64 años con patología GES)*100	100%	SIGGES

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 en PSCV por diabetes))*100	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) * 100	80%	REM
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 20 a 64 años.	Optimizar la cobertura de hipertensión en personas de 20-64 años	(Nº de personas hipertensas de 20-64 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 20-64 años estimados en la población inscrita validada)*100	77%	REM Población estimada según 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 20 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-64 años	(Nº de personas hipertensas de 20-64 años bajo control con (PA <140/90)/Nº de personas hipertensas de 20-64 años bajo control en PSCV)*100	58%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 20-64 años.	Optimizar la cobertura de diabetes en personas de 20-64 años	(Nº de personas diabéticas de 20 a 64 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 20-64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)*100	59%	REM, ENS 2009 (10%)
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 20-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-64 años	(Nº de personas diabéticas de 20-64 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 20-64 años bajo control en PSCV)	35%	REM
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en población adulta.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en población adulta	Urgencia Odontológica ambulatoria en adultos	(Nº total de atenciones odontológicas de urgencia GES en adultos de 20 a 64 años realizadas el año actual / Nº consultas odontológicas de urgencia GES en adultos de 20 a 64 años inscrita año actual)*100	100%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población de 20 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a población de 20 a 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Población de 20 a 64 años bajo control por trastorno mental / Población de adolescentes de 20 a 64 años inscrita validada x prevalencia de 22%	20%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta de 20 a 64 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta de 20 a 64 años	(Nº de personas adultas de 20 a 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género / Nº de personas adultas de 20 a 64 años víctimas de violencia de género pesquiasadas)*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	(Nº de personas de 20 a 64 años con patología GES atendidas/Nº total de personas de 20 a 64 años con patología GES) *100	100%	SIGGES

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

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	$(N^{\circ} \text{ de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 65 y más años ingresos respiratorios a sala ERA} / (N^{\circ} \text{ total de ingresos respiratorios entre 65 y más años a sala ERA)}) * 100$	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)	$(N^{\circ} \text{ de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva} / \text{Población inscrita de 65 años y más validada por FONASA}) * 100$	48%	REM
ATENCION INTEGRAL	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	$(N^{\circ} \text{ de VDI recibidas por personas de 65 años y más del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa} / N^{\circ} \text{ de población bajo control de 65 años y más en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa})$	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas de 65 y más años con dependencia severa.	REM
TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	$(N^{\circ} \text{ de visitas domiciliarias de tratamiento y seguimiento recibidas por personas de 65 años y más del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa} / N^{\circ} \text{ de población bajo control de 65 años y más en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa})$	A lo menos 6 visitas domiciliarias de tratamiento y seguimiento anuales a personas de 65 y más años con	REM
PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de Escaras (Úlcera por presión).	$(N^{\circ} \text{ de personas de 65 y más años sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa} / N^{\circ} \text{ de población bajo control de 65 y más años en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa}) * 100$	92% y más de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa no presentan UPP	REM
PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	$(N^{\circ} \text{ de cuidadores de personas de 65 y más años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit} / N^{\circ} \text{ de cuidadores de personas de 65 y más años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa}) * 100$	60%	REM
PREVENCION	Mejorar la calidad de vida del paciente postrado y su cuidador	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente	$(N^{\circ} \text{ de Cuidadores de personas con dependencia severa Capacitados} / N^{\circ} \text{ Total de cuidadores de personas con dependencia severa}) * 100$	75% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.	REM

PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna Neumocócica en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica a los usuarios de 65 años y más de edad	(Nº de personas de 65 y más años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica /Nº Total de personas de 65 y más años)*100	85%	RNI
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad	(Nº de personas de 65 años y más vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/Nº Total de personas de 65 años y más inscritos y validados)*100	85%	RNI
PREVENCIÓN	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas de 65 años y más en PSCV	(Nº de adultos de 65 años y más hipertensos y/o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de adultos de 65 años y más bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al corte)* 100	70% de las personas adultas diabéticas o hipertensas clasificadas	REM
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(Nº de mujeres adultas de 65 y más años en control ginecológico preventivo /Nº total de mujeres adultas de 65 y más años inscritas y validadas )*100	30%	REM
PREVENCION	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes de mujeres adultas mayores por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 65 a 69 años	(Nº de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ 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)/N° 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 incluídas en el GES	Mejorar la calidad de atención de las personas, garantizando el diagnóstico y tratamiento de patologías GES de atención primaria en población de 65 y más años	Cumplir flujograma de acuerdo a Guías Clínicas y Listado de Prestaciones Específico para Atención Primaria según patología GES	(Nº de personas de 65 y más años con patología GES atendidas/Nº total de personas de 65 y más años con patología GES))*100	100%	SIGGES

### INDICADORES ESTRATEGIAS DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	FUENTE
ATENCION INTEGRAL	Fomentar dinámicas familiares sanas que permitan el desarrollo de todos sus integrantes	Tamizar las familias	Aplicación de encuesta de riesgo familiar SALUFAM	N° de familias evaluadas con encuesta SALUFAM/N° de familias nuevas inscritas X 100	30%	REM P7
ATENCION INTEGRAL	Fomentar dinámicas familiares sanas que permitan el desarrollo de todos sus integrantes	Abordar integralmente al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención	N° de familias con plan de intervención /N° de familias evaluadas con riesgo moderado-alto	80%	Registros sector

### INDICADORES ESTRATEGIAS DE PROMOCION COMUNAL

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	FUENTE
PROMOCION	Fortalecer el vinculo existente entre equipo de salud y organizaciones sociales.	Aumentar y mejorar las actividades programadas entre los equipos de salud y la comunidad organizada.	Equipos de salud generan plan de trabajo en conjunto con organizaciones sociales para promover actividades educativas y el fortalecimiento de la red.	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas	100% del plan de trabajo ejecutado	REM 19
PROMOCION	Contribuir a la creación de conciencia y conocimiento respecto a problemas vinculados con estilos de vida saludables	Aumentar las conductas de autocuidado en adolescentes de colegios vinculados al CESFAM Apoquindo a través de Comisión Mixta.	Actividades educativas con los colegios del territorio a través de talleres en torno a Adolescencia y autocuidado	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas	100% de actividades realizadas (Talleres Adolescencia y autocuidado)	REM 19
PROMOCION	Fomentar hábitos saludables y conocimientos en materia de actividad física y alimentación saludable	Disminuir los niveles de sedentarismo y obesidad en los usuarios y comunidad.	Hitos comunicacionales de Promoción de la Salud (3): Realizar educación grupal en torno a temática vinculada a alimentación saludable y actividad física	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas	100% de las actividades de hitos comunicacional es 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 mayores de 15 años)*100	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 pacientes TBC
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 N° 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 (baciloscopía, PCR o cultivo).	(Nº de contactos estudiados / N° de contactos censados) *100	90%	Informe de Evaluación del programa
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 programa
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Aplicar el Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono.	(Nº de pacientes con score de riesgo identificados/ N° de pacientes ingresados a tratamiento)*100	100%	Tarjeta de tratamiento

TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Visita Domiciliaria a todos los casos (residentes en la comuna) que ingresan a tratamiento	(Nº de pacientes (residentes en la comuna) ingresados a tratamiento /Nº de visitas domiciliarias realizadas)*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	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 técnica)*100	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 técnica)*100	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 según score de riesgo del paciente)*100	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.

**CENTRO DE SALUD FAMILIAR DR. ANÍBAL ARIZTÍA**  
**CUIDADOS DE LA SALUD DE LA POBLACION INFANTIL (0 a 9 AÑOS)**

NIVEL	Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Indicadores
PROMOCION	Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6º mes de vida.	Mantener cobertura LME a los 6 meses en 62,3%	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Entrega guía anticipatoria lactancia materna en todas las edades antes del 6º mes</li> <li>*Celebrar semana de lactancia</li> <li>*fortalecer comité de lactancia materna</li> <li>*educación continua a profesionales que atienden niños</li> </ul>	<p>Educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva.</p> <p>Fomentar uso de cojín de lactancia, Evaluar y reforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud de niña y niño.</p> <p>Favorecer las clínicas de lactancia, asegurando el buen uso de los maletines de lactancia entregados.</p>	(Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida / Nº de lactantes controlados al 6to mes)*100
	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Lograr consejería en act. Física al menos al 10% del BC entre 4 y 9 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Mantener entrega de guía anticipatoria colaciones saludables</li> <li>*Disminuir rendimiento en 10 min para realizar a todos los niños consejería en el control del niño sano</li> <li>*Derivación a programa vida sana</li> <li>*consulta nutricional 15 meses.</li> <li>*promoción en colegios y jardines infantiles.</li> </ul>	Consejería individuales de actividad física entregada a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años	(Nº de consejería individuales en actividad física entregadas a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años/ Total de población bajo control menor de 10 años)* 100
	Aumentar el número de padres (hombres) que participan en los controles de salud de sus hijos e hijas.	Lograr 22% de controles con padre	<ul style="list-style-type: none"> <li>*Mejorar registros en tarjetón ,</li> <li>*fomento de la presencia del padre desde controles prenatales, atención de niños en control sano después del horario habitual para favorecer la presencia del padre</li> </ul>	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre	(Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre / Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años)*100

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

PREVENCIÓN	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Cobertura de DSM 90%	Rescate de inasistentes mensualmente	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)/ total control de salud de niñas/os de 7 a 11 meses bajo control)*100
		Cobertura de DSM 90%	capacitacion a enfermeras para mejorar la aplicación de la pauta	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses / Total de controles sano realizados a niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100
		Cobertura de evaluación DSM 90%	aumentar rendimiento para aplicación de M-chat,capacitaciones formales en la aplicacion	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación).	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses / N° total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control)* 100
		Cobertura de evaluación DSM 50%	aumentar rendimiento para aplicación de M-chat,capacitaciones formales en la aplicacion	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) / N° total control sano de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100
		Cobertura de evaluación DSM 90%	aumentar rendimiento para aplicación de M-chat,capacitaciones formales en la aplicacion	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. (Primera evaluación).	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses(Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses / N° total control sano de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)*100

PREVENCIÓN	Entregar herramientas para la promoción y prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y la violencia de género a padres y/o cuidadores y/o profesores mediante educación grupal	1,5%	Educación en prevención de consumo de alcohol y drogas dirigido a Comunidad Escolar.	Actividades promocionales y preventivos de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género a niños/as menores de 10 años y a sus madres, padres y/o cuidadores de niños/as preferencialmente en el ámbito educacional ( jardines, escuelas, liceos)	(N° de personas que asisten a actividades (año vigente) )/ (Población inscrita entre 0 y 9 años (año vigente)*100
	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Aplicación de PNS al mes de vida al menos al 60% de los inscritos de ese grupo etéreo	*mantener a los medicos nuevos informados de esta pauta y su aplicación *Horario protegido para atención médica	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	(N° de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes / N° Total control de ciclo vital de niñas y niños de 1 mes)*100
		Lograr cobertura de 80% de niños bajo control con Rx pelvis a los 3 meses	*Coordinar citas de pacientes con Centro radiológico en convenio * Solicitar Rx de pelvis a todos los niños de 3 meses que asisten a control *Rescatar mensualmente inasistentes a control de 3 meses o inasistentes a hora de Rx	Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses	(N° de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100
		Lograr cobertura de 60% del bajo control	*derivacion oportuna en el control de los 4 años *mejorar registros	Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual.	(N° de controles de salud de niños/as de 48 a 71 meses con evaluación visual / N° total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 71 meses)* 100
		Incrementar a 65% de cobertura	* Mejorar coordinación derivación a control con equipo *mejorar la convocatoria a través del uso de videos promocionales en TV las condas *Mantener agendas diferida diurna y vespertina	Medición de la presión arterial para detectar precozmente niños y niñas portadores de hipertensión arterial	N° de controles de salud de niños/as de 36 a 71 meses con evaluación de presión arterial / N° total de controles entregados a niñas y niños de 36 a 71 meses)* 100

PREVENCIÓN	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Cobertura de vacunación 90%	Incluir guía anticipatoria de vacunas en control prenatal y primer control con matrona	Administración de vacuna hepatitis A a los/as niños/as a los 18 meses de edad
		Cobertura de vacunación 95%		Administración de esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños/as de 1 año.
		Cobertura de vacunación 90%		Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años.
		Cobertura de vacunación 95%		Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años.
		Cobertura de vacunación 90%		Administración de esquema primario completo de vacuna contra <i>H.influenzae tipo b</i> , <i>Hepatitis b</i> , <i>tétanos</i> , <i>tos convulsiva</i> , <i>poliomelitis</i> en niños/as menores de 1 año
		90% de los(as) niños y niñas con vacuna SRP administrada		Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica al año de vida.
		90% de los(as) niños y niñas con vacuna DTP(a) administrada		Administrar primera dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan cuarto año básico.
				Administración de la primera dosis de vacuna SRP Y DTP(a) en primero básico
				Administración de la primera dosis de vacuna SRP Y DTP(a) en primero básico

PREVENCION	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 7 años.	Clasificar al 100% de los niños ingresados a control	* derivar a los niños desde cero meses , * rescatar a los inasistentes	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población menor de 7 años.	(Nº de niñas y niños menores de 7 años con registro ceod/ Nº total de niñas y niños menores de 7 años ingresados a control con enfoque de riesgo en el centro de salud (CERO)* 100
	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 3 años.	Cobertura de 56%	* auditorías para evaluar procedimiento de derivación	Control de salud oral de niños y niñas menores de 3 años	(Nº de niños y niñas menores de 7 años ingresados en la población bajo control en salud oral/ Nº de niños y niñas menores de 7 años inscritos y validados en los establecimientos ) *100
	Fortalecer intervenciones educativas relacionadas con los problemas de salud más prevalentes en la infancia	Cobertura de 50% del BC	Educación grupal con citaciones a pacientes que asisten a CNS y en inscripción en época de baja circulación viral	1 sesión grupal pob BC a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA	(Nº de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y /o cuidadores ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ Nº total de niños menores de 1 año bajo control)*100
	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	Hacer seguimiento 100% de niños <7 meses bajo control con score de riesgo grave de morir por neumonía	*Clasificar al 100% de niños <7 meses bajo control con pauta de score de riesgo *Rescate de niños inasistentes , *informe mensual a sectores *Horario protegido para VD *Auditoría de fichas de fallecidos por NAC	*Aplicación de pauta score a todos los niños <7meses en control de salud *Visita domiciliaria a niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía grave. *Realizar auditoría clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en el hogar.	(Nº de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral / Nº de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave)*100

TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a niños/as con dependencia moderada /o y severa	*Derivación con A.S. para evaluar condición gestión de apoyo asistencial y coordinación con redes.	Atender en forma integral a niños/as con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a niños/as con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº de población infantil bajo control por dependencia moderada y/o severa))*100
	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Control del 90% de niños con rezago o déficit	*Aplicar test de DSM o pauta breve según edad al 100% de niños bajo control *Rescate de niños inasistentes , *derivacion oportuna a sala de estimulacion o escuela de lenguaje , *derivacion oportuna a especialista *Horario protegido para VD	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo	(Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM / Nº total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor)*100
				Revaluación 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
Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años en la atención primaria de salud	Mantener cobertura de 29% en SBOR y 17% en asma	*Atención espontánea kinesiólogo y médico *Educación individual *Coordinación equipo IRA y enfermería *Rescate de inasistentes a programa	*Consultas y controles según demanda y agenda médico y kine * Procedimiento de rescate por TENS de enfermería	(Nº de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año vigente) / Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año anterior))*100	

TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja	100%	Atención espontánea kinesiólogo	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA Baja en menores de 5 años	(Nº de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación / Nº de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100
	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Lograr cobertura de ≥77%	*Agenda con horario flexible * Clínica dental móvil con atención en colegios	Atención odontológica integral a población de niños y niñas de 6 años.	(Nº de niñas y niños de 6 años con egresos odontológicos total/ Nº Total de niñas y niños de 6 años inscritos y validados)*100
	Brindar atención integral y oportuna a personas mayores de 5 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales	*Derivación con A.S.-T.S. para articulación de redes trabajar en coordinación con PAPS	Atención integral de niños y niñas mayores de 5 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental mayor de 5 años (año vigente) / Población inscrita validada mayor de 5 años x 22% de prevalencia
	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Mantener el número de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	Derivación a Consulta Social por parte del equipo de salud, para intervención con víctimas o adulto responsable, para su empoderamiento y vinculación con redes de apoyo.	Casos presentados en consultoría de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año vigente) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente))* 100
	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Alcanzar un 10%	Agendas protegidas con horario flexible	Altas terapéuticas de niños y niñas mayores de 5 años con diagnósticos de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	N° de personas egresadas por alta terapéutica (año vigente) / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente) )
	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Concentración entre 4 y 12 de controles.		Atención integral a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas con énfasis en la intervención grupal	((N° de controles de Salud Mental totales realizadas (año vigente) / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente) )

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

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

PREVENCIÓN	Aumentar el número visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestante de 10 a 19 años en riesgo psicosocial.	Aumentar o mantener lo realizado el año anterior	Clasificar riesgo de todas las embarazadas adolescentes que ingresan a control a través de EPSA	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 19 años con riesgo psicosocial.	(Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (año vigente) [MENOS] Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)/ Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)) *100
	Derivar a toda embarazada de 10 a 24 años con riesgo Obstétrico y/o biomédico a atención con especialista	Derivar al 100% pacientes detectadas con riesgo	*Agenda protegida para control de embarazo *Educación individual respecto a oportunidad de realización de exámenes y consultas	Derivar al nivel secundario (Alto Riesgo Obstétrico) las gestantes de 10 a 24 años con factores de riesgo Obstétrico y/o biomédico, según Guía Perinatal	(Nº de gestantes de 10 a 24 años con riesgo Obstétrico y/o biomédico derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes de 10 a 24 años con riesgo Obstétrico y/o biomédico)*100
	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto			Aplicar a las madres adolescentes a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(Nº de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/Nº total de mujeres adolescentes en los últimos 2 meses post parto y en control de RF)*100
	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto			Aplicar a las madres adolescentes a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(Nº de madres adolescentes con escala aplicada a los 6 meses de posparto / Total de madres adolescentes con controles realizados a los 6 meses posparto en RF)*100
	Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo			Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2º control prenatal.	(Nº de gestantes adolescentes a las que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal / Nº total de ingresos a control prenatal)*100

PREVENCIÓN	Conocer el porcentaje de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal	Aumentar a 78% embarazadas extranjeras con ingreso antes de 14 sem. De embarazo	Agende protegida para ingresos	Control prenatal	Número de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal/Número total de gestantes migrantes de 10 a 24 años en Control prenatal*100
	Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención	Determinar línea base	Mejorar registros por grupo étnico	Control prenatal	(Número de gestantes de 10 a 24 años bajo control Prenatal portadora de Streptococo Grupo B /Número de gestantes de 10 a 24 años bajo control Prenatal ) *100
	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Cobertura de EMPAD de 15% población 10 a 19 años	*realizar consejerías individuales *Disminuir rendimiento de controles , *entrega de guía anticipatoria *Derivación a programa VS	Control de Salud integral adolescentes de 10 a 19 años con aplicación de ficha CLAP	(Nº de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años/ población adolescente de 10 a 19 años inscrita en el establecimiento de salud)*100
	Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres de 20 a 24 años	Aumentar en un 15% lo observado en 2018, es decir lograr 27,5%	*Coordinar con equipo la derivación a control preconcepcional *Mejorar registros por matrona *Derivación a programa VS	Control Preconcepcional.	(Nº de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año anterior))/ Nº de controles preconcepcional realizados a mujeres de 20 a 24 años (año anterior))*100
	Atención integral de salud ginecológica a mujeres adolescentes y jóvenes.	Aumentar en un 10%	*Capacitar al equipo respecto a la importancia de la derivación a control ginecológico *Mejorar registros por matrona	Control ginecológico a mujeres de 10 a 24 años	(Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior)/ Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior))*100
	Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención del VIH-SIDA e ITS y Promover el uso del condón en adolescentes	Aumentar en un 30%	*Atención espontánea a adolescentes que lo soliciten *Mantener disponibilidad kit de test rápido *Mantener stock suficiente de preservativos	Adolescentes y Jóvenes que reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva, Consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y Consejería en regulación de la fertilidad, con entrega de condones	(Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones (año vigente)(MENOS) Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones (año anterior) / Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones (año anterior))*100

PREVENCIÓN	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	Mantener o mejorar 22% de adolescentes con método de regulación de fecundidad 15-19 años (META ENS)	*Educación en los establecimientos educacionales *Agenda protegida	Control de regulación de fertilidad en adolescentes de 15 a 19 años	(Nº de adolescentes de 15 a 19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad/ Nº de adolescentes de 15 a 19 años) inscritos en centros de salud) *100
	Aumentar el uso de doble anticonceptivo (método de regulación de fertilidad efectivo más preservativo) en adolescentes)				(Nº de adolescentes de 15 a 19 años en control de regulación de la fertilidad con "método de regulación de fertilidad más preservativo") / Nº de adolescentes de 15 a 19 años en control de regulación de la fertilidad) *100
	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.	determinar línea base	*Atención espontánea a usuarios que lo soliciten *Mantener disponibilidad kit de test rápido	Realizar examen de VIH en jóvenes de 15-24 años que consultan por morbilidad.	(Nº total de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15-24 años (año vigente) / Nº total de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15-24 años, (año anterior))*100
	Aumentar la cobertura de vacunación	90 % de cobertura	Vacunación escolar según PNI	Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a adolescentes que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico	(Nº de adolescentes vacunadas con segunda dosis de vacuna VPH el año en curso)/(Nº de adolescentes vacunadas con primera dosis en el año anterior) *100
	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.		Difusión a través de canales de Tv local y reuniones	Administración de vacuna Influenza a los (as) adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 24 años.	(Nº de adolescentes y jóvenes entre los 10 y 24 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza / Total de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años s portadores de enfermedades crónicas ) *100.
	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	95 % de cobertura	derivación oportuna de casos , reclutamiento efectivo con auditoria de fichas para saber realmente cuantos invitan a los padres	Administración de vacuna Influenza a las adolescentes con embarazo de 13 semanas y más	Nº de adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y mas semanas vacunadas con anti-influenza / N°Total adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y mas semanas ) *100.
	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.			Administración de vacuna Influenza a las jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 13 semanas y más de gestación	Nº jóvenes entre los 20 y 24 embarazadas con 13 y mas semanas de embarazo vacunadas con anti-influenza / N° Total mujeres jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas de 13 y mas semanas de gestación) *100.
	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	85 % de cobertura	informar a los funcionarios sobre la estrategia	Administración de vacuna dTpa a las adolescentes con embarazo de 28 semanas y más de gestación	Nº de adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y mas semanas vacunadas con dTpa/ N°Total adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y mas semanas ) *100.
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna dTpa a las jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 28 semanas y más de gestación			Nº jóvenes entre los 20 y 24 embarazadas con 28y mas semanas de embarazo vacunadas con dTpa/ N° Total mujeres jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas de 28 y mas semanas de gestación) *100.	

PREVENCIÓN	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.	100% de auditorías realizadas a pacientes inscritos	*Educación a la población de los factores de riesgo que puedan producir neumonía. *Además educar con respecto a la importancia de la aplicación de la encuesta.	*Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar. *Rescate de familiares para responder la encuesta para lograr auditoría. *Mantener registros de los pacientes actualizados en FE.	(Nº de auditorías realizadas a casos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonía)* 100
	Entregar herramientas para la promoción y prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y la violencia de género a padres y/o cuidadores y/o profesores mediante educación grupal y aplicación de instrumentos de detección	Alcanzar 10% cobertura	*Derivación a Consulta Social por parte del equipo de salud, para intervención con víctimas o adulto responsable, para su empoderamiento y vinculación con redes de apoyo. *Mantener aplicación de instrumentos en EMP	1- Actividades promocionales y preventivos de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género a adolescentes de 10 a 19 años y a sus madres, padres y/o cuidadores /as preferencialmente en el ámbito educacional ( escuelas, liceos) 2- Aplicación de instrumentos de detección de trastornos mentales y consumo de sustancias (AUDIT, ASSIST, CRAFFT)	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años que asisten a actividades + Nº de adolescentes de 10 a 19 años con instrumento de detección aplicado (año vigente) )/ (Población inscrita entre 10 y 19 años (año vigente))*100
	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	El 100% de casos notificados por hospitales del SSMO o informados por usuarios con control dentro de 7 días del alta.	Mejorar comunicación con la comunidad sobre importancia de dar aviso a personal del CESFAM sobre hospitalización y alta de los pacientes inscritos	*Informar a comunidad en reuniones territoriales y de consejo *Realizar plan consensuado en los casos notificados	(Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios notificados de personas adultas con ACV o IAM)* 100
	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	100% de las personas diabéticas o hipertensas bajo control, clasificadas	*Mejorar registro de clasificación de ERC en Ficha *Mejorar el registro de exámenes en ficha	Etapificar función renal en base a creatinina plasmática	(Nº de adultos hipertensos y/o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / Nº total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y/o diabéticos) al corte)* 100
	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	70% de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes con evaluación y plan de manejo	*Mejorar derivación de médicos a enfermera *Realizar rescates de inasistentes a evaluación desde atención podológica *Mejorar rescates en cada sector	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	(Nº de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes tipo 2 bajo control)*100
	Mejorar la calidad de atención de adolescentes y jóvenes de 15-24 años con diabetes en control en el PSCV.	65 % cuentan con un fondo de ojo vigente.	*Mejorar la derivación para la realización de este exs de todos los profesionales que realizan control de salud cardiovascular *Aumentar oferta de fondos de ojo realizados en CESFAM	Realización de fondo de ojo con agendas diferidas a pacientes adultos de 15 a 24 años diabéticos en el PSCV	(Nº de personas de 15 a 24 años diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente / (Nº total de personas de 15 a 24 años con diabetes bajo control)*100

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

TRATAMIENTO	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes de 10 a 19 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Lograr cobertura $\geq$ 31%	*Agenda con horario flexible * Clínica dental móvil con atención en colegios, atención de cuartos medios	Atención odontológica integral a población adolescente de 7 a 19 años.	(Nº de adolescentes de 7 a 19 años con alta odontológica total/ Nº Total de adolescentes de 7 a 19 inscritos y validados)*100
		Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales	*Derivación con A.S.-T.S. para articulación de redes trabajar en coordinación con PAPS - *Programa 24 horas, Corporación Moviliza, Casa Futuro y CAINF	Atención integral de adolescentes de 10 a 19 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental de 10 a 19 años (año vigente) / Población inscrita validada de 10 a 19 años x 22% de prevalencia
	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población 10 a 24 años	Mantener el número de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior	Coordinación con CESAM	Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas a población de 10 a 24 años	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental (año vigente) / Nº de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental (año anterior) / Nº de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100
	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Aumentar los ingresos de adolescentes y jóvenes a atención integral por violencia de género en relación al año anterior	Derivación a Consulta Social por parte del equipo de salud, para intervención con víctimas o adulto responsable, para su empoderamiento y vinculación con redes de apoyo.	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100
	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población de 10 a 24 años	Concentración entre 6 y 12 de controles.	Agendas protegidas	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas con énfasis en la intervención grupal en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	((Nº de controles de Salud Mental totales realizados (año vigente) / Nº de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente) )
	Aumentar la cobertura de pacientes con asma bronquial de 10 a 24 años en la atención primaria de salud	Cobertura de un 16,67% en relación a la prevalencia en población 10 a 24 años con ASMA	Capacitación continua del equipo de Salud en la pesquisa y derivación	*Asignar hora inmediata al paciente que sea derivado al Programa. *Frente a exámenes respiratorios alterados hora inmediata.	(Población adolescente y jóvenes de 10 a 24 años bajo control (año vigente) / Población adolescentes y jóvenes bajo control de 10 a 24 años (año anterior))* 100
	Avanzar en la detección de necesidades de la población adolescente con capacidades especiales (discapacitados)	Incrementar la población adolescente en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación en relación al año anterior.	Derivación a Consulta Social para vinculación a redes de apoyo gubernamental y comunal( dpto- de discapacidad, COMPIN, acción social, registro nacional de discapacidad)	Identificar el número de adolescentes (10 a 19 años) insertos en programas de rehabilitación	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación / Nº de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad inscritos en el centro de salud )*100

## Cuidados de la salud de la población adulta

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

PREVENCIÓN	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en gestantes adultas con malnutrición por exceso.	Realizar talleres educativos mensuales	*Coordinación efectiva con el equipo para derivación oportuna *Rescates por sector	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	(Nº de gestantes adultas bajo control con malnutrición por exceso, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes adultas bajo control con malnutrición por exceso) * 100
	Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención	Determinar línea base	Mejorar registros por grupo etéreo	Control prenatal	(Número de gestantes adultas bajo control Prenatal con Test pesquisa de Streptococo Grupo B /Número de gestantes adultas bajo control Prenatal )
	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)	Aumentar en 3 %	*Coordinación con encargada PSCV para derivaciones * Educación por matrona a médicos	*Derivación a control matrona en primer control grupal CV *capsula en reunion médica sobre derivacion de estos pacientes	(Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)(año vigente) (MENOS) (Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior)/ Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA) (año anterior)) *100
	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de mujeres viviendo con VIH.	aumentar o mantener lo alcanzado el año anterior.	*Mejorar registros de casos diagnosticados * Rescate de pacientes por parte de encargada de programa VIH	Control de regulación de fertilidad	(Nº total de población mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad /mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años inscritas *100
	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Cobertura de EMPA en la población inscrita validada hombres de 20 a 64 años 20%	*Mantener módulo en sala de espera para realización de empa durante todo el año *Continuidad de la derivacion desde diferentes unidades del CESFAM *Incorporar en la induccion de Médicos nuevos como realizar EMPA *Mantener actividades en terreno *Derivación a programa VS *Establecer trabajo en Red para difusión y ejecución de exámenes preventivos de salud en Sedes J. de participación de equipo de salud en Ferias u otras actividades masivas organizadas por Dpto. de Deportes y Recreación de DECOM	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando formulario correspondiente	(Nº de EMPA realizados a población adulta inscrita validada según edad y género /Población Total adulta inscrita validada)*100

PREVENCIÓN	Detectar y derivar al equipo psicosocial a las gestantes con riesgo psicosocial	100% de ingresos	mantener aplicación de EPSA y derivación oportuna	Aplicar pauta EPSA en todos los ingresos de embarazo.	(Nº de gestantes adultas con riesgo psicosocial son derivadas al equipo psicosocial / Nº total de gestantes adultas con riesgo psicosocial)* 100
	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	70% de inscritos validados	*Solicitud de cita a control vía telefónica *Rescates de acuerdo a nómina de egresos maternidad	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	(Nº de controles de salud integral a puérperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida / Nº total de ingresos de RN ) * 100
	Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	100% de pacientes bajo control	mantener aplicación de Edimburgo y derivación oportuna	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2º control prenatal.	(Nº de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal / Nº total de ingresos de mujeres adultas a control prenatal)* 100
	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto			Aplicar a las madres a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(Nº de madres adultas con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/Nº total de mujeres adultas con antecedente de parto en los últimos 2 meses y en control de RF)*100
	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto			Aplicar a las madres a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(Nº de madres adultas con escala aplicada a los 6 meses de posparto / Nº total controles a mujeres adultas realizados a los 6 meses posparto en RF x 100
	Aumentar porcentaje gestantes migrantes adultas que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal	85% de pacientes bajo control	Agende protegida para ingresos	Control prenatal	Número de gestantes adultas migrantes que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal/Número total de gestantes adultas migrantes en Control prenatal*100
	Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a las personas adultas para tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad	Aumentar en 5%	*Mejorar registros *Horario de atención flexible	Consejería en salud sexual y reproductiva	(Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior)/ Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior)) *100
	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa.			Control de regulación de fertilidad	(Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100
	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas migrantes con vida sexual activa.			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

PREVENCIÓN	Evaluación integral de la mujer adulta que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas.	100% de consultantes	Poli de choque diario para atención espontánea	Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas, dentro de los 15 días del alta y entregar consejería en RF e ingresar a Regulación de Fertilidad	(Nº de mujeres que acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas/Nº total de mujeres post aborto u otras pérdidas reproductivas referidas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología) *100
	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Aumentar el 5%	Horario de atención flexible	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(Nº de mujeres adultas en control ginecológico preventivo/Nº total de mujeres adultas inscritas y validadas) *100
	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Alcanzar al menos 50%	*Mantener convenio de resolutivez para examen de Mx *Reforzar información e indicaciones al equipo	Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 64 años	(Nº de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ Nº de mujeres de 50 a 64 años inscritas validadas) * 100
	Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino.	53%	*Toma de PAP espontáneo a diario *Derivación a PAP a toda paciente nueva desde inscripción * Recordatorio de derivación a PAP individualizado en las agendas diarias *Horario flexible	Realizar toma de PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años	(Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años / Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas) * 100
	Aumentar la cobertura de controles de salud, de la mujer en edad de climaterio.	Aumentar en 15 %	*Mejorar registros *Reforzar importancia a equipo de salud para derivación oportuna	Control de salud integral de la mujer adulta en etapa de climaterio.	(Nº de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año vigente) (MENOS) 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%		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% de casos notificados por hospitales del SSMO o informados por usuarios con control dentro de 7 días del alta.	Mejorar comunicación con la comunidad sobre importancia de dar aviso a personal del CESFAM sobre hospitalización y alta de los pacientes inscritos	*Informar a comunidad en reuniones territoriales y de consejo *Realizar plan consensuado en los casos notificados	(Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios notificados de personas adultas con ACV o IAM)* 100
	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas bajo control, clasificadas	*Mejorar registro de de clasificación de ERC en Ficha *Mejorar el registro de exámenes en ficha	Etapificar función renal en base a creatinina plasmática	(Nº de adultos hipertensos y/o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / Nº total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y/o diabéticos) al corte) * 100
	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 25 a 64 años en control en el PSCV.	65 % cuentan con un fondo de ojo vigente.	*Mejorar la derivación para la realización de este exs de todos los profesionales que realizan control de salud cardiovascular *Aumentar oferta de fondos de ojo realizados en CESFAM * Mejorar registros	Realización de fondo de ojo con agendas diferidas a pacientes adultos de 25 a 64 años diabéticos en el PSCV	(Nº de personas de 25 a 64 años diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente / (Nº total de personas de 25 a 64 años con diabetes bajo control)*100

PREVENCIÓN	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	81% de las personas de 25-64 años con diabetes bajo control con evaluación de pie diabético, clasificación de riesgo y plan de manejo si corresponde	*Mejorar derivación de médicos a enfermera *Realizar rescates de inasistentes a evaluación desde atención podológica *Mejorar rescates en cada sector	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control)*100
	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea y por morbilidad.	Aumentar en 10% el examen de VIH en relación al año anterior	*Realizar exámenes de VDRL y VIH juntos *Disponibilidad TRVIH	Realizar examen de VIH en personas de 25-64 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 25-64 años (año vigente) (MENOS) Nº de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años, (año anterior))*100
	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Aumentar en un 10% la consejería con respecto al año anterior.	*Mejorar registros *Realizar consejería en los controles ginecológicos	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo (año anterior) / Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo realizadas (año anterior))*100
	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	50% de auditorías realizadas	*Educación a la población de los factores de riesgo que puedan producir neumonía. *Además educar con respecto a la importancia de la aplicación de la encuesta.	*Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar. *Rescate de familiares para responder la encuesta para lograr auditoría. *Mantener registros de los pacientes actualizados en FE.	(Nº de auditorías realizadas a casos de 25 a 64 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de 25 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100
	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	95 % de cobertura	*Mantener campañas de vacunación intra y extra mural *Mejorar coordinación con el equipo	Administración de vacuna Influenza a los adultos enfermedades crónicas entre los 25 y 64 años.	(Nº de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza / Total de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas) *100.
	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.			Administración de vacuna Influenza a las mujeres adultas embarazadas con 13 semanas y más de gestación	Nº de gestantes de 25 y más años con 13 y más semanas de gestación vacunados con anti-influenza / Total gestantes de 25 y más años con 13 y más semanas de gestación) *100.
	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	85 % de cobertura		Administración de vacuna dTpa a las mujeres adultas embarazadas con 28 semanas y más de gestación	Nº mujeres adultas embarazadas con 28 y más semanas de embarazo vacunadas con dTpa/ Nº Total mujeres adultas embarazadas de 28 y más semanas de gestación) *100.

PREVENCIÓN	Entregar herramientas para la promoción y prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y la violencia de género en personas entre 25 y 64 años mediante educación grupal y aplicación de instrumentos de detección	Alcanzar 10% cobertura	Derivación a Consulta Social por parte del equipo de salud, para intervención con víctimas para su empoderamiento y vinculación con redes de apoyo.	1-Actividades promocionales y preventivos de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y violencia de género a niños/as en personas entre 25 y 64 años. 2-Aplicación de instrumentos de detección de trastornos mentales y consumo de sustancias (Edimburgo 2meses, AUDIT, ASSIST)	(N° de personas que asisten a actividades + N° personas con instrumento de detección aplicado (año vigente) ) / (Población inscrita entre 25 y 64 años (año vigente))*100
	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a personas con dependencia moderada y/o severa	Derivación con A.S. para evaluar condición socioeconómica, gestión de apoyo asistencial y coordinación con redes.	Atender en forma integral a la persona con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	(N° de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ N° de población bajo control por dependencia moderada y/o severa))*100
	Entregar Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Aumentar 2%	Reforzar importancia a equipo de salud para derivación oportuna	Prescripción de TRH a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	(N° de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS menos control año anterior / N° total de mujeres que requieren TRH según escala MRS) * 100
	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Lograr 63% cobertura efectiva	*Continuar con estrategias descritas para EMPA *Educación y control grupal a pacientes que ingresan a control PSCV con énfasis en actividad física *Continuar con 1 hora protegida mensual por enfermera de cada sector para realización de rescates para el PSCV *Cupos reservados para pacientes rescatados	*Talleres de educación grupal a pacientes que ingresan a control *Realizar controles de hipertensión en personas de 25-64 años.	(N° de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control / N° de personas hipertensas de 25 a 64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100 Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)
	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Lograr 44% de cobertura efectiva	*Continuar con estrategias descritas para EMPA *Educación y control grupal a pacientes que ingresan a control PSCV *Continuar con 1 hora protegida mensual por enfermera de cada sector para realización de rescates para el PSCV *Cupos reservados para pacientes rescatados	*Talleres de educación grupal a pacientes que ingresan a control *Realizar controles de DM en personas de 25-64 años.	N° de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control/N° de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada respecto año anterior
	Mejorar la atención y derivación de gestantes que vivan o hayan vivido violencia de género	Aumentar el porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante detectadas en el EPsA ingresadas al programa de salud mental en relación al año anterior.	Derivación a Consulta Social por parte del equipo de salud, para intervención con víctimas para su empoderamiento y vinculación con redes de apoyo.	Mejorar la atención y derivación de gestantes víctimas de violencia de género detectadas en el EPsA en población adulta de 25 años en adelante.	(N° de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante que ingresan al programa de salud mental (año vigente)/ N° de gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA)

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

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

NIVEL	Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Indicadores
PROMOCION	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	40% de ingresos y consultas respiratorias con consejería breve antitabaco	*Capacitación continua a profesionales que atienden consultas respiratorias *Derivación oportuna a sala ERA *Mantener guías en los box de atención	Entrega de guía anticipatoria y consejería breve durante la consulta	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 65 y más años / (Nº total de ingresos agudos a usuarios de 65 y más años (MÁS) Nº consultas de morbilidad a usuarios de 65 y más años (MÁS) Consultas de atenciones agudas a usuarios de 65 y más años))* 100

PREVENCION	Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Cobertura de 48% de EMPAM vigente	*Continuidad de la derivación desde diferentes unidades del CEFAM *Horario protegido para nuevos inscritos *Derivación a Consulta Social por parte del equipo de salud, para intervención con víctimas de VIF o adulto responsable, para su empoderamiento y/o vinculación con redes de apoyo ( SENAMA, Dtpo. Del A.M., Fiscalía, Corpor. De Asistencia Judicial de Las Condes)	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor aplicando formulario correspondiente	Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud con EMPAM vigente/Nº de personas de 65 años inscritos validados* 100
	Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM)	40% con control de seguimiento realizado	Mantener horas protegidas para seguimiento de EMPAM *registrar en carnet de paciente fecha de seguimiento de EMPAM *Mantener actividades en terreno *Establecer trabajo en Red para difusión y ejecución de exámenes preventivos de salud en Sedes J. de participación de equipo de salud en Ferias u otras actividades masivas organizadas por Dpto. de Deportes y Recreación de DECOM y Dpto. del A.M.	Realizar control de seguimiento con EFAM a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y con riesgo de dependencia dentro de los primeros 6 meses realizado control de Salud (EMPAM).	(Nº de personas de 65 años y más con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM)/ Nº de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con Control de Salud (EMPAM) vigente))* 100
	Aumentar cobertura de vacuna antineumocócica , en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años según población inscrita y validada	Mantener campañas de vacunación intra y extra mural	Administrar una dosis de vacuna AntiNeumocócica , a los usuarios de 65 años de edad según población inscrita y validada	(Nº de personas de 65 años que reciben una dosis de vacuna AntiNeumocócica /Nº Total de personas de 65 años inscritos y validados)*100
	Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	95 % de cobertura		Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad inscrita y validada.	(Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/Nº Total de personas de 65 años y más inscritos y validados)*100

PREVENCIÓN	Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.	*Educación y degustaciones dando a conocer beneficios de programa, cada 2 meses. *Mantención de material educativo con requisitos de ingreso y beneficios nutricionales de este.	*Talleres grupales *Entrega de material educativo en talleres y consultas	(Proporción de personas bajo control > 70 años que reciben PACAM (año vigente))(MENOS proporción de personas bajo control > de 70 años que reciben PACAM (año anterior))
	Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV.	100% de las personas adultas mayores diabéticas o hipertensas bajo control, clasificadas	*Mejorar registro de clasificación de ERC en Ficha *Mejorar el registro de exámenes en ficha	Etapificar función renal en base a creatinina plasmática	(Nº de adultos mayores hipertensos y/o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y/o diabéticos) al corte)* 100
	Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 (VFG estimada < 45 mL/min/1.73m <sup>2</sup> )	90% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 en tratamiento con IECA o ARA II.	*mejorar clasificación y registro de pacientes con ERC *Reforzar lineamientos clínicos a médicos en reunión	Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 en el PSCV.	(N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses / N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con Albuminuria moderada o severa (RAC ≥30mg/g) o ERC etapa 3b-5 al corte)* 100
	Atención integral de salud ginecológica en mujeres de 65 años y más	Aumentar el 5%	Mejorar coordinación con equipo para derivación anual	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(N° de mujeres adultas mayores con control ginecológico preventivo anual /N° total de mujeres adultas mayores inscritas y validadas )*100
	Disminuir las muertes de mujeres adultas mayores por cáncer de mama.	Alcanzar al menos 50%	*Mantener convenio de resolutivez para examen de Mx *Reforzar información e indicaciones al equipo	Solicitar mamografía a mujeres de 65 a 69 años	(N° de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ N° de mujeres de 65 a 69 años inscritas validadas)* 100
	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas adultas mayores con cáncer, dolor, dependencia moderada y/o severa	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales	Derivación con A.S. para evaluar condición socioeconómica, gestión de apoyo asistencial y coordinación con redes.	Realizar visita domiciliaria integral a la persona adulta mayores con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	(N° de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas adultas mayores con problemas oncológicos, dolor y dependencia moderada y/o severa/ N° de población adulta mayor bajo control por dependencia moderada y/o severa)*100
	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	El 100% de casos notificados por hospitales del SSMO o informados por usuarios con control dentro de 7 días del alta.	Mejorar comunicación con la comunidad sobre importancia de dar aviso a personal del CESFAM sobre hospitalización y alta de los pacientes inscritos	*Informar a comunidad en reuniones territoriales y de consejo *Realizar plan consensuado en los casos notificados	(N° de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta /N° total de egresos hospitalarios notificados de personas adultas mayores con ACV o IAM)* 100

PREVENCIÓN	Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más, que consultan por morbilidad o que lo soliciten espontáneamente	Incrementar en un 5% el examen de VIH	*Realizar exámenes de VDRL y VIH juntos *Disponibilidad TRVIH	Realizar examen VIH a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad	(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.	40% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS.	*Mejorar registros *Realizar consejería en los controles ginecológicos	Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos.	(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
	Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con riesgo y en riesgo de Dependencia.	60% de los AM egresados del programa mantengan o mejoren su condición funcional.	continuar con derivación de estos pacientes programa mas AM-Fomentar la asistencia a diferentes grupos de AM en la comuna	Aplicación de Instrumento HAQ-8 al ingreso y egreso del programa.	(Nº de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejoran su condición funcional / Nº de total de adultos mayores ingresados al programa ) *100
	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Que al menos el 12 % de los adultos mayores autovalentes en control en el centro de salud, ingresen al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	*continuar con derivación de estos pacientes programa mas AM *Fomentar la asistencia a diferentes grupos de AM en la comuna *Fomentar los Factores protectores psicosociales a través de vinculación con redes de apoyo y promoción de actividades comunitarias y participación social; Clubes A.M., Actividades Dpto. del A.M., Programa Mas A.M. Autovalentes, etc.	Derivación a Programas Más posterior a aplicación de EMPAM que arroje clasificación autovalentes, autovalente en riesgo y en riesgo de dependencia.	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
	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Elaboración y ejecución de un diagnóstico participativo en autocuidado y estilos de vida saludables, para la planificación de una capacitación de líderes comunitarios.	Fomentar la participación de los AM que asisten a talleres MAS	Planificar y ejecutar diagnóstico participativo con líderes de las agrupaciones participantes de los talleres del Mas Adultos Mayores Autovalentes.	Dicotómico SI/NO
	1-Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud 2-Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Alcanzar 10% cobertura	Derivación a Consulta Social por parte del equipo de salud, para intervención con víctimas de VIF o adulto responsable, para su empoderamiento y/o vinculación con redes de apoyo ( SENAMA, Dpto. Del A.M., Fiscalía, Corpor. De Asistencia Judicial de Las Condes)	Entregar herramientas para la promoción y prevención de los problemas de salud mental (Incluye alcohol y drogas) y la violencia de género en personas mayores de 64 años mediante educación grupal	(Nº de personas que asisten a actividades + N° personas con instrumento de detección aplicado (año vigente) ) / (Población inscrita mayor de 64 años (año vigente) *100

TRATAMIENTO	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 65 años y más.	Lograr 63% cobertura efectiva	*Continuar con estrategias descritas para EMPAM *Educación y control grupal a pacientes que ingresan a control PSCV *Continuar con 1 hora protegida mensual por enfermera de cada sector para realización de rescates para el PSCV *Cupos reservados para pacientes rescatados	*Talleres de educación grupal a pacientes que ingresan a control *Realizar controles de hipertensión en personas de 65 y mas años.	(Nº de personas hipertensas de 65 años y mas bajo control / Nº de personas hipertensas de 65 años y mas estimados en la población inscrita validada según prevalencia) *100
	Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.	Mantener proporción sobre 85% de hipertensos de 65 años y más bajo control con presión arterial <140/90 mmhg en personas de 65 a 79 años y presión arterial < 150/90 mmhg en personas de 80 y más años	*Mejorar registro en tarjeton de seguimientos de los paciente PSCV con ultimo control cardiovascular *Derivación oportuna con QF para control individualizado *Educación grupal e individual *Agendas protegidas	*Talleres de educación grupal a pacientes en control *Realizar controles de hipertensión en personas de 65 y mas años reforzando educación individual de hábitos y tto.	Nº de hipertensos con presión arterial <140/90 mmHg en personas de 65 a 79 años y presión arterial <150/90 mmHg en personas de 80 y más años/Nº de hipertensos de 65 y mas años bajo control en PSCV
	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Lograr 44% de cobertura efectiva	*Continuar con estrategias descritas para EMPA *Educación y control grupal a pacientes que ingresan a control PSCV *Continuar con 1 hora protegida mensual por enfermera de cada sector para realización de rescates para el PSCV *Cupos reservados para pacientes rescatados	*Talleres de educación grupal a pacientes que ingresan a control *Realizar controles de DM en personas de 65 y mas años.	Nº de personas diabéticas de 65 y mas años bajo control/Nº de personas diabéticas de 65 y mas años estimados en la población inscrita validada respecto año anterior
	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	81% de las personas de 65 y mas años con diabetes bajo control con evaluación de pie diabético, clasificación de riesgo y plan de manejo si corresponde	*Mejorar derivación de médicos a enfermera *Realizar rescates de inasistentes a evaluación desde atención podológica *Mejorar rescates en cada sector	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control)*100
	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	80% reciben manejo avanzado de heridas	*Agendas protegidas para atención en CESFAM y domiciliaria *Mantener stock de insumos suficientes y adecuados	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses)*100.
	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	65 % cuentan con un fondo de ojo vigente.	*Mejorar la derivacion para la realizacion de este exs de todos los profesionales que realizan control de salud cardiovascular *Aumentar oferta de fondos de ojo realizados en CESFAM	Realización de fondo de ojo con agendas diferidas a pacientes adultos mayores diabéticos en el PSCV	(Nº de personas demayores diabéticos bajo control en el PSCV con examen de fondo de ojo vigente / (Nº total de personas mayores con diabetes bajo control)*100
	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Cobertura de un 16,67% en relacion a la prevalencia en población mayor de 65 años con EPOC y ASMA	*Capacitacion continua del equipo de Salud en la pesquisa y derivación	*Asignar hora inmediata al paciente que sea derivado al Programa . *Frente a exámenes respiratorios alterados hora inmediata.	(Proporción de población bajo control asmática/EPOC controlada / Proporción de población esperada asmática/EPOC

TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Mantener al menos 70% de la población bajo control asistente.	Educación individual a los pacientes de la adherencia al tratamiento, control y estilos de vida saludables. *Programa de rehabilitación pulmonar.	*Optimizar el tratamiento de asmáticos de 65 y más años bajo control en Programa ERA. *Controles Kinesiológicos y medicos. *Espirometría anual, BK bianual. *Uso de racional de farmacos. *Rehabilitación Pulmonar.Charlas antitabaco *Uso de farmacos para terapia antitabaco..Deivacion al INT (Programa Antitabaco)	Población bajo control asma/EPOCde 65 y mas años con controles al día *100 /Población bajo control de 65 y mas años Asma/EPOC
	Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio.	Lograr atención del 100% de los pacientes con diagnóstico NAC con indicación de KTR en sala ERA	Educación continua del equipo de salud y derivación .	Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años.	(Nº de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/Nº de casos en personas de 65 años y más con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100
	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto mayor	3,5%	Agenda con horario flexible	Morbilidad Odontológica en adultos mayores	(Nº total de consultas de morbilidad odontológica en adultos mayor/Nº de adultos mayores inscritos y validados en el establecimiento)*100
	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta mayor de 64 años	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial	*Agenda con horario flexible *Coordinación con el equipo	Brindar atención integral y oportuna a población adulta mayor de 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental de la población adulta mayor de 64 años (año vigente) / Población adulta mayor de 64 años inscrita validada x prevalencia de 22%
	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población adulta mayor de 64 años	Mantener el número de casos presentados en consultorías respecto al año anterior	Coordinación con CESAM	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta mayor de 64 años	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas mayores de 64 años (año vigente) / Nº de personas mayores de 64 años ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas mayores de 64 años (año anterior) / Nº de personas mayores de 64 años ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior)) * 100 (población adulta mayor de 64 años)

TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 64 años	Alcanzar un 10% de cobertura		Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta mayor de 64 años	N° de personas egresadas por alta terapéutica (año vigente) / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente) ) *100
	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 64 años	Concentración entre 6 y 12 de controles.	*Agenda con horario flexible *Coordinación con el equipo		((N° de controles de Salud Mental totales realizados (año vigente) / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente) )
	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Ingresar 12 pacientes EPOC al Programa de Rehabilitación Pulmonar y lograr continuidad de éste.	Pesquisa médica y kinesiológica durante el año para evaluación médica preparticipativa. Motivación constante por parte del Equipo ERA para asegurar continuidad.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	N° de pacientes de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año vigente)
	Brindar atención integral a personas con multimorbilidad	Mantener controles de pacientes con multimorbilidad acorde al bajo control	Mantener agendas con rendimientos acorde a la multimorbilidad	Realizar control integral de la multimorbilidad en personas con enfermedades crónicas no transmisibles	(N° de establecimientos que implementan la actividad/ N° total de establecimientos)x100

## Promoción de la salud y cuidados de la familia

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

## Prevención y tratamiento de la tuberculosis

NIVEL	Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Indicadores
Tuberculosis	Mantener o disminuir la incidencia y prevalencia de la enfermedad	Lograr indice de pesquisa $\geq$ 30/1000 consultas de > de 15 años	<p>Paciente que presenta síntomas respiratorios por mas de 15 días consultante en cualquier unidad del CESFAM será derivado a BK</p> <p>Coordinación con TENS de sala TBC para toma de BK a todo sintomático respiratorio &gt;15 años, por parte de todo el equipo</p> <p>Mantener formularios de solicitud en todas las unidades</p> <p>Bk cada 6 meses a pacientes en control sala ERA en consulta espontánea cualquier unidad</p>	<p>Bk espontáneo a todo paciente sintomático respiratorio</p> <p>Seguimiento y registro de Bk a pacientes en control sala ERA</p>	N° de BK a >15 años*100/N°de consultas >15 años

## MAIS

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

## Atención domiciliaria

NIVEL	OBJETIVO	META	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	INDICADOR
PREVENCIÓN	Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas en situación de dependencia severa.	Involucrar al equipo multidisciplinario enVDI y Plan consensuado.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	(N° de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas en situación de dependencia severa Dependencia Severa /N° de población bajo control en Programa de Atención Domiciliaria para Personas en situación de Dependencia Severa
		92% y más de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa no presentan UPP	Capacitación anual a los cuidadores en tema de UPP *llevar registros de UPP por hospitalización prolongada	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona en situación de dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	(N° de personas sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /N° de población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100
		100% de los cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria 35% de cuidadores en ELEAM evaluados con Escala de Zarit	Mantener aplicación escala al ingreso y seguimiento anual	Evaluación del nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	(N° de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/N° de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa)*100
		100% de los cuidadores de personas cen situación de dependencia severa capacitados. 35% de cuidadores en ELEAM con capacitación	Capacitaciones individuales y grupales	Sesiones educativas en atención domiciliaria y en talleres grupales	(N° de Cuidadores(as) de personas en situación de dependencia severa capacitados / N° Total de cuidadores de personas en situación de dependencia severa *100