

PLAN DE SALUD 2022



I.	INTRODUCCIÓN	4
II.	DIAGNÓSTICO POBLACIONAL	5
1.	Población de Las Condes.....	5
2.	Proyección afiliación a sistema previsional de salud	7
3.	Plan de Capacitación 2022	8
III.	ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD	14
1.	Bases Conceptuales:	14
2.	Objetivos Sanitarios 2022	17
3.	Oferta de servicios o canasta de prestaciones:	24
4.	Programas Comunales	28
5.	Vacunación	45
6.	Óptica Comunal	48
7.	Botiquín Las Condes.....	48
8.	Centros de Salud.....	51
8.1	Centro de Salud Apoquindo:	51
8.2	Centro de Salud Familiar Dr. Aníbal Ariztía	85
8.3	Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU):	105
IV.	UNIDADES DE APOYO A LA ATENCIÓN PRIMARIA	109
1.	Centro de Imágenes:.....	110
2.	Centro de Rehabilitación (RAM)	118
3.	Centro de Especialidades Odontológicas:	120
4.	COSAM Las Condes:	125
5.	Laboratorio Clínico:	133
6.	Servicios de Oftalmología	135
V.	ATENCIÓN TERCARIA DE SALUD:.....	137
VI.	PRESUPUESTO AÑO 2022.....	138
VII.	ABREVIATURAS DE USO COMÚN EN EL ÁREA DE SALUD	141

VIII. ANEXOS.....	143
--------------------------	------------

I. INTRODUCCIÓN

No cabe duda que el año 2021 fue un año excepcional. Más allá de nuestras obligaciones y desafíos anuales propios como Dirección de Salud, tuvimos que enfrentar la pandemia mundial de Covid 19.

Lo anterior significó redoblar los esfuerzos de nuestro personal para atender a todos nuestros usuarios, con las máximas medidas de seguridad y eficiencia.

La Dirección de Salud puso todos sus esfuerzos en enfrentar de la mejor manera esta pandemia, educando a los vecinos, evitando situaciones de riesgo de contagio y protegiendo también a todos sus funcionarios.

Este desafío fue intenso, tal vez el más importante de salud pública en las últimas décadas y respecto al cual aún tenemos un importante camino por recorrer.

Sin embargo, y pese a la envergadura de esta situación, los CESFAM y Centros de Apoyo a la atención primaria debieron seguir trabajando para atender los requerimientos de primera necesidad de nuestros vecinos en temas ajenos al Covid-19.

Se adoptaron todas las medidas de seguridad y se adecuaron planes y programas para que las visitas presenciales a nuestros centros sean las estrictamente necesarias.

II. DIAGNÓSTICO POBLACIONAL

1. Población de Las Condes

Una población de **294.838** habitantes tiene la comuna de Las Condes, según el último Censo de población del año 2017. De esta cifra, 135.917 (46%) corresponden a hombres y 158.921 (54%) a mujeres.

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

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

Casi el 20% del total de habitantes de Las Condes tiene 60 años o más.

Antecedentes de Las Condes

Con una superficie total de 96 km², de los cuales, 43,92 km² corresponden al área urbana, Las Condes es uno de las comunas con mayor nivel de desarrollo comercial, inmobiliario y de servicios. 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.

Su clima es templado, con una estación seca de cuatro a cinco meses, con amplias áreas verdes. Esto determina una mejor ventilación, en relación al resto de las comunas de la Región Metropolitana, 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.

El tema de la calidad del aire siempre es un factor a considerar por el gran parque automotriz de la comuna y altas tasas de motorización de la población.

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

En relación a su situación geográfica, sus límites precisos son: al norte Av. Kennedy, desde el Puente Lo Salde, 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 Salde.

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.

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

2. 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.

3. Plan de Capacitación 2022

Durante el año 2020 y 2021 las capacitaciones realizadas en el contexto de pandemia se impartieron en su totalidad mediante la modalidad e-learning, también se privilegió la modalidad asincrónica, considerando que esta alternativa permite a los participantes mayor flexibilidad para realizar las actividades programadas en cada curso, solicitando a las OTEC oferentes que las clases en vivo queden grabadas en las plataformas correspondientes para que los funcionarios puedan revisarlas en forma permanente.

La situación más álgida de pandemia desencadenó jornadas de turnos y teletrabajo, y centró las exigencias de la Atención Primaria en trabajar en torno al combate del COVID 19, debido a lo anterior, se modificaron algunas capacitaciones, no sólo en la modalidad de ejecución, sino que también en las temáticas que se vincularon al trabajo en torno a la pandemia y a las consecuencias psicosociales que ella genera en los funcionarios de salud y en la población en general.

Considerando que durante el año 2020 y 2021 el 100% de las capacitaciones se realizaron a distancia, se aumentó el número de cupos disponibles en cada curso, particularmente en los vinculados al uso de tecnología y a manejo del estrés.

Se dio continuidad a las capacitaciones en Salud Familiar, en Acreditación y Calidad de la Atención, a las vinculadas al Eje de Equidad, en torno a género y a situaciones de maltrato y acoso en el ámbito laboral.

Para el año 2022 el Plan de Capacitación se construyó en base a la experiencia de los años anteriores, a lo mencionado en los ejes estratégicos entregados por el MINSAL, y a las necesidades que se han planteado desde los centros de salud.

Este plan fue construido con los aportes de la Dirección de Salud, la Dirección de cada Centro de Salud, y los representantes de los funcionarios, quienes construyeron un plan acotado a las necesidades comunales y acorde al contexto actual, situando el concepto de salud desde un enfoque integral con la visión que aportan las determinantes sociales.

Nuevamente se priorizarán las actividades que se puedan desarrollar mediante la modalidad no presencial.

Se dará énfasis a la temática de Salud Mental, y se incluirá una capacitación en el Modelo de Multimorbilidad, que permite fortalecer el cuidado integral de las personas que presenten condiciones de salud crónicas, y que se está implementando en los CESFAM de la comuna.

Como temática permanente se encuentran las capacitaciones en torno al Modelo de Salud Familiar y Comunitario, como eje central de las acciones que se desarrollan en Atención Primaria. Estas capacitaciones son permanentes y en distintos niveles para capacitar a la totalidad del equipo de salud, priorizando a quienes se integran a trabajar en los CESFAM de la comuna.

La capacitación de los funcionarios administrativos que se encuentran en SOME fue considerada como una necesidad para mejorar la gestión de la demanda desde sus puestos de trabajo.

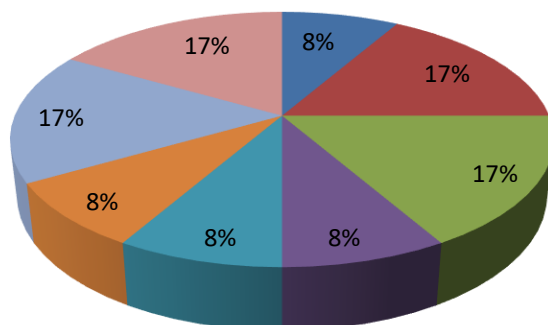
Se da continuidad a las capacitaciones en el ámbito de Calidad y Acreditación, las que son supervisadas por las Encargadas de la temática en cada centro.

Las capacitaciones en el ámbito de género, tiene como objetivo que los funcionarios puedan responder adecuada e inclusivamente a las demandas y solicitudes actuales de nuestros usuarios, desde una mirada de respeto y empatía.

La división del Plan Comunal de Las Condes para el año 2022 según ejes estratégicos es la siguiente:

Capacitación Según Eje Estratégico

- Eje Estratégico 1: Enfermedades Transmisibles
- Eje Estratégico 2: Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad
- Eje Estratégico 3: Hábitos de vida
- Eje Estratégico 4: Curso de vida
- Eje Estratégico 5: Equidad y Salud en todas las políticas
- Eje Estratégico 7: Institucionalidad del Sector Salud
- Eje Estratégico 8: Calidad de la atención
- Eje Estratégico 9: Emergencias, desastres y pandemias



PROGRAMA ANUAL DE CAPACITACION 2022 PERSONAL ESTATUTO ATENCIÓN PRIMARIA (LEY 19.378) SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO ORIENTE COMUNA LAS CONDES

LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS	RESULTADOS ESPERADOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACION	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO				ORGANISMO EJECUTOR	COORDINADOR	FECHA DE EJECUCIÓN
			A (Médicos, Odont, QF, etc.)	B (Otros Profesionales)	C (Técnicos Nivel Superior)	D (Técnicos de Salud)	E (Administrativos Salud)	F (Auxiliares servicio)	TOTAL		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		4	4				8	20			X		OTEC	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2022
EJE ESTRATEGICO 2: Enfermedades crónicas, violencia y discapacidad	Fortalecer las competencias específicas en el equipo de salud, para apoyar a las personas y familias en el manejo de sus condiciones crónicas de salud, así como prevenir y disminuir complicaciones en personas adultas con múltiples condiciones crónicas	Curso Cuidado integral centrado en las personas en contexto de multimorbilidad	6	8	4	2			20	30			X		OTEC	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2022
		Curso Salud Mental	10	10	5	1	4		30	30			X		OTEC	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2022
EJE ESTRATEGICO 3: Hábitos de vida.	Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población a través de la promoción de estilos de vida saludables con énfasis en el desarrollo del Modelo de Atención Integral con énfase en Salud Familiar y Comunitaria	Diplomado en Salud Familiar	1	1					2				X		Universidad/ OTEC	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2022
		Curso Salud Familiar	5	5	5		5		20	20			X		OTEC	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2022

EJE ESTRATEGICO 4: Curso de vida.	Mejorar la salud de las personas a lo largo del ciclo vital	Curso Técnicas para manejar el estrés laboral	5	10	10	2	10	3	40	20			X		OTEC	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2022
EJE ESTRATEGICO 5: Equidad y salud en todas las políticas.	Profundizar la comprensión y facilitar la planificación del Enfoque de Género en el quehacer Institucional, a nivel de discursos y prácticas, tanto individuales como colectivos.	Curso Enfoque de Género	3	5	5		5	2	20	20			X		Plataforma SSMO	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2022
EJE ESTRATEGICO 7: Institucionalidad del Sector Salud.	Fortalecer el desarrollo de competencias en los funcionarios de APS a través de la capacitación en uso de tecnologías y herramientas pertinentes a su quehacer	Curso Excel Intermedio	5	5	5		5		20				X		OTEC	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2022

EJE ESTRATEGICO 8: Calidad de la atención.	Mejorar la calidad de la atención de salud en un marco de respeto de los Derechos de las personas	Curso Calidad e Indicadores en APS	5	12	6		2		25	30			X		OTEC	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2022
		Curso Gestión de la Demanda (Dación de horas)			8	2	10		20	30			X		OTEC	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2022
EJE ESTRATEGICO 9: Emergencias, desastres y epidemias.	Actualizar la gestión y respuesta de los equipos de salud frente a situaciones de emergencia	Curso RCP Básico	14	8	16	1	5	1	45				X		ACHS	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2022
		Manejo de Extintores		5	5	1	5	4	20				X		ACHS	Encargada Capacitación Comunal	1° o 2° semestre de 2022
	Se reconocerán dentro del PAC 2022 todas aquellas capacitaciones realizadas por funcionarios, atingentes a su cargo, impartidas por entidades debidamente reconocidas por el ministerio correspondiente y aquellas del programa de RRHH MINSAL, que cumplan con los requisitos de la Ley N° 19.378																
Totales			54	73	73	9	51	10	270								

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 prevalente.

Lineamiento N° 4 y N° 5

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

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

Lineamiento N° 6

Incorporar Tecnología de Información y Comunicacionales

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

Lineamiento N°7

Desarrollar la gestión administrativa, física y financiera

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

Lineamiento N°8

Mejorar la Gestión y Desarrollo de las Personas

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

Lineamiento N° 9

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

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

- La Dirección priorizando la seguridad del paciente, capacita al personal que actúa de manera directa con el usuario: RCP Básica, dictado y evaluado por la empresa mutuaría.
- Un comité paritario por cada Centro de Salud, que recibe capacitación continua en estas materias dictado por la empresa mutuaría.

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

2. Objetivos Sanitarios 2022

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Oferta de servicios o canasta de prestaciones:

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

Cabe señalar que parte de esta canasta de servicios, dada las actuales condiciones de pandemia, se podrá realizar a través de atención remota, tales como consulta y controles telefónicos o video-llamadas.

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.

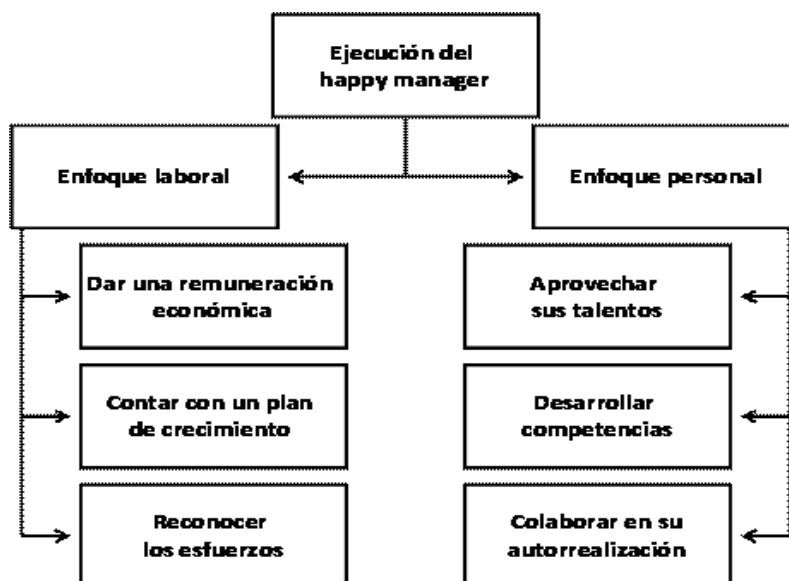
OBJETIVOS

- 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:

Ese año se dio 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.

Año 2021:

Este año se continuará avanzando en la implementación de estrategias comunicacionales masivas de autocuidado, en formato online principalmente, a través de campañas comunicacionales y sesiones grupales con los funcionarios, lideradas principalmente por el comité consultivo de cada establecimiento. El autocuidado en contexto de pandemia corona virus, será el eje de las intervenciones.

Objetivos

- Realizar talleres grupales online para todos los funcionarios de los CESFAM Apoquindo y Aníbal Ariztía en la temática calidad de vida laboral y buen trato en contexto de pandemia.
- Realizar campañas comunicacionales masivas online respecto de autocuidado y emociones negativas en pandemia.
- Crear nuevos formatos de juego para el mazo Fauna Eneagrama como material de apoyo central en la implementación del proyecto 2020.
- Crear y entregar material trimestral de apoyo a las acciones de calidad de vida laboral y buen trato en contexto de pandemia.
- Reforzar el proceso de instalación local del trabajo continuo de autocuidado y buen trato en cada CESFAM.

Actividades

- Talleres grupales online con una duración de 2 sesiones de una hora cada una para todos los funcionarios de los CESFAM.

- 2 campañas comunicacionales masivas online.
- 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.
- Aplicaciones prácticas ligadas a un modelo de gestión del desarrollo de las personas en ámbitos como liderazgo, motivación, comunicación y resolución de conflictos.

Año 2022:

Este 2022 se reforzará la implementación de estrategias comunicacionales masivas de autocuidado, en formato mixto online y presencial, a través de campañas comunicacionales y sesiones grupales con los funcionarios, lideradas principalmente por el comité consultivo de cada establecimiento.

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

Dado el aumento crítico de las cifras del deterioro de la salud mental en la población general asociado a esta pandemia, y a la sobredemanda asistencial que esto ha generado, toma mayor relevancia el desarrollo e implementación de estrategias orientadas a sobrellevar el nivel de estrés y burnout en los funcionarios.

El autocuidado en contexto de pandemia corona virus, será el eje de las intervenciones.

Objetivos

- Realizar talleres grupales online y presenciales para los funcionarios de los CESFAM Apoquindo y Aníbal Ariztía en la temática calidad de vida laboral y buen trato en contexto de pandemia.

- Realizar campañas comunicacionales masivas online respecto de lo crítico que se ha vuelto la gestión del autocuidado y las emociones negativas en pandemia.
- Crear y entregar material de apoyo a las acciones de calidad de vida laboral y buen trato en contexto de pandemia.
- Reforzar el proceso de instalación local del trabajo continuo de autocuidado y buen trato en cada CESFAM.

Actividades

- Talleres grupales online y presenciales de autocuidado para los funcionarios de los CESFAM.
- 2 campañas comunicacionales masivas online.
- Diseñar y entregar nuevo material de apoyo a las actividades del año.
- Realización de intervenciones específicas grupales e individuales en los distintos equipos de trabajo según se requiera en la temática de autocuidado y buen trato.
- Aplicaciones prácticas ligadas a un modelo de gestión del desarrollo de las personas en ámbitos como liderazgo, motivación, comunicación y resolución de conflictos, centradas en el autocuidado y buen trato.

● **Plan de Promoción de Salud**

Durante este 2021, las acciones de promoción de la salud se enmarcaron en el Plan Trienal 2019-2021, en su última etapa y finalización del convenio, manteniendo la continuidad de los programas con focalización en los usuarios de los CESFAM Apoquindo, Dr. Aníbal Ariztía, y establecimientos escolares, en los componentes de alimentación saludable y actividad física.

En el contexto de un segundo año de pandemia Covid-19, se abordaron las actividades en modalidad remota, con la posibilidad de retomar el modo presencial, de acuerdo a la evolución de la pandemia.

A través del Plan Comunal de Promoción de la Salud se propiciaron actividades de participación comunal de manera híbrida, potenciando el vínculo que se tiene con los vecinos y usuarios, y buscando el fortalecimiento comunitario a través de canales remotos. Ejemplo de esto es la encuesta de entornos saludables y diagnóstico participativo, actividades que se llevarán a cabo entre los meses de noviembre y diciembre de este año.

Por otro lado, se dio continuidad al taller de huerto comunitario, apoyado con un kit de huerto para cada participante del CESFAM Dr. Aníbal Ariztía.

Para el próximo año, se espera privilegiar el trabajo comunitario en el marco de nuevas directrices del Seremi de Salud con un nuevo convenio, que permita otorgar continuidad a los programas de promoción de la salud desde los CESFAM de la comuna, y a la luz de los insumos obtenidos tanto por la encuesta de entornos saludables, como del diagnóstico participativo.

- **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 ahora, siete colegios municipales y cinco establecimientos 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.

En el contexto de la pandemia Covid-19, este año se pudo desarrollar el programa de salud escolar de Junaeb, de manera más planificada y adaptada a la contingencia, pues ya se contaba con un año de experiencia.

Si bien la mayor demanda se da habitualmente en el área de oftalmología, este año se pudo cumplir con los controles en las tres especialidades (oftalmología, otorrino y traumatología), privilegiando a los estudiantes rezagados 2020, período en que quedaron con controles pendientes un total de 300 alumnos aproximadamente.

Para el proceso de pesquisa, se logró realizar, a modo de plan piloto, una “Telepesquisa” en dos colegios (Liceo Bicentenario Santa María de Las Condes y Liceo Juan Pablo II), capacitando en forma remota a los padres y apoderados, en los procedimientos de pesquisa de las tres especialidades. La capacitación se hizo a través de las coordinadoras de salud de ambos establecimientos resultando una muy buena experiencia, sobre todos para los padres y apoderados, quienes valoraron mucho y agradecieron la oportunidad de involucrarse en la salud de sus hijos e hijas.

Para el próximo año 2022, se espera aumentar la cobertura de las pesquisas, con la estrategia de la telepesquisa, focalizada en los alumnos de cursos de pre-básica y 1ºs de enseñanza básica, sumando una mayor cantidad de colegios en este proceso.

- **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 fármacovigilancia y educación a los cuidadores. Este equipo está compuesto por una químico farmacéutico y una Técnico de Nivel Superior (TENS) de farmacia.

Dadas las actuales condiciones de pandemia, este programa se mantendrá el año 2022 con un equipo y un móvil por CESFAM, aumentando la cobertura a adultos mayores que lo requieran.

- **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, y se continuará este año 2022

- **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 Cesfam 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.

Si bien durante el período de pandemia, por la suspensión de clases a nivel nacional, el programa estuvo suspendido, volverá a funcionar el año 2022.

- **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.

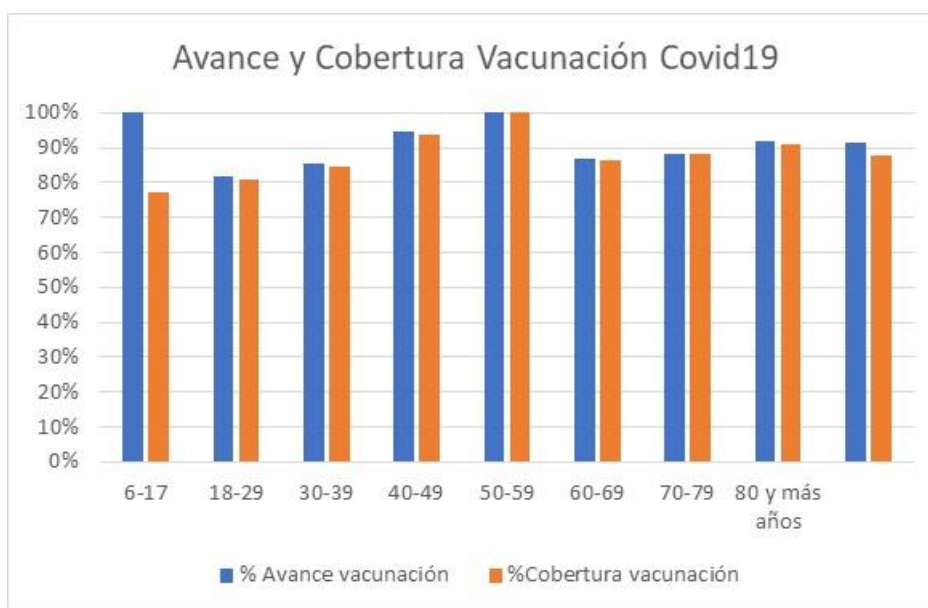
5. Vacunación

El siguiente es el informe del proceso de vacunación, tanto para Covid-19 como Influenza:

Vacunación APS Las Condes 2021 (COVID19 + Influneza)									
Mes	Días de Vacunación	1° Dosis	2° Dosis	Refuerzo	Influenza	Total	Promedio Diario	Locales de Vacunación	Duplas Diarias
feb	23	52,250	7	-		52,257	2,272	5	50
mar	27	67,263	62,731	-		129,994	4,815	1	90
abr	21	21,308	64,039	-	41,621	126,968	6,046	1	150
may	22	57,064	24,542	-	18,320	99,926	4,542	1	150
jun	24	24,824	57,335	-	4,023	86,182	3,591	1	100
jul	21	11,673	32,693	-	1,457	45,823	2,182	1	80
ago	23	5,624	13,745	34,535	648	54,552	2,372	1	60
sept	21	12,806	4,409	52,059	213	69,487	3,309	1	70
oct	21	15,318	14,066	71,839	127	101,350	4,826	1	75
nov	9	1,663	9,351	28,191	45	39,250	4,361	1	75
Total general	212	269,792	282,919	186,624	66,454	805,789	38,316		
*Fuente: RNI CESFAM Las Condes									

Vacunación por Grupo Etario:

Grupo edad	% Avance vacunación	% Cobertura vacunación
6-17	104%	77%
18-29	81.7%	80.9%
30-39	85.2%	84.3%
40-49	94.5%	93.9%
50-59	100.7%	100.1%
60-69	86.6%	86.2%
70-79	88.4%	88.0%
80 y más años	91.8%	90.8%
Total	91.6%	87.7%



Vacunación Covid 19 por comuna:

Comuna	1° Dosis	2° Dosis	Única Dosis	Refuerzo	Total
Maipú	314,108	307,231	13,087	181,562	815,988
Puente Alto	307,222	299,193	16,759	169,375	792,549
Santiago	302,131	293,076	14,861	178,785	788,853
Las Condes	293,148	289,884	5,841	191,648	780,521
La Florida	295,629	288,885	8,847	171,081	764,442
Providencia	214,493	210,598	4,875	135,597	565,563
Nuñoa	211,074	205,401	8,258	117,188	541,921
San Bernardo	181,127	174,029	8,276	87,559	450,991
Peñalolén	154,255	150,213	5,300	86,898	396,666
Pudahuel	154,919	150,549	2,947	82,068	390,483
Quilicura	133,191	128,388	8,341	70,388	340,308
La Reina	120,270	118,642	2,444	76,854	318,210
Recoleta	113,670	110,127	6,041	61,573	291,411
Vitacura	104,932	103,765	2,178	74,384	285,259
El Bosque	110,188	105,677	4,454	57,459	277,778
Lo Barnechea	103,339	101,905	3,319	65,252	273,815
Estación Central	105,023	100,210	10,367	54,727	270,327
Conchalí	106,597	102,728	3,087	53,561	265,973
Independencia	101,910	97,986	5,520	53,971	259,387
Colina	98,698	95,818	5,703	53,144	253,363
Melipilla	98,456	94,485	5,031	54,242	252,214
San Miguel	93,461	91,086	3,369	56,899	244,815
Macul	92,298	90,401	3,817	56,148	242,664
La Granja	94,015	90,707	3,886	50,160	238,768
La Pintana	93,013	89,097	7,678	45,773	235,561
Renca	91,795	88,219	3,581	46,988	230,583
Huechuraba	84,607	82,578	2,917	49,408	219,510
Quinta Normal	86,260	83,056	2,179	46,736	218,231
Lo Prado	84,698	81,509	3,453	44,253	213,913
Cerro Navia	81,415	77,779	4,159	39,437	202,790
Buín	77,919	75,617	2,611	39,684	195,831
San Joaquín	76,272	73,523	2,949	41,564	194,308
Pedro Aguirre Cerda	67,257	64,619	2,803	37,282	171,961
Lo Espejo	67,348	64,318	3,200	34,236	169,102
La Cisterna	65,137	63,282	2,434	36,820	167,673
Lampa	67,418	64,339	3,153	31,263	166,173
Peñaflor	63,047	61,270	2,889	35,709	162,915
San Ramón	59,588	57,164	2,967	30,602	150,321
Paine	58,672	56,710	2,497	31,556	149,435
Padre Hurtado	56,034	54,563	1,995	28,657	141,249
Cerrillos	54,027	52,025	2,180	31,006	139,238
Talagante	53,709	52,281	1,298	30,003	137,291
Isla de Maipo	27,663	27,013	2,496	16,069	73,241
Curacaví	25,003	24,475	1,761	15,508	66,747
El Monte	24,337	23,540	1,567	13,563	63,007
Pirque	22,653	22,246	1,494	13,893	60,286
Calera de Tango	22,366	21,919	1,746	13,126	59,157
San José de Maipo	15,615	15,155	936	8,852	40,558
Tiltil	14,745	14,355	1,190	8,479	38,769
María Pinto	10,874	10,565	721	6,356	28,516
San Pedro	8,912	8,559	1,157	4,717	23,345
Alhué	6,353	6,179	602	3,582	16,716

6. Óptica Comunal

El 2021 operó por segundo año consecutivo la óptica comunal Las Condes que beneficia a todos los vecinos de la comuna con Tarjeta Vecino vigente.

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

El resumen anual es el siguiente:

Mes	N° Ventas	Total Venta (Precio Lista)	Descuento Total	Venta Promedio con Descuento
ene	2,044	\$ 178,000,000	\$ 89,000,000	\$ 43,542
feb	1,982	\$ 177,854,400	\$ 88,927,200	\$ 44,867
mar	2,018	\$ 207,101,240	\$ 103,550,620	\$ 51,313
abr	1,533	\$ 152,634,340	\$ 76,317,170	\$ 49,783
may	1,932	\$ 201,718,922	\$ 100,859,461	\$ 52,205
jun	2,236	\$ 237,774,364	\$ 118,887,182	\$ 53,170
jul	2,361	\$ 251,583,002	\$ 125,791,501	\$ 53,279
ago	1,971	\$ 211,317,400	\$ 105,658,700	\$ 53,607
sept	1,796	\$ 183,694,840	\$ 91,847,420	\$ 51,140
oct	1,806	\$ 187,586,022	\$ 93,793,011	\$ 51,934
Total general	19,679	\$ 1,989,264,530	\$ 994,632,265	\$ 50,543

7. Botiquín Las Condes

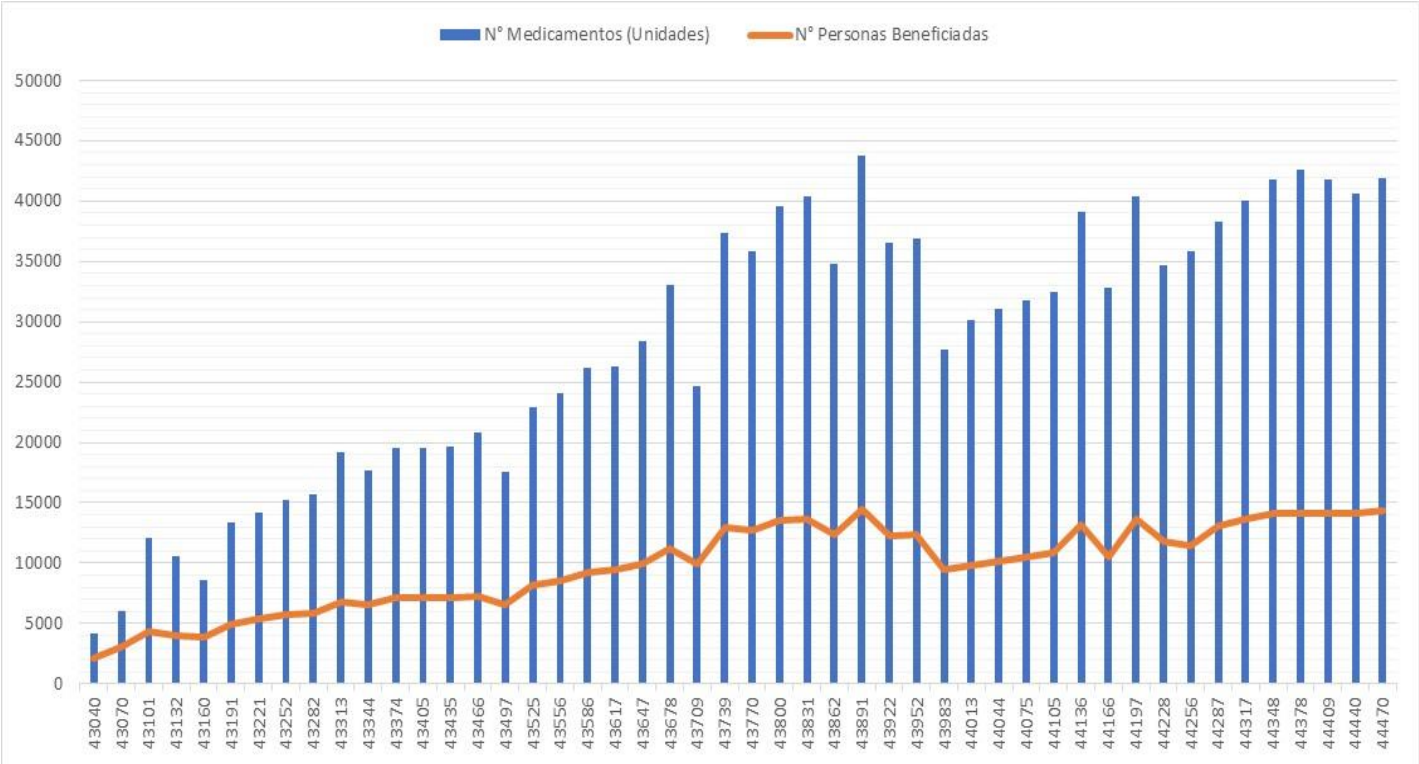
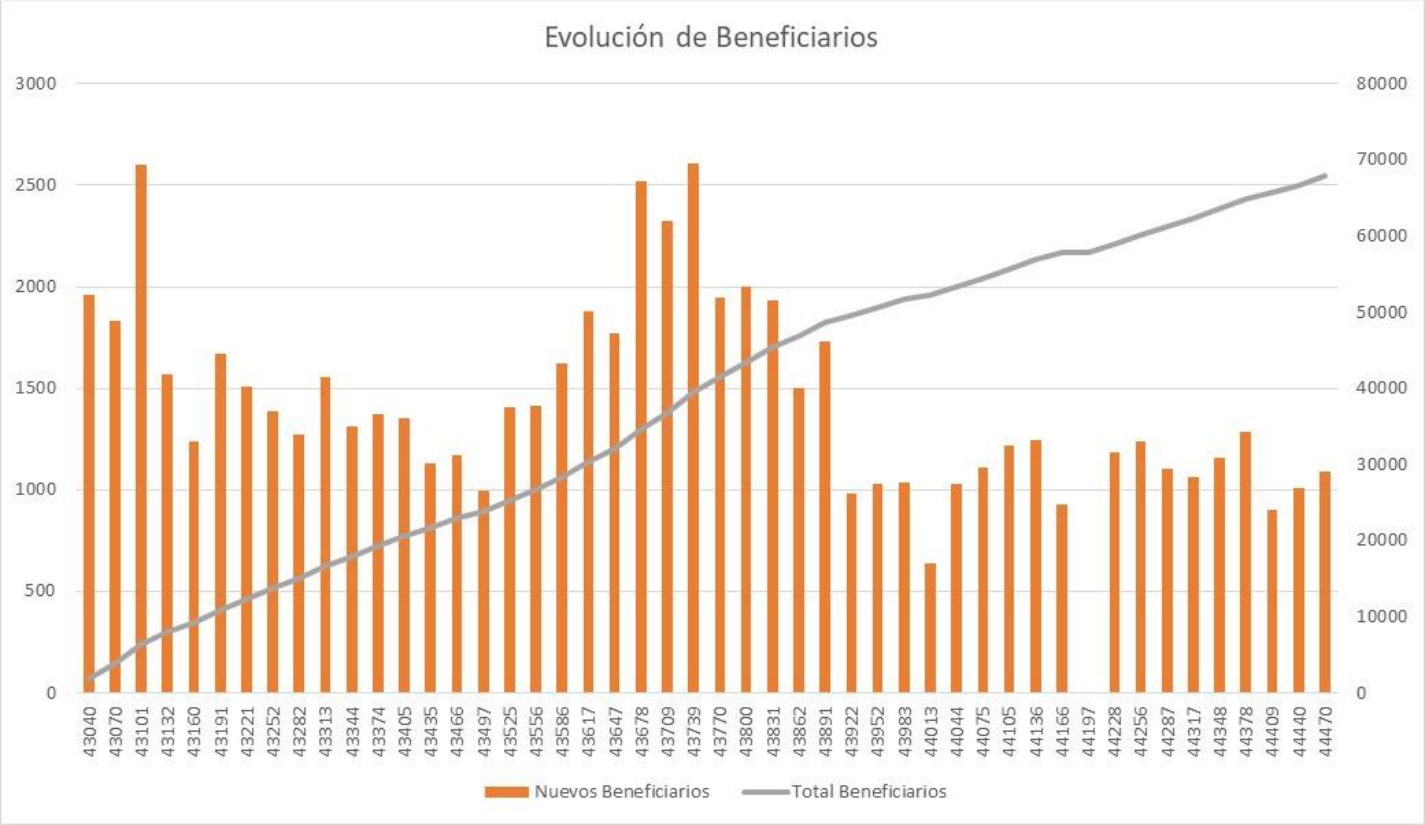
En noviembre del año 2017 comenzó a funcionar el Botiquín Las Condes, en convenio con Farmacias Salcobrand para entregar medicamentos de primera necesidad a vecinos de Las Condes, con Tarjeta Vecino vigente y receta médica.

El siguiente es el resumen del funcionamiento de este programa:

Resumen Octubre 2021 - El Botiquín de Las Condes						
Año	Meses	N° Medicamentos (Unidades)	N° Personas Beneficiadas	Ahorro Vecinos Las Condes	Beneficio Promedio por Persona	Costo Promedio Mensual por Beneficiario
2,017	2	10,251	5,135	\$ 27,900,574	\$ 5,433	\$ 4,171
2,018	12	185,186	68,786	\$ 430,753,736	\$ 6,262	\$ 1,868
2,019	12	336,802	119,525	\$ 1,153,430,447	\$ 9,650	\$ 1,075
2,020	12	417,432	139,730	\$ 1,855,625,832	\$ 13,280	\$ 920
2,021	10	397,771	134,573	\$ 1,697,614,532	\$ 12,615	\$ 796
Total	48	1,347,442	467,749	\$ 5,165,325,121	\$ 11,043	\$ 1,099

Total Beneficiarios (RUT Únicos)	67,825
Total Nuevos Usuarios (Último Mes)	1,087

Los 10 Medicamentos Más Vendidos				
Medicamentos	Unidades Vendidas	Precio de Lista	Descuento	Precio Vecino Las Condes
LOSARTAN (B) 50mg X30COM.	\$ 27,943	\$ 2,399	88%	\$ 288
OMEPRAZOL (B) 20mg X30CAP.	\$ 21,887	\$ 1,699	55%	\$ 765
ATORVASTATINA (B) 10mg X30COM.	\$ 21,397	\$ 2,799	81%	\$ 532
ATORVASTATINA (B) 20mg X30COM.	\$ 18,200	\$ 2,999	70%	\$ 900
ZOPICLONA (B) 7.5mg X30COM.REC	\$ 14,940	\$ 3,299	87%	\$ 429
ESCITALOPRAM (B) 10mg X30COM.REC.	\$ 13,493	\$ 15,999	58%	\$ 6,720
(R) EUTIROX 50mcg TABL.X50	\$ 12,649	\$ 10,999	61%	\$ 4,290
AMLODIPINO 5mg X30COM.	\$ 9,790	\$ 2,799	70%	\$ 840
(B) CLONAZEPAM 2mg COMP.X30	\$ 9,284	\$ 5,599	85%	\$ 840
SERTRALINA (B) 50mg X30COM.	\$ 9,092	\$ 2,499	85%	\$ 375



8. 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:

8.1 Centro de Salud Apoquindo:

El CESFAM Apoquindo es un centro Asistencial-Docente, es uno de los dos centros de Atención Primaria de la comuna de Las Condes, siendo uno de los más antiguos del área Oriente. Se encuentra ubicado desde el año 1996 en Cerro Altar 6611.

El CESFAM Apoquindo Atiende a su Población inscrita de acuerdo al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Este Modelo ha sido definido 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”.

Se sustenta en tres principios fundamentales que son:

- Centrado en el usuario: considera todas las necesidades y expectativas de él y su familia.
- Integralidad de la atención: incluye promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, así como también responde a las necesidades desde una aproximación biopsicosocial, espiritual y cultural del ser humano.
- Continuidad en el cuidado.

En enero del 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. Actualmente en proceso de preparación para una nueva recertificación.

La **Misión** del CESFAM está definida como:

“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 resolutiveidad y fácil acceso, con un equipo multidisciplinario altamente motivado, comprometido y en constante crecimiento técnico y profesional.”

En el modelo descrito, la comunidad, sus redes de autocuidado y el nivel primario de atención, son el eje articulador del quehacer sanitario, y son el nivel que concentra la complejidad sociosanitaria, por cuanto le corresponde establecer la pertinencia, oportunidad y tipo de intervención y/o derivación de la gran gama de problemas biológicos, psicológicos y sociales que afecta a la población a la cual sirve.

Factores Condicionantes en Salud

Medio Natural y Medio Cultural:

El Centro de Salud Apoquindo se encuentra ubicado en el área Oriente de la Región Metropolitana, próximo al sector precordillerano, 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.

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

Las condiciones de vivienda y saneamiento básico, en el área de nuestro Centro son adecuadas con escaso índice de hacinamiento y pobreza.

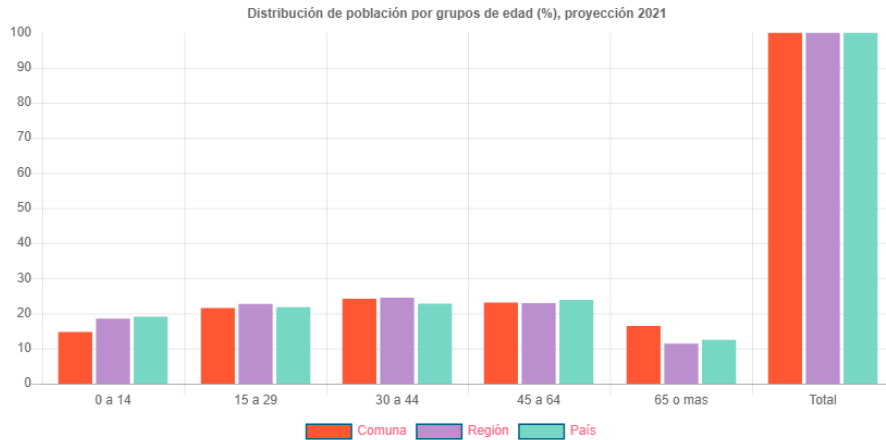
Las viviendas cuentan con conexión a red pública de electricidad y 100% cuenta con agua potable, eliminación excretas y disposición de basuras.

Datos Biogeográficos de la Población de la Comuna de Las Condes **Población Total**

Unidad Territorial	Censo 2017	Proyección 2021	Variación(%)
Las Condes	294.838	335.296	13,7
Región Metropolitana	7.112.808	8.242.459	15,88
País	17.574.004	19.678.363	11,97

Población por grupos de Edad Comuna de Las Condes

Grupo de Edad	Censo 2017	Proyección 2021
0 a 14	45.019	49.356
15 a 29	68.674	72.332
30 a 44	64.262	81.018
45 a 64	70.872	77.559
65 o mas	46.011	55.031
Total	294.838	335.296



Índice de Masculinidad

Censo 2017		Proyección 2021		Índice de Masculinidad(IM)	
Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Censo 2017	Proyección 2021
135.917	158.921	163.109	172.187	94,73	85,52

Índice de Dependencia Demográfica (IDD) e Índice de Adultos Mayores (IAM)

Unidad Territorial	Índice de Dependencia Demográfica (IDD)		Índice de Adultos Mayores (IAM)	
	Censo 2017	Proyección 2021	Censo 2017	Proyección 2021
Las Condes	44,66	45,21	102,2	111,5
Región Metropolitana	43,18	42,69	55,7	61,71
País	45,88	46,05	56,85	65,64



Índice de adultos mayores:"(Índice de envejecimiento): Expresa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes. Se calcula como el cuociente entre personas de 65 años y más, respecto de las personas menores de 15 años, multiplicado por 100. Se interpreta como el número de adultos mayores (de 65 años y más) por cada 6 niños y jóvenes (menores de 15 años)"

https://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/indice_de_envejecimiento.htm (mayo, 2021)

Índice de dependencia demográfica:"(Relación de Dependencia): Es un indicador de dependencia económica potencial: mide la población en edades "teóricamente" inactivas en relación a la población en edades "teóricamente" activas. Se calcula como el total de población de 0 a 14 años más la población de 65 y más, dividido por el total de población de 15 a 64 años, multiplicado por 100. Se interpreta como el número de personas en edad inactiva por cada 100 personas en edad de trabajar."

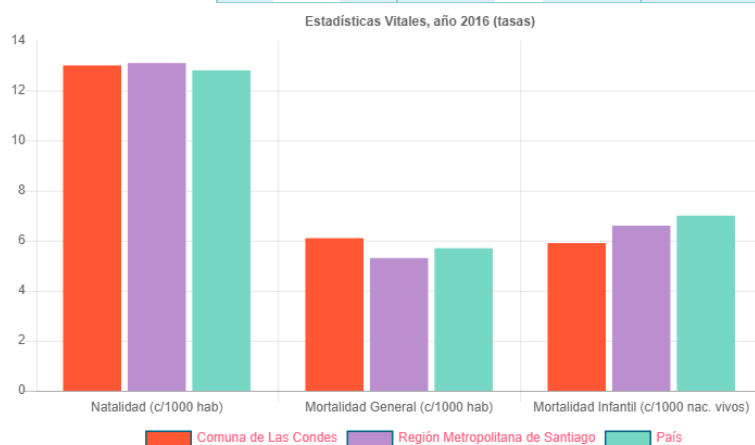
Fuente:

https://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/relacion_de_dependencia.htm (mayo, 2021)

Tasas de Natalidad, Mortalidad y Mortalidad infantil, año 2016

(Tasas c/1.000 hab, Año 2016)

Unidad Territorial	Natalidad	Mortalidad General	Tasa de Mortalidad Infantil(c/1000 nac.vivos)
<i>Las Condes</i>	13	6,1	5,9
<i>Región Metropolitana</i>	13,1	5,3	6,6
<i>País</i>	12,8	5,7	7



Defunciones por Causa Básica de Muerte en la Comuna de Las Condes

CLASIFICACIÓN	2009	2014	2019	2020	2021
<i>COVID-19 Confirmado</i>				392	250
<i>COVID-19- Sospechoso</i>				96	52
<i>Enfermedades No Respiratorias</i>	1.300	1.461	1.597	1.475	1.386
<i>Otras Causas Respiratorias</i>	138	185	298	243	183
<i>Total general</i>				392	250

Fuente: Departamento de Información Sanitaria SSMO Actualizada al 31.10.2021

Observaciones: Esta información, se compara para efectos estadísticamente equivalentes de los años 2009 (Pandemia influenza A H1N1), 2014 (Alerta Sanitaria Influenza A H3N2) y 2019 respectivamente. Este BD está actualizada al 10/11/2021 y contiene información de defunciones por causa básica de muerte, según información del SRcel. (por lo cual las muertes por COVID19 se consideran probables).

Población Beneficiaria del CESFAM

La Población FONASA inscrita validada en el CESFAM Apoquindo corresponde a **28.842** personas. Esta población beneficiaria se encuentra dividida en 2 sectores y tienen cada uno su equipo de cabecera multidisciplinario a cargo de entregar todas las prestaciones definidas.

**POBLACIÓN INSCRITA VALIDADA CESFAM
APOQUINDO
AL 30-09-2021**

Edades	Masculino	Femenino	Total
0 a 19 años	1.343	1.354	2.697
20 a 44 años	2.601	4.691	7.292
45 a 64 años	2.344	6.551	8.895
65 y más años	3.003	6.955	9.958
TOTAL	9.291	19.551	28.842

Durante los últimos años, por múltiples factores se ha ido incrementando enormemente, siendo el segmento de adultos mayores de 60 años el de mayor incremento. Actualmente representan un **43,12 %** de los inscritos y representan el segmento de población que demandan el mayor número de nuestras prestaciones.

Es una población relativamente homogénea respecto al nivel socioeconómico y educacional medio-alto, la mayoría con educación secundaria completa, lo que determina un perfil de usuarios bien informados y con alto nivel de demandas y expectativas, lo que impacta positivamente en el grado de adherencia a los controles de patologías crónicas y en la comprensión de los contenidos de las educaciones entregadas.

Existe también un segmento de usuarios representados por trabajadores de la comuna como jardineros, obreros, conserjes y trabajadoras de casa particular, quienes en su mayoría no viven en la comuna por lo que representan una población flotante que en alguna ocasión dificulta la realización de todas las acciones de salud familiar. También dentro del perfil poblacional existe un 12 % de población migrante inscrita.

El perfil epidemiológico de este Centro, implica que muchos de sus recursos, estrategias y actividades, se orienten a organizar el servicio de manera que podamos llevar a cabo acciones, entre otras, de mantención en la funcionalidad del adulto mayor, lo que incluye, realización de EFAM periódico, control de crónicos, visitas programadas, gestión de demanda, reuniones interdisciplinarias, etc., sin descuidar nuestra función principal de Atención

Primaria de Salud como es promoción - prevención de la salud, y otros quehaceres relacionados a grupos de acuerdo al ciclo vital, conforme a normas ministeriales y orientaciones comunales.

**USUARIOS INSCRITOS SEGÚN PREVISION DE
SALUD**

CESFAM APOQUINDO AÑO 2021	
Previsión	% beneficiarios
FONASA A	8%
FONASA B	47%
FONASA C	16%
FONASA D	27%
PRAIS	2%
TOTAL	100%

Formulación del Plan de Salud

La política de Salud de la comuna, es el reflejo del desarrollo social del gobierno comunal y a su vez coherente con los planes y programas del Ministerio de Salud, enfatizando los problemas locales de salud a través del Plan de Salud Comunal aprobado por el Concejo municipal y supervisados de acuerdo a las orientaciones técnicas del Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

La Municipalidad de Las Condes mediante la Corporación de Educación y Salud se ha empeñado en resolver el desafío de la calidad de la atención exitosamente en los Centros de Salud que administra, incorporando el concepto de gestión total de calidad, brindando una atención humanizada, resolutive, accesible, con un equipo multidisciplinario altamente motivado, comprometido y en constante crecimiento técnico - profesional.

Las actividades programadas en el plan de salud 2022 incluyen el cuidado de la salud a lo largo de todo el ciclo vital, incorporando lo solicitado por el MINSAL que incluye entre otras actividades: metas sanitarias, índices de actividad APS, programa Chile Crece contigo, programa de promoción,

cumplimiento de patologías GES y programas específicos como son el de TBC y VIH. Se busca el optimizar el uso de los recursos humanos, tecnológicos y financieros, orientándolos a resultados medibles y facilitando la integración funcional de la Red Asistencial.

Las acciones propuestas están basadas en la mejor evidencia disponible además de la observación de la experiencia vivida por los países del hemisferio norte. Además, tiene como fin constituir un plan de acción que permita el manejo de casos basado en nuestra infraestructura sanitaria disponible, el uso eficaz y eficiente de los recursos existentes.

La Pandemia del Sars-Cov 2 provocó grandes cambios en las prestaciones y en la forma de brindarlas a nuestros usuarios. Significó replantearse las estrategias utilizadas habitualmente y generar nuevos mecanismos de atención para enfrentar de la mejor manera posible esta emergencia sanitaria mundial. El gran desafío fue dar respuesta a las necesidades de los pacientes, sin disminuir la calidad y la seguridad de nuestras prestaciones.

Se crearon nuevos protocolos de atención con énfasis en usos de elementos de protección personal (EPP) tanto para prevenir infecciones asociadas a la atención de salud (IAAS) como también para protección del equipo de salud asegurando la continuidad de la atención.

Si bien es cierto, durante el año 2021 se comenzó en el segundo semestre a retomar muchas actividades, volviendo de a poco a la normalidad, no se puede decir con certeza cuándo terminará la pandemia, es por esto que para el año 2022 es apropiado planificarse con la continuidad de ciertas estrategias como el control de aforos, estrategia de triage en la entrada del CESFAM, rendimientos adecuados para la ventilación de los boxes de atención clínica, etc. con el fin de disminuir riesgos de contagios asegurando la pesquisa precoz de síntomas respiratorios, así como también evitar aglomeraciones en espacios cerrados y hacer más expeditas las atenciones de salud educando a la comunidad en cuanto a tópicos relacionados con la pandemia.

Programa Infantil y Adolescente

Programa nacional de salud de la infancia

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 talleres de apoyo a la crianza y estimulación, además de la entrega de material de estimulación.

En el CESFAM Apoquindo se realizan los controles de salud infantil, de acuerdo a lo señalado en la Norma técnica del Ministerio de Salud. Desde el nacimiento hasta los nueve años de vida todo niño/a es atendido por un equipo multidisciplinario, abordando a todo niño de manera integral e incorporando a su familia. Identificando factores de riesgo y protectores para su desarrollo.

Además, cuenta con una sala de estimulación donde son derivados todos los niños que requieran apoyo adicional en su desarrollo.

Durante el año 2021, pese a la Pandemia por COVID 19, el flujograma de atención el programa infantil se realizó de manera normal, manteniendo las prestaciones dirigidas a este grupo etario. Para el año 2022 se dará continuidad a todas las prestaciones del Programa.

Programa Adolescente

Abarca a la población de adolescentes entre 10 y 19 años.

La adolescencia 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 utilizado para valorar de manera integral al o las adolescentes y a sus familias, identificando factores protectores, conductas de riesgo y realizando acciones de promoción y de prevención de la salud

Durante el año 2021 los controles de salud de este grupo etario se realizaron de manera presencial y también a través de teleconsultas. Para el año 2022 se continuará con atenciones presenciales.

Programa del Adulto y Adulto mayor

Durante el año 2021 además de realizar atenciones presenciales, con el fin de dar respuesta a las demandas de nuestros usuarios se implementó la estrategia de la Teleasistencia de parte de los profesionales del CESFAM especialmente para control patologías crónicas y se potenció el uso de Plataformas como el Hospital Digital.

La Teleasistencia en salud es una Estrategia basada en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, en el contexto de las Redes Integradas de Servicios de Salud, y que, mediante el uso de las tecnologías de información y comunicaciones, facilita la provisión de servicios a distancia desde el ámbito de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. Permite optimizar los recursos existentes, disminuir las barreras de acceso y mejora la oportunidad y la continuidad en la atención.

Para el 2022 se proyecta seguir con estas estrategias que fueron muy bien recibidas por los nuestros pacientes, especialmente los adultos mayores. El desafío para el 2022 es desarrollar los procesos, infraestructura y normativa para su óptima implementación.

Programa de la Mujer

Respecto a lo trabajado como programa de la mujer durante el 2021, se dio total relevancia a la recuperación de los controles preventivos ginecológicos, procedimientos de toma de Papanicolaou (PAP) y mamografía, para prevenir los cánceres ginecológicos en la población, dado al 60% aproximadamente de abandono de los controles. De igual forma se realizó hincapié en facilitar a la población el acceso oportuno y universal al programa de regulación de la fecundidad. Esto se ve reflejado en la capacitación del 100% de las matronas en todas las técnicas y procedimientos de anticonceptivos de larga duración. Se da prioridad a atención espontánea de gestantes, debido al aumento de población con patología obstétrica.

También debido al aumento de patologías en salud mental perinatal, se dio acceso oportuno a la atención, además de fortalecer y modificar los flujogramas para el óptimo tratamiento y seguimiento de los casos. Con esta pesquisa, se ha logrado mejorar la derivación a los infantes a la sala de estimulación.

Debido a multifactores se ha visto en los últimos años un incremento en las infecciones de transmisión sexual, por lo que se ha implementado y priorizado el acceso a realización de test rápido de VIH y otros exámenes del panel ITS, junto con la entrega de consejería preventiva de ITS/VIH y uso correcto de preservativos masculinos y femeninos.

En el Plan de Salud 2022 se da continuidad a todas las acciones realizadas en el año.

Programa de Salud Mental

El programa de Salud Mental busca promover la salud mental y el bienestar de la población por medio del desarrollo de acciones promocionales y preventivas, de carácter sectorial e intersectorial, con un fuerte énfasis en los determinantes sociales de la salud, además de asegurar una respuesta a las necesidades de atención de la población, con servicios de salud mental comunitaria, integrados a la red general de salud en todos sus niveles, que considere las necesidades de hombres y mujeres a lo largo del curso de vida.

En el contexto de Pandemia, las atenciones de los equipos de Salud Mental han sido fundamentales ya que evidentemente se generó un mayor número de consultas por esta causa. Los equipos del CESFAM, en un trabajo conjunto con el COSAM de la Las Condes, han coordinado sus acciones para satisfacer la demanda y resolver con estrategias como las consultorías y /o Intervención en crisis y los casos más prioritarios. Para el año 2022 se planifica dar continuidad a las estrategias y actividades que permitan dar respuesta a las necesidades de nuestros usuarios.

Programa Odontológico

Desde el inicio de la pandemia por COVID-19, el programa odontológico se ha visto afectado de manera significativa. Siguiendo los lineamientos ministeriales, hemos debido adecuar nuestra oferta de prestaciones acorde a la dinámica del plan Paso a Paso.

La unidad dental ha debido implementar una serie de estrategias para garantizar la seguridad de la atención y minimizar el riesgo de contagio de nuestros usuarios y del personal odontológico. Dentro de éstas, se puede mencionar la disminución del rendimiento de la atención clínica para garantizar una adecuada ventilación y desinfección del box de atención, adquisición de mayor instrumental odontológico, readecuación de los espacios físicos del área dental y adquisición de insumos de tecnología para facilitar el acceso a la atención. Todos estos cambios han requerido un trabajo colaborativo entre los integrantes del equipo quienes han trabajado de manera eficiente y con alto grado de compromiso.

A pesar de la disminución de la oferta de prestaciones, este año la unidad dental del CESFAM Apoquindo ha logrado cumplir satisfactoriamente la ejecución de los programas ministeriales de salud bucal.

El equipo odontológico se orientó a otorgar continuidad de los programas establecidos, priorizando la atención de niños y adolescentes, programas GES odontológicos, atención de morbilidades odontológicas y adultos mayores.

En relación al ciclo vital de niños y adolescentes, el equipo profesional detectó un alto impacto de la pandemia en este grupo, observando cambios en desmedro de los hábitos alimenticios y bucales. Por este motivo, se enfocó

la atención en la promoción de salud, prevención y tratamiento de las enfermedades bucales. Este grupo etario fue priorizado en la agenda del CESFAM ofreciendo atención continua durante todo el periodo. Por último, mencionar que las metas propuestas para este grupo fueron superadas ampliamente con un cumplimiento por sobre el 100%.

Los programas GES ministeriales de seis años, embarazadas y 60 años también tuvieron continuidad en el periodo. Para dar cumplimiento a estos programas, se amplió la oferta de horas de atención odontológicas y se aumentó el trabajo administrativo con la finalidad de dar respuesta a la demanda de todos los beneficiarios y hacer seguimiento a las garantías que quedaron retrasadas a causa de la pandemia, asegurando la ejecución de estas garantías de salud. Por otra parte, se trabajó de manera coordinada y eficiente con el Centro de Especialidades de Las Condes para garantizar las atenciones requeridas de nivel secundario.

Por otra parte, cabe mencionar que en el grupo etario de mayor de 80 años se dispuso atención dental preferente con cupos protegidos en la agenda de los profesionales.

Además, con mucho esfuerzo y orgullo podemos mencionar que se retomó el programa de Prótesis Comunal cuyo objetivo es realizar rehabilitación oral mediante prótesis removible a los usuarios vecinos de la comuna que se encuentran en lista de espera en esta misma especialidad en el Hospital del Salvador. A la fecha, este año se ha beneficiado aproximadamente a 40 usuarios, esperando aumentar este beneficio durante el próximo año.

En relación al programa Sembrando Sonrisas, junto a la atención coordinada con los equipos de educación de cada establecimiento, se pudo realizar actividades de promoción de salud y estrategias preventivas como la aplicación de flúor en casi el 80% del grupo objetivo. Sorteando dificultades como la no presencialidad de los alumnos, diferentes modalidades de clases y cierre de colegios por ser sede de votaciones, entre otros.

Por último, mencionar que el satisfactorio cumplimiento de los objetivos de este año, han permitido gestionar de manera eficiente la oferta de horas y agenda profesional pudiendo aumentar la cobertura en los grupos no

priorizados de mayores de 20 años que requieren atención odontológica. De esta manera, retomamos la atención de pacientes que se encuentran en espera de tratamiento dental. El objetivo para el próximo año es aumentar la cobertura de estos usuarios.

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 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 desarrollan una serie de estrategias intramurales y extramurales. Para sacar adelante estas estrategias se han establecido coordinaciones y alianzas estratégicas de cooperación con los encargados de diferentes instituciones para acceder a los grupos 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. Esto cobra gran importancia en este periodo de pandemia de COVID-19, donde la comunicación con los diferentes encargados ha sido primordial para que la planificación de las actividades extramurales se ejecuten con todos los estándares de calidad y seguridad que garanticen la protección a la población objetivo y aplicando medidas de prevención y control de infecciones para evitar un mayor riesgo de transmisión del virus COVID-19 entre los inmunizados, personal de los establecimientos y funcionarios del equipo de salud.

Durante el 2021, a raíz del brote mundial del virus SARS-Cov-2, se pone en marcha el plan de vacunación contra el virus, que ha sido fundamental para controlar el avance y propagación de éste. La respuesta inmunitaria que se consigue permite prevenir el contagio, lo que produce un beneficio individual en la salud de la persona que es inoculada y de la sociedad toda que se ve beneficiada por el llamado “efecto rebaño” de la vacuna.

El equipo del CESFAM Apoquindo adhiere a esta estrategia a partir del 2 de febrero del 2021, realizando una serie de ajustes logísticos para llevar a cabo esta vacunación masiva.

Se vacuna en primer lugar al personal de salud del CESFAM, logrando una cobertura del 100%, para luego ir avanzando en forma gradual por grupos definidos según priorización definida por el nivel central.

Debido a la masiva campaña de vacunación que se desarrollaría, la implementación logística para llevarla a cabo queda a cargo de un equipo intersectorial, conformado por Encargada del PNI, equipo del CESFAM y Municipal.

Inicialmente la vacunación se desarrolló en recintos de establecimientos educacionales y otros puntos para finalmente a partir de marzo centralizar la vacunación en el Parque Juan Pablo II de tal manera de dar respuesta a la alta demanda de pacientes, incluso a pesar de las condiciones sanitarias del momento con periodos de cuarentena o diferentes fases. Este gran punto de vacunación ha requerido preparar a mucho personal profesional y técnico, es por esto que durante todo el año se mantienen instancias de capacitación y entrenamiento, necesarias para dar respuesta oportuna, segura y de calidad a medida que se incorporaban nuevas vacunas y recibíamos nuevas orientaciones técnicas desde el nivel central.

Es importante mencionar, también, que durante el primer semestre se ejecuta la Campaña de Vacunación contra Influenza a partir del 16 de marzo del 2021. Los equipos del CESFAM lograron inmunizar a 32.271 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). Se destaca el cumplimiento de un 100% de la vacunación contra influenza en nuestros funcionarios, preocupados de su autocuidado y lograr preservar la integridad de nuestras unidades asistenciales.

El compromiso y esfuerzo de los equipos ha sido emocionante y una forma de visibilizar esto es mostrar las cifras que dan cuenta del inmenso volumen de personas vacunadas a octubre del 2021:

Vacunación contra SARS-CoV-2 2021 CESFAM Apoquindo	
Vacunas utilizadas	Inmunizados
Pfizer	184.593
CoronaVac	378.957
AstraZeneca	73.341
Cansino	4.264
TOTAL (al 31-10-2021)	641.155

Vacunación contra Influenza 2021	
Grupos objetivos	Inmunizados
Embarazadas	632
Niños y niñas desde los 6 meses hasta los 5 años	8.010
Niños y niñas desde 1° básico hasta 5° básico	6.320
Personas mayores de 65 y más años	25.117
Enfermos crónicos desde los 11 hasta los 64 años	10.793
Personal de salud del CESFAM Apoquindo	187

Paralelamente se sigue ejecutando el Programa Nacional de Inmunización (PNI) con:

La Vacunación Escolar a partir del 5 de agosto del 2021 para los niños y niñas de 1°, 4°, 5° y 8° básicos, la que se desarrolla en los 26 establecimientos educacionales públicos y privados, incluidas escuelas diferenciales o especiales, correspondientes al territorio del CESFAM Apoquindo. Esta vacunación se debió posponer debido a la indicación de priorizar la estrategia de vacunación contra SARS-CoV-2 a escolares en sus establecimientos educacionales, los que recibieron su primera y segunda dosis de vacuna en los colegios como una manera de acercar la vacunación a este grupo objetivo, actividad que tuvo excelente adherencia.

La Campaña de Seguimiento contra el Sarampión 2020 con el fin de mantener la eliminación del Sarampión en Chile, la que debía desarrollarse durante el periodo comprendido entre octubre y diciembre del 2020 o hasta alcanzar cobertura mayor o igual al 95% de la población objetivo (niños/as de 13 meses a 5 años 11 meses 29 días), campaña que finaliza el 30 de septiembre del 2021.

Se ha desarrollado también en este año una comunicación permanente con el nivel central para resolver consultas o solicitudes particulares de usuarios chilenos y extranjeros con esquemas de vacunación atrasada o especiales que requieren análisis y respuestas para gestionar y proceder con el protocolo correcto de inmunización para cada caso.

Sin duda ha sido un gran trabajo y el CESFAM Apoquindo, gracias a que cuenta con un equipo altamente calificado, eficiente capacitado y comprometido, ha sabido llevar adelante esta tarea titánica e histórica, analizando y aplicando continuamente medidas de mejora con el fin de otorgar la prestación de la cartera de inmunizaciones con los más altos estándares de calidad.

Para el 2022 se dará continuidad a la vacunación del PNI y se seguirán los lineamientos Ministeriales en relación con la vacunación COVID-19.

Programa de Atención Domiciliaria

El Programa de Atención Domiciliaria para 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 desde la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y 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, trasladando las acciones desde el CESFAM a los domicilios de los pacientes

El PADPDS del CESFAM Apoquindo actualmente cuenta con una población bajo control estimada de 251 pacientes, el cual históricamente ha mantenido un alto número de usuarios bajo control, lo que, a su vez, es reflejo del envejecimiento poblacional (por mayor avance tecnológico en salud, acceso a atenciones, aumento en la esperanza de vida y disminución de la mortalidad principalmente). 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 empoderando y capacitando al equipo de salud para brindar una atención multidisciplinaria y de calidad. En contexto de pandemia las capacitaciones se realizan bajo la modalidad de autoaprendizaje con la entrega del Manual “Yo me cuido y Te cuido” por profesional de enfermería, quien además realiza consejería en cuidados para el adulto mayor dependiente severo, permitiendo entregar herramientas y conocimientos para que como cuidadores realicen estos cuidados de la mejor forma posible y bajo el acompañamiento del equipo del CESFAM.

Destacar la mantención de las acciones para entregar continuidad y oportunidad de las atenciones por parte de nuestro equipo multidisciplinario bajo todas las medidas de seguridad y sanitarias de prevención de contagio de COVID-19, reforzando en el equipo de salud, la aplicación de las Precauciones Estándares y uso correcto de Elementos de Protección Personal en las atenciones domiciliarias.

Dentro de la cartera de prestaciones que se otorgan en el domicilio 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 entrega de medicamentos y procedimientos de enfermería (tales como toma de muestras de sangre, orina, baciloscopías, instalación de sondas, administración de tratamientos, curaciones, inmunizaciones y entrega de órtesis).

Mencionar que aproximadamente un 21% de los pacientes dependientes severos se encuentran institucionalizados en ELEAM correspondientes a la jurisdicción de nuestro CESFAM, quienes reciben las atenciones en estas mismas instituciones, previa coordinación.

Actualmente contamos con 19 ELEAM con los cuales hemos mantenido una comunicación activa con los Directores, monitoreando semanalmente la presencia de casos de Covid-19.

Por otra parte, ejecutamos acciones masivas como son las campañas de vacunaciones. El desarrollo de la vacunación contra SARS-CoV-2 del año 2021 se desarrolló en forma exitosa y se ejecutó en forma calendarizada tanto para los residentes como para el personal de los ELEAM y lo mismo para los pacientes del programa de dependencia severa en sus domicilios, con alta adherencia a los esquemas de vacunación tanto para completar el esquema primario como para las dosis de refuerzo. Durante el primer semestre del 2021 se llevó a cabo como todos los años, la vacunación contra influenza para estos mismos grupos objetivos.

El SSMO mantiene la estrategia de Hospitalización Domiciliaria (HOSDOM) del Hospital del Salvador (HDS), al cual pueden acceder nuestros pacientes con enfermedades agudas que requieran tratamientos más complejos como tratamientos endovenosos u oxigenoterapias, pero que no tengan criterios de hospitalización ya sea por menor complejidad en el manejo o por limitación del esfuerzo terapéutico, donde el mismo equipo de HOSDOM realiza los seguimientos de los casos hasta el alta y derivación nuevamente al equipo del CESFAM, siendo de gran impacto en la continuidad de la atención de los pacientes y con tiempos de respuestas oportunas de parte del equipo HOSDOM a nuestras derivaciones.

Destacar la excelente comunicación con la red, específicamente con las Unidades del Dolor y Cuidados Paliativos (UAD y CP), tanto del HDS, INGER e INT, manteniendo algunos centros la modalidad de derivación de manera online con los encargados de cada unidad, para así disminuir la exposición de los pacientes y así evitar contagios.

Mencionar la continuidad y consolidación de la estrategia de INR Capilar para pacientes con Tratamiento anticoagulante oral (TACO) en control en el HDS que se inició el año 2020, la que consiste en la toma del examen de forma capilar y en el domicilio del paciente dependiente severo o frágil en tratamiento con anticoagulante, además de la entrega del anticoagulante en la Farmacia del CESFAM, evitando que familiares acudan al retiro de los esquemas de tratamiento y medicamentos al HDS.

En cuanto a la entrega de ayudas técnicas a las que también tienen acceso los pacientes bajo control del Programa de Atención Domiciliaria de nuestro CESFAM mayores de 65 años de edad, existe un procedimiento ampliamente difundido dentro de los equipos para que todos los involucrados estén en conocimiento de los diagnósticos asociados a la entrega de estas ayudas, procesos de entrega y control de stock para que el caso no pierda la oportunidad de esta garantía GES.

Atención Farmacéutica

La Unidad de Farmacia obtuvo la resolución sanitaria emitida por el ISP el 22 de Julio 2021, esto ha permitido el funcionamiento de la sala de fraccionamiento de medicamentos recibidos en envases clínicos los cuales se acondicionan, preparan y fraccionan mejorando las condiciones de dispensación de acuerdo a norma técnica N°12 ; además, dicha resolución exige la presencia del Químico Farmacéutico durante todo el tiempo de funcionamiento de la Farmacia, con el objetivo de conseguir servicios farmacéuticos que apoyen la prescripción basada en la evidencia; centrado en la calidad de la dispensación de medicamentos para patologías crónicas y agudas, brindando información y apoyo para el logro de los objetivos terapéuticos por el paciente, incluyendo no sólo el uso racional de los medicamentos sino la promoción de estilos de vida saludables y el autocuidado.

Frente a la situación epidemiológica actual, se ha presentado la oportunidad de reorientar las actividades hacia la comunidad, potenciando la entrega de medicamentos en domicilio a los usuarios de Las Condes, el acompañamiento y la atención farmacéutica dirigida.

La Farmacia apoya transversalmente a todas las unidades del CESFAM, gestionando y sobre todo asegurando, los medicamentos del Arsenal Farmacoterapéutico comunal que incluye el Arsenal definido por el SSMO y contempla los fármacos de patologías GES APS. Participa en comités de farmacia comunal colaborando en la actualización del arsenal.

La Unidad de Farmacia se proyecta para el 2022 potenciando la educación, atención y seguimiento Farmacoterapéutico, no sólo de pacientes

del Programa de pacientes con dependencia severa, si no también, pacientes en condición de fragilidad, con polifarmacia, para reforzar la adherencia al tratamiento.

La atención Farmacéutica es una herramienta que favorecerá las intervenciones orientadas a la farmacoterapia del paciente, permite la educación a los usuarios en relación a sus patologías crónicas y el impacto de la Farmacoterapia en ellos.

Toma de Muestra de Exámenes de Laboratorio

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 sus procesos analíticos, estandarizando y controlando ampliamente el procesamiento de muestras en el laboratorio, asegurando la calidad y resultados de los exámenes.

En la Sala Externa de Toma de Muestras del CESFAM Apoquindo, el servicio incluye diferentes etapas: recepción e ingreso de pacientes al sistema informático del laboratorio, toma de muestras, manejo y derivación de estas al Laboratorio Clínico CESFAM Dr. Aníbal Ariztía.

La Toma de Muestra cuenta con personal tanto de la unidad como del equipo de Atención Domiciliaria, altamente calificado que se rige por instrucciones protocolizadas, para minimizar factores que puedan ocasionar variaciones en los resultados de los exámenes e interferencias en los métodos de análisis, lo cual contribuye a obtener resultados de exámenes de interpretación confiable. Además, destacar el trato cordial y personalizado proporcionado por nuestros funcionarios a los usuarios, lo que siempre ha sido destacado por ellos.

Durante el 2021 aún en contexto de pandemia de Covid-19 y en el afán de otorgar una atención segura, controlando el aforo en la unidad y resguardando la oportunidad de toma de exámenes, se consolidó la atención bajo agenda, lo cual nos ha permitido fortalecer la modalidad de atención programada, con previa solicitud de hora, lo que ha sido muy bien recepcionado por nuestros usuarios, permitiendo un flujo de pacientes controlado, expedito y seguro.

En relación a la aplicación de normas y protocolos de prevención de IAAS, en la unidad se continúa trabajando bajo sus directrices, con el fin de entregar la mayor seguridad en las atenciones tanto a nuestros usuarios, como también a nuestros funcionarios, lo que nos permitirá preservar la continuidad e integridad de los servicios asistenciales de la unidad.

Para dar cumplimiento a la Ley n° 21.168 sobre deberes y derechos de los pacientes, el que señala que tendrán derechos de atención preferencial y oportuna las personas mayores a 60 años y las personas con discapacidad, para lo cual los beneficiados que soliciten hora para exámenes ya sea en forma presencial o telefónica y con el fin de evitar que asistan a tempranas horas para su atención, se les otorga la facilidad de elegir el horario de atención de acuerdo a su conveniencia dentro del periodo de tiempo de funcionamiento de la unidad.

Sumado a esto, mencionar que se ha consolidado el programa comunal de toma de exámenes a domicilio denominado “Me lo tomo en casa” (MLTEC) que ofrece este beneficio a usuarios con dependencia moderada, frágiles o con discapacidad, casos derivados desde nuestro establecimiento a este programa, permitiendo extender la prestación de toma de exámenes al domicilio, para dar también una atención preferencial, inclusive en tiempos de pandemia de Covid-19.

Adicionalmente el CESFAM realiza toma de exámenes en domicilio a los pacientes del Programa de Dependencia Severa (PADPDS) bajo control.

Destacar este año dentro de las mejoras del laboratorio comunal, el cambio al sistema informático BiosLis, con el cual se puede visualizar resultados de exámenes de forma intra-net, además de mejorar la trazabilidad de todas las etapas de la toma de examen de un paciente.

Para mejorar la oportunidad de entrega de resultados, se mantienen en funcionamiento medidas implementadas el 2020 como son: el link para acceso a resultados de exámenes procesados en el Laboratorio Comunal: portal.corplascondes.cl/exámenes y Tótem instalado en nuestro CESFAM, que permite imprimir de forma fácil y expedita resultados de exámenes.

Finalmente, cabe mencionar que tanto los procesos como el equipo de funcionarios de la unidad de Toma de Muestras, constantemente están sometidos a la mejora continua a través de puntos de control e indicadores de calidad, lo que nos ha permitido asegurar la calidad de las atenciones y seguridad para el paciente.

A continuación, se presenta una tabla con el total de procedimientos de Toma de Muestras del CESFAM Apoquindo y del Programa Comunal “MLTEC”, desde enero a octubre del 2021

TOMA DE MUESTRAS CESFAM APOQUINDO	
2021	n° de pacientes atendidos
ENERO	1.383
FEBRERO	1.187
MARZO	1.414
ABRIL	1.268
MAYO	1.283
JUNIO	1.252
JULIO	1.255
AGOSTO	1.307
SEPTIEMBRE	1.167
OCTUBRE	1.255

2021	n° de pacientes atendidos por MLTEC
ENERO	26
FEBRERO	20
MARZO	32
ABRIL	36
MAYO	31
JUNIO	47
JULIO	50
AGOSTO	59
SEPTIEMBRE	38
OCTUBRE	37

Entrega de Alimentación Complementaria

Respecto a entrega de alimentación complementaria 2021, se han realizado distintos cambios, dentro de los cuales se destaca la incorporación del programa de entrega a domicilio de productos del PACAM. Este programa comenzó en julio de este año en el CESFAM Apoquindo, debido a la contingencia nacional y está enfocado principalmente para aquellos pacientes adultos mayores que se encuentren postrados. Tiene como objetivo facilitar la distribución de los productos y dar cumplimiento a los objetivos del programa de alimentación, los que incluyen contribuir a prevenir y tratar carencias nutricionales, mantener o mejorar la funcionalidad física y psíquica, mejorar la detección y control de factores de riesgo e incentivar una mayor adherencia a las actividades del Programa de Salud del Adulto Mayor. Actualmente, hay aproximadamente 80 pacientes ingresados y se cuenta con un procedimiento para un mejor rendimiento del programa. Pero se espera incluir a un mayor número de pacientes en el año 2022, con el flujo y gestión necesaria para su cumplimiento.

Durante el 2021 se optimizaron los registros estadísticos con tecnologías digitales lo que permitió una mejor gestión dando de igual manera cumplimiento a la norma técnica y a los resguardos de la información. En el 2022, se espera establecer y designar al equipo las tareas de estadística y distribución, con el fin de mejorar la gestión y optimizar aún más los tiempos. En diciembre de este año 2021 se implementará el nuevo proyecto de fortalecimiento de Lactancia Materna y del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) en los centros de salud de APS. En este proyecto, se incorpora una nueva fórmula de inicio, lo cual implica nuevos protocolos y flujogramas para su distribución. Además, es importante destacar que, durante el primer trimestre del 2022, empezará a regir la actualización de la norma técnica de los programas alimentarios que tiene como propósito mantener y mejorar el acceso a alimentos sanos y seguros, así como de mejorar el estado nutricional de gestantes, madres que amamantan, niños y niñas menores a 6 años y menores a 25 años con diagnóstico de errores innatos del metabolismo.

Programa de Tuberculosis (PROCET)

El Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET) es un programa de salud pública de alcance nacional, que asegura el diagnóstico y tratamiento de los casos en forma gratuita para toda la población del país, independiente de su condición previsional, nacionalidad o situación migratoria y que 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.

El enfoque del programa está orientado a la prevención, localización oportuna de 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 importante recordar que el PROCET al ser un programa de salud pública y de control epidemiológico, debe ser priorizado en situaciones de emergencia o contingencia.

En la situación actual de pandemia por COVID-19, desde un comienzo el Nivel Central instruyó sobre las recomendaciones en relación a la contingencia, indicando hacer el mayor esfuerzo para que la situación de pandemia de COVID-19 y periodos de cuarentenas obligatorias, repercutan lo menos posible sobre las acciones del programa de tuberculosis y así proteger la salud de nuestros pacientes y sus familias.

Cabe recordar que la tuberculosis es una enfermedad de interés de salud pública en la historia de la humanidad y que crisis como ésta la aumentan. Sin tratamiento tiene 50% de mortalidad y cada enfermo contagioso puede transmitir la enfermedad a otras 20 personas.

Ante este escenario de pandemia, se refuerza a los equipos la importancia de mantener el funcionamiento de ciertas actividades básicas del PROCET en el contexto de alerta sanitaria por pandemia COVID-19, en cuanto el PROCET constituye un Programa de Salud Pública con objetivos de control epidemiológico de una enfermedad infecto-contagiosa, sustentándose en el Código Sanitario (DFL N° 735/1968, Ministerio de Salud) y la Norma Técnica del PROCET (Res. Ex N° 434/2014, Ministerio de Salud).

En particular durante el periodo de emergencia por COVID-19 2020-2021, el tratamiento farmacológico de la Tuberculosis activa, se ejecutó según la Norma Técnica del Programa directamente supervisado por el personal de salud de nuestro establecimiento para los casos bajo control, manteniendo todas las medidas de seguridad para controlar la transmisión de SARS CoV-2 y realizando todos los esfuerzos necesarios para mantener el tratamiento estrictamente supervisado de la tuberculosis.

Además, con el objetivo de disminuir la concurrencia de los pacientes con tuberculosis al centro de salud, se gestionó en algunos casos la administración del tratamiento antituberculoso en domicilio, directamente supervisado por un equipo de funcionarios a cargo del Programa de Tuberculosis, siendo prioritarios los pacientes mayores de 60 años o con comorbilidades inmunosupresoras.

Los pacientes a quienes no fue posible administrar el tratamiento en su domicilio debieron asistir al establecimiento bajo la entrega de certificados que le permitieron asegurar su desplazamiento al CESFAM sin inconvenientes durante los periodos de cuarentenas, además asegurando dentro del CESFAM la circulación por áreas protegidas (no respiratorias) gestionando la atención de forma prioritaria, expedita y en horario con menor afluencia de personas, limitando al mínimo posible, tiempos de permanencia en el centro de salud.

Otras estrategias utilizadas durante este periodo para cumplir con lo establecido en el programa son:

- Mantención de la telemedicina a través de consulta remota dando continuidad a los controles establecidos por norma, durante el periodo de tratamiento de la tuberculosis a excepción de los ingresos, cambios de fases del tratamiento y altas.
- Visita domiciliaria para entrega de tratamiento supervisado, en caso que el paciente no pueda asistir al CESFAM ya sea producto de la misma enfermedad como por otros factores externos (por ejemplo, edad, cuarentenas etc.)
- Se mantiene la actividad de localización de casos para identificar personas sintomáticas respiratorias (es decir, que presentan tos y expectoración por más de 15 días)

-Paciente en tratamiento de quimioprofilaxis TBC, también son definidas estrategias diferenciadas para las dos modalidades de tratamientos: supervisado y autoadministrado.

-Equipo técnico del Programa de Tuberculosis del CESFAM, el segundo semestre del 2021 participa de una capacitación impartida por el Servicio de Salud de forma remota, con lo cual el equipo actualiza sus conocimientos.

Dado que es en el nivel primario donde se ejecutan las acciones básicas establecidas en las normas técnicas para este programa, en nuestro CESFAM la ejecución está a cargo tanto del equipo de salud general como del equipo técnico encargado de este programa, el que está constituido por un médico, una enfermera y un técnico paramédico, altamente calificados y sensibilizados en la atención de los casos. Además, se cuenta con la coordinación y asesoría permanente del Equipo Técnico referente de TBC del SSMO, Equipo Técnico del INER y CT y de su Laboratorio de TBC, el que cuenta con modernas tecnologías que permiten un diagnóstico precoz de la enfermedad, agilizando el inicio del tratamiento.

Finalmente, es importante tener en cuenta que la contingencia por la pandemia por Covid-19 ha sido de naturaleza dinámica, de manera que se continúan desarrollando y evaluando nuevas estrategias, con el fin de evitar la coexistencia de TBC-COVID-19.

Promoción de la Salud

Durante el presente año, el trabajo del Equipo de Promoción ha tenido como objetivo la educación en estilos de vida saludable, en donde se ha puesto énfasis en la comunicación y difusión social.

Se detallan a continuación todas las actividades que se realizaron durante el presente año y a las cuales se les dará continuidad durante el 2022:

Durante todo el año se conmemoran hitos comunicacionales, utilizando estrategias ya utilizadas anteriormente como el uso de CCTV.

Además, se creó un Instagram para el CESFAM (@cesfamapoquindo) lo que ha ayudado a entregar contenido útil y de valor que llegue a la comunidad, el cual es elaborado por el propio equipo.

Se retoma el uso de paneles informativos dentro del CESFAM con información actualizada de lo que está ocurriendo en la comuna como también de las campañas comunicacionales del Ministerio de Salud.

Junto a ACHS, se conmemora el día de la salud y la seguridad en el trabajo.

Se comparte cápsula educativa sobre actividad física con bandas elásticas, la cual es transmitida vía circuito cerrado de TV a funcionarios y usuarios del CESFAM, con el fin de promover sus beneficios y la relación con la prevención de sarcopenia y mejorías en salud mental.

Se logra realizar jornadas de planificación mensualmente con Participación Social para la coordinación del trabajo en equipo y la comunidad.

El trabajo con la comisión mixta se mantiene vía zoom.

Durante este año, el Equipo de Promoción trabajó activamente con los programas “más adultos mayores autovalentes” y “elige vida sana”, en donde se compartieron experiencias a través de plataformas digitales como Instagram y YouTube.

Se construyó un huerto comunitario en las instalaciones del CESFAM con el fin de empoderar a los funcionarios a cultivar sus propios alimentos y sensibilizar sobre sustentabilidad.

Se elaboró el boletín interno para noticias del propio CESFAM y educación en estilos de vida saludable.

Se utilizan plataformas digitales con el fin de fomentar el autocuidado en página web de la Corporación de Educación y Salud de Las Condes.

Participación Social

Durante este año, se planificó la elaboración de un nuevo Diagnóstico Participativo, con el objetivo de obtener información relevante aportada por

usuarios y vecinos, con respecto a sus necesidades y principales problemas en el ámbito de la salud, que permita planificar acciones de promoción de la salud y participación social en concordancia con los intereses de nuestros usuarios y vecinos.

Para ello, se realiza una encuesta virtual, cuyos resultados se obtendrán durante los meses de noviembre y diciembre del presente año. Por otra parte, durante el presente año, se da continuidad a las actividades del Consejo de Desarrollo Local, abocada principalmente a las acciones de difusión de información de las actividades desarrolladas en el CESFAM o información emanada desde la red de salud, como también información proveniente desde la comunidad.

Este año la principal temática abordada, fue el proceso de vacunación COVID 19, debido a contexto de Pandemia para lo cual se realizó difusión a través de varios canales de comunicación además de las reuniones que se realizaron bajo modalidad virtual.

Como todos los años, para el 2022 se elabora un Plan de Participación Social Comunal, en base a Metas Sanitarias, cuyo objetivo de impacto es “Fortalecer la participación social ciudadana en los procesos de toma de decisión en el sector salud”.

“La participación social en salud, se entiende como una estrategia de habilitación de las personas, para el ejercicio de poder decidir a nivel individual, familiar, grupal y comunitaria, en las temáticas socio sanitarias que les afectan en sus territorios” (MINSAL 2008). En este sentido, para el año 2022 se han planificado acciones en concordancia con las necesidades y problemáticas de salud, que fueron priorizadas por vecinos y usuarios durante el proceso de elaboración de Diagnóstico Participativo realizado durante el año 2021. Para el cumplimiento de este objetivo, se ha definido instaurar Mesas de trabajo comunitarias con la participación de Líderes, Dirigentes y representantes de la Comunidad y usuarios para socializar el resultado del Diagnóstico Participativo, explorar otros problemas de salud, definir acciones de intervención, haciéndolos partícipes de éstas en un trabajo conjunto con el equipo de salud.

Otra instancia de participación social a la que se le dará continuidad, es el Consejo de Desarrollo Local, cuyos miembros participan en representación de sus organizaciones y comunidad, ayudando en la identificación de puntos críticos por mejorar de acuerdo a las demandas planteadas por los usuarios, proponiendo mejoras en el funcionamiento del centro de salud que vayan en beneficio de nuestros usuarios y funcionarios, además de su rol como entidad colaborativa en la difusión de las actividades desarrolladas en el CESFAM o en la red de salud.

Adicionalmente, la Oficina de Información Reclamos y Sugerencias (OIRS) del Servicio tiene como función principal la entrega de información a usuarios, relacionada con el funcionamiento del CESFAM, así como también recibir las solicitudes ciudadanas que usuarios hacen llegar a través de formulario tipo, en donde se puede plasmar; sugerencias, consultas, solicitudes, reclamos y felicitaciones, para cuyo fin se han dispuesto buzones en sitios estratégicos en el CESFAM. Otra actividad programada y realizada por la OIRS, es la aplicación de encuestas dirigidas a usuarios, para evaluar el respeto de los deberes y derechos en cumplimiento de lo establecido en la Ley 20.584, destacando que en su gran mayoría (97%), nuestros usuarios perciben que sí se respetan sus derechos al momento de recibir alguna prestación de salud en nuestro Servicio.

Calidad y Mejora Continua

Durante el año 2020 se había programado solicitar la 2da re-acreditación de calidad del CESFAM APOQUINDO que correspondía en agosto. Debido a la pandemia, fueron suspendidas estas actividades con prórrogas evaluables para el año 2021, considerando que las condiciones sanitarias vigentes al momento de la solicitud así lo permitan. Para mantener la condición de re acreditados y de acuerdo a instrucciones de la Superintendencia de salud, se realizó la solicitud de acreditación en la fecha que correspondía.

Con este hecho se intencionó desde la unidad de Calidad reforzar las actividades relacionadas con una mirada de la calidad más integral y no centrado solamente en el proceso de acreditación, que releve el sello de garantía en la seguridad de las atenciones. Se actualizaron los protocolos que correspondía y se mantuvo la evaluación de los indicadores existentes.

En el año 2021 se mantuvieron muchas estrategias tales como como reuniones y charlas motivacionales para retomar algunas actividades que fueron suspendidas por la Pandemia a diferentes grupos y estamentos del CESFAM, como también se reforzaron conocimientos a través de un curso de capacitación en el cual participaron todos los integrantes del comité de calidad.

Paralelamente, se tuvo la posibilidad de fortalecer algunos de los procesos que se realizan en el CESFAM, por lo que se continúa trabajando en forma coordinada y rigurosa, a través del comité de calidad y los encargados de procesos en mantener el foco siempre en la mejora continua de los procesos ya instalados y por, sobre todo, velando por la seguridad de los usuarios. En esa misma línea se continuará el refuerzo para el año 2022, hasta que se determine en conjunto con la Superintendencia de salud retomar el proceso de acreditación.

Estrategia Testeo Trazabilidad y Aislamiento, TTA.

De acuerdo al Plan definido por el Ministerio de Salud para fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica, la Atención Primaria de Salud implementó durante el 2021, la Estrategia de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento. Esta estrategia contempló acciones para detectar, trazar y aislar pacientes con Covid-19 confirmado, sospechoso y probable, así como también a sus contactos estrechos. Esto implicó una reorganización de funciones y tareas para el desarrollo de una acción eficaz y coordinada tanto con el Servicio de Salud Metropolitano Oriente como con la SEREMI Metropolitana.

Se formaron equipo multidisciplinario formado por médicos, odontólogos, enfermeras, kinesiólogos y técnicos paramédicos que realizaron funciones en forma continua de lunes a domingo. Además de las atenciones a pacientes sintomáticos, se realizaron Búsquedas Activas de casos, destinada a detectar casos positivos asintomáticos. Estas Búsquedas Activas se realizaron tanto en el CESFAM como en lugares públicos y zonas de mayor concentración de casos según mapa epidemiológico.

De acuerdo a las orientaciones que se entreguen desde el nivel central, se evaluará la continuidad de esta estrategia para el año 2022.

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 que son:

- 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.

Recursos Humanos

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

La Dotación del CESFAM Apoquindo corresponde a 127 funcionarios que se dividen en las distintas categorías que establece la Ley APS.

DOTACION CESFAM APOQUINDO

AÑO 2021		
<i>Categoría</i>	N° cargos	Horas Totales Contratadas
<i>A</i>	27	1.188
<i>B</i>	28,5	1.254
<i>C</i>	41	1.804
<i>D</i>	8	352
<i>E</i>	16,5	726
<i>F</i>	6	264
TOTAL	127	5.588

8.2 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 resolutiveidad 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 2022 del CESFAM Dr. Aníbal Ariztía corresponde a 47.735 personas de las cuales los de 65 años y más corresponden al 23,56%, muy por encima del promedio nacional y de la Región Metropolitana así como también menos población menor de 15 años, que alcanza 12,09%, 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 principalmente en los componentes

de Promoción y Prevención de salud, especialmente las ligadas a los estilos de vida que influyen en la incidencia y prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y estimulando el autocuidado que permita tener más personas mayores autovalentes.

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 o trabajadores del área Oriente de Santiago.

El CESFAM Dr. Aníbal Ariztía, cuenta con una población inscrita validada para 2022 de **47.735** usuarios, distribuida de la siguiente manera:

Tabla N° 1

<i>Rango etario</i>	% de población total inscrita validada
<i>0 a 9 años</i>	7,41%
<i>10 a 19 años</i>	9,46%
<i>20 a 64 años</i>	59,57%
<i>≥ 65 años</i>	23,56%

b) Densidad y Crecimiento Comunal

Al analizar el crecimiento demográfico de la comuna de Las Condes entre 2002 y 2017, es de tipo exponencial cercano al 2%.

c) Población y medio cultural

La población beneficiaria es una población muy diversa en relación con el nivel socioeconómico y educacional, ya que incluye desde población sin educación formal a profesionales con postgrado que se encuentran con situación económica mermada por distintos factores, tales como

endeudamiento excesivo, adultos en edad productiva dependientes de sus padres y/o allegados, encarecimiento de los planes de salud privada al aumentar en edad.

Años de escolaridad promedio

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

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

Matrícula escolar según nivel de enseñanza impartido, años 2017 y 2019

Nivel de Enseñanza	Comuna		Región		País	
	2017	2019	2017	2019	2017	2019
Educación Parvularia	4.961	5.314	144.916	150.896	378.432	385.705
Enseñanza Básica Niños y Jóvenes	21.928	22.661	754.606	778.632	1.962.422	2.014.744
Enseñanza Básica Adultos	40	18	7.375	7.187	18.422	19.034
Educación Especial	437	455	73.009	74.323	182.098	185.498
Enseñanza Media Científico-Humanista Niños y Jóvenes	12.496	12.107	257.004	268.635	628.783	653.256
Enseñanza Media Científico-Humanista Adultos	328	270	43.374	44.248	110.577	111.702
Enseñanza Media Técnico-Profesional Niños y Jóvenes	699	691	85.707	72.822	267.859	244.480
Enseñanza Media Técnico-Profesional Adultos	0	No Aplica	1.696	1.421	9.801	9.464
Total	40.889	41.516	1.367.687	1.398.164	3.558.394	3.623.883

Fuente: Centro de Estudios, MINEDUC

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.

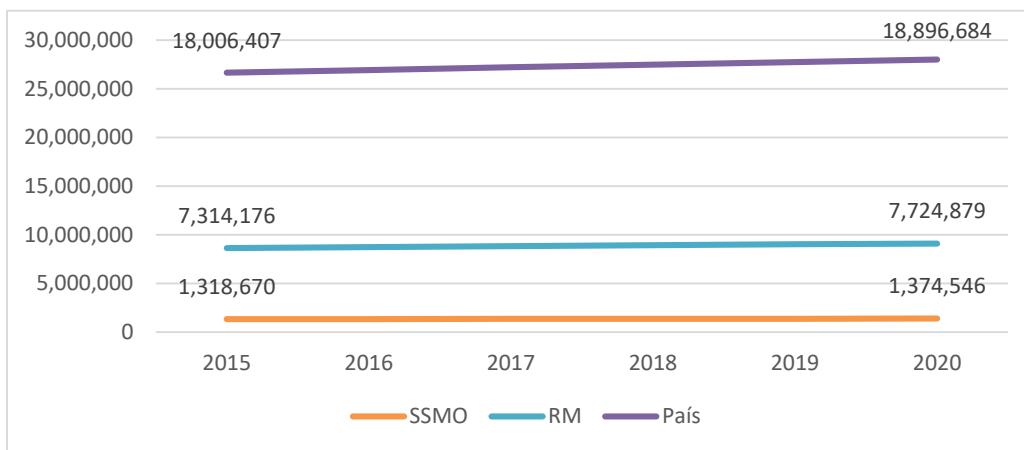
La población extranjera inscrita en el CESFAM alcanza 10,98%, siendo el 7,03% de nacionalidad peruana, es decir, 64,07% del total de extranjeros.

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% estas cifras son 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										Total
							a ningún		NS/NR								
							pueblo indígena										
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	0,00%	90.751
Las Condes	328	0,10%	0	0,00%	0	0,00%	3.773	1,30%	0	0,00%	0	0,00%	287.741	98,40%	593	0,20%	292.435
Lo Barnechea	264	0,50%	0	0,00%	140	0,20%	765	1,40%	0	0,00%	0	0,00%	54.217	96,40%	840	1,50%	56.226
Macul	302	0,20%	0	0,00%	0	0,00%	6.075	3,90%	0	0,00%	0	0,00%	146.766	95,20%	962	0,60%	154.105
Ñuñoa	0	0,00%	343	0,10%	0	0,00%	9.462	4,00%	0	0,00%	0	0,00%	225.835	95,10%	1.766	0,70%	237.406
Peñalolén	408	0,20%	0	0,00%	232	0,10%	24.471	11,40%	232	0,10%	464	0,20%	185.913	87,00%	2.065	1,00%	213.785
Providencia	4.665	3,00%	137	0,10%	428	0,30%	2.991	1,90%	67	0,00%	0	0,00%	131.545	85,70%	13.727	8,90%	153.560
Vitacura	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	1.023	1,30%	0	0,00%	0	0,00%	75.664	98,70%	0	0,00%	76.687
Red Oriente	5.967	0,50%	480	0,00%	800	0,10%	52.274	4,10%	299	0,00%	654	0,10%	1.194.528	93,70%	19.953	1,60%	1.274.955

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

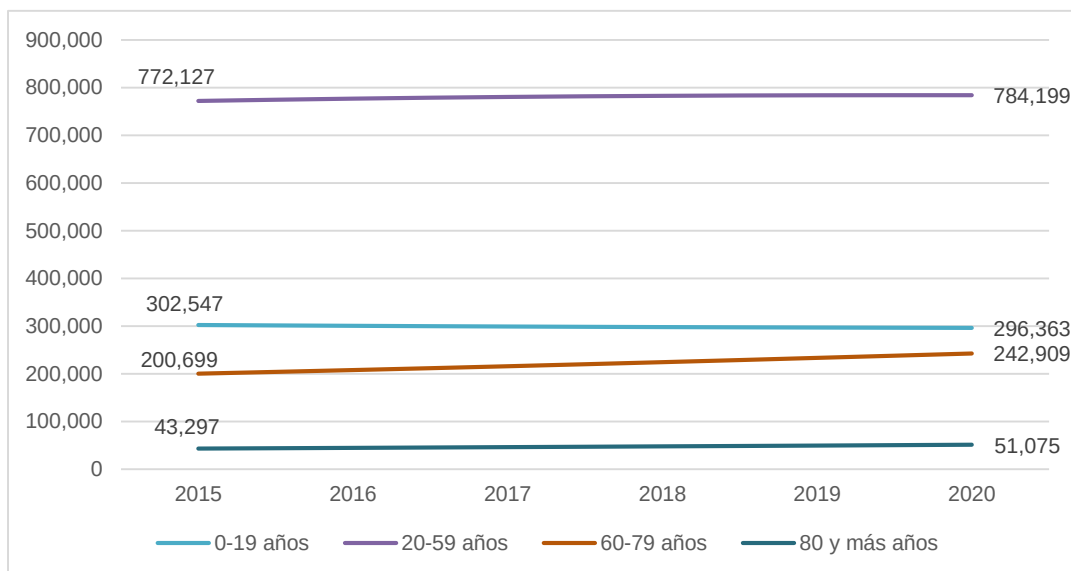


Fuente: Proyecciones INE, 2015

El grupo de edad que experimentará el mayor crecimiento en los próximos años es la población mayor de 60 años, particularmente la de 60 a 79 años 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



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:

- Hospital del Salvador, Hospital del Tórax: ≥ 15 años
- Instituto Nacional de Geriátrica: ≥ 55 años en el caso de OA rodilla y cadera leve a moderada, ≥ 65 años en atención de demencia, ≥ 60 años para el resto de condiciones de salud
- Hospital Luis Tisné, CRS Cordillera Oriente: Ginecología y obstetricia
- Hospital Luis Calvo Mackenna: < 15 años
Otros sin requisitos de edad o género
- Instituto de Neurocirugía,
- Instituto de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda
- Salud mental especialista: COSAM Las Condes

Dentro de la red privada comunal en convenio existe:

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

- Centro de Imágenes Las Condes (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, la dinámica que se tenía hasta 2019, es decir reunirse una vez al mes, donde trata temas sistematizados por acta y participan 13 Juntas de Vecinos, una Unión Comunal de Juntas de Vecinos, una Unión Comunal de Clubes Adulto Mayor, dos clubes de Adulto Mayor, el encargado(a) de OIRS, un representante de los funcionarios y el director del establecimiento, por estado de excepción durante 2021 se realizó vía telemática con menor frecuencia y lamentablemente con baja participación.

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) Comité de gestión de solicitudes ciudadanas

Este comité está integrado por referentes técnicos y administrativos del CESFAM más un grupo reducido de representantes de la comunidad principalmente dirigentes de junta de vecinos, participantes del CDL.

Las funciones del comité son:

1. Coordinar, comunicar, analizar y asesorar a la Dirección del Establecimiento en lo relativo a las solicitudes ciudadanas y respuestas entregadas a los usuarios.

2. Coordinar y aportar antecedentes necesarios para la resolución eficiente y oportuna de áreas deficitarias.

3. Contribuir a la formulación de Planes de Mejora del Establecimiento, orientados a mejorar la satisfacción usuaria y calidad de la atención.

h) Atenciones

Atenciones presenciales + telemáticas

<i>Atenciones</i>	<i>Nº atenciones*</i>
<i>Atenciones médicas</i>	30.366
<i>Atenciones por enfermera</i>	12.011
<i>Atenciones matrona</i>	8.155
<i>Atenciones nutricionista</i>	4.000
<i>Atenciones odontólogo</i>	7.412
<i>Atenciones psicólogo</i>	9.476
<i>Atenciones kinesiólogo</i>	128
<i>Procedimientos clínicos</i>	27.518
<i>Visita domiciliaria integral</i>	1.515
<i>Procedimientos clínicos en domicilio</i>	9.800

**Está considerado desde oct 2020 a sept 2021*

Se ajustaron todos los rendimientos acordes a la situación sanitaria, lo que implica 10 minutos de ventana para ventilación de box. Esto incide directamente en menor oferta de atenciones tanto clínicas como procedimientos.

h) Dotación

Dotación efectiva Septiembre 2021

Categoría	Nº jornadas	Nº Horas Semanales
A	37,32	1.642
B	46,34	2.039
C	52,00	2.288
D	7,00	308
E	30,57	1.345
F	5,00	220
Totales	178,23	7842

En el contexto de la pandemia por SARS COV 2 el CESFAM Dr. Aníbal Ariztía al igual que en el año 2021 su propósito se focalizará en los objetivos sanitarios importante e ineludibles que nos corresponden como trabajadores del área de la salud.

Cuando en marzo se declaró la pandemia y se recibió el decreto supremo del 18 de marzo, más la Resolución exenta 156 del 1 de abril 2020, se decide realizar el cierre de las mini consultas con la finalidad de concentrar la atención en el CESFAM. Se realizaron turnos éticos, es decir mientras funcionarios se encontraban realizando labores presenciales, otros en teletrabajo. A partir de septiembre 2020 se han mantenido los miniconsultorios funcionando con horario normal.

Nuestras atenciones se basan y se fundamentarán:

1.-**Cuidados de salud de la población a cargo**, manteniendo la continuidad de la atención y la integralidad de los cuidados en especial de los pacientes con patologías agudas y crónicas realizando sus controles dentro de lo posible en forma presencial o a través de telemedicina y con la adecuada coordinación con el intersector y la Red de Salud Oriente.

En este sentido, dada la relevancia en el uso de tecnología para las nuevas maneras de comunicación y coordinación con el intersector, se ha permitido seguir funcionando con algunos programas y actividades que por aforo fue imposible realizarlas en el CESFAM de manera presencial.

En el año 2022 seguiremos la metodología que se requiera según las condiciones sanitarias, todo esto resguardando siempre a las personas a un mayor riesgo de contagio y que cautele también la salud en el contexto de la pandemia. En este escenario, la APS ha liderado la vacunación contra SARS Cov-2 acorde a los lineamientos Ministeriales, lo que se mantendrá durante 2022, sin descuidar lo definido en el PNI como las campañas de vacunación antiinfluenza, vacunación escolar y otros.

2.- SARS Cov-2

a) A partir del 01/10/2021 por decisión ministerial, la responsabilidad del seguimiento pasó íntegra a SEREMI. En esta comuna se mantuvo hasta el 15/10/2021.

Realizar la **atención de los pacientes con enfermedad por COVID-19**. Desde que se inicia la cadena desde el caso sospechoso su manejo de acuerdo a las normativas vigentes, detección oportuna de la necesidad de hospitalización y la coordinación de la derivación con el nivel secundario.

b) Se continuará realizando la toma de PCR/antígeno de los casos sospechosos ya sea en SAPU o bien a través del Equipo PDS para pacientes en calidad de postrados y además de la Estrategia BAC, para luego realizar notificación de casos y contactos.

c) Realizar **Información oportuna y Educación continua** a nuestros usuarios y comunidad en relación a los temas del SARS COV 2 que el MINSAL instruya, con el reforzamiento permanente en relación a la aplicación de todas las medidas de prevención para evitar el contagio.

Plan 2022 acorde al ciclo vital

PROGRAMA INFANTIL Y ADOLESCENTE

Propuesta controles infantiles en contexto pandemia COVID 19 año 2022

Recomendaciones programáticas para la población infantil (MINSAL) Independiente de la etapa en la que se encuentre la comuna

1. Priorizar la atención de salud infantil en controles: Lactantes de 0 a 6 meses.
 - Control de la diada por matrona entre los 7 y 10 días.
 - Control del mes por médico.
 - Control de dos meses por enfermera.
 - Control de tres meses por enfermera.
 - Control de cuatro meses por enfermera.
 - Control de seis meses por enfermera.
2. Madres o recién nacidos con COVID +, realizar atención domiciliaria.
3. Priorizar la toma de radiografía de pelvis (GES DLC), en lactantes con factores de riesgo o clínica sospechosa para Displasia Luxante de Caderas.
4. Entregar suplementación de vitaminas y minerales trimestrales para lactantes menores de un año.
5. Mantener vacunación en la población infantil.
6. Desarrollo psicomotor: Coordinar las reevaluaciones del DSM por medio de visitas domiciliaria del equipo de Enfermera/os.
7. Priorizar atención y monitoreo de casos de NANEAS, por medio de Visitas domiciliarias y monitoreo telefónico.
8. Para temáticas de apoyo a la crianza, se sugiere contactarse con FONOFANCIA de preferencia Chat: www.fonoinfancia.cl
9. Realizar desinfección con alcohol de insumos e inmobiliaria entre cada atención.
10. Estar atento a situaciones de estrés parental, vulneración de derechos, hacinamiento o dificultades socioeconómicas para cumplir con aislamiento y realizar las coordinaciones necesarias para su resolución.

Etapas 1 y 2

- Se priorizará atenciones solo para menores de 6 meses presenciales.
- Suspensión de atenciones presenciales en sala de estimulación. Se realizará teleconsulta según protocolo enviado desde MINSAL.
- Teleconsulta para niños hasta los 2 años por Enfermera.
- Teleconsulta para pacientes NANEAS y con riesgo psicosocial (independiente de la edad), al menos 1 vez al mes.
- Dación de horas telefónicas para controles presenciales.
- Atenciones presenciales para pacientes con alteración de DSM (pesquisado durante teleconsulta) y para niños con malnutrición por déficit o por exceso (independiente de la edad).
- Toda posible visita domiciliaria debe ser informada para previa autorización por Enfermera coordinadora y encargada de programa infantil.
- Priorizar visitas domiciliarias solo en caso de familias en cuarentena preventiva (por contacto estrecho), COVID+19 de algún miembro del equipo, NANEAS y score de IRA grave (si cuidador refiere que no puede asistir).

Si como sector pesquisan necesidad de VD, se evaluará caso a caso.

- Radiografías de caderas para todos los lactantes de 3 meses o para aquellos de otras edades que aún no realizan.

Etapas 3 y 4

- Controles presenciales hasta los 2 años.
- Controles presenciales para pacientes NANEAS y con riesgo psicosocial (independiente de la edad).
- Seguimiento telefónico, en caso de contar con funcionarios en modalidad teletrabajo.
- Priorización de dación de horas de manera telefónica para menores de 6 meses.
- Visitas domiciliarias a pacientes con score de IRA grave, reevaluaciones de DSM (en caso de que no sea posible acudir a CESFM) y pacientes NANEAS.

- Radiografías de caderas para todos los lactantes de 3 meses o para aquellos de otras edades que aún no realizan.
- Reactivación de controles en sala de estimulación (protocolo ya creado).

Etapas 5

- Reactivación de todos los controles presenciales.
- Se mantendrán seguimientos telefónicos SOS, dependiendo de funcionarios en teletrabajo.
- Se seguirán dando horas telefónicas a menores de seis meses.
- Reactivación de visitas domiciliarias (score de IRA moderado, Edimburgo alterados, VDI), siempre con el adecuado uso de EPP.

¡Es muy importante educar!

En cada atención (presencial o teleconsulta), educar respecto a la importancia de prevención de enfermedades respiratorias.

Y recordar que todo puede cambiar según contexto país.

En cuanto a los adolescentes se mantendrá horas protegidas para realizar EMPAD

Programa Adulto y Adulto Mayor

- Equipo de postrados -Programa Dependencia Severa (EPDS)

Este programa tiene por objetivo principal entregar atención integral en domicilios a pacientes postrados o definidos como frágiles. Este está constituido por Médico, Enfermera, Kinesiólogo y TENS.

El año 2021 dado el concepto de la Pandemia el Equipo PDS se le agregó una nueva función. Además de realizar la visita domiciliar de morbilidad, el kinesiólogo realizaba la toma de PCR y/o antígeno a los pacientes que el médico indicaba como pacientes sospechosos de COVID. Se realizaron atenciones por COVID a un total de 126 pacientes

(sospechosos y/o contactos). Esta cantidad corresponde desde marzo a octubre.

Los pacientes adultos mayores de 75 años en general en período de cuarentena se le realizan las consultas de morbilidad y control en domicilio al igual que la toma de exámenes, curaciones y actualmente la toma específica de TACO.

La realización programada presencial y en terreno de pacientes diabéticos en curación

Programa Odontológico

La atención dental se ha visto muy afectada producto del virus SARS-CoV 2, ya que la práctica odontológica es considerada de alto riesgo, debido a que los procedimientos dentales generan gotas y aerosoles potencialmente contaminados, capaces de llegar a grandes distancias. Además de esto, se produce un contacto estrecho entre el clínico y el paciente. Es por esto que se han suspendido las atenciones electivas y solo se realizan atenciones de urgencia o emergencia, ya sea urgencia impostergable o alguna acción dental en pacientes que requieran pase quirúrgico, atención previa a terapia oncológica o en pacientes cuya patología bucal afecte su salud general, así como también ingresos GES y controles preventivos.

La atención dental actual considera una preparación específica del box, incluyendo la desinfección completa antes de iniciar la jornada y entre cada paciente atendido, además de una adecuada estructuración de los materiales a utilizar y la mantención de áreas libres de contaminación. Luego de la atención de cada paciente se debe esperar varios minutos para decantar las partículas en caso de utilizar aerosol y ventilar el box.

Dentista y Tons debe utilizar EPP correspondiente y destinar el tiempo requerido para su correcta colocación y retiro siguiendo siempre los protocolos.

En lo organizacional, producto de los aforos, de no tener gran cantidad de personas en las salas de espera y sumado a esto, que para la

ventilación de un box ha sido necesario tener box disponibles para que el personal vaya a retirarse sus EPP contaminados, además de utilizar éstos como área administrativa para completado de fichas y entrega de documentos; es que se ha debido realizar sistema de turnos rotativos, con personal realizando teletrabajo y sólo la mitad del personal dental en forma presencial en la Unidad Dental.

Se está trabajando y así se continuará durante el año 2021 de la siguiente forma bajo la norma Paso a Paso:

- Triage Odontológico: Un equipo de Odontólogo y TONS que se encargan de recibir a todos los pacientes que consultan por dolor o molestias, se realiza el cuestionario COVID, se toma la temperatura, presión y glicemia a los adultos. Y principalmente se priorizan las urgencias y se determina si son impostergables o no.
- Urgencias Dentales: Se realizan dos turnos de urgencia con los protocolos antes descritos, durante todo el día. Si la demanda es mayor, el equipo Triage se transforma en un tercer turno de urgencia.
- Atenciones Ges: En fase 3 se comenzó a citar pacientes GES para atenciones preventivas y acciones necesarias que, de no resolver, pueda afectar la salud general del paciente.

Dado todos estos nuevos protocolos y formas de trabajo, el tiempo de atención para cada paciente ha aumentado y la citación de pacientes ha disminuido, por lo que han bajado considerablemente los rendimientos y cumplimientos.

Programa de la Mujer

Mantener la continuidad con la atención prenatal, regulación de la fecundidad y morbilidades gineco-obstétricas en contexto de Pandemia.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Seguimiento telefónico a gestantes.
- Asegurar continuidad de entrega de MAC y TRH.
- Contacto de pacientes que solicitan atención de la Unidad Maternal a través del correo electrónico dispuesto para ese fin, ya sea a solicitud de la paciente o si la matrona lo considera pertinente, para recabar mayor información o entregar de una manera más clara la información requerida.
- Rescate remoto de pacientes con:
 - Exámenes críticos (PAP y Mamografías alteradas para su respectiva derivación, exámenes alterados de gestantes para evaluación, tratamiento y derivación según corresponda).
 - Gestantes inasistentes.
 - Usuaria sin retiro o sin entrega de MAC o TRH.
 - Usuaris con VDRL alterados.
- Establecer un flujo básico de rescate de pacientes desde la base de datos hasta su correspondiente registro en RAYEN.
- Orientar a las usuarias frente a posibles dudas que puedan surgir durante la teleconsulta.

Programa de Salud Mental

Objetivos

- Dar opciones de atención a usuarios tanto vía remota como presencial, manteniendo la continuidad, y permitiendo el ingreso, y acceso a intervenciones psicológicas.
- Contribuir al abordaje de casos que lo necesiten, y a realizar Promoción y Prevención de Salud por distintas vías de contacto.
- Mantener Flujograma y Protocolos Salud Mental, en base a Mapa de Derivación con patologías asociadas, con enfoque en Salud Familiar.

Visitas domiciliarias

- vehículos operando para realizar visitas en domicilio:
- 3 equipos de atención domiciliaria:
- Equipo Programa Dependencia Severa.

- 1 Equipo multidisciplinario de CESFAM para sectores 1 a 4
- 1 equipo Multidisciplinario para Sector 5
- 1 equipo Multidisciplinario para Sector 8
- 1 TENS/enfermera por sector para procedimientos en domicilio

Los Convenios Ministeriales como el VIDA SANA, Más adultos Mayores, DIR y PAPS se realizarán presencial cuando sea posible y vía remota como la gran mayoría del año 2021.

8.3 Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU):

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

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, procurando un 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, durante todo el año, en horario continuo. Asimismo, 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 preferentemente en solicitudes ocurridas en vía pública 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.

En lo que respecta a la evaluación de la planificación del año 2021, y a consecuencia de la persistencia de la pandemia por la Infección causada por el Coronavirus tipo 2 (COVID 19), se debió mantener la reorganización del Servicio, permaneciendo la atención de pacientes con patología dental de urgencia en el tercer piso de nuestro edificio y continuando con la redistribución de flujos de atención de pacientes con patologías respiratorias y no respiratorias de urgencia, según las recomendaciones y normas ministeriales. Así mismo, se mantuvieron las medidas de protección de contagio (distanciamiento social, lavado de manos, restricción de acompañantes, etc.) y el uso de elementos de protección personal (EPP) durante cada atención de salud entregada.

Debido a la alta tasa de vacunación y a las medidas ministeriales implementadas con la finalidad de que la población retomara actividades de manera paulatina y permanente, hubo un alto número de consultas de urgencia, realizando en promedio unas 3000 atenciones médicas y 390 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.

Asimismo, se ha mantenido el trabajo conjunto con ambos Centros de Salud Familiar, tanto para atenciones en nuestro servicio como apoyo en cuanto a estrategias de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento (TTA), al igual que con la Unidades de Observación Prolongada (UOP) y los centros de mayor complejidad públicos y privados pertenecientes a la Red Integrada de Urgencias (RIU), para coordinar derivaciones requeridas, mejorando la gestión en beneficio de nuestros usuarios.

Por lo demás, con la finalidad de asegurar una atención de calidad, se ha mantenido una permanente actualización y readecuación de los protocolos de atención profesional y técnica, para de esta forma obtener 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 último, se mantuvo la capacitación continua principalmente en modalidad a distancia al personal profesional y técnico en ámbitos atingentes a su labor diaria, temas relacionados a la pandemia y de manejo de conflictos, y se concretaron mejoras en relación a infraestructura y equipamiento, con la edificación de nuevas residencias, sala de estar y comedor del personal técnico y profesional, lo que incide en el confort y grata estancia de nuestros usuarios y colaboradores, facilitando el cumplimiento de los protocolos locales y ministeriales en relación a medidas de prevención de contagios.

Proyecciones 2022

Para el año 2022, 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, la que aún está pendiente debido a la pandemia, lo que permitirá volver a certificar sus altos estándares de calidad en la atención.

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 atinentes a labores diarias. De este mismo modo, la Institución de Seguridad Laboral (Asociación Chilena de Seguridad), fomentará la capacitación al personal contratado 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 y colaboradores, tales como sala de estar de personal de transporte sanitario, instalaciones de atención de pacientes, 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 2021 fueron los siguientes:

Atenciones	Números **
Consultas Médicas	36,792
Consultas Dentales	4,705
Procedimientos Médicos *	3,705
Procedimientos de Enfermería	32,067
Traslados de Ambulancias	5,174

* Incluye suturas, reanimación cardiopulmonar, constatación de lesiones.

** Valores extrapolados de enero a octubre del 2021 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 17 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 radiológica. Nuestro compromiso con los pacientes es otorgar un servicio de apoyo diagnóstico a los problemas de salud de la población flotante y que reside en la comuna.

El principal objetivo del centro es implementar y ejecutar un programa de Screening Mamográfico e, igualmente, realizar ecotomografías y radiología digital para el diagnóstico precoz de patologías de alta incidencia, mejorando así la resolutiveidad 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 Institucional), con una tecnología de vanguardia y acorde a los nuevos tiempos.

Dado lo anterior, otorga prestaciones gratuitas a los beneficiarios inscritos en los establecimientos comunales (CESFAM) 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.
- Ecografía abdominal por sospecha de colelitiasis.

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

Este año, el centro ha tenido grandes cambios; sobre todo, para entregar una mejor atención a los pacientes y así, cumplir con todos los protocolos ministeriales. Dentro de las remodelaciones, podemos apreciar los boxes de atención 1 y 3. El primero, se modificó su estructura para entregar una atención más eficiente y eficaz a los pacientes, incorporando un nuevo vestidor, una puerta de ingreso más amplia (sobre todo para los pacientes en camilla y sillas de rueda) y la modernización de una camilla clínica que apoye a los radiólogos para tener una mayor movilidad para realizar los exámenes ecográficos.

Sumado a lo anterior, el box 3 de Rayos X, tuvo un reforzamiento de plomo para mayor protección de nuestros pacientes y equipo médico, junto a un tabique que protege a los profesionales frente a la radiación.

En octubre, recibimos la visita de la alcaldesa Daniela Peñaloza, pues se trabajó en conjunto, en un proyecto de detección de cáncer mamario para las mujeres residentes y flotantes de la comuna, independiente de su previsión, entregando más de 30 mamografías gratuitas en conjunto.

- **Producción:**

La productividad durante el año 2021, hasta el 31 de octubre, con los meses de noviembre y diciembre proyectados según promedio de exámenes, se muestran en la siguiente tabla:

TIPO DE EXAMEN	% MODALIDAD AL 31/10/2021
RX	30%
MX	31%
US	39%

Desde del año 2020, dónde todos todo se afectó por una pandemia, aumentó su productividad y repuntó, observando un aumento en el agendamiento de los exámenes, pues muchos pacientes volvieron a realizarse sus controles anuales y así, el Centro de Imágenes volvió a retomar el número de atenciones habituales en sus registros anteriores.

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



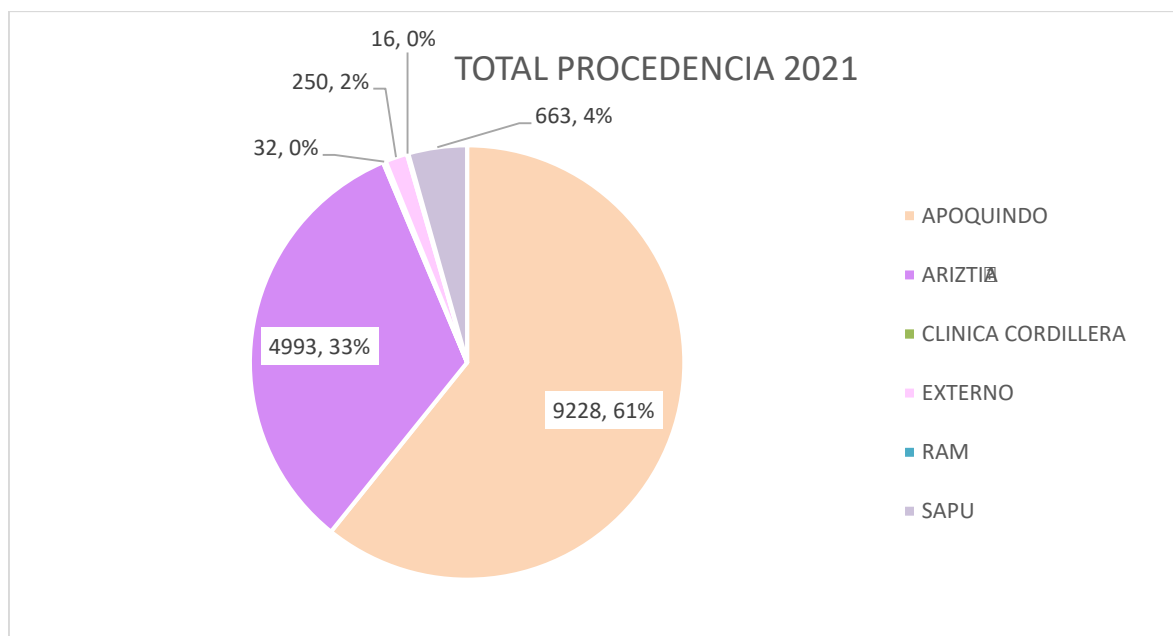
Datos de procedencia:

En la actualidad, desde los centros comunales, generan una interconsulta que proviene un 61% del CESFAM Apoquindo y un 33% del CESFAM Dr. Aníbal Ariztía, distribuyendo el resto del porcentaje entre SAPU, RAM, Clínica Cordillera y externos, al 31 de octubre del 2021.

PROCEDENCIA	% PROCEDENCIA
APOQUINDO	61%
ARIZTIA	33%
CLÍNICA CORDILLERA	0%
EXTERNO	2%
RAM	0%
SAPU	4%
Total general	100,0%

Los pacientes externos o particulares atendidos, históricamente en el CILC no exceden el 2% de las atenciones, llegando a ese número en el año 2021 y apoyando, de la mejor manera posible, algunos exámenes de urgencia derivados del SAPU.

- **Orientaciones Hacia Resultados Sanitarios**



En concordancia con los objetivos del Centro de Imágenes, los esfuerzos como equipo, han estado permanentemente orientados a contribuir al cumplimiento de los compromisos sanitarios comunes a la atención primaria. Dado lo anterior, hace un aporte en una atención integral de salud de la población, principalmente en contribuir como apoyo diagnóstico a toda patología clínicamente sospechosa o GES y su confirmación mediante imágenes.

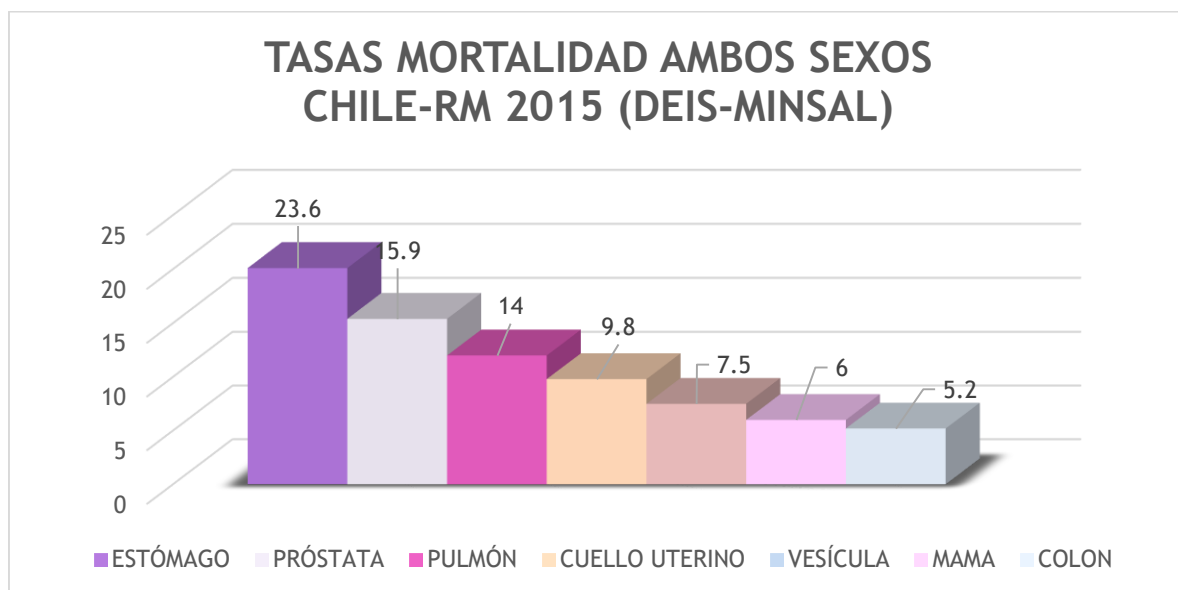
Lo anterior, viene a determinar la misión del centro en ayudar a los pacientes y a la red asistencial del sector oriente en la resolución de patología mediante el apoyo de imágenes diagnósticas.

- **Prioridades Sanitarias**

Cáncer

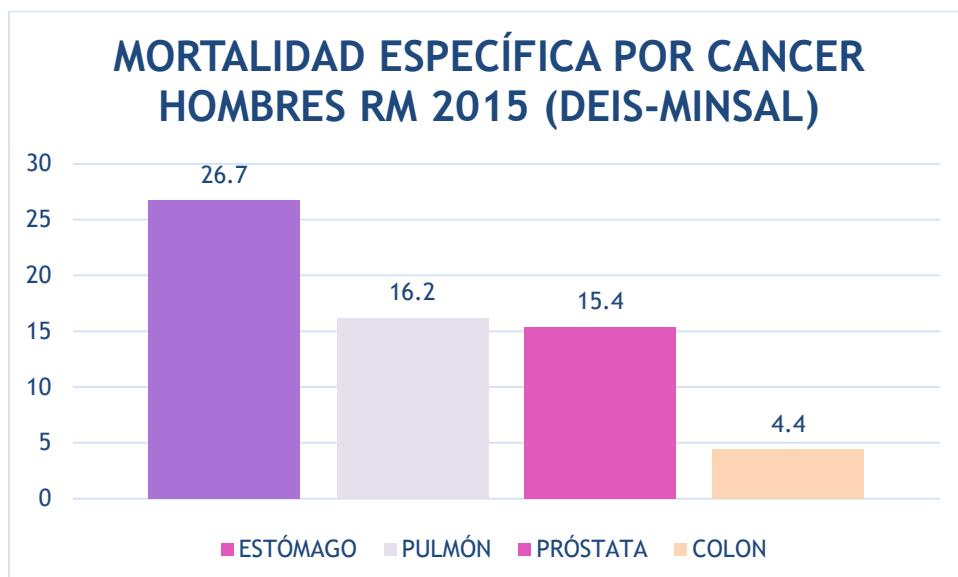
Si se analizan las tasas específicas de mortalidad por causa nacionales, para ambos sexos, el cáncer de estómago en la Región Metropolitana ha tomado el primer lugar con una tasa de 23.6×100.000 , seguido del de próstata con una tasa de 15.9×100.000 y por el de pulmón con una de 14×100.000 . (DEIS-MINSAL 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.¹

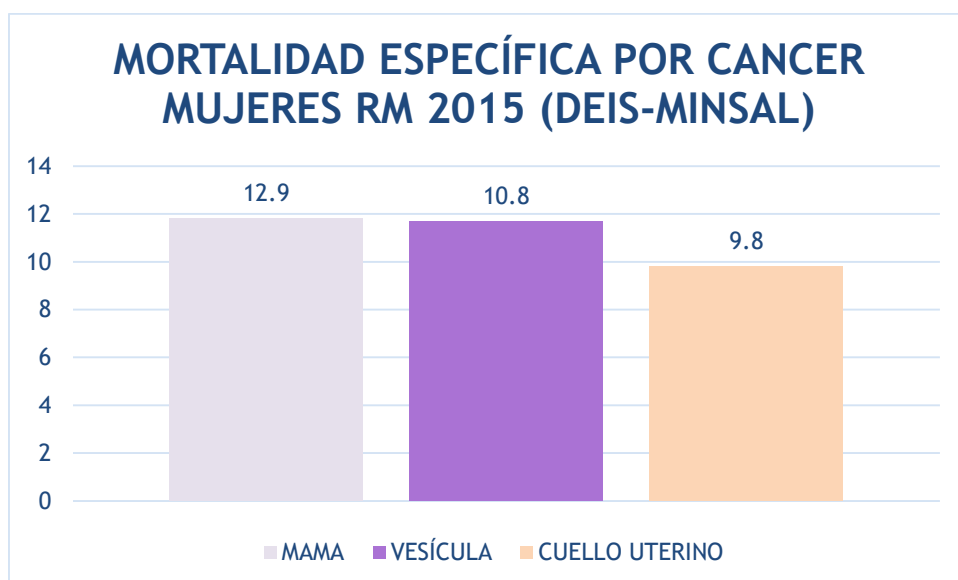


Al analizar las tasas de mortalidad específica por sexo, en el hombre, la primera causa de muerte por cáncer corresponde al de estómago con una tasa de 26.7×100.000 , seguida por la de pulmón con 16.2×100.000 y de próstata con una tasa de 15.4×100.000 . (DEIS-MINSAL 2015).

¹ Dada la pandemia, los datos del MINSAL no han sido actualizados



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



En el año 2021, el cáncer de mama en Chile se convierte en una de las cinco primeras causas de muerte en las mujeres.

La tasa bruta de mortalidad por esta enfermedad, se ha mantenido estable en los últimos años, entre 12 y 13 x 100.000 mujeres; falleciendo, anualmente, entre 900 y 1000 por este cáncer.

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.

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

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

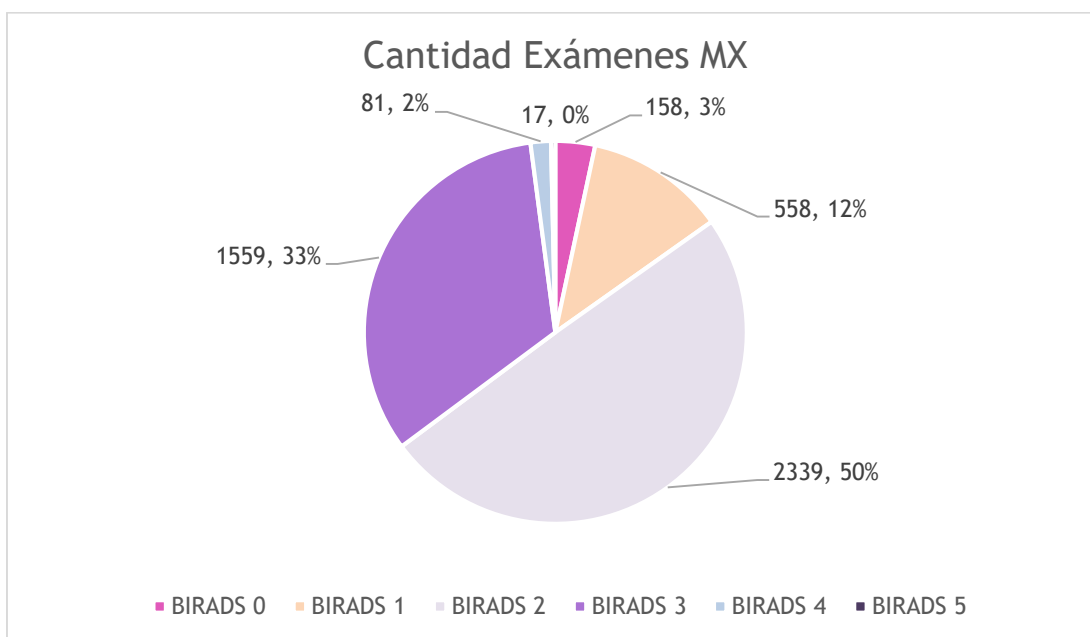
- Mamografía basal a los 35 años
- Un control mamográfico cada 2-3 años entre los 40 y 50 años
- Una mamografía anual después de los 50 años.

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

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

De acuerdo a nuestros registros, de enero a 31 de octubre de este año, combinando mamografías con proyecciones adicionales complementarias, logramos detectar 98 probables cánceres mamarios, cuyos pronósticos son alentadores, debido a su temprana pesquisa y siendo derivados al Hospital Luis Tisné para su tratamiento oportuno.

- Cantidad de exámenes mamográficos que se han realizado en el CILC:



2. Centro de Rehabilitación (RAM)

El Centro de Rehabilitación para el Adulto Mayor dispondrá para el año 2022 alrededor de 1.818 horas terapéuticas mensuales, lo que beneficiará a 300 pacientes al mes. El RAM cuenta con personal calificado para atender a todo tipo de pacientes en el área traumatológica y posee equipamiento de última tecnología para entregar una atención integral y así recuperar las patologías de sus usuarios y devolverlos a sus actividades normales.

El RAM está enfocado mayoritariamente a tratar patologías músculo esqueléticas (90% de los pacientes), donde se atienden pacientes desde los 10 años de edad, pero con preferencia para los adultos mayores. El 10% restante está destinado a la rehabilitación de patologías neurológicas, principalmente Accidentes Cerebro Vasculares.

Patologías Musculoesqueléticas	Patologías Neurológicas
90%	10%

Las lesiones más frecuentes son las de hombro que representan un 40% del total de los pacientes, seguidas por las lesiones de columna lumbar 22% y de rodilla con un 21%. Solo en estos tres tipos patologías completamos un 77 % del total de pacientes que ingresan al RAM. El resto se dividen en patologías cervicales, dorsales, extremidad superior cadera y tobillo.

Hombro	Lumbar	Rodilla	Otras
40%	22%	21%	17%

Debido a la pandemia que se está viviendo, se ha comenzado a tratar pacientes post Covid-19, los cuales, son derivados desde los CESFAM de la comuna. El principal objetivo es rehabilitar la función cardíaca y muscular de éstos, por tanto, se realizan ejercicios de activación muscular y condición física, dirigidos por el kinesiólogo, el que planifica sesiones de fortalecimiento muscular, flexibilidad y trabajo de equilibrio. El objetivo final y parte importante de rehabilitación, es lograr que los pacientes se incorporen la actividad física y vuelvan a una vida normal, sin mayores secuelas.

La piscina temperada es utilizada en actividades de hidrogimnasia, donde un profesor de Educación Física guía una clase grupal utilizando las ventajas y beneficios del ejercicio en agua (resistencia constante y el ejercicio de bajo impacto) como herramienta para la recuperación de la condición física, y así, mejorar las capacidades funcionales de los pacientes, se realizan 35 horas semanales con un exigente control de ingreso y limpieza entre clases.

Para disminuir el riesgo de contagio de Covid-19, se han creado estrictos protocolos de limpieza y desinfección de superficies, equipos e implementos, además de un riguroso proceso de control de temperatura, lavado de manos y distanciamiento físico, tanto para los usuarios como equipo de salud. Desde septiembre 2020 se está utilizando un producto de sanitización con una acción residual de 90 días, lo que entrega una mejor y completa protección al RAM en este difícil período. Todos estos nuevos procesos han llevado a no tener personal contagiado en el centro

en todo el período de pandemia y a ser reconocidos con el sello verde Covid-19 por la Asociación Chilena de Seguridad.

Este año pretendemos atender alrededor de 300 pacientes en forma mensual, con un total de 3.700 pacientes y más de 15.000 prestaciones al año.

El tener espacios más reducidos, obliga a mejorar la gestión de pacientes en tratamiento y a utilizar todas las horas disponibles de forma eficiente. Con esto se seguirá entregando una atención de calidad y oportuna.

El horario de atención es de 08:00 a 20:00 horas en horario continuado de lunes a viernes. La oferta de horas de kinesiología es de 183 por día, lo que permite a los usuarios del RAM escoger dentro una amplia franja horaria de atención. Se evaluará la posibilidad de abrir tres días a la semana a las 07:00 horas para atender antes del horario de trabajo de los pacientes y facilitar el acceso a tratamiento sin alterar sus rutinas diarias.

Una de las mejoras del año pasado fue el uso del correo electrónico para la recepción de órdenes de terapia kinésica, lo que disminuyó el flujo de pacientes que acudían a dejar su orden de atención, disminuyendo el riesgo de contagio de COVID-19 en el trayecto a RAM. Además, se sigue con la pronta atención de los adultos de 4ta edad (mayores de 80 años), los que se atenderán de forma prioritaria.

3. Centro de Especialidades Odontológicas:

El Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) entrega atención odontológica integral en las especialidades de periodoncia, endodoncia y rehabilitación oral, a los vecinos de la comuna de Las Condes que cuenten con su Tarjeta Vecino y a los pacientes de los programas del Servicio Salud Metropolitano Oriente (SSMO) GES 60 años, Salud Oral integral de la Embarazada (Ex PPV), Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica (Resolutividad) y Atención Odontológica Integral “Mas Sonrisas Para Chile”.

El CEO, ubicado en Cerro Altar 6611A, cuenta con una infraestructura de cuatro salas de procedimientos odontológicos y una sala de toma y procesamiento de radiografías.

Durante el año 2021, como las condiciones sanitarias mejoraron respecto al año anterior, se inició el retorno paulatino a la atención de pacientes, dando prioridad los pacientes de los programas del SSMO siguiendo los lineamientos dictados por el MINSAL y la Seremi de salud, y dependiendo a la etapa en la que se encontraba, se pudo entregar atenciones de acuerdo a lo señalado por la autoridad sanitaria.

La atención de pacientes particulares se orientó principalmente a continuar los tratamientos odontológicos diferentes especialidades pendientes del año pasado, y a urgencias de competencia de las especialidades (dolor, infección, compromiso funcional y/o estético).

De enero a octubre del año 2021 se concretaron un total de **4.826** atenciones odontológicas en las especialidades entregadas por el CEO.

Tabla 1: Cantidad total de atenciones de pacientes en CEO durante el año 2021.

	Atenciones
Total de atenciones	4.826
Total de pacientes	949

Atención a pacientes de los programas GES 60 y Salud Oral Integral de la Embarazada (Ex PPV)

El CEO brinda atención secundaria odontológica integral (periodoncia, endodoncia y rehabilitación protésica) a todos los pacientes de los programas GES 60 años y Salud Oral Integral de la Embarazada que requieran atención secundaria, derivados por los CESFAM comunales, logrando en conjunto cumplir con las garantías GES comprometidas por la comuna ante el SSMO.

- **GES 60 años**

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

De enero a octubre del año 2021, se entregaron **1.238** prestaciones a pacientes de programa GES 60 en las diferentes especialidades proporcionadas por el CEO.

- **Salud Oral Integral de la Embarazada (Ex PPV)**

En relación a las pacientes del programa Salud Oral Integral de la Embarazada (Ex PPV), de enero a octubre del 2021 se entregaron un total de **294** atenciones de las diferentes especialidades.

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, apuntado a devolver y mantener la salud bucal.

Tabla 2: Cantidad de atenciones a pacientes de los programas GES 60 y Salud Oral Integral de la Embarazada (Ex PPV) atendidos por especialidad durante el año 2021.

<i>Especialidad</i>	Programas		Total
	GES 60 años	Salud Oral Integral de la Embarazada.	
	Atenciones	Atenciones	
<i>Periodoncia</i>	169	31	200
<i>Endodoncia</i>	192	191	383
<i>Rehabilitación oral</i>	877	72	949
<i>Total</i>	1.238	294	1.532

Atención a pacientes de los programas de Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica (Resolutividad) y Atención Odontológica Integral “Mas Sonrisas Para Chile”

- **Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica (Resolutividad)**

Durante el año 2021 se continuó con este programa, en usuarios que presentan necesidad urgente de tratamientos de endodoncia y periodontal en población de 15 años o más. Estos pacientes fueron derivados por las unidades de atención odontológica de los diferentes CESFAM de la comuna.

Gracias a este programa, se realizaron **93** atenciones de endodoncia a **31** pacientes y **114** atenciones de periodoncia a **36** pacientes.

- **Atención Odontológica Integral “Mas Sonrisas Para Chile”**

Durante el año 2021, se brindó atención en este programa que consiste en otorgar atención odontológica integral de mujeres de 20 años y más. Estas pacientes fueron derivados por las unidades odontológica de los diferentes CESFAM comunales.

En este programa, en CEO se realizaron **18** atenciones de endodoncia a **6** pacientes.

Tabla 3: Cantidad de atenciones y pacientes de los programas Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica (Resolutividad) y Atención Odontológica Integral “Mas Sonrisas Para Chile” atendidos por especialidad durante el año 2021.

Especialidad	Programas				Total
	Mejoramiento del Acceso a la Atención Odontológica (Resolutividad)		Atención Odontológica Integral “Mas Sonrisas Para Chile”		
	Atenciones	Pacientes	Atenciones	Pacientes	
Periodoncia	114	36	-	-	150
Endodoncia	93	31	18	6	148
Total	207	67	18	6	298

Atención a pacientes particulares

El CEO 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.

De enero a octubre del 2021, se entregó un total de **3.235** atenciones a pacientes particulares en todas las 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 relacionadas, haciendo intervenciones durante las sesiones de tratamiento. Las mismas que buscan educar y generar cambios en la salud general (Ej.: tabaquismo).

De enero a octubre del 2021, se entregaron **727** atenciones para esta especialidad.

Endodoncia

Esta especialidad tiene como objetivo conservar un diente cuando su tejido más interno se ve comprometido por caries profundas o traumatismos.

De enero a octubre del 2021, se entregaron **792** atenciones a pacientes particulares para esta especialidad.

Rehabilitación oral

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

De enero a octubre del 2021, se entregaron **1716** atenciones para esta especialidad.

Tabla 4: Cantidad de atenciones y pacientes particulares atendidos por especialidad durante el año 2021.

Especialidad	Particulares
	Atenciones
Periodoncia	727
Endodoncia	792
Rehabilitación oral	1.716
Total	3.235

Compromisos año 2022

- Mantener el promedio de nivel de satisfacción usuaria histórico.
- Dar cumplimiento a las metas de GES entregadas por el SSMO, de acuerdo al contexto sanitario generado por la pandemia.
- Continuar trabajando en las áreas de promoción y prevención de salud bucal.

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 Centro de Salud Mental Comunitaria (COSAM), 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.

Estos años (2020-2021) en el contexto de la pandemia por SARS-COV2 este Centro ha adaptado su modalidad de atención priorizando las atenciones a través de telemedicina, realizando la mayor parte de sus atenciones por video llamadas o llamados telefónicos. Este sistema ha permitido mantener la continuidad de los cuidados y la oportunidad de acceso de los vecinos con las limitaciones propias de la situación nacional, cumpliendo con los objetivos sanitarios del Centro.

De manera progresiva se han aumentado las atenciones presenciales, priorizando por personas que se encuentran descompensadas de sus cuadros de salud mental, personas que no cuentan con los recursos técnicos o de conocimientos para utilizar las plataformas virtuales y vecinos que por condiciones habitacionales no cuentan con espacios de intimidad para poder recibir la intervención a distancia

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 ocho cupos para atender adicciones en adultos dentro del Programa Ambulatorio Intensivo (PAI), lo que ha significado la atención de 26 pacientes de enero a octubre 2020, que proyectado a diciembre serían 28 pacientes. No obstante lo anterior la atención total, efectiva, alcanza a 84 personas que han recibido 970 atenciones a octubre por temas de consumo problemático de alcohol y/o drogas, lo que proyectado a diciembre llegaría a 90 personas ingresadas.

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

- Grupo de prevención de recaídas para los que participan del programa de drogas
- Taller de Grupo para pacientes con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB).
- Se está generando el grupo de Habilidad para la Vida enfocado a mujeres con diagnóstico de Trastorno de Personalidad.
- Y se proyecta retomar el Taller Psicoeducativo para pacientes y familiares con diagnóstico de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB).

Este año 2021 se hizo evidente con mayor fuerza el aumento de los problemas de Salud Mental en la población atendida por los efectos de las cuarentenas y el aislamiento físico y afectivo que significaron, problemas socio económicos que generaron la pérdidas de puestos laborales, el aumento de duelos por familiares fallecidos y cambios vitales derivados de los elementos anteriores y finalmente los elementos generados por los efectos del COVID en las personas que lo cursaron con síntomas de diversa intensidad, quedando algunos con efectos residuales. Evidenciado todo

esto por un aumento del número de descompensaciones en los usuarios que ya estaban en atención, un aumento de la demanda por derivaciones desde los Hospitales de la región, así como el aumento de demanda de personas que se vieron forzadas a cambiar su previsión de salud al quedar sin empleos.

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 2021, que está compuesta por:

- 4 Psiquiatras adultos Viéndose disminuida en una jornada completa de Psiquiatra debido al retiro de dos médicos y a la dificultad de encontrar médicos reemplazantes. La Corporación autorizo el aumento de dotación en 33 Hrs. de Psiquiatra que tampoco ha podido ser llenadas por falta de postulantes que cumplan con el perfil.
- 1 Psiquiatra infanto-juvenil
- 6 Psicólogos de adultos
- 1 Psicólogo infantil
- 2 Terapeutas Ocupacionales.
- 2 Trabajadoras sociales
- 2 Secretarias
- 1 Técnico en Rehabilitación
- 1 Técnico en farmacia
- 1 Administrador
- 1 Mayordomo
- 1 Director (Terapeuta Ocupacional)

Infraestructura COSAM 2021

En conjunto con la Dirección de Salud, durante el año 2021 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. Se han generado la reposición de computadores que por antigüedad tenían problemas de conectividad para la telemedicina, se incorporaron teléfonos celulares

para mejorar la conectividad con los vecinos beneficiarios, ya que un gran número de ellos no tiene la tecnología o los conocimientos para utilizar plataformas computacionales. Se construyó e implementó una ampliación de la planta del Botiquín y su sala de espera, dando cumplimiento a los aforos y las condiciones de comodidad para los vecinos que acuden a retirar sus medicamentos o los de sus familiares.

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 900 pacientes mensuales que retiran un promedio 1.800 recetas con más de 202.500 comprimidos, facilitando el acceso y entrega de medicamentos a nuestros usuarios.

Proyecciones 2022:

El equipo COSAM Las Condes se ha propuesto, como meta para el próximo año, como principal objetivo desarrollar las adaptaciones del sistema de atención que permitan mantener el estándar de calidad de atención a la población beneficiaria así como la oportunidad de la atención, en un contexto cambiante según los desarrollos de la situación de salud local y nacional.

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.

Se propone posibilitar un cambio de paradigma, del vecino que busca una asistencia de salud hacia un vecino que participe activamente en el desarrollo de sus capacidades que le permitan superar su problema de salud mental que le motiva a consultar. A la vez seguir trabajando en la mejora continua de las coordinaciones del trabajo multiprofesional que

permite abordar de mejor manera la multifactorialidad que subyace en la salud mental, generar una Identidad de Equipo y Centro y desarrollar estrategias que se adapten al plan Nacional de Salud Mental.

Surge la necesidad de fortalecer el trabajo del Programa Infanto Juvenil ya que la visualización de esta población ha hecho que aumente sus necesidades de apoyo multiprofesional en la Comuna, para dar cumplimiento a los Objetivos Sanitarios Nacionales, Basado en que las experiencias tempranas de vida impactan de manera significativa en la arquitectura del cerebro del infante, pudiendo fortalecerla o debilitarla permanentemente. La sintomatología psicológica presente en la infancia no es transitoria, por lo que la intervención temprana supone beneficios directos, tanto sociales como económicos, principalmente en los costes de este tipo de prestaciones de salud.

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, potenciando los factores protectores y estimulando el abordaje de los factores de riesgo por los elementos de la comunidad que puedan abordarlos.

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, así como evitar la sobre intervención de los casos y permitiendo focalizar mejor los recursos disponibles en este Centro.

Se espera, asimismo, continuar con un alto nivel de compromiso con los pacientes quienes son el objetivo de nuestra dedicación y esfuerzo.

Estadísticas

ATENCIONES DE ENERO A OCTUBRE 2021											
Profesional	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Octubre	Total
Dr Fasani	176	204	218	202	212	200					1212
Dr Testa	76	100	136	109	106	122	80	127	115	125	1096
Dra Rojas	175	40	259	206	189	181	180	148	153	132	1663
Dra Bertossi	117	64	136	124	113	146	167	158	155	163	1343
Dr Labra	77	84	95	83	81	97	91	98	118		824
Dra Soto	68	26	55	65	64	82	64	40	45	65	574
Dr Perez							95	148	145	116	504
	689	518	899	789	765	828	677	719	731	601	7216
G.Tapia	11	139	100	74	105	79	80	28	143	78	837
M.Guiñez	51	36	34	49	54	50	38	55	47	45	459
M. Abhufele	89	23	92	91	84	96	82	97	84	71	809
C.Ovalle	65	38	52	60	52	58	57	46	43	33	504
C.Rodriguez	61	61	88	8							218
C.Guzman	7	20									27
L. Aravena					41	54	62	52	40	59	308
J.Galimany					42	61	61	49	56	54	323
I Salas			35	49	58	59	54	54	50	57	416
	284	317	401	331	436	457	434	381	463	397	3901
Pedro Flores	6	20	7	6	14	30	3	14	11	29	140
M.Jose Beytia	73	85	78	105	102	47	82	82	60	77	791
T. Bersano					57	67	66	57	48	60	355
A. Gamio	69	72	50	90	69	85	36	65	86	59	681
Paola Aguilera	59	11	53	25							148
P. Bulos					52	67	18				137
O. Garces								15	32	24	71
C.Maritnez	28	115	132	138	75	73	148	147	135	133	1124
	235	303	320	364	369	369	353	380	372	382	3447
TOTAL											14564

Número de Pacientes por Profesional 2021

NUMERO DE PACIENTES ENERO A OCTUBRE 2021											
Profesional	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Sept	Octubre	Total
Dr Fasani	130	151	175	162	170	154					942
Dr Testa	73	89	122	104	94	109	75	109	91	96	962
Dra Rojas	146	30	190	161	147	147	143	125	132	115	1336
Dra Bertossi	99	60	119	101	92	120	139	136	137	160	1163
Dr Labra	62	80	69	70	72	78	80	80	99		690
Dra Soto	40	21	34	41	43	42	37	32	33	39	362
Dr Perez							82	127	127	103	439
	550	431	709	639	618	650	556	609	619	513	5894
G.Tapia	9	44	41	39	41	38	34	19	44	38	347
M.Guiñez	32	28	31	31	31	28	30	32	28	25	296
M. Abhufele	36	21	36	37	34	39	38	40	38	35	354
C.Ovalle	30	25	30	27	29	25	25	26	25	20	262
C.Rodriguez	31	27	31	8							97
C Guzman	7	16									23
I Aravena					15	16	15	15	17	25	103
J Galimany					21	20	20	20	19	22	122
I Salas			14	14	22	17	18	18	21	17	141
	145	161	183	156	193	183	180	170	192	182	1745
Pedro Flores	6	16	7	5	11	20	3	11	10	21	110
M.Jose Beytia	40	38	33	42	41	34	38	42	35	34	377
T Bersano					20	23	25	25	23	25	141
A. Gamio	33	38	29	46	40	47	25	41	58	41	398
Paola Aguilera	42	6	41	19							108
P. Bulos					43	47	21				111
O. Garces								14	25	21	60
C.Maritnez	26	39	46	44	31	35	39	49	57	50	416
	121	98	110	112	112	124	91	119	126	121	1721
TOTAL											9360

Totales por Estamento Profesional 2021

	ATENCIONES POR ESTAMENTO 2021				
	PSQ	PSIC	TO	T.SOCIAL	Tecnico Rehab
Enero	689	284	79	128	28
Febrero	518	317	105	83	115
Marzo	899	401	85	103	132
Abril	789	331	111	115	138
Mayo	765	436	173	121	75
Junio	828	457	144	152	73
Julio	677	434	151	54	148
Agosto	719	381	153	80	147
Septiembre	731	463	119	118	135
Octubre	601	397	166	83	133
Noviembre					
Diciembre					
Total	7216	3901	1286	1037	1124
al 30/10/2021					

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 abocado al 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 el aseguramiento de la calidad y de la mejora continua de sus procesos y un enfoque en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios.

Referente al equipamiento, se mantendrá en la vanguardia tecnológica en las áreas de química, hormonas, hematología, coagulación y urianálisis.

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

En septiembre de este año se realizó el cambio de sistema informático de laboratorio con la finalidad de conectarlo a la ficha clínica, además de permitir mejorar la trazabilidad de nuestros pacientes.

Para el año 2022 se contempla la conexión electrónica del sistema informático 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 para nuestros profesionales de salud el acceso a los resultados de los exámenes vía intranet.

Orientaciones Técnico Administrativas:

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

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

- Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT).
- Enfermedades Tiroideas.

- Cáncer Prostático.
- Enfermedades infectocontagiosas.

Estadísticas:

- Durante el año **2019**, se realizó un total de 406.617 exámenes de laboratorio.
- Para el año **2020**, se realizó un total de **281.021 exámenes de laboratorio, registrando una muy importante baja en la producción debido a la pandemia por coronavirus.**
- Para el año **2021**, se espera una proyección de unos 350.000 exámenes.

Proyecciones 2022:

- 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.
- Renovar tecnología en la sección de hematología, para la realización de la velocidad de eritrosedimentación (VHS).
- Renovar la tecnología de química y hormonas.
- Ampliar el equipo de “me lo tomo encasa”, para abarcar la alta demanda de pacientes frágiles de la comuna.

6. Servicios de Oftalmología

El año 2021 y producto de la pandemia los servicios de oftalmología, si bien es cierto se han mantenido, han sufrido una disminución en la cobertura de atención

El protocolo de atención de la Unidad de Oftalmología estableció un rendimiento menor para la atención como medida de seguridad con el fin de garantizar una higienización adecuada de los equipos de oftalmología utilizados entre atenciones.

La meta ministerial para el Programa de Adulto Mayor disminuyó y con ello los montos entregados, pero aun así en septiembre del año 2021 esta meta se cumplió y se solicitó al Servicio de Salud Metropolitano un aumento en la meta de atención para este programa y esta solicitud fue aceptada. La asistencia de los adultos mayores ha ido paulatinamente mejorando en la medida que se sienten más seguros de salir de sus hogares a atención médica.

Por otra parte, el Programa de Resolutividad donde está incluida la atención oftalmológica del adulto joven mantuvo sus metas anuales, y producto de la pandemia el Servicio de Salud Metropolitano Oriente extendió el tiempo de cumplimiento del programa del año 2020 hasta fines de marzo del año 2021, lo que obliga a iniciar las metas de este programa a partir de abril del año 2021. Ello disminuye el plazo para ejecutar esta actividad; se han implementado diversas estrategias para la captación de pacientes adultos jóvenes y asegurar su asistencia.

En la medida que el desconfinamiento y la vacunación de la población avanza, se ha mejorado los tiempos de rendimiento de los profesionales de la Unidad de Oftalmología. Lo anterior, permite mejorar la oferta de cupos de atención.

Para el año 2022, se espera que las condiciones de la pandemia permitan a lo menos mantener la oferta de los programas de Oftalmología. Manteniendo las medidas de seguridad implementadas, se hace imprescindible la renovación de mobiliario ya que el que se dispone ya cumplió su vida útil.

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 través de un subsidio, a los residentes de Las Condes, en la Clínica Cordillera de la comuna.

Esta coordinación se realiza a través de 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.

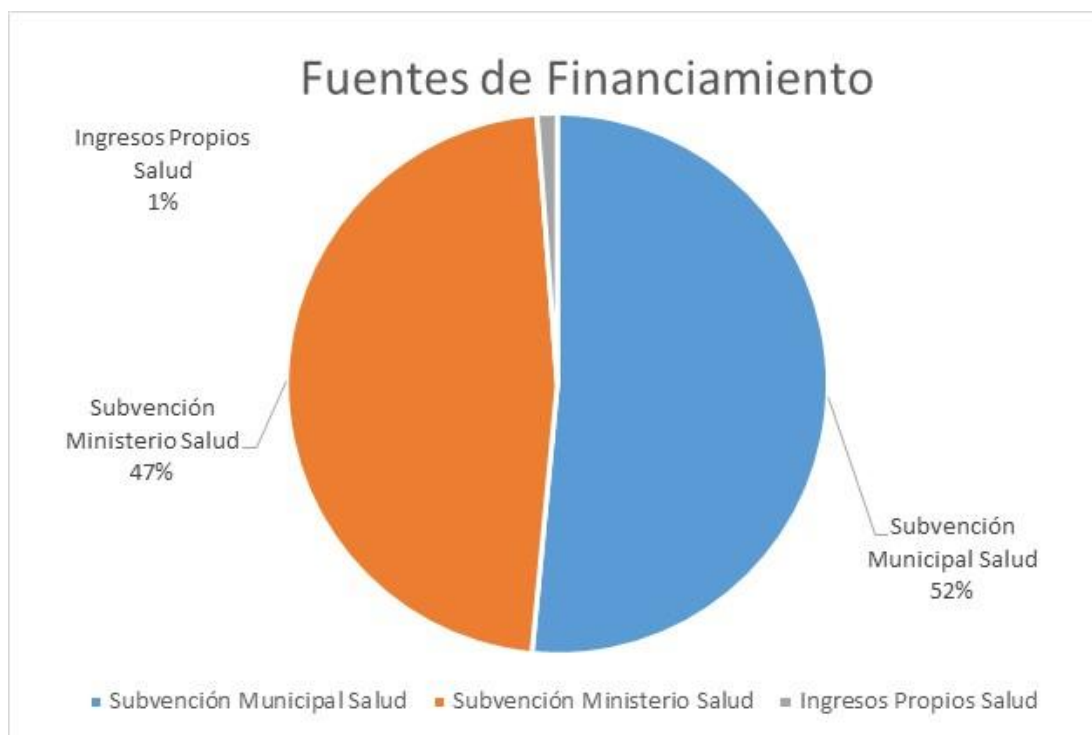
Las siguientes son las atenciones realizadas en la Clínica:

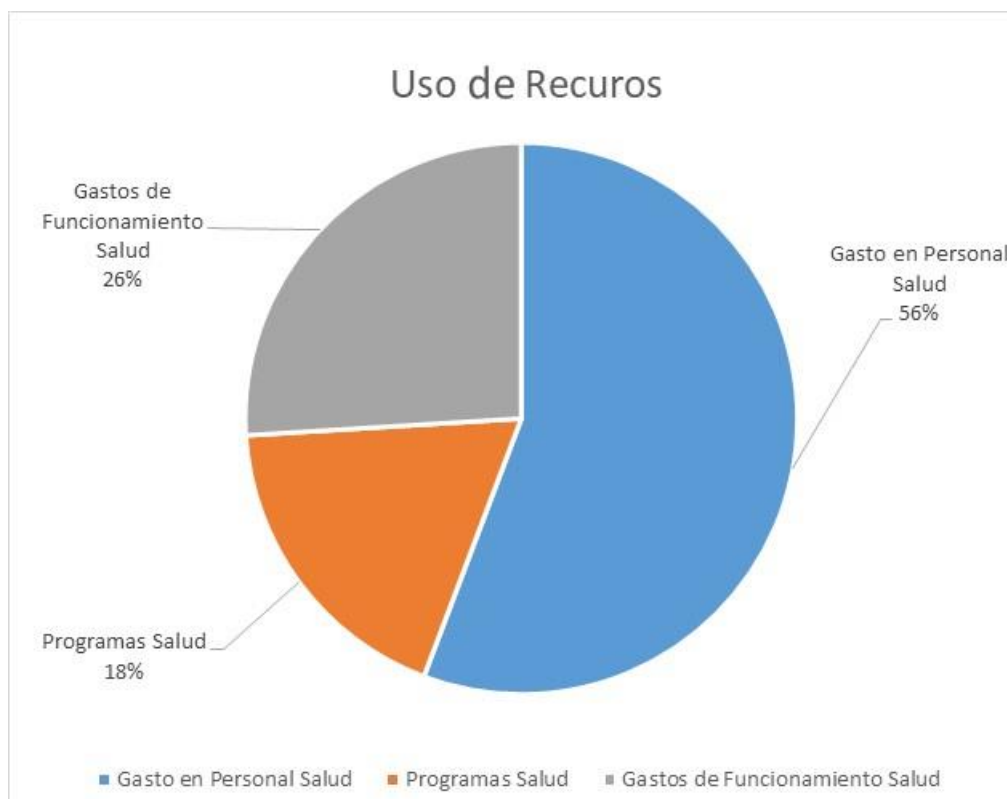
Atenciones y Prestaciones Totales Clínica Cordillera	2019			2020			2021		
	Mes	Acumulado	Promedio Mensual	Mes	Acumulado	Promedio Mensual	Mes	Acumulado	Promedio Mensual
Cosnsultas Médicas	12,218	118,499	11,850	13,379	87,807	8,781	15,210	142,705	14,271
Urgencias	1,875	18,395	1,840	1,585	13,385	1,339	2,541	19,219	1,922
Hospitalización (Días Cama)	1,272	13,010	1,301	1,756	13,431	1,343	1,675	16,489	1,649
Cirugías (Derechos de Pabellón)	481	4,711	471	599	3,471	347	586	4,732	473
Exámenes	42,353	446,760	44,676	59,261	365,021	36,502	64,655	614,978	61,498
Atenciones y Prestaciones Vecinos de Las Condes con Subsidio	2019			2020			2021		
	Mes	Acumulado	Promedio Mensual	Mes	Acumulado	Promedio Mensual	Mes	Acumulado	Promedio Mensual
Consultas Médicas	7,182	52,640	5,264	6,641	39,842	3,984	7,182	70,509	7,051
Exámenes	20,953	178,226	17,823	20,676	110,941	11,094	20,935	197,244	19,724
Urgencias	533	8,171	817	700	4,564	456	1,206	8,385	839
Hospitalización			-	184	2,204	220	35	1,545	155
Cirugías			-	92	448	45	171	1,208	121

Estadísticas Mensuales de Actividad por Municipalidad Acumulada al Mes de Octubre 2021					
Comunas con Convenio	Las Condes	Lo Barnechea	La Reina	Vitacura	Total
Ambulatorio	267,753	18,107	76,906	11,305	374,071
Urgencia	8,385	510	5	619	9,519
Cirugía	1,208	95	-	-	1,303
Hospitalización	357	4	-	-	361
Total Actividad	277,703	18,716	76,911	11,924	385,254
	72%	5%	20%	3%	100%

VI. PRESUPUESTO AÑO 2022

	<i>Vigente</i>	<i>PPTO</i>	<i>VARIACIÓN</i>	
	2021	2022	2021 - 2022	
<i>Subvención Municipal Salud</i>	16,715,192	11,392,683	-5,322,509	-31.84%
<i>Subvención Ministerio Salud</i>	9,296,240	10,461,000	1,164,760	12.53%
<i>Ingresos Propios Salud</i>	266,900	266,900	0	0.00%
<i>Total Ingresos</i>	26,278,332	22,120,583	-4,157,749	-15.82%
<i>Gasto en Personal Salud</i>	11,883,499	12,330,860	447,361	3.76%
<i>Programas Salud</i>	7,644,518	4,043,082	-3,601,436	-47.11%
<i>Gastos de Funcionamiento Salud</i>	6,750,315	5,746,641	-1,003,674	-14.87%
<i>Total Egresos</i>	26,278,332	22,120,583	-4,157,749	-15.82%





Presupuesto de Inversión

	Vigente	PPTO	VARIACIÓN 2021 - 2022	
	2021	2022		
	M\$	M\$	\$	%
<i>Licencias de Software, Antivirus y Actualización Equip. Tecnológico Salud</i>	30,000	0	-30,000	-100.00%
<i>Renovación de Mobiliarios y Equipamiento Salud</i>	50,000	30,000	-20,000	-40.00%
<i>Obras de Reparación y Mantenimiento Anual Ocho Centros de Salud</i>	400,000	410,000	10,000	2.50%
<i>Mejoramiento Seguridad Covid</i>	102,000	60,000	-42,000	-41.20%
Total Presupuesto Inversión	582,000	500,000	-82,000	-14.10%

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

VIII. ANEXOS

CESFAM Apoquindo

Infancia 2022

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.	Educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, fomentar uso de cojín de lactancia, evaluar y reforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada control de salud de niña y niño, favorecer las clínicas de lactancia.	(Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida / Nº de lactantes controlados al 6to mes de vida)*100	54%	REM
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	(Población con consulta nutricional al 5º mes / Total de población bajo control de 5 a 11 meses)* 100	35%	REM
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	(Población con consulta a los 3 años y 6 meses/ Población bajo control entre 42 y 47 meses)* 100	30%	REM
PREVENCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano, según el programa nacional de salud de infancia (4, 12, 24 meses, 3 años 6 meses, 4 y 5 años)	(Nº de niños/as eutróficos con pauta de factores condicionantes aplicada en el CNS de los 4, 12, 24 meses, 3 años 6 meses, 4 y 5 años /Nº de niños/as eutróficos bajo control, en cada control correspondiente)*100	50%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Control de salud a niñas y niños de 24 a 71 meses inscritos en establecimiento de salud.	(Nº de controles de salud realizados a niñas/os de 24 a 71 meses / Nº total de niñas/os de 24 a 71 meses bajo control)	50%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Control de salud a niñas y niños de 6 a 9 años inscritos en establecimiento de salud.	(Nº de controles de salud realizados a niñas/os de 6 a 9 años / Nº total de niñas/os de 6 a 9 años bajo control)	50%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas a lactantes de 7 a 11 meses en el control de salud de los 8 meses/ Nº total de lactantes de 7 a 11 meses bajo control)*100	80%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en CNS a lactantes de 12 a 17 meses / n°Total de controles de niño sano realizados a niñas y niños de 12 a 17 meses)*100	50%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación).	(Nº de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas a niños/as entre 12 - 23 meses)/ n° total de lactantes de 12 a 23 meses bajo control)*100	80%	REM

PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 4 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en CNS a lactantes sano de 4 meses / n°Total de controles de niño sano realizados a niñas y niños de 4 meses) *100	50%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses	(Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA) *100	100%	SIGGES
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Control de salud al 3º 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	80%	REM
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual.	(Nº de controles de salud de niños/as de 48 a 59 meses con evaluación visual / N° total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 59 meses) * 100	80%	REM
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años.	(Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días/total de niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días) *100	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	80%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna 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
PROMOCIÓN Y PREVENCION	Prevenir y disminuir las enfermedades bucales más prevalentes en menores de 9 años.	Potenciar la salud bucal de menores de 9 años, fortaleciendo la adherencia y cobertura en el control de salud oral.	Aplicación de pauta CERO y educación individual en hábitos saludables e higiene oral.	Nº de aplicación de pauta cero en niños menores de 9 años / Nº de niños menores de 9 años inscritos x 100	25%	REM
TRATAMIENTO	Reducir las enfermedades bucales más prevalentes en menores de 9 años.	Recuperar y controlar la salud bucal en menores de 9 años.	Acceso a tratamiento odontológico integral a todos los menores de 9 años.	Nº de controles odontológicos o ingresos a programa CERO en niños menores de 9 años / Nº de niños menores de 9 años inscritos x 100	25%	REM
PREVENCION	Promover la salud bucal de la población de niñas y niños de 6 años	Mantener la población de niñas y niños de 6 años libre de caries	Registro de índice ceod en el examen de salud oral	Nº registros de ceod=0 en niñas y niños de 6 años/Nº de niñas y niños inscritos de 6 años x 100	15%	REM
PREVENCION	Promover la salud bucal en menores de 3 años	Mantener la población en menores de 3 años libre de caries	Registro de índice ceod en el examen de salud oral	Nº registros de ceod=0 en menores de 3 años/Nº menores de 3 años x 100	15%	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 niños residentes en la comuna con score alto de riesgo de morir de neumonía.	(Nº de niños y niñas menores de 7 meses (residente en la comuna) con score de riesgo alto de morir de neumonía que recibe visita domiciliaria integral / Nº de niños y niñas menores de 7 meses (residente en la comuna) con score de riesgo alto de morir de neumonía *100	100%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit de su desarrollo psicomotor	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo	(Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias residente en la comuna con niño o niña menores de 5 años diagnosticados con déficit de DSM / Nº total de niñas y niños menores de 5 años residente en la comuna diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor)*100	90%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit de su desarrollo psicomotor	Reevaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	(Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) /numero total niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses) *100 Sacaria reevaluacion	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 brnquial) *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

Adolescencia

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar la disminución de peso durante la gestación, con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes adolescentes y jóvenes con malnutrición por déficit.	(Nº de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por déficit, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes adolescentes bajo control con	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	40%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestantes (10 a 19 años) en riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 19 años con riesgo psicosocial, que vivan en la comuna.	Nº de adolescentes gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (residente en la comuna) con VDI/ Nº de adolescentes gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (residente en la comuna)*100	100%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre de 10 a 19 años y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Primer control de salud de la puérpera de 10 a 19 años y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	(Nº de controles de salud integral a puérperas de 10 a 19 años y su recién nacido dentro de los 10 días de vida / Nº total de ingresos de RN de puérperas 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%	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	(Nº de gestantes de 10 a 19 años con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes de 10 a 19 años con riesgo biomédico)*100	100%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(Nº de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/Nº total de mujeres adolescentes en los últimos 2 meses post parto y en control de RF)*100	80%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(Nº de madres adolescentes con escala aplicada a los 6 meses de posparto / Total de madres adolescentes con controles realizados a los 6 meses posparto en RF)*100	80%	REM
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes 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	80%	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	10%	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	15%	REM
PREVENCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el número de adolescentes mujeres y hombres que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Consejería en salud sexual y reproductiva a adolescentes 10 a 19 años	(Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres de 10 a 19 años / Nº de controles ginecológicos realizados a mujeres de 10 a 19 años)*100	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	50%	REM
PREVENCION	Disminuir el embarazo adolescente	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes 15- 19 años	(Nº de adolescentes de 15-19 años BC que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes de 15-19 años inscritos) *100	15%	REM
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar la cobertura de vacunación	Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a adolescentes que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico	(Nº de niñas adolescentes con segunda dosis de vacuna VPH que cursan 5º básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico/Nº de niñas adolescentes matriculadas en 5º básico que recibieron 1ª dosis el año anterior) *100	95%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la DTP(a) en octavo básico	Nº de niños/as de 8º año básico con dosis de vacuna DTP(a) administrada/ Matricula niños/as 8º básico año en curso *100	95%	RNI
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna 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	Nº 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	(Nº de población 10 a 19 años asmática controlada /Nº de personas de 10 a 19 años asmáticas años)*100	50%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada entre los 10 y 19 años	(Nº de altas odontológica totales en embarazadas de 10 a 19 años/ total de gestantes de 10 a 19 años ingresadas a control prenatal)*100	25%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la morbi-mortalidad prematura por (asociada a) asma bronquial	Aumentar la cobertura de pacientes con diagnóstico de asma bronquial	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica y tratamiento de población adolescente con diagnóstico de asma bronquial	(Nº de adolescentes con manejo y tratamiento de asma bronquial / Nº de adolescentes con diagnóstico de asma brnquial) *100	50%	SIGGES
PROMOCIÓN Y PREVENCION	Prevenir y disminuir las enfermedades bucales más prevalentes en menores entre 9 y 19 años	Potenciar la salud bucal de en menores entre 9 y 19 años, fortaleciendo la adherencia y cobertura en el control de salud oral.	Aplicación de pauta CERO y educación individual en hábitos saludables e higiene oral.	Nº de aplicación de pauta cero en menores entre 9 y 19 años / N° de menores entre 9 y 19 años inscritos x 100	25%	REM
TRATAMIENTO	Reducir las enfermedades bucales más prevalentes en menores entre 9 y 19 años	Recuperar y controlar la salud bucal en menores entre 9 y 19 años.	Acceso a tratamiento odontológico integral a todos los menores entre 9 y 19 años	Nº de controles odontológicos o ingresos a programa CERO en menores entre 9 y 19 años / N° de menores entre 9 y 19 años inscritos x 100	25%	REM
TRATAMIENTO	Garantizar la atención de urgencia GES odontológica a menores entre 9 y 19 años	Otorgar atención de urgencia GES odontológica de calidad y oportuna a menores entre 9 y 19 años	Atención de urgencia GES odontológica ambulatoria en menores entre 9 y 19 años	N° total de consultas de urgencia GES odontológica en menores entre 9 a 19 años / N° de menores entre 9 y 19 años inscritos x 100	10%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población de 10 a 19 años con problemas de consumo de OH y/o drogas	Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 19 años con problemas o trastornos mentales por consumo perjudicial de alcohol y drogas	(N° de adolescentes de 10 a 19 años intervenidos por consumo de OH y drogas/ N° de adolescentes de 10 a 19 años BC por trastornos mentales por consumo perjudicial de alcohol y drogas) *100	100%	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 pesquiasadas)*100	100%	REM

Edad Adulta

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 20 a 64 años ingresos respiratorios a sala ERA / (Nº total de ingresos respiratorios entre 20 y 64 años a	50%	REM
PROMOCION	Promover normas de crianza saludable	Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	Talleres de 4 sesiones para gestantes (según Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo)	(Nº de gestantes que ingresan a educación grupal Preparación para el parto y crianza / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal)* 100	50%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar la disminución de peso durante la gestación, con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.	(Nº de gestantes bajo control con malnutrición por déficit, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por déficit)*	80%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, con malnutrición por exceso.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	(Nº de gestantes bajo control con malnutrición por exceso, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes adolescentes bajo control con malnutrición por exceso)*	15%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario a todas las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro	(Nº de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario/Nº total de gestantes con riesgo de parto prematuro)*100	100%	SIGGES
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	Nº de EMPA realizados a población adulta inscrita validada /Población Total adulta inscrita validada - población adulta BC PSCV*100	20%	REM
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 20 a 64 años aplicando pauta de protocolo.	(Nº de examen de medicina Preventiva (EMP) realizado en población masculina de 20 a 64 años / Población masculina de 20 a 64 años inscrita menos población masculina de 20 a 64 años BC en PSCV)*100	19%	REM
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en mujeres de 45 a 64 años aplicando pauta de protocolo.	(Nº de examen de medicina Preventiva (EMP) realizado en población femenina de 45 a 64 años / Población femenina de 45 a 64 años inscrita menos población femenina de 45 a 64 años BC en PSCV)*100	15%	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.	(Nº de gestantes adultas con riesgo psicosocial residentes en la comuna con VDI/ Nº total de gestantes adultas residentes en la comuna detectadas con riesgo	100%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Ingresar precozmente a control de salud integral del embarazo	Ingreso a control de embarazo antes de las 14 semanas	(Nº de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control / Total de mujeres embarazadas ingresadas a control) * 100	70%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Primer control de salud de la puerpera y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	(Nº de controles de salud integral a puerperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida / Nº total de ingresos de RN) * 100	60%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de Edimburgo	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2º control prenatal.	(Nº de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control prenatal / Nº total de ingresos de mujeres adultas a control prenatal)* 100	100%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(Nº de madres con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto en control sano del lactante/Nº total de madres con 2 meses post parto en control sano del lactante)*100	70%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	(Nº de madres con Pauta de Edimburgo aplicada a los 6 meses postparto en control sano del lactante/Nº total de madres con 6 meses post parto en control sano del lactante)*100	70%	REM
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	(Nº total de población de 20 a 54 años bajo control de regulación de fertilidad/ Nº total de población de 20 a 54 años bajo control) *100	60%	REM
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(Nº de mujeres adultas en control ginecológico preventivo /Nº total de mujeres adultas inscritas y	40%	REM
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 64 años	(Nº de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ Nº de mujeres de 50 a 64 años inscritas validadas)* 100	60%	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	50%	Citoexpert
PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Mantener la cobertura de controles de salud de la mujer en edad de climaterio.	Control de salud integral de la mujer adulta en etapa de climaterio.	(Nº de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio/ Nº de mujeres adultas de 50 años y más inscritas validadas)*100	25%	REM

PREVENCIÓN	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV	(N° de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al corte)* 100	60% 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	(N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control)*100	30% de las personas de 20 a 64 años con diabetes con evaluación y plan	REM
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los adultos con enfermedades crónicas entre los 20 y 64 años.	N° de adultos entre 20 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza /Total de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas)*100.	85%	RNI
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las mujeres adultas BC embarazadas con 13 semanas y más de gestación	N° de gestantes adultas con 13 y más semanas de gestación vacunados con anti-influenza / Total gestantes adultas con 13 y mas semanas de gestación)* 100.	85%	RNI
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna DTP(a) a las mujeres adultas embarazadas con 28 semanas y más de gestación	N° de gestantes adultas con 28 y más semanas de gestación vacunados con DTA(a)/ Total gestantes adultas con 28 y mas semanas de gestación)* 100.	85%	RNI
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial y EPOC bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos y EPOC de 20 a 64 años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población adulta asmática o EPOC bajo control controlada / Proporción de población adulta asmática o EPOC bajo control en sala ERA)*100	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 4Visitas Domiciliarias de tratamiento y seguimiento anuales a personas con dependencia	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 LPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /N° de población bajo control de 20 a 64 años en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100	90%	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	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	(Nº de Cuidadores de personas de 20 a 64 años con dependencia severa Capacitados / Nº Total de cuidadores de personas con dependencia severa) *100	75%	REM
TRATAMIENTO	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	Mantener cobertura 2021	REM
TRATAMIENTO	Garantizar la atención de urgencia GES odontológica a adultos de 20 a 64 años	Otorgar atención de urgencia GES odontológica de calidad y oportuna a adultos de 20 a 64 años	Atención de urgencia GES odontológica ambulatoria en adultos de 20 a 64 años	Nº total de consultas de urgencia GES odontológica a adultos de 20 a 64 años / Nº de adultos de 20 a 64 años inscritos x 100	10%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir el riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral en embarazadas de 20 a 64 años	(Nº de altas odontológica totales en embarazadas de 20 a 64 años/ total de embarazadas ingresadas a control prenatal de 20 a 64 años x 100	25%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir el daño en salud bucal en adultos de 60 años	Recuperar la salud bucal y rehabilitar mediante prótesis removible a adultos de 60 años	Atención odontológica integral en adultos de 60 años	(Nº de altas integrales totales a adultos de 60 años/ Total de adultos de 60 años inscritos x 100	40%	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	(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	Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 20 a 64 años.	Optimizar la cobertura de hipertensión en personas de 20-64 años	(Nº de personas hipertensas de 20-64 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 20-64 años estimados en la población inscrita validada)*100	77%	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 20 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-64 años	(Nº de personas hipertensas de 20-64 años bajo control con (PA <140/90)/Nº de personas hipertensas de 20-64 años bajo control en PSCV)*100	29%	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	(N° de personas diabéticas de 20-64 años bajo control con (HbA1c<7%)/N° de personas diabéticas de 20-64 años bajo control en PSCV)	27.2%	REM
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en población adulta.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en población adulta	Urgencia Odontológica ambulatoria en adultos	(N° total de atenciones odontológicas de urgencia GES en adultos de 20 a 64 años realizadas el año actual / N° consultas odontológicas de urgencia GES en adultos de 20 a 64 años inscrita año 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	Población de 20 a 64 años bajo control por trastorno mental / Población de 20 a 64 años inscrita validada x prevalencia de 22%	20%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta de 20 a 64 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta de 20 a 64 años	(N° de personas adultas de 20 a 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género / N° de personas adultas de 20 a 64 años víctimas de violencia de género pesquiasadas) *100	100%	REM
TRATAMIENTO	Garantizar el diagnóstico y asegurar el tratamiento para disminuir la morbi-mortalidad prematura asociada a enfermedades incluidas en el	Mejorar la calidad de atención de las personas, garantizando el diagnóstico y tratamiento de patologías GES de atención primaria en población de 20 a 64 años	Cumplir flujograma de acuerdo a Guías Clínicas y Listado de Prestaciones Específico para Atención Primaria según patología GES	(N° de personas de 20 a 64 años con patología GES atendidas/N° total de personas de 20 a 64 años con patología GES) *100	100%	SIGGES

Adulto Mayor

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE
PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 65 y más años ingresos respiratorios a sala ERA / (Nº total de ingresos respiratorios entre	50%	REM
PREVENCION	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Realizar Controles de Salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención (EMPAM)	(Nº de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva / Población inscrita de 65 años y más validada por FONASA) * 100	30%	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.	(Nº de VDI recibidas por personas de 65 años y más del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa /Nº 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.	(Nº 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 /Nº de población bajo control de 65 años y más en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con	A lo menos 4 visitas domiciliarias de tratamiento y seguimiento anuales a personas de 65 y más años 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).	(Nº de personas de 65 y más años sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control de 65 y más años en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa) *100	90% 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	(Nº 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/Nº de cuidadores de personas de 65 y más años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para	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	(Nº de Cuidadores de personas con dependencia severa Capacitados / Nº Total de cuidadores de personas con dependencia severa) *100	75% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.	REM
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna Neumocócica en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica a los usuarios de 65 años y más de edad	(Nº de personas de 65 y más años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica /Nº Total de personas de 65 y más años) *100	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	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	20%	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	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	INFORME
TRATAMIENTO	Garantizar la atención de urgencia GES odontológica en adultos mayores de 65 años	Otorgar atención de urgencia GES odontológica de calidad y oportuna a adultos mayores de 65 años	Atención de urgencia GES odontológica ambulatoria en adultos mayores de 65 años	N° total de consultas de urgencia GES odontológica a adultos mayores de 65 años / N° de adultos mayores de 65 años inscritos x 100	10%	REM
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 65 y más años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 65 y más años	(Nº de personas hipertensas de 65 y más años bajo control con (PA <140/90)/Nº de personas hipertensas de 65 y más años bajo control en PSCV) *100	38%	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)	25%	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 / N° total de personas de 65 y más años con diabetes	30% 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/ N° 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	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	20%	REM
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en población adulta.	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en población adulto mayor	Urgencia Odontológica ambulatoria en adultos mayores	(Nº total de atenciones odontológicas de urgencia GES en adultos de 65 y más años realizadas el año actual / Nº consultas odontológicas de urgencia GES en adultos de 65 y más años inscrita año actual)*100	100%	REM
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta mayor de 65 y más años	Brindar atención integral y oportuna a población adulta mayor de 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental de la población adulta de 65 y más años/ Población adulta de 65 y más años inscrita validada x prevalencia de 22%	20%	REM
TRATAMIENTO	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a la persona con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con cáncer, dolor en cuidados paliativos/ Nº de población bajo control por alivio del dolor y cuidados paliativos))*100	A lo menos 2 VDI mensuales	Registro sectores/REM
TRATAMIENTO	Garantizar el diagnóstico y asegurar el tratamiento para disminuir la morbi-mortalidad prematura asociada a enfermedades incluidas en el GES	Mejorar la calidad de atención de las personas, garantizando el diagnóstico y tratamiento de patologías GES de atención primaria en población de 65 y más años	Cumplir flujograma de acuerdo a Guías Clínicas y Listado de Prestaciones Específico para Atención Primaria según patología GES	(Nº de personas de 65 y más años con patología GES atendidas/Nº total de personas de 65 y más años con patología GES))*100	100%	SIGGES

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	80%	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 Promoción Comunal

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	FUENTE
PROMOCION	Fortalecer el vínculo 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	60% 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	50% 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	80% de las actividades de hitos comunicacionales realizadas	REM 19

Indicadores Estrategias de Participación Social

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	INDICADOR	META	FUENTE
PARTICIPACION SOCIAL	Fortalecer la participación ciudadana en los procesos de toma de decisión en el sector salud	Empoderar a Líderes, Dirigentes, representantes de la Comunidad y usuarios mediante mecanismos de participación social para que se involucren activamente en las acciones de intervención para abordar las necesidades y problemáticas de salud priorizadas en el Diagnóstico Participativo realizado el año 2021	Mesas de trabajo comunitarias con la participación de Líderes, Dirigentes y representantes de la Comunidad y usuarios para socializar el resultado del Diagnóstico Participativo, explorar otros problemas de salud, definir acciones de intervención, haciéndolos partícipes de éstas en un trabajo conjunto con el equipo de salud. Para lo cual, se han programado 2 mesas por semestre, dependiendo del contexto de pandemia serán virtuales o presenciales.	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas	80% de actividades realizadas.	REM 19 Informe de Evaluación final Plan de Participación Social
PARTICIPACION SOCIAL		Dar continuidad al trabajo de Consejo de Desarrollo Local	Reuniones de Consejo de Desarrollo Local. Para lo cual, se han programado 4 reuniones anuales, dependiendo del contexto de pandemia serán virtuales o presenciales.	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas	100% de actividades realizadas.	REM 19 Informe de Evaluación final Plan de Participación Social
PARTICIPACION SOCIAL		Evaluar respeto de deberes y derechos, Ley 20,584	Aplicación de encuesta desde Oficina OIRS. Elaboración informe trimestral de resultado de las encuestas.	N° de actividades realizadas /N° total de actividades programadas	100% de actividades realizadas.	Evaluaciones trimestrales, D.P. 1.3
PARTICIPACION SOCIAL		Proporcionar a usuarios un sistema que facilite la entrega, recepción y respuesta de sus solicitudes ciudadanas, mediante el uso de formulario tipo.	Gestión de oficina OIRS, mantención de 3 buzones OIRS con formularios tipo a disposición de los usuarios.	n° de buzones dispuestos en salas de espera/ N° de buzones comprometidos	3 de buzones OIRS dispuestos en sala de espera.	Informe Encargada Participación Social

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/ Nº 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/ Nº total de casos pulmonares diagnosticados)*100	20 a 30% de los casos	Registro nacional de pacientes
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/Nº total de contactos *100	100%	Informe de evaluación de estudio de cntacto
PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Identificar los hogares de adultos mayores y clubes de adulto mayor presentes en la comunidad	Catastro con el Nº de hogares y clubes de AM identificados en el área del consultorio	Contar con registro	Catastro de hogares
PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis pulmonar.	Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (baciloscopía, PCR o cultivo).	(Nº de contactos estudiados / Nº de contactos censados) *100	90%	Informe de Evaluación del
PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Estudio de Contacto en casos índices menores de 15 años.	(Nº de contactos estudiados < de 15 / Nº de contactos < de 15 censados) *100	100%	Informe de Evaluación del
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Aplicar el Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono.	(Nº de pacientes con score de riesgo identificados/ Nº de pacientes ingresados a tratamiento)*100	100%	Tarjeta de tratamiento

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

CESFAM Dr. Aníbal Ariztía

Cuidados de la salud de la población infantil

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 60%	*Entrega guía anticipatoria lactancia materna en todas las edades antes del 6º mes *Celebrar semana de lactancia *fortalecer comité de lactancia materna *educación continua a profesionales que atienden niños	Educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva. Fomentar uso de cojín de lactancia, Evaluar y reforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud de niña y niño. Favorecer las clínicas de lactancia, asegurando el buen uso de los maletines de lactancia entregados.	(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 <10 años	*Mantener entrega de guía anticipatoria colaciones saludables *Derivación a programa vida sana *consulta nutricional 15 meses. *promoción en colegios y jardines infantiles.	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
	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Cobertura del 80% BC niños de 5 ms	*Citación a control con nutricionista en control de 4º mes enfermera *Derivación a control desde bodega de alimentos	Consulta nutricional al 5to mes de vida ,con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólida a partir del 6to mes ,según guía de alimentación y/o normativas vigentes .	Población con consulta nutricional al 5to mes /total de población bajo control de 5 meses 29 días *100
	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Cobertura del 50% BC niños de 3 años 6 ms	*Citación a control con nutricionista en control de TEPsi mes enfermera *Derivación a nutricionista desde control odontológico *Derivación a control desde bodega de alimentos	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses ,con componente de salud Bucal,refuerzo de alimentación saludable y actividad física y según guía de alimentación y/o normativas vigentes .	Población con consulta a los 3 años y 6 meses /población bajo control entre 42 y 47 meses *100
	Aumentar el número de padres (hombres) que participan en los controles de salud de sus hijos e hijas.	Lograr 20% de controles con padre	*Mejorar registros en tarjetón , *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	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

	Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	Mejorar cobertura en un 7%	*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)

	Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	Mejorar cobertura en un 7%	*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 Cefsam	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)
	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

	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	1.0%	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) . *Trabajo Grupal en usuarios Cesfam, oh y drogas, y prevención de violencia en general, no solo de género. Buen Trato	(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 90% 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	(Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes / Nº Total control de ciclo vital de niñas y niños de 1 mes)*100
		Lograr cobertura de 80% de niños bajo control con Rx pelvis a los 3 meses	*Coordinar citaciones 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	(Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100
		Lograr cobertura de 90% 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.	(Nº de controles de salud de niños/as de 48 a 71 meses con evaluación visual / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 71 meses)* 100
		Incrementar en 35% de cobertura	* Mejorar coordinación derivación a control con equipo *mejorar la convocatoria a través del uso de videos promocionales en TV las condes *Mantener agendas diferida diurna y vespertina	Medicion de la presion arterial para detectar precozmente niños y niñas portadores de hipertension arterial	Nº de controles de salud de niños/as de 36a 71 meses con evaluación de presion arterial / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 36 a 71 meses)* 100

	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	(Nº de niños/as de 18 meses de edad con vacuna hepatitis A administrada)/(Nº de niños/as de 18 meses de edad)*100
		Cobertura de vacunación 95%		Administración de esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños/as de 1 año.	(Nº de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada)/(Nº de niños/as de 1 año)*100
		Cobertura de vacunación 90%		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
				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
		Cobertura de vacunación 95%		Administración de esquema primario completo de vacuna contra <i>H.influenzae tipo b, Hepatitis b, tétanos, tos convulsiva, poliometitis</i> en niños/as menores de 1 año	(Administración de esquema primario completo de vacuna contra <i>H.influenzae tipo b, Hepatitis b, tétanos, tos convulsiva, poliometitis</i> en niños/as menores de 1 año)/(Total de niños/as menores de 1 año)*100 (el esquema primario incluye administración a los 2, 4 y 6 meses de edad)
		Cobertura de vacunación 90%		Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica al año de vida.	(Nº de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivírica administrada / Nº de niños de 1 año)*100
				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
		90% de los(as) niños y niñas con vacuna DTP(a) administrada		Administración de la primera dosis de vacuna SRP Y DTP(a) en primero básico	Nº de niños de 1º año básico con dosis de vacuna dtp(a)administrada/ Matricula niños 1º básico año en curso *100

	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años.	Clasificar al 100% de los niños ingresados a control	*derivar a los niños desde cero meses , *rescatar a los inasistentes * auditorias para evaluar procedimiento de derivacion	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población menor de 10 años.	(Nº de niñas y niños menores de 10 años con registro ceod/ Nº total de niñas y niños menores de 10 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 46%		Control de salud oral de niños y niñas menores de 3 años	(Nº de niños y niñas menores de 3 años ingresados en la población bajo control en salud oral/ Nº de niños y niñas menores de 3 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 por teleconsulta	(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 <7 meses 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
	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	80%	*Reforzar aplicación de pauta de riesgo biopsicosocial	Niñas y niños con desarrollo normal con presencia de factor de riesgo biopsicosocial pesquizada en control de salud infantil, ingresan a sala de estimulación en el centro de salud	N de niños y niñas con riesgo biopsicosocial y otra vulnerabilidad que ingresan a sala de estimulación en el centro de salud/ N de niños y niñas detectado en control de salud con riesgo biopsicosocial y otra
				Niñas y niños con deficit (categoria de riesgo retraso en test de desarrollo psicomotor)/ rezago en su desarrollo deben ingresar a sala de estimulación	N de niños y niñas con rezago, riesgo, retraso que ingresan a sala de estimulación en el centro de salud (u otra modalidad de estimulación)/ N de niños y niñas evaluados, con resultado rezago, riesgo, retraso en el DSM , por primera vez * 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 50% 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 16,64% 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

	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas de 6 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Del total de niños inscritos de 6 años en nuestro centro, lograr que un 8,4 % se encuentren libres de caries .	*Agenda con horario flexible *Clínica dental móvil con atención en colegios	Control odontológico a población de niños y niñas de 6 años.	(Nº total de niñas y niños de 6 años con ceod 0 / 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) / Nº 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	Nº de personas egresadas por alta terapéutica (año vigente) / Nº 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	((Nº de controles de Salud Mental totales realizadas (año vigente) / Nº de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año vigente))

Cuidados de la salud de la población 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	Aumentar o mantener lo realizado el año anterior	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

PREVENCION	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. Entrega de material visual, folleto "Promoción de Maternidad y Paternidad Adolescente" creado por Unidad Salud Mental, en contexto MAIS el año pasado	(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 Norma	(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 aplicada por enfermera	(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 aplicado por enfermera	(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 2° control prenatal.	(Nº de gestantes adolescentes a las que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal / Nº total de ingresos a control prenatal)*100
	Conocer el porcentaje de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal	Mantener o aumentar 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	Mantener o aumentar lo alcanzado el año anterior	Mejorar registros por grupo etáreo	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 12% 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	Mantener o aumentar lo alcanzado el año anterior	*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.	Mantener o aumentar lo alcanzado el año anterior	*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 el VIH-SIDA e ITS y Promover el uso del condón en adolescentes	Mantener o aumentar lo realizado el año anterior	*Atención espontánea a adolescentes que lo soliciten *Mantener disponibilidad kit de test rápido *Mantener stock suficiente de preservativos. *Derivación a enfermera o matrona a consejería	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
--	--	---	--	--	--

	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.	Aumentar en 10%	*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 en el CESFAM	(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	derivacion 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.

	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

	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.	Contabilizar al menos el 65% de los pacientes BC cuenten 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
	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente	80%	Educación a funcionarios en aplicación de pautas	Tamizaje para pesquisa de consumo de alcohol y otras drogas	(N de adolescentes de 10 a 19 años con aplicación de CRAFFT en control de salud integral/N total de adolescentes de 10 a 19 años con control de salud integral)*100
	Mejorar y mantener la salud bucal de los adolescentes	20%	Derivar a dental	Control de salud oral de adolescentes	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años con evaluación de riesgo odontológico/ Nº de adolescentes de 10 a 19 años inscritos y validados en los establecimientos)*100

TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de atención en población de 10 a 24 años con asma bronquial bajo control.	Cobertura de un 16,64% 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 30% 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 un 12 % de número de consultas de morbilidad odontológica en niños de 0 a 19 años inscritos en nuestro Cesfam	*Agenda con horario flexible * Clínica dental móvil con atención en colegios	Atención odontológica integral a población adolescentes de 0 a 19 años tanto en colegios municipales como en Cesfam	N° de consultas de morbilidad odontológica realizadas en población de 0 a 19 años/Total población de 0 a 19 años inscritos validados por FONASA*100
	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes de 10 a 19 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 - *Programa 24 horas, Cooperación 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) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental (año anterior) / N° 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, se crea hora de atención de evaluación de estado de ánimo con médico (EVALA)	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 16,64% 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	*Entrega de guía anticipatoria y consejería breve durante la consulta . *Talleres Grupales Antitabaco	(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.	*Derivación oportuna a sala ERA *Mantener guías en los box de atención	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	Mantener o aumentar lo realizado el año anterior.	*Horario flexible para talleres, diurno y vespertino via meet *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	25% gestantes con riesgo, se propone aumentar o mantener lo alcanzado el año anterior.	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 o mantener en 3 %	*Coordinación con encargada PSCV para derivaciones * Educación por matrona a médicos	*Derivación a control matrona en controles 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 *Derivación a programa VS *Todo paciente nuevo inscrito de 20 a 64 años, enviar a EMPA	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

	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 aplicado por enfermera	(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 aplicado por enfermera	(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	Agenda 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.	aumentar o mantener lo alcanzado el año anterior.		Control de regulación de fertilidad	(Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100

	Evaluación integral de la mujer adulta que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas.	100% 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 . *Derivación por parte del equipo de salud	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(Nº de mujeres adultas en control ginecológico preventivo /Nº total de mujeres adultas inscritas y validadas)*100
	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Alcanzar al menos 50%	*Mantener convenio de resolutiveidad 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.	47.5%	*Toma de PAP espontáneo a diario *Citación a días programados para toma de PAP *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 que cumplen criterio de ingreso a PDS. *Control médico antes de los 7 días	(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 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 / N° 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
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 de inasistentes a Evaluación de Pie DM 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 / N° 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) N° 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 independiente de la edad gestacional.	Nº de gestantes de 25 y mas años vacunados con anti-influenza / Total gestantes de 25) *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 mas semanas de embarazo vacunadas con dTpa/ Nº Total mujeres adultas embarazadas de 28 y mas semanas de gestación) *100.
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)	(Nº de personas que asisten a actividades + Nº 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 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	(Nº de visitas domiciliarias realizadas en domicilio a personas con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº 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	(Nº de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS menos control año anterior / Nº total de mujeres que requieren TRH según escala MRS) * 100
	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Lograr 43% cobertura efectiva	*Continuar con estrategias descritas para EMPA *Educación y control grupal asincrónica 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 asincrónica a pacientes que ingresan a control *Realizar controles de hipertensión en personas de 25-64 años.	(Nº de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control / Nº 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 35,8% de cobertura efectiva	*Continuar con estrategias descritas para EMPA *Educación y control grupal asincrónica 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 asincrónica a pacientes que ingresan a control *Realizar controles de DM en personas de 25-64 años.	Nº de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control/Nº 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.	(Nº de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante que ingresan al programa de salud mental (año vigente)/ Nº de gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA)

TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Cobertura de un 16,64% 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 individual y control grupal por teleconsulta a pacientes que ingresan al control PSCV. * Gestión de agendas * Abastecimiento adecuado de fármacos * Controles de adherencia a tratamiento con Quimicofarmacéutico.	* Control crónico en horarios protegidos en agendas diferidas. * Programación de taller de ingreso por Teleconsulta.	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 (atención telemática) *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, consultorias 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%

	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Retomar Rehabilitación Pulmonar y lograr continuidad de éste ,a través del Ingreso de pacientes EPOC.	*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
	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto	Atención Odontológica Integral al 100% de los pacientes de 60 años que solicitan atención.	Agenda con horario flexible en horario diurno y vespertino	Educación en Salud Bucal, actividades ,preventivas ,recuperativas y de especialidad	(N° total de pacientes ingresados de 60 años /N° total de adultos de 60 años inscritos validados en el establecimiento)*100
	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto	Evaluación Odontológica al 50% de los pacientes diabéticos que solicitan atención .	Agenda con horario flexible en horario diurno y vespertino	Educación en Salud Bucal, actividades ,preventivas ,recuperativas y de especialidad	(N° total de pacientes diabéticos ingresados /N° total de adultos diabéticos bajo control en el establecimiento)*100
	Brindar atención integral a personas con multimorbilidad	Mantener controles de pacientes con multimorbilidad acorde al bajo control	Mantener agendas con rendimientos según estratificación acorde a la multimorbilidad	Realizar control integral por profesional según estratificación de la multimorbilidad en personas con enfermedades crónicas no transmisibles	(N° de pacientes atendidos con rendimientos según estratificación acorde a la multimorbilidad/ N° total de paciente bajo control del PSCV)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 respiratorios con consejería breve antitabaco	*Capacitación continua a profesionales que atienden consultas respiratorias *Derivación oportuna a sala ERA *Mantener guías en los box de atención	Entrega de guía anticipatoria y consejería breve durante la consulta	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 65 y más años / (Nº total de ingresos agudos a usuarios de 65 y más años (MÁS) Nº consultas de morbilidad a usuarios de 65 y más años (MÁS) Consultas de atenciones agudas a usuarios de 65 y más años))* 100
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 34.26% de EMPAM vigente	*Continuidad de la derivación desde diferentes unidades del CESFAM *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)	34.26% con control de seguimiento realizado	Mantener horas protegidas para seguimiento de EMPAM *registrar en carnet de paciente fecha de seguimiento de EMPAM *Establecer trabajo en Red para difusión y ejecución de exámenes preventivos de salud Programados.	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

	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 6 meses. *Preparación e impresión de material educativo con requisitos de ingreso y beneficios nutricionales de este. *Crear cápsula informativa	*Entrega de material educativo en consultas individuales, en bodega de alimentos y en OIRS *Difusión de cápsula a través de circuito de TV y RRSS	(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.	70% de las personas adultas mayores 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 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 $\geq 30\text{mg/g}$) o ERC etapa 3b-5 (VFG estimada $< 45 \text{ mL/min/1.73m}^2$)	70% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$) 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 virtual	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 $\geq 30\text{mg/g}$) 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.	(Nº de mujeres adultas mayores con control ginecológico preventivo anual /Nº 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 resolutiveidad para examen de Mx *Reforzar información e indicaciones al equipo	Solicitar mamografía a mujeres de 65 a 69 años	(Nº de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ Nº de mujeres de 65 a 69 años inscritas validadas)* 100

	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 mensuales	Derivación con A.S. para evaluar condición socioeconómica, gestión de apoyo asistencial y coordinación con redes.	Realizar visita domiciliaria a la persona adulta mayores con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	(Nº de visitas domiciliarias realizadas en domicilio a personas adultas mayores con problemas oncológicos, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº 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 que cumplen criterio de ingreso a PDS. *Control médico antes de los 7 días post alta.	(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 mayores con ACV o IAM)* 100
	Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más, que consultan por morbilidad o que lo soliciten espontáneamente	Incrementar en un 5% el examen de VIH	*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.	30% 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.	50 % de los AM egresados del programa mantengan o mejoren su condición funcional.	continuar con derivación de estos pacientes programa mas AM-Fomentar la asistencia por via Zoom de acuerdo a la disponibilidad del usuario	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 por via Zoom de acuerdo a la disponibilidad del usuario. *Fomentar los Factores protectores psicosociales a través de vinculación con redes de apoyo y promoción de actividades comunitarias via Zoom.	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 por via Zoom de acuerdo a la disponibilidad del usuario o presencial según situación epidemiológica del país.	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, Dtpo. 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 43% cobertura efectiva	*Continuar con estrategias descritas para EMPAM *Educación y control presencial de acuerdo a situación epidemiológica o por vía Zoom según disponibilidad del usuario a pacientes que ingresan a 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 vía Zoom a pacientes que ingresan a control *Realizar controles de hipertensión en personas de 65 y más años.	(Nº de personas hipertensas de 65 años y más bajo control / Nº de personas hipertensas de 65 años y más 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 tarjetón de seguimientos de los paciente PSCV con último control cardiovascular *Derivación oportuna con QF para control individualizado *Educación grupal e individual vía Zoom o presencial según situación epidemiológica del país. *Agendas protegidas	*Talleres de educación grupal vía zoom a pacientes en control *Realizar controles de hipertensión en personas de 65 y más 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 más años bajo control en PSCV
	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 65 años y más.	Lograr 35.8% de cobertura efectiva	*Continuar con estrategias descritas para EMPA *Educación y control grupal vía Zoom o presencial según situación epidemiológica del país 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 vía Zoom o presencial a pacientes que ingresan a control *Realizar controles de DM 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 respecto año anterior

Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	65% 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 de pacientes inasistentes a evaluación Pie DM en cada sector.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 65 años y mas 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.	100% reciben manejo avanzado de heridas	*Agendas de curacion de pie DM para atención en CESFAM y domiciliaria por enfermera. *Mantener stock de insumos de acuerdo a canasta de Pie DM.	Curacion avanzada de Pie Diabetico de acuerdo orientacion tecnica MINSAL	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie Diabetico 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 16,64% en relacion a la prevalencia en poblacion 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
Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Mantener al menos 70% de la poblacion 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 Kinesiologicos y medicos. *Espirometria anual,BK bianual. *Uso de racional de farmacos. *Rehabilitacion 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	8.0%	Agenda con horario flexible, Atención Odontológica a domicilio	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 (atención telemática) *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)

	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 64 años	Alcanzar un 10% de cobertura	*Agenda con horario flexible (atención telemática) *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 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.			((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.	Retomar Rehabilitación Pulmonar y lograr continuidad de éste, a través del Ingreso de pacientes EPOC.	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 según estratificación acorde a la multimorbilidad	Realizar control integral por profesional según estratificación de la multimorbilidad en personas con enfermedades crónicas no transmisibles	(N° de pacientes atendidos con rendimientos según estratificación acorde a la multimorbilidad / N° total de paciente bajo control del PSCV) x100

Promoción de Salud

NIVEL	Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Indicadores
PROMOCION	Mejorar las acciones de Promoción de Salud en Comunas	Fortalecer los entornos saludables	Instalación y mejoramiento de la infraestructura en CESFAM (laboral y comunal)	Continuidad programa de autocuidado y bienestar con sentido tanto para funcionarios como usuarios (musica de activación y relajación en espacios comunes y aromatización)	(Nº de actividades programadas /Nº actividades programadas)*100
		Fortalecer los entornos saludable y estilos de vida (que conducen a la salud)	Intervenciones en el lugar de trabajo y comunidad (laboral y comunal)	Continuidad de programa de autocuidado y bienestar con sentido tanto para funcionarios como usuarios (masajes para funcionarios, celebración aniversario CESFAM, Día de la atención Primaria, Efemérides, Cosechando Salud y medicina complementaria, ECOCESFAM)	(Nº de actividades programadas /Nº actividades programadas)*100
		100% eventos de alimentación saludable - Actividad Física, corporalidad y Movimiento	Eventos, encuentros a través de distintas modalidades online	Campañas educativas en salas de espera y otras dependencias, presencial y/o a través de circuito cerrado de televisión y medios digitales (RRSS); Tales como, día de alimentación, semana de Lactancia, celebración efemérides, taller de huerto, entre otros)	(Nº de actividades de alimentación saludable realizados/Nº actividades de alimentación saludable programados)*100
		Fomentar Participación Social y ciudadana	Educación y capacitación comunitaria	Se programará de acuerdo a resultado de Diagnóstico participativo que se encuentra en proceso dentro del mes de Nov - 2021.	(Nº de actividades programadas /Nº actividades programadas)*100

Prevención y tratamiento de la tuberculosis

NIVEL	Objetivos	Metas	Estrategias	Actividades	Indicadores
PREVENCIÓN	Mantener o disminuir la incidencia y prevalencia de la enfermedad	Lograr índice de pesquisa >= 30/1000 consultas de > de 15 años	Indicación de BK a pacientes con tos productiva mayor de 15 días de duración o pacientes con signos sugerentes de contagio TBC	*Bk espontáneo a todo paciente sintomático respiratorio contos productiva mayor de 15 dias de duracion o pacientes con signos sugerentesde contagio TBC. *GENEXPERT a pacientes por grupo de riesgo (pacientes diabéticos ,adultos mayores ,VIH etc)	N° de BK a >15 años*100/N°de consultas >15 años
			Coordinación con TENS de sala TBC para toma de baciloscopia a todo sintomático respiratorio >15 años, por parte de todo el equipo		
			Mantener formularios de solicitud en todas las unidades	Seguimiento y registro de baciloscopia a pacientes en control sala ERA	
			Baciloscopia cada 6 meses a pacientes en control sala ERA en consulta espontánea cualquier unidad		
	Prevenir que los contactos < de 15 años se infecten con tuberculosis o que desarrollen la enfermedad	100% de los menores de 15 años completen esquema de quimiprofilaxis indicado por especialista	Realizar estudio de contacto de caso índice de manera precoz	Estudio de contactos de caso índice	Nº de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis/N° de contactos con indicación de quimioprofilaxis *100
			Derivar a usuario menor de 15 años oportunamente a evaluación por especialista	Derivación a Hospital Luis Calvo Mackenna para evaluación	
Supervisar tratatamiento indicado, con autoadministración o DOTS según indicación de especialista			Gestión eficaz de stock de medicamentos antituberculosos		
TRATAMIENTO	Lograr un 90 % de altas en las cohortes de Tratamiento	En el 100% de los pacientes se aplicará el score de riesgo de abandono y se tomarán medidas según resultado	Coordinación con equipo psicosocial en relación a estrategias para prevenir abandono, según la particularidad de cada caso	Aplicación de Score de riesgo de abandono durante la consulta de ingreso de enfermera	(Nº de pacientes con score de riesgo identificados/ N° de pacientes ingresados a tratamiento)*100
			100% de los usuarios adscritos a programa de tuberculosis tendrán los controles y/o visitas domiciliarias exigidas por norma técnica	Gestionar/mantener bloqueo mensual de agenda de médico y semanal para enfermera del programa de tuberculosis para asegurar disponibilidad de tiempo para realizar actividades del programa TBC Educar al paciente en relación a importancia de los controles de médico y enfermera durante la administración del tratamiento	Control mensual por médico de los casos en tratamiento
		3 consultas enfermeras: ingreso, cambio de fase de tratamiento y alta de tratamiento			(Nº de consulta de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ N° de consultas programadas según norma técnica)*100
		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
		Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente por más de 3 semanas al tratamiento realizada por enfermera			(Nº de visitas domiciliarias realizadas a pacientes inasistentes por más de tres semanas) /Nº de inasistentes por más de tres semanas *100

MAIS

NIVEL	OBJETIVO	META	ESTRATEGIA	ACTIVIDAD	INDICADOR
SALUD FAMILIAR	Construir, socializar e implementar protocolo de abordaje para familias con un integrante hospitalizado o que haya estado en esta condición.	Existencia de un protocolo que permita asistir a familias con algún integrante, que haya sido hospitalizado o que lo esté aún	Socializar protocolo con equipo de salud de SAPU y CESFAM, realizando seguimiento de su aplicación	Revisar bibliografía vinculada a la problemática planteada 1) Diseñar guía para abordar esta temática de acuerdo al contexto local 2) Acordar con Servicio de Urgencia de la comuna la entrega de información requerida a los equipos de sector 3) Socializar con equipo guía 4) Implementación de protocolo	Existencia de un protocolo para asistir a familias con algún integrante, que haya sido hospitalizado o que lo esté aún
Salud Familiar	Aplicar mecanismo de screening (SALUFAM), para detección de vulnerabilidad en salud, durante el proceso de inscripción y renovación de ésta última, a las familias pertenecientes al CESFAM	Aplicación del SALUFAM al 100% de las familias que vienen a inscribirse al Cesfam	Socializar con equipo de la unidades de Inscripción, Informaciones y Social, SALUFAM y flujograma de aplicación	1) Aplicación de mecanismo de screening (SALUFAM) a los usuarios que se inscriben en el CESFAM y a quienes renuevan su inscripción 2) Ingreso de resultado a ficha clínica 3) Entrevista Social e intervención de equipo en caso de riesgo moderado o alto	Porcentaje de familias inscritas a las cuales se les ha aplicado mecanismo de screening para detección de vulnerabilidad en salud
Calidad	Implementar el modelo multimorbilidad (Estrategia de cuidado integral centrado en las personas (ECICEP))	Agendas implementadas para la atención de pacientes por parte del equipo de salud de acuerdo al modelo de multimorbilidad.	Educación y capacitación al equipo de salud respecto al modelo de multimorbilidad	1) Socializar con jefes de sector Modelo de Multimorbilidad 2) Socializar registro en hoja diaria de atención para estadística de REM A1 y A5	Implementación de control integral para personas con multimorbilidad crónica, mediante la atención de pacientes de acuerdo a su clasificación.

Intersectorialidad y territorialidad	Implemetar un protocolo para prevención del daño de en la población infanto juvenil que involucre a los actores del Centro de Salud y al intersector	Existencia de un protocolo para prevenir el daño en la población infanto juvenil vulnerable	Construir en conjunto con equipo psicosocial y encargada de programa infantil e intersector, un protocolo de prevención del daño en la población infanto juvenil vulnerable	1) Programar reuniones con equipo de salud e intersector 2) Aunar criterios para construir protocolo 3) Socializar con equipo de salud	Protocolo vigente para la prevención del daño en la población infanto juvenil vulnerable
Gestión del Desarrollo de las personas y la organización	Capacitacion continua a los funcionarios del CESFAM en el Modelo de Salud Familiar y las temáticas vinculadas a éste	90 % Funcionarios del CESFAM capacitados en el Modelo de Salud Familiar y temáticas vinculadas	Capacitar a los funcionarios en el Modelo de Salud Familiar y las temáticas vinculadas a éste	1) Detección de Necesidades de Capacitación 2) Construcción de Plan de Capacitación Anual de acuerdo a brechas y requerimientos organizacionales 3) Programación de Capacitaciones 4) Definición de funcionarios participantes 5) Ejecución de Actividades	Plan de Capacitación y Documentos que informen de funcionarios capacitados
Gestión del Desarrollo de las personas y la organización	Implementar un protocolo que aborde el maltrato laboral, el acoso laboral y acoso sexual (Comunal)	Existencia de un protocolo de Maltrato Laboral difundido ampliamente entre funcionarios (Decálogo)	Capacitar a los funcionarios en temáticas de Género y MALS para socializar su abordaje y las buenas prácticas en el trato	1) Abordar temática con coordinadores, jefes de Sector, Asociación de Funcionarios, Encargada de Violencia de Género 2) Generar un bosquejo de trabajo respecto a la temática de acuerdo a antecedentes existentes y realidad local 3) Entregar propuesta de protocolo para revisión de Dirección y Director Jurídico de Corporación de Salud 4) Capacitar a funcionarios en Maltrato Laboral con perspectiva de Género 5) Socializar Decálogo (protocolo)	Existencia de un protocolo que aborde situaciones de maltrato laboral, acoso laboral y acoso sexual
Centrado en la atención abierta	Construir, socializar e implementar protocolo para asistir a usuarios dados de alta por diagnósticos de IAM y ACV	Desarrollo de un protocolo de acompañamiento y rehabilitación para usuarios inscritos que hayan sido dados de alta, principalmente por diagnóstico de IAM y ACV.	Realizar Proyecto con los aportes del equipo de salud, definiendo los elementos requeridos para implementar sala de rehabilitación	1) Revisar bibliografía vinculada a la problemática planteada 2) Diseñar protocolo para abordar esta temática de acuerdo al contexto local 3) Implementar sala de rehabilitación 4) Contrata RRHH necesarios 5) Socializar con equipo de salud	Existencia de un protocolo que indique el plan de cuidados establecidos con usuarios dados de alta por Dg. De ACV e IAM

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 en VDI 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
		90% 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 Prevención de UPP Vía remota o presencial según situación epidemiológica del país *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 vía remota o presencial según situación epidemiológica.	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 en situación de dependencia severa capacitados. 35% de cuidadores en ELEAM con capacitación	Capacitaciones individuales y grupales vía remota o presencial según situación epidemiológica.	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