



SANTIAGO
Ilustre Municipalidad



Plan de Salud 2018-2021
Dirección de Salud
I. Municipalidad de Santiago



Índice

I. Presentación	4
II. Situación de Salud Comunal	6
1. Mortalidad	6
2. Morbilidad	17
2.1. Consultas de morbilidad	17
2.2. Atenciones de SAPU	21
2.3. Egresos Hospitalarios	24
2.4. Enfermedades de Notificación Obligatoria	25
2.5. Población Bajo Control	33
2.6. Lista de espera a Especialidades	50
3. Factores Condicionantes de la Salud	52
3.1. Población	52
3.2. Evolución demográfica y migración	53
3.3. Natalidad y Fecundidad	58
3.4. Medio sociocultural	59
3.5. Situación socioeconómica de la población	60
3.6. Familias y hogares	62
3.7. Etnias	64
3.8. Personas en Situación de Discapacidad y Participación Social	65
3.9. Medio Natural	65
4. Red de Salud Municipal	68
4.1. Estructura y Organización de la Red Asistencial de Atención	68
4.2. Coordinación de la Red de Salud de Santiago	72
4.3. Cartera de Servicios de la Red Municipal	74
4.4. Población inscrita en la Red de Salud Municipal de Santiago	75
4.5. Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM)	75
4.6. UAPO	76
5. Evaluación de Indicadores	82
5.1. Metas Sanitarias APS Municipal	82





5.2.	Índices de Actividad de Atención Primaria (IAAPS)	87
6.	Diagnóstico Participativo	90
6.1.	Diagnóstico Participativo CESFAM Benjamín Viel	91
6.2.	Diagnóstico Participativo CESFAM Arauco	92
6.3.	Diagnóstico Participativo CESFAM Ignacio Domeyko	93
6.4.	Diagnóstico Participativo CESFAM Padre Orellana	93
7.	Satisfacción Usuaría	95
III.	Planificación Sanitaria 2018-2021	96
1.	Política de Salud y Ámbitos Estratégicos de Acción 2018-2021	96
2.	Gestión Sanitaria	96
IV.	Desarrollo Institucional	104
1.	Política Organizacional	104
1.1.	Misión	104
1.2.	Visión	104
1.3.	Objetivos Generales de la Red de Salud	104
1.4.	Organización de la Dirección de Salud Municipal y sus centros dependientes	105
2.	Gestión de Personas	110
2.1.	Dotación	110
2.2.	Plan Anual de Capacitación	114
2.3.	Convenios y Colaboración Institucional	120
V.	Gestión Financiera	121
VI.	Desarrollo de la Infraestructura	123
1.	Centros de Salud y Estaciones Médicas de Barrio	123
2.	Nuevos Centros de Salud	123
3.	Clínica Dental Parque Almagro y Clínicas Dentales Móviles	124
VII.	Anexos	125
1.	Detalles de Encuesta de Satisfacción Usuaría 2016	127
2.	Red de Atención Primaria de Salud Municipal de Santiago	127
3.	Matriz de Cuidado por Ciclo Vital de la Red APS Municipal	135
VIII.	Responsables	247



Ilustre Municipalidad de **SANTIAGO**





I. Presentación

SANTIAGO DE TODOS

Con una superficie de 22,4 km², la comuna de Santiago alberga gran parte de la historia de nuestro país, lo que se plasma en sus barrios típicos, calles de adoquines, construcciones, personajes y tradiciones, entre tantas otras cosas.

A pesar de ser una de las comunas de menor tamaño de la región es donde están los principales organismos del Estado, sus características territoriales la convierten en el mayor centro de confluencia económico, educacional y turístico, diariamente cerca de un millón y medio de personas se desplazan desde otras comunas de la Región Metropolitana.

En torno a la Plaza de Armas durante la época colonial funcionó el centro político, administrativo y social del país, lo que convirtió a la comuna de Santiago como la Capital de la República en la Constitución de 1810.

Actualmente es la tercera comuna de la Región con mayor número de viviendas, su aumento en la población ha generando nuevos y grandes desafíos para el sistema de salud municipal.

Es por eso que para el período 2018 – 2021 hemos trabajado en crear un Plan de Salud que se proyecte en el tiempo y se adapte a las nuevas necesidades de la comuna y del país y que no tan sólo beneficie a los vecinos de la comuna, sino que también a las personas que forman parte del equipo de la Red de Salud Santiago.

El Plan de Salud Comunal es un diagnóstico actualizado de la población, que describe sus características y cambios en el tiempo, identifica los problemas de salud más relevantes y prioritarios y determina ámbitos y estrategias de acción para responder adecuadamente a las necesidades sanitarias detectadas.

Se utilizó información técnica disponible en fuentes oficiales como el Instituto Nacional de Estadísticas, el Departamento de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud, resultados de la Encuesta CASEN 2013, entre otros, así como también fuentes estadísticas propias y bases de población bajo control de los distintos programas de salud.

Una vez consolidada, la información se definió en 4 ámbitos o ejes de acción: Gestión Sanitaria, Desarrollo Institucional, Gestión Financiera y Desarrollo de la Infraestructura, cada uno con acciones a llevar a cabo. Específicamente, en Gestión Sanitaria se establecen 7 líneas programáticas que implicarán un trabajo activo de equipos gestores y de salud durante el próximo período: Modelo de Atención, Calidad de la Atención, Participación Social en Salud, Enfoque de Equidad de Género, Enfoque de Salud Intercultural y Migrante, Enfoque Promocional y Preventivo en el Curso de Vida y Gestión Técnica.



Queremos que este Plan de Salud sea una herramienta para el fortalecimiento de la atención primaria favoreciendo la entrega de una atención equitativa y de calidad, centrada en las personas y sus familias, que promueva la salud y prevenga la enfermedad, que considere el accionar del intersector y la participación de la comunidad, para con ello contribuir al bienestar y calidad de vida de los vecinos de de nuestra comuna.

Dra. Adriana Tapia Cifuentes

Directora de Salud





II. Situación de Salud Comunal

Un buen diagnóstico favorece una buena respuesta sanitaria. Es por eso que en la próxima sección se describirán los principales indicadores y herramientas que nos aportan con información respecto al nivel de salud de nuestra comuna y población a cargo. Se revisarán índices relacionados con la mortalidad y las principales enfermedades que producen demanda en los diferentes niveles de atención. Asimismo, se dará una mirada a los factores que determinan o influyen en el nivel de salud, a la estructura y características que poseemos como red prestadora de servicios sanitarios y a la opinión que la propia comunidad tiene de las problemáticas que la afectan.

I. Mortalidad

Mortalidad General

En el Plan de Salud 2017 se realizó un análisis histórico de las tasas de mortalidad general y por grupos de edad en la comuna para el período 2002 a 2011 basado en el ajuste de la proyección de población realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) en 2015. Cada tasa presenta comportamientos diferenciales relacionados con el avance de la transición epidemiológica y las condicionantes sociales a las que se expone cada grupo poblacional. En esta oportunidad nos referiremos a los valores de mortalidad del último año disponible, ya que esta tendencia se mantiene.

Al año 2014, para la comuna de Santiago la tasa de mortalidad general alcanzó a 4,7 defunciones por cada 1.000 habitantes, situando a Santiago en un nivel inferior al promedio regional y nacional.

Tabla II.1: Tasas de Mortalidad y Defunciones

Nivel	Mortalidad General*					
	Total		Hombre		Mujer	
	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*	Defunciones	Tasa*
Total, País	101.960	5,7	53.975	6,1	47.968	5,3
Región Metropolitana	38.839	5,4	19.775	5,6	19.062	5,2
Santiago	1.615	4,7	777	4,5	838	4,8

Fuente: DEIS, MINSAL; *Tasa por 1.000 habitantes.



Respecto al índice de Swaroop¹, el cual expresa el porcentaje de muertes ocurridas en mayores de 60 años, sobre el total de defunciones, se puede apreciar para la comuna de Santiago que este indicador se encuentra levemente superior al promedio regional y país, destacándose una diferencia de 14,7 puntos porcentuales a favor de las mujeres, con lo cual se observa que los hombres tienen menor número de defunciones en personas de 60 años y más.



¹ RODRÍGUEZ de Paiva, Juliano; FERREIRA Novo, Leser. Reformulación del índice de Swaroop. Revista. Salud Pública Vol.21 no.2, 1987

Tabla II.2: Índice Swaroop

Nivel	ÍNDICE DE SWAROOP**		
	Total	Hombre	Mujer
Total, País	77,9%	72,7%	83,7%
Región Metropolitana	78,2%	71,9%	84,6%
Santiago	79,7%	72,1%	86,8%

** Porcentaje de defunciones ocurridas en personas de 60 años y más; Fuente: DEIS, MINSAL

Mortalidad Infantil

Respecto a este indicador, con base en el año 2014, Santiago presenta una cifra de 5,7 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos, manteniéndose inferior a la realidad regional y país. Respecto al año 2012 se aprecia un descenso en todas las categorías.

Al observar el desglose por componente de mortalidad, es la neonatal la que más aporta al valor de mortalidad infantil, lo cual es consistente con el nivel de desarrollo social y económico de Chile.

Tabla II.3: Mortalidad Infantil

Nivel	2014 / 2012			
	Infantil	Neonatal	Neonatal Precoz	Post Neonatal
País	7,2 / (7,4) *	5,2 / (5,4) *	4,1 / (4,2) *	2,0 / (2,1) *
Región Metropolitana	7,0 / (7,0) *	5,0 / (5,1) *	4,0 / (3,9) *	2,0 / (2,0) *
Santiago	5,7 / (6,9) *	4,5 / (4,7) *	3,6 / (3,7) *	1,3 / (2,2) *

Fuente: DEIS, MINSAL; Tasa por 1.000 nacidos vivos, * Entre paréntesis valor de 2012

Mortalidad en la Niñez

El último valor publicado por el Ministerio de Salud corresponde al año 2014, en el cual la tasa se situó en 4,8 por 1.000, para el rango de edad de 1 a 4 años y de 1,5, para el rango de 5 a 9 años, ambos indicadores presentan valores superiores al del país y región.



Tabla II.4: Mortalidad en la Niñez

Nivel	2014	
	1 a 4 años	5 a 9 años
País	2,9	1,4
Región Metropolitana	2,3	1,2
Santiago	4,8	1,5

Fuente: DEIS. MINSAL; Tasa por 10.000 habitantes del grupo de edad

Mortalidad en la Adolescencia

Al comparar el valor de este indicador con los resultados promedio regionales y del país, actualizados al año 2014, para el grupo de 10 a 14 años nuestra comuna presenta una tasa, para ambos sexos, superior a dichos niveles, sin embargo, al examinar cada sexo por separado, se aprecia que la tasa en hombres es menor. En relación al grupo de 15 a 19 años, los datos se muestran en cifras inferiores respecto a la región y al país, y entre sí, la tasa de hombres es superior a la de mujeres, situación contraria a la del grupo de menor edad.

Es necesario destacar que en la adolescencia, la mortalidad está asociada con mayor frecuencia causas externas (accidentes, suicidios y homicidios), ante esta realidad, como atención primaria se hace necesario tomar un rol activo en la promoción de conductas saludables, en la prevención de factores de riesgo psicosociales y en la detección temprana de patologías de salud mental, adecuando las intervenciones de acuerdo a edad y género.

Tabla II.5: Mortalidad en la Adolescencia

Nivel	10 a 14 años			15 a 19 años		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
País	1,6	1,9	1,4	4,3	6,1	2,4
Región Metropolitana	1,6	2,1	1,0	3,6	4,7	2,4
Santiago	2,4	1,5	3,2	1,7	2,1	1,2

Fuente: DEIS. MINSAL; Tasa por 10.000 habitantes del grupo de edad



Mortalidad en la Adulthood

De acuerdo a los oficiales entregados por el Ministerio de Salud con año de corte 2014, la mortalidad en la adultes la comparación con la región y el país, indica que para Santiago se observan valores menores para ambos sexos y grupo etario; por otro lado al contrastarlas entre sí, la tasa de los hombres es mayor a la de mujeres.

Tabla II.6: Mortalidad en la Adulthood

Nivel	2014					
	20 a 44 años			45 a 64 años		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
País	9,7	13,7	5,6	46,6	60,0	33,8
Región Metropolitana	8,7	12,8	4,7	43,8	57,4	31,3
Santiago	7,0	9,2	4,3	32,9	45,9	21,2

Fuente: DEIS. MINSAL; Tasa por 1.000 habitantes del grupo de edad



Mortalidad en Adultos Mayores

Para este indicador, con base en el año 2014, los valores comunales se muestran inferiores a los regionales y país, pudiendo destacar que el valor para los hombres es mayor que para las mujeres.

Tabla II.7: Mortalidad en Adultos Mayores

Nivel	2014					
	65 a 79 años			80 y más años		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
País	22,6	28,7	17,6	109,2	128,6	98,8
Región Metropolitana	21,2	27,0	16,6	109,7	131,8	99,5
Santiago	12,8	16,7	10,1	54,4	67,7	49,3

Fuente: DEIS. MINSAL; Tasa por 1.000 habitantes del grupo de edad

Razón de Mortalidad Materna

En general, se observa que la razón de mortalidad materna aumenta con la edad de la mujer, siendo el rango de edad 30 a 34 años donde son más frecuentes. Las causas prevalentes son las ocurridas debido a cualquier causa obstétrica entre los 42 días y el año después del parto, en base a datos Ministeriales del año 2014.

Tabla II.8: Causas de Mortalidad Materna

Causa de Defunción ***	Total		15 a 19 años		20 a 24 años		25 a 29 años		30 a 34 años		35 a 39 años		40 a 44 años		45 a 49 años	
	Nº	RM ^{M*}	Nº	RM ^{M**}	Nº	RM ^{M**}	Nº	RM ^{M**}	Nº	RM ^{M**}	Nº	RM ^{M**}	Nº	RM ^{M**}	Nº	RM ^{M**}
Total, todas las maternas	56	22,2	2	6,6	12	20,8	11	17,5	19	33,0	9	27,4	3	32,2	0	0
Total, excluye tardías y secuelas	34	13,5	1	3,3	6	10,4	5	8,0	13	22,6	7	21,3	2	21,5	0	0
Muerte materna debida a cualquier causa obstétrica que ocurre después de 42 días, pero antes de un año del parto	22	8,7	1	3,3	6	10,4	6	9,6	6	10,4	2	6,1	1	10,7	0	0
Muertes obstétricas indirectas	14	5,6	1	3,3	3	5,2	2	3,2	5	8,7	2	6,1	1	10,7	0	0
Complicaciones predominantes, relacionadas con el embarazo y el parto	7	2,8	0	0,0	0	0,0	2	3,2	2	3,5	3	9,1	0	0,0	0	0
Edema, proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y el puerperio	5	2,0	0	0,0	1	1,7	0	0,0	3	5,2	1	3,0	0	0,0	0	0
Aborto	4	1,6	0	0,0	0	0,0	1	1,6	1	1,7	1	3,0	1	10,7	0	0

Fuente: DEIS 2014. MINSAL

* Razón de Mortalidad Materna por 100 mil nacidos vivos corregidos, INE 2014

**Denominador por 100 mil nacidos vivos inscritos. Los nacimientos de madres adolescentes y de madres de 50 o más años, fueron agregados a los grupos etarios de madres de 15-19 y de 45-49 años, respectivamente (proceso de prorrateo). Cálculo basado en las Tasas Específicas de Fertilidad según grupos quinquenales de edad de la madre. INE 2014

***Diagnósticos CIE 10



Mortalidad por Causas

La mortalidad por grandes grupos de causas para Santiago de Santiago, muestran que la primera se vincula con las enfermedades del sistema circulatorio, la segunda con tumores malignos, la tercera con enfermedades del sistema respiratorio y la cuarta con enfermedades del sistema digestivo, lo que coincide con el perfil epidemiológico de la región Metropolitana.

Tabla II.9: Mortalidad por grandes grupos de causas

Causas *	Santiago		Región Metropolitana	
	n	Tasa	n	Tasa
Enfermedades del sistema circulatorio	427	128,88	10513	147,18
Tumores malignos	328	99	8372	117,21
Enfermedades del sistema respiratorio	143	43,16	3928	54,99
Enfermedades del sistema digestivo	116	35,01	2752	38,53
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	84	25,35	2046	28,64
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	53	16	1246	17,44
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	26	7,85	553	7,74
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	15	4,53	324	4,54
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	14	4,23	360	5,04
Resto de causas	311	93,87	7468	104,55

Fuente: Elaboración propia a partir de datos publicados por DEIS. Acceso noviembre 2015.

Tasas x 100 mil habitantes. Denominador se obtuvo de estimaciones de población del INE al año 2013.

* Según CIE 10.

Respecto a las casusas específicas de mortalidad, en Santiago, destacan las enfermedades cerebrovasculares, isquémicas del corazón, otras del sistema circulatorio y neumonía.



Tabla II.10: Causas de mortalidad

Causas *	Santiago		Región Metropolitana	
	n	Tasa	n	Tasa
Enfermedades cerebrovasculares	137	41,35	3259	45,63
Enfermedades isquémicas del corazón	131	39,54	2881	40,33
Otras enfermedades del sistema circulatorio	90	27,16	2324	32,54
Neumonía	77	23,24	1630	22,82
Enfermedades hipertensivas	69	20,83	2049	28,69
Cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado	65	19,62	1538	21,53
Diabetes mellitus	63	19,01	1645	23,03
Otras enfermedades del sistema digestivo	51	15,39	1214	17
Tráquea, bronquios y pulmón	47	14,19	1325	18,55
EPOC	35	10,56	1213	16,98

*Según CIE 10

Esperanza de Vida

En la comuna de Santiago, la esperanza de vida al nacer en hombres y mujeres es menor que en la región Metropolitana y el país, para el período comprendido entre los años 2005-2010 se presenta una diferencia negativa superior a los 6 años entre ambos sexos.

Tabla II.11: Esperanza de Vida al Nacer

Esperanza de Vida al Nacer	Santiago	Región Metropolitana	País
Mujeres, 2005-2010	79,3	81,9	81,5
Hombres, 2005-2010	72,7	75,8	75,5
Diferencia en esperanza de vida entre mujeres y hombres, 2005-2010	6,6	6,1	6,0

Fuente: Caracterización Social - Reporte Comunal: Santiago, Región Metropolitana, 2014; Ministerio de Desarrollo Social.

Años de Vida Potenciales Perdidos

El indicador Años de Vida Potenciales Perdidos (AVPP) ilustra sobre la pérdida que sufre la sociedad como consecuencia de la muerte de personas jóvenes o de fallecimientos prematuros. El supuesto en el que se basan los AVPP es que cuanto más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida.

Los AVPP se calculan definiendo de manera arbitraria un límite potencial a la vida. Sobre esta base, se estiman los años perdidos como la diferencia entre el límite potencial de la vida menos la edad de muerte



de cada defunción. En este caso, se considera como límite potencial de la vida los 80 años y no se consideran las muertes en menores de un año.²

Tabla II.12: Tasa de Años de Vida Potenciales Perdidos por cada 1.000 habitantes

Región/comuna	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
País	69,8	89,5	50,3
Región Metropolitana	64,7	83,5	46,6
Santiago	53,9	68,4	39,5

Fuente: DEIS - MINSAL (2014)

En la tabla anterior se puede apreciar que en Santiago existe una mayor proporción de muertes prematuras, con una mayor frecuencia en el sexo masculino.

Tabla II.13: Años de Vida Potenciales Perdidos por Grupos de Causas

Causa *	Santiago
Tumores malignos	3.890
Enfermedades sistema circulatorio	3.002
Resto de causas externas	1.505
Lesiones autoinflingidas	957
Agresiones	907
Accidentes de transporte	821
Enfermedades sistema respiratorio	750
Enfermedades por VIH	597
Resto de causas	6.522

* Según CIE 10: Fuente: DEIS - MINSAL, Datos 2014

La principal causa de muerte en la comuna de Santiago corresponden a tumores malignos y a enfermedades del sistema circulatorio, con un número importante correspondiente a causas externas (lesiones autoinflingidas, agresiones y accidentes de transporte).

Años de Vida ajustados por Discapacidad (AVISA)

Este indicador mide la pérdida de salud producto de la enfermedad, discapacidad y muerte, expresada en años, permiten cuantificar y adicionar el impacto de cada una de estas condiciones, logrando un indicador sintético que se utiliza para la identificación de los problemas de salud prioritarios.

² SANCHEZ R, Hugo; ALBALA B, Cecilia; LERA M, Lydia. Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP) en adultos del Gran Santiago: ¿Hemos ganado con equidad? Rev. méd. Chile, Santiago, v. 133, n. 5, p. 575-582, mayo 2005.



En la siguiente tabla, se exponen las 10 principales causas de pérdida de salud para el país, para ambos sexos, la primera corresponde a condiciones neuropsiquiátricas, seguido de las enfermedades digestivas y las cardiovasculares, estas 3 representan casi el 50% del total de pérdidas de AVISA para ambos sexos. Luego, en hombres aparecen las lesiones no intencionales y las enfermedades de los órganos de los sentidos y en mujeres están estas últimas y las enfermedades musculoesqueléticas.



Tabla II.14: AVISA Ordenados por Magnitud de Causa y Sexo (Chile 2010)

Subgrupos	AVISA ambos sexos	Subgrupos	Hombres		Subgrupos	Mujeres	
			AVISA	% del total		AVISA	% del total
Condiciones neuro psiquiátricas	888.551	Condiciones neuro psiquiátricas	386.425	20,7	Condiciones neuro psiquiátricas	502.126	24,0
Enfermedades Digestivas	665.457	Enfermedades Digestivas	272.486	14,6	Enfermedades Digestivas	392.971	18,8
Enfermedades Cardio vasculares	497.582	Enfermedades Cardio vasculares	269.666	14,5	Enfermedades Cardio vasculares	227.916	10,9
Lesiones no intencionales	311.030	Lesiones no intencionales	207.586	11,1	Enfermedades de los órganos de los sentidos	141.099	6,8

Tabla II.14: AVISA Ordenados por Magnitud de Causa y Sexo (Chile 2010)

Subgrupos	AVISA ambos sexos	Subgrupos	Hombres		Subgrupos	Mujeres	
			AVISA	% del total		AVISA	% del total
Enfermedades de los órganos de los sentidos	280.784	Enfermedades de los órganos de los sentidos	139.685	7,5	Enfermedades musculo esqueléticas	137.707	6,6
Neoplasias Malignas	238.769	Neoplasias Malignas	116.862	6,3	Neoplasias Malignas	121.907	5,8
Enfermedades musculo esqueléticas	219.565	Lesiones intencionales	87.927	4,7	Lesiones no intencionales	103.444	4,9
Lesiones intencionales	178.268	Enfermedades musculo esqueléticas	81.858	4,4	Lesiones intencionales	90.341	4,3
Enfermedades respiratorias crónicas	114.764	Enfermedades respiratorias crónicas	63.672	3,4	Trastornos endocrinos y metabólicos	57.183	2,7
Perinatales	112.795	Perinatales	59.241	3,2	Enfermedades Genitourinarias	53.816	2,6

2. Morbilidad

2.1. Consultas de Morbilidad

Durante 2016 se realizaron 62.928 consultas médicas en la Red de Salud Municipal de Santiago, con un promedio de 5.244 atenciones mensuales. El peak de consultas ocurrió en el período invernal durante el mes de agosto, cuando se efectuaron 6.629 atenciones. Este año, entre enero y septiembre se han realizado 51.763, siendo el promedio mensual de 5.751, el cual es superior al del año anterior hasta el momento. Asimismo, el mes con mayor



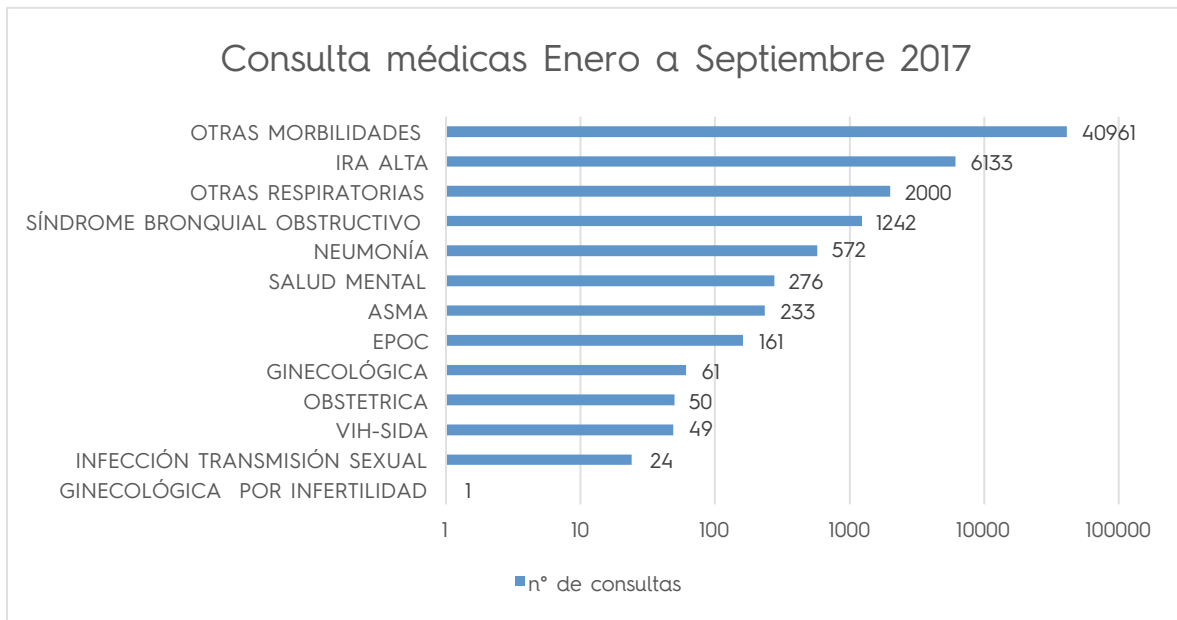
número de atenciones este año también ha sido agosto, con 6.686 consultas médicas efectuadas.

A continuación, se presentan en el Grafico II.1 las consultas médicas realizadas por los usuarios de la Red de Salud Municipal de Santiago desde enero a septiembre del año 2017, estos datos permiten analizar la frecuencia de consultas de morbilidad, según datos oficiales del REM serie A04 de este período.





Grafico II.1: Consultas Médicas según tipo de consulta
Enero a Septiembre de 2017



Fuente: REM A04; Elaboración Propia

Del total de 51.763 consultas en el periodo, el 79,1% (40.961 consultas) corresponden a otras morbilidades entre las que se consideran atenciones por problemas de salud diferentes a las categorías expuestas en el gráfico, atenciones de cirugía menor por onicocriptosis, cirugía escisional de nevos y quistes, procedimientos que se realizan de manera ambulatoria y gratuita, ayudando a reducir la tasa de derivación a la atención secundaria, mejorando la accesibilidad y el tiempo de espera. Las consultas de medicina integrativa también son parte de estas atenciones, con un total de 1.006 durante estos meses, completando un 1,9% del total. Dentro de estas atenciones se encuentran: clases de yoga, acupuntura, auriculoterapia y esencias florales, para usuarios con distintas patologías de base.

Históricamente el número de consultas aumenta durante los meses de invierno, por lo que las consultas por causas respiratorias ocupan el primer lugar, con un 20% del total, con diagnósticos como Síndrome Bronquial Obstructivo (SBO), Insuficiencia Respiratoria Aguda Alta (IRA Alta), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Neumonía, entre otras.

Al observar las consultas médicas por sexo, se evidencia que las mujeres presentan una mayor frecuencia con un 63,8% del total, lo cual puede ser atribuible a la composición de la fuerza del trabajo presente en la comuna y la distribución de roles en el hogar, este punto es necesario estudiar en el futuro.



Tabla II.15: Consultas Médicas por Sexo
Enero a Septiembre de 2017

Frecuencia de Morbilidades	Hombre	Mujer	Diferencia (Mujer - Hombre)
IRA Alta	2.624	3.509	885
Otras Respiratorias	667	1.333	666
SBO	664	578	-86
Neumonía	222	350	128
Salud Mental	72	204	132
Asma	69	164	95
EPOC	55	106	51
Ginecológica	-	61	61
Obstétrica	-	50	50
VIH	25	24	-1
ITS	12	12	-
Otras Morbilidades	14.339	26.622	12,283

Fuente: REM A04; Elaboración Propia

Considerando las atenciones diferenciadas por edad, se evidencia que los adultos y adultos mayores acumulan el 70% del total de las consultas, siendo consistente con la estructura etárea comunal.

Tabla II.16: Consultas Médicas por Rango de Edad

Rango de Edad	Frecuencia Relativa	Frecuencia Acumulada
- de 5 años	17 %	17 %
entre 5 v 19 años	13 %	30 %
entre 20 v 44 años	22 %	52 %
entre 45 v 64 años	24 %	76 %
+ de 65 años	24 %	100 %

Fuente: REM A04; Elaboración Propia

La migración es una realidad que se aprecia en la Red de Salud Municipal, donde el 11% de las consultas son realizadas por personas que provienen de otros países, acercándose al 18% realizadas por personas que se identifican con pueblos originarios. La red se hace cargo de esta realidad incorporando facilitadores interculturales y así asegurar que todos los consultantes logren solucionar su problema de salud.

Policonsultas

Se define como paciente poli consultante al que acude en varias oportunidades en demanda de atención por distintos síntomas. Esta es una situación problema en todas las redes de salud del país y su origen es multifactorial, para la red de Santiago, hay 738 personas que acuden de manera sistemática y recurrente a solicitar atenciones, concentrándose en los Territorios Arauco y Domeyko, según se aprecia en la tabla siguiente.

Tabla II.17: Numero Consultas por Usuario y Territorio

Rango de Edad	Numero de Consultas por persona				
	Una	Entre 2 y 3	Entre 4 y 6	+ de 7	+ de 10
Arauco	2,154	1,573	510	158	52
Domeyko	6,522	3,982	1,103	261	61
Orellan	3,189	1,720	431	92	20
Viel	2,088	1,281	337	81	13
TOTAL	13,953	8,556	2,381	592	146

Fuente: OMIap; Elaboración Propia

Para dar respuesta a la alta demanda de consultas médicas, siempre insuficientes, se requiere desarrollar estrategias complementarias. Entre las que destacamos están: intervenciones de promoción y prevención basadas en el modelo de atención en salud familiar y comunitaria, como por ejemplo las orientadas a mejorar coberturas de inmunización en grupos objetivo, a aumentar el conocimiento y las habilidades de nuestros usuarios respecto al manejo de su salud, a fortalecer el manejo grupal de las patologías crónicas o de tratamiento más prolongado (grupos de autoayuda, intervenciones grupales), así como intervenciones enfocadas en mejorar la gestión de la agenda de los profesionales.

2.2. Atenciones del Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)

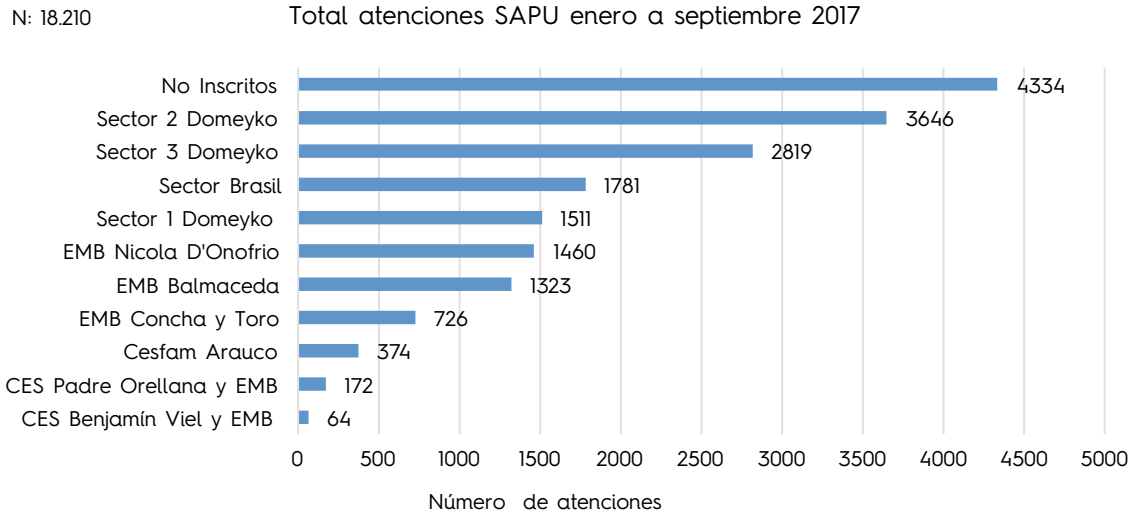
El Cesfam Ignacio Domeyko cuenta con un Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), el cual realiza atenciones los 365 días del año, contando entre su personal con médicos, enfermeras, técnicos de enfermería y personal administrativo y ambulancia para realización de traslados a los Servicios de Urgencia Hospitalarios en caso necesario. El inicio de sus actividades ocurrió en Mayo del 2016.

Desde 1 enero al 30 septiembre del 2017 se realizaron 18.210 atenciones, de las cuales el 78.5% pertenecen a pacientes inscritos en nuestra Red de Salud. Podemos ver la distribución de los Centros a los que pertenecen los usuarios atendidos en SAPU en el gráfico a continuación:





Gráfico II.2: Atenciones por centro de salud - enero a septiembre de 2017



Fuente: OMIap; Elaboración Propia

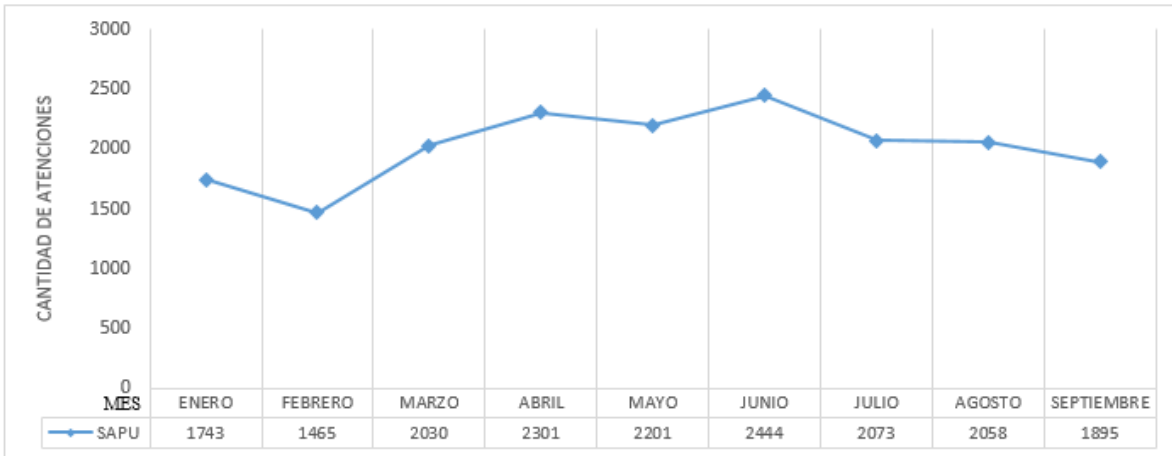
Las mujeres presentan más atenciones en el SAPU, lo que representa el 58% del total de consultas, correspondiendo a 10.555 atenciones.

Si analizamos mensualmente las atenciones, se presenta un leve aumento en los meses de abril a junio que corresponde al aumento esperado por el periodo invernal (ver Gráfico II.3). Durante este periodo se refuerzan las atenciones con profesionales extra para poder dar respuesta al aumento de la demanda.

Como se observa en el Gráfico II.3, hay un 21,5% de las atenciones que corresponden a pacientes No inscritos, estos pacientes son de previsión Fonasa, que no pertenecen a nuestra Red de Salud Municipal, pero sí son vecinos de la comuna de Santiago, que acuden a otros centros como el Cefam N°1 y N°5 que dependen del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC).



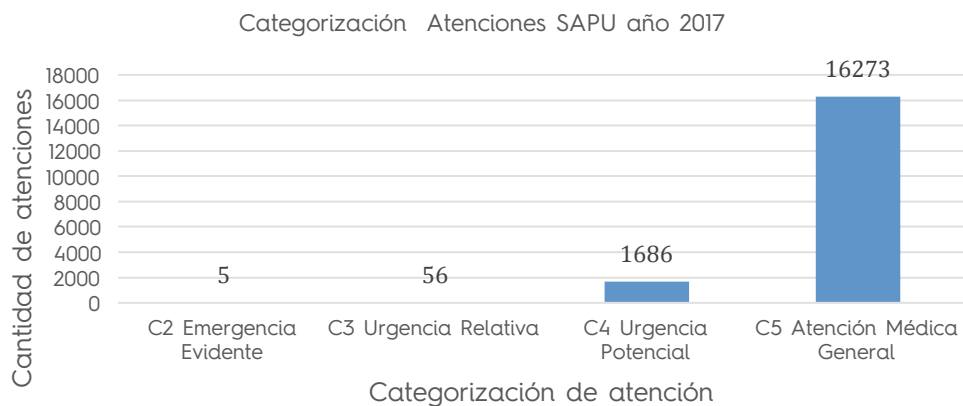
Gráfico II.3: Atenciones mensuales en SAPU entre enero y septiembre del 2017



Fuente: OMIq; Elaboración Propia

La categorización es un proceso realizado por personal de salud, en el cual, a través de preguntas y control de los signos vitales, se clasifica al paciente en 5 categorías de diferente gravedad para determinar el orden de atención. A continuación se puede observar la categorización de los usuarios atendidos en SAPU entre enero y septiembre del 2017.

Gráfico II.4: Categorización de los usuarios atendidos en SAPU entre enero y septiembre del 2017



Fuente: OMIq; Elaboración Propia

Los motivos de consultas en el servicio de urgencia de atención primaria (SAPU) del Cesfam Domeyko, según la categorización que se presenta en el gráfico (C5) atención general



corresponden a atenciones médicas de pacientes que no debieran consultar en el servicio de urgencia y que podrían ser resueltos en horario hábil en nuestros centros de salud.

Se requiere establecer un formato educativo para nuestra comunidad respecto a ante que signos y síntomas se debe acudir a un SAPU, servicio de Urgencia o centro de salud. Además se requiere mejorar la oferta de las atenciones médicas de nuestra Red de Salud. Con todas estas intervenciones mejorarán el tiempo de espera de los pacientes y la calidad de atención.

Una vez que los usuarios se van de alta del SAPU, en su mayoría lo hacen a sus domicilios (95%), existiendo un porcentaje menor de aquellos usuarios que son trasladados a la Red de Urgencia Asistencial del SSMC (1.5%); otro porcentaje de los usuarios, 1.9%, se va con otras derivaciones, y en un 1.5% no se encuentra este dato registrado en la ficha electrónica.

Los usuarios derivados a Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH), se dividen por edad: la población menor de 15 años se deriva al Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA) y los mayores de 15 años al Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP).

2.3. Egresos Hospitalarios

Observar los egresos hospitalarios del Hospital Clínico San Borja Arriarán es un ejercicio relevante para estimar los problemas de salud de nuestra población a cargo, en tanto que este centro es nuestro establecimiento de referencia en la red de salud del SSMC.

De acuerdo al Informe de Análisis de Egresos que realizó el año 2015 el SSMC para este Hospital, se observaron 22.123 egresos ese año, de los cuales el 22% correspondió a pediátricos.

De los egresos hospitalarios en adultos, casi el 60% se concentra en las 3 primeras causas: embarazo, parto y puerperio, neoplasias y enfermedades del aparato genitourinario, estas características se han mantenido en los últimos años. El detalle de estas se muestra en la siguiente tabla:

Tabla II.18: Egresos pacientes adultos según Grupos CIE 10

Diagnóstico de Egreso	Nº de egresos	%
Embarazo, parto y puerperio	5.819	33,9%
Neoplasias	2.426	14,1%
Enfermedades del aparato genitourinario	1.853	10,8%
Enfermedades del aparato digestivo	1.459	8,5%
Enfermedades del sistema circulatorio	1.147	6,7%
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	1.042	6,1%
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	686	4,0%
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	575	3,3%
Neoplasia benigna	317	1,8%

Fuente: Análisis de Egresos, Hospital Clínico San Borja Arriarán 2015. Servicio de Salud Metropolitano Central



Análisis de los egresos en pacientes pediátricos

A continuación, se presentan los 7 principales diagnósticos de egresos pediátricos para el mismo período, encontrándose un perfil diferente. En esta población los más frecuentes son: enfermedades del sistema respiratorio y ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal.

Tabla II.19: Principales diagnósticos de egresos de pacientes pediátricos según Grupos CIE 10, año 2015

Diagnóstico de Egreso	N° egresos	%
Enfermedades del sistema respiratorio	1051	21%
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	974	20%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	406	8%
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	381	8%
Enfermedades del aparato digestivo	335	7%
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	237	5%
Enfermedades del sistema nervioso	227	5%

Fuente: Análisis de Egresos, Hospital Clínico San Borja Arriarán 2015. Servicio de Salud Metropolitano Central

2.4. Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO)

Al observar nuestra Red de Salud, en relación a las enfermedades de notificación obligatoria, más de la mitad de éstas corresponden a VIH (53.9%) y en segundo lugar a Tuberculosis (20.9%), tal como podemos observar en la siguiente Tabla:

Tabla II.20: Distribución de ENO por patologías en Santiago, entre años 2013 y 2017*

Nacionalidad	N° total de casos	Porcentaje
VIH	137	53.9
Tuberculosis	53	20.9
Enfermedad de Chagas	14	5.5
Sífilis	11	4.3
Hepatitis viral	10	3.9
Parotiditis	10	3.9
Gonorrea	7	2.8
Mordedura animal	4	1.6
Coqueluche	3	1.2
ETA	2	0.8
Rubeola- sarampión	2	0.8
Varicela	1	0.4
Total	254	100

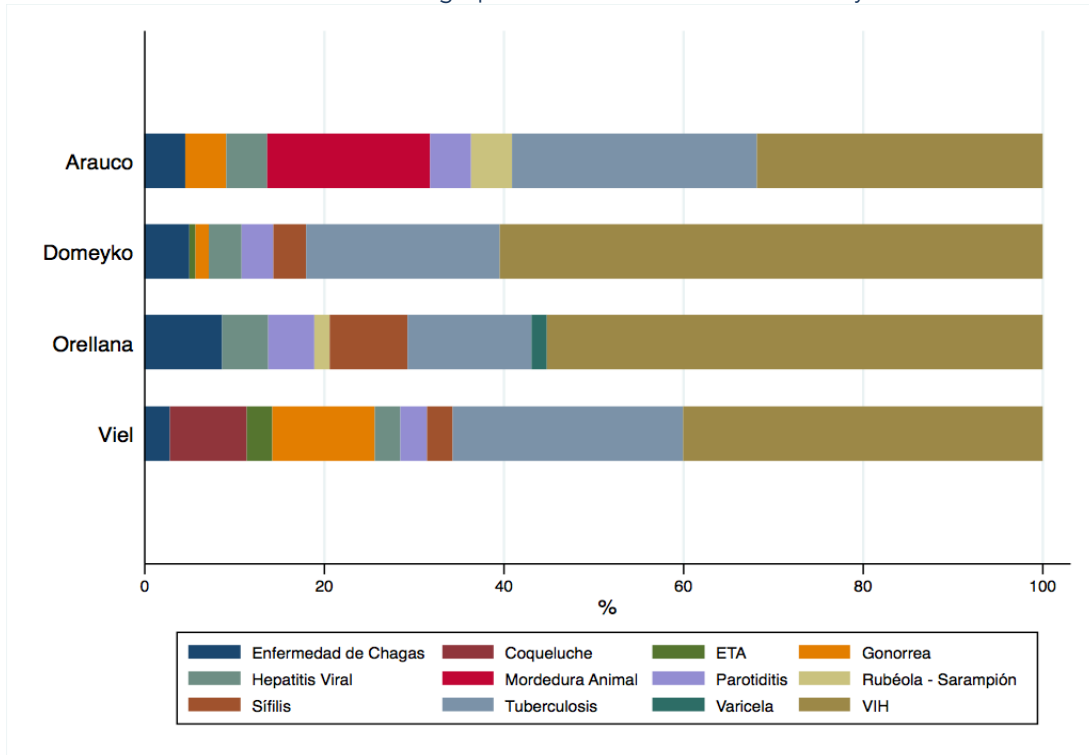
Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

* Datos 2017 entre enero y octubre



Entre enero del año 2013 y octubre del 2017, se realizaron 254 notificaciones, dentro de las cuales podemos observar la siguiente distribución de patologías por Territorio:

Gráfico II.5: ENO Santiago por territorio entre los años 2013 y 2017*



Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

* Datos 2017 entre enero y octubre

Con respecto a la nacionalidad de los usuarios que presentaron las distintas patologías, el 53.5% corresponde a chilenos; entre los extranjeros, la nacionalidad peruana y venezolana son las más frecuentes, con un 21.7% y un 7.5% respectivamente (ver Tabla II.9).

Tabla II.21: Nacionalidad de usuarios con ENO en Santiago, entre años 2013 y 2017*

Nacionalidad	N° de casos	Porcentaje
Chilena	136	53.5
Peruana	55	21.6
Venezolana	19	7.5
Colombiana	14	5.5
Boliviana	9	3.5
Ecuatoriana	4	1.6
Haitiana	3	1.2
Brasileña	2	0.8

PLAN DE SALUD 2018-2021

Dominicana	2	0.8
Cubana	1	0.4
Uruguay	1	0.4
Española	1	0.4
Sin dato	7	2.8
Total	254	100

Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

* Datos 2017 entre enero y octubre





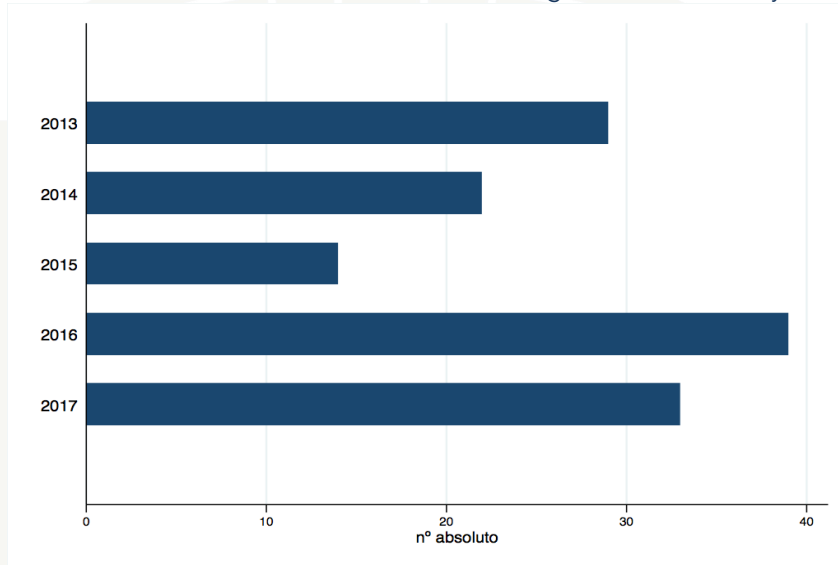
Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

El VIH es un importante problema de Salud Pública a nivel mundial, según datos entregados por ONUSIDA, a finales del año 2016 habían unos 36.7 millones de personas viviendo con VIH en el mundo, falleciendo 1 millón de personas producto de enfermedades relacionada con el SIDA ese mismo año.³

En Chile, entre los años 2010 y 2015 hubo 21.856 casos nuevos confirmados de VIH, número que ha ido aumentando progresivamente cada año, presentando 4291 casos en el año 2015, de los cuales el 55% correspondió a casos en la Región Metropolitana.⁴

En los Centros de Salud pertenecientes a la I. Municipalidad de Santiago, el número de casos notificados de VIH entre los años 2013 y 2017, ha presentado un aumento significativo en los últimos 2 años (ver Gráfico II.7); del total de 137 casos notificados en este período, un 82% corresponde a sexo masculino, coincidente con la tendencia nacional, según los datos del Instituto de Salud pública (ISP),⁵ en edades comprendidas principalmente entre los 25 y 35 años, grupo etario que también presenta las tasas más altas a nivel nacional.⁶

Gráfico II.6: Casos notificados de VIH en Santiago entre años 2013 y 2017*



Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

* Datos 2017 de enero a octubre

³ ONUSIDA. Estadísticas Mundiales, Hoja Informativa Julio 2017 (citado 2017 Nov 2). Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf

^{4,5,6} ISP. Resultados confirmados de infección por VIH en Chile, 2010-2015. Boletín Vigilancia de Laboratorio VOL. 6, N° 11, Noviembre 2016 (citado 2017 Nov 2). Disponible en: <http://www.ispch.cl/sites/default/files/BoletinVIH-27022017B.pdf>



En relación a la nacionalidad de los casos de VIH notificados en estos años, el 48% corresponde a nacionalidad chilena y el 52% a otras nacionalidades, entre las cuales las de mayor prevalencia son: peruana (22.6%) y venezolana (10.9%), según se observa en la Tabla II.10.

Tabla II.122: Nacionalidad de usuarios notificados con VIH en Santiago entre años 2013 y 2017*

Nacionalidad	N° de casos	Porcentaje
Chilena	66	48.2
Peruana	31	22.6
Venezolana	15	10.9
Colombiana	12	8.8
Ecuatoriana	3	2.2
Brasileña	2	1.5
Dominicana	2	1.5
Haitiana	2	1.5
Cubana	1	0.7
Uruguaya	1	0.7
Sin dato	2	1.5
Total	137	100

Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

* Datos 2017 de enero a octubre

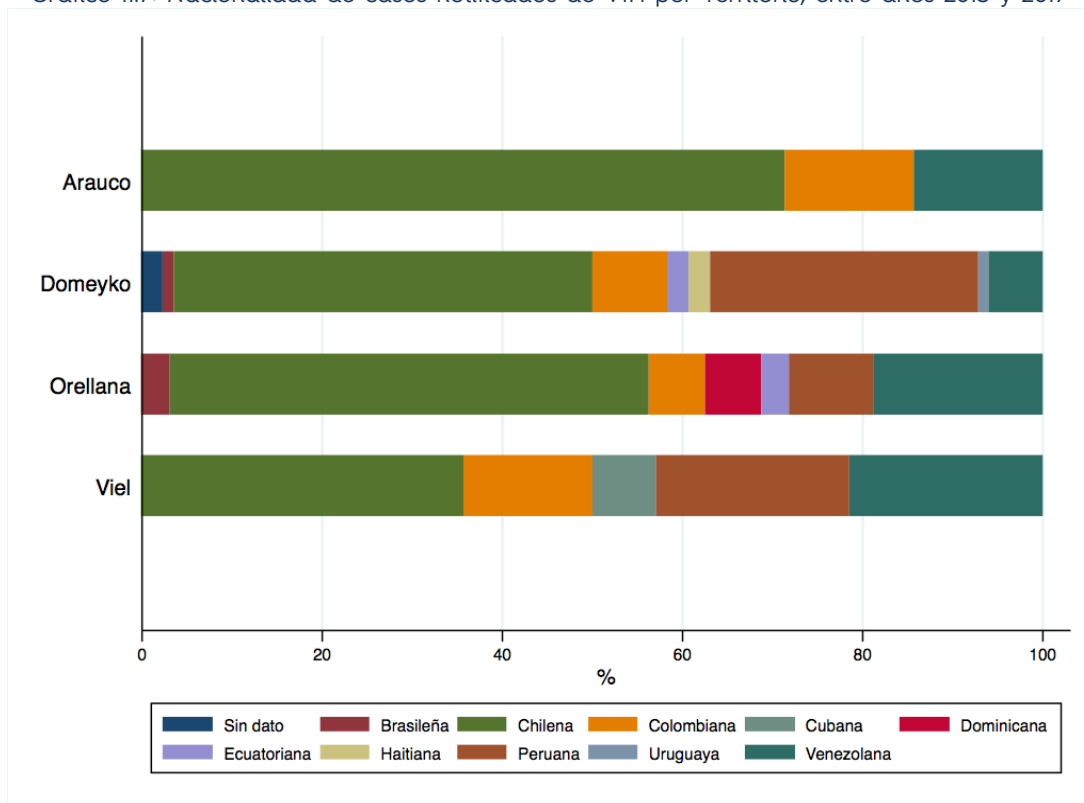
La relación entre migración y salud ha sido un tema bastante estudiado y reconocido a nivel mundial. Parece esencial la visión y abordaje en el marco de los Derechos Humanos tal como lo propone la OMS ⁷ ya que evidencia la profundidad y complejidad del problema. Si nos referimos a un grupo particular de migrantes, quienes además de lidiar con todos los problemas propios de la inmigración padecen VIH/SIDA, las dificultades y desigualdades aumentan, tal como lo describe ONUSIDA en su informe técnico el año 2011: "Los migrantes y la población móvil pueden estar muy marginados mientras están en tránsito, en su destino, o al regresar a su país. Pueden ser víctimas de la discriminación, xenofobia, explotación y acoso, y contar con poca o ninguna protección jurídica o social en la comunidad receptora. Esta marginación aumenta la vulnerabilidad a la infección por el VIH y también las dificultades de vivir con el VIH/SIDA"⁸. Especial relevancia adquiere este último punto, parafraseado en: "Ser móvil no es en sí mismo un factor de riesgo de contraer el VIH/SIDA; son las situaciones que se encuentran y los posibles comportamientos adoptados durante el desplazamiento o migración los que aumentan la vulnerabilidad y el riesgo de infectarse por el VIH".⁹

⁷ World Health Organization. Dept. of Ethics Trade Human Rights and Health Law. Migración internacional, salud y derechos humanos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.

⁸ International Organization for Migration. UNAIDS. Movilidad de la población y SIDA. Ginebra: ONUSIDA; 2001.

⁹ OMS. Tuberculosis, Nota descriptiva, Octubre 2017 (citado 2017 Nov 6). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>

Gráfico II.7: Nacionalidad de casos notificados de VIH por Territorio, entre años 2013 y 2017*



Fuente: Registro Local; Elaboración Propia
 * Datos 2017 de enero a octubre

Tuberculosis (TBC)

La Tuberculosis es una de las 10 causas principales de mortalidad a nivel mundial; en el año 2016, 10.4 millones de personas se contagiaron de tuberculosis y 1.7 millones murieron por esta causa, según datos entregados por la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹⁰

En Chile, según datos del MINSAL, la incidencia de tuberculosis es cercana a 13 casos por cada 100 mil habitantes al año, siendo en la Región Metropolitana un poco menor a la tasa nacional con 12.3 casos por cada 100 mil habitantes y a su vez el Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC), presenta un valor mayor al nacional, con una tasa de 14.8 casos por cada 100 mil habitantes.¹¹

En cuanto a la mortalidad, en nuestro país, según datos del año 2012, 268 personas fallecieron por esta enfermedad, con una tasa de 1.5 por cada 100 mil habitantes, 0.2 puntos mayor respecto al año anterior; y a nivel regional, la Región Metropolitana presenta un número menor al nacional, con una tasa de 1.3 por 100 mil habitantes.¹²

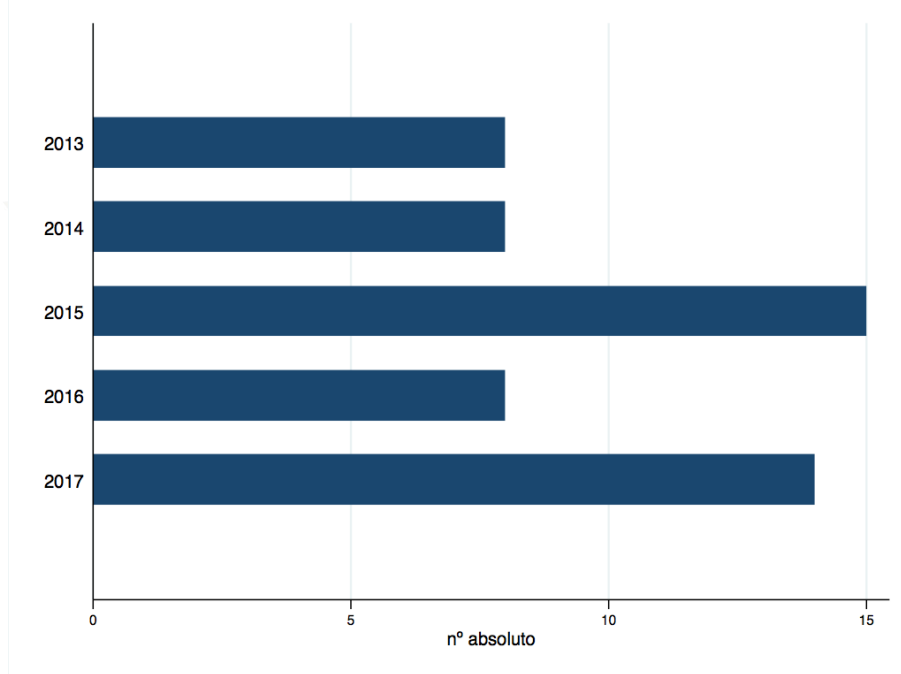
¹⁰ OMS. Tuberculosis, Nota descriptiva, Octubre 2017 (citado 2017 Nov 6). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>

^{11, 12} MINSAL. Tuberculosis, Informe de Situación Chile 2014, Junio 2015 (citado 2017 Nov 6). Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/Informe_tbc_2014.pdf



En nuestros Centros de Salud, los casos notificados son 53 entre enero del año 2013 y octubre del 2017, observándose un alza en los casos en los años 2015 y 2017 (ver Gráfico II.9). El 60.4% de los casos corresponde a sexo masculino, en edades comprendidas principalmente entre los 26 y 59 años, con una media de 43-44 años. El 54.7% de los casos corresponde a usuarios de nacionalidad chilena, siendo la nacionalidad extranjera de mayor incidencia la peruana con un 37.7% (ver Tabla II.11).

Gráfico II.8: Casos notificados de Tuberculosis en Santiago entre años 2013 y 2017*



Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

* Datos 2017 de enero a octubre

Tabla II.23: Nacionalidad de usuarios notificados con TBC en Santiago, entre años 2013 y 2017*

Nacionalidad	Nº de casos	Porcentaje
Chilena	29	54.7
Peruana	20	37.7
Boliviana	1	1.9
Ecuatoriana	1	1.9
Haitiana	1	1.9
Venezolana	1	1.9
Total	53	100

Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

* Datos 2017 de enero a octubre



En el año 2014, en Chile, el 77,4% de los casos de TBC pulmonar fueron diagnosticados a través del método de baciloscopia.¹⁵

La baciloscopia (bk) es una acción de bajo costo que ha demostrado ser una medida eficiente para el control de la enfermedad, razón por la cual el MINSAL propuso una meta de realización de este examen en el marco del Programa de Control y Eliminación de la Tuberculosis, en relación al Índice de Pesquisa (IP). El IP es la relación entre el número de baciloscopias diagnósticas pulmonares procesadas y el número de consultas de morbilidad totales de mayores de 15 años; siendo la meta propuesta por el Ministerio de Salud de 50 bk por cada 1000 consultas de morbilidad.

Según datos enviados por el SSMC, los índices de pesquisa de nuestros Centros se presentan a continuación en la Tabla 21, en donde se puede observar que sólo el Territorio del CESFAM Padre Orellana cumple con la meta propuesta durante los primeros 7 meses del año 2017 y que el promedio general de APS a nivel del SSMC se encuentra bajo el objetivo propuesto, lo que plantea un gran desafío a nuestros equipos de salud, con miras a cumplir con la meta nacional de eliminación avanzada de esta enfermedad.

Tabla II.24: Índice de Pesquisa de Santiago años 2016 y 2017

Centro	IP 2016*	IP 2017**
Territorio Arauco	40.7	43.9
Territorio Ignacio Domeyko	45.0	45.4
Territorio Padre Orellana	98.1	66.9
Territorio Benjamín Viel	21.3	39.1
Comuna de Santiago	43.0	43.4
APS SSMC	-	36.8

Fuente: Registro Local Programa de Tuberculosis - HSBA; Elaboración Propia

*Datos corresponden al período enero a junio de 2016

**Datos corresponden al período enero a julio de 2017

Es de la mayor relevancia para eliminar la Tuberculosis como problema de Salud Pública reforzar las estrategias que competen a la APS. Desde un enfoque promocional y preventivo, además de establecer medidas para que la población esté educada respecto a la enfermedad y sus consideraciones sociales, es muy importante reforzar la pesquisa a través del favorecimiento de la fluidez del proceso, tanto a nivel del acceso al examen, como respecto a los profesionales que la indican.

Asimismo, el buen cumplimiento del protocolo de manejo de la patología, el seguimiento y rescate de los pacientes en control y la supervisión oportuna de lo señalado también contribuirán al objetivo.

¹⁵ MINSAL. Tuberculosis, Informe de Situación Chile 2014, Junio 2015 (citado 2017 Nov 6). Disponible en: http://web.minsal.cl/sites/default/files/Informe_tbc_2014.pdf



2.5. Población Bajo Control (PBC)

De nuestros 117.137 usuarios inscritos y validados a septiembre de 2017, gran parte se encuentran bajo control en algún Programa de Salud según ciclo vital. A continuación se describen los principales:

a. Programa Infantil

Podemos observar en el Gráfico 11.10, la caracterización de nuestra población infantil bajo control.

De un total de 9323 niños de entre 0-9 años, 1338 son migrantes (14%) y 529 se encuentran identificados con pueblos originarios (6%).

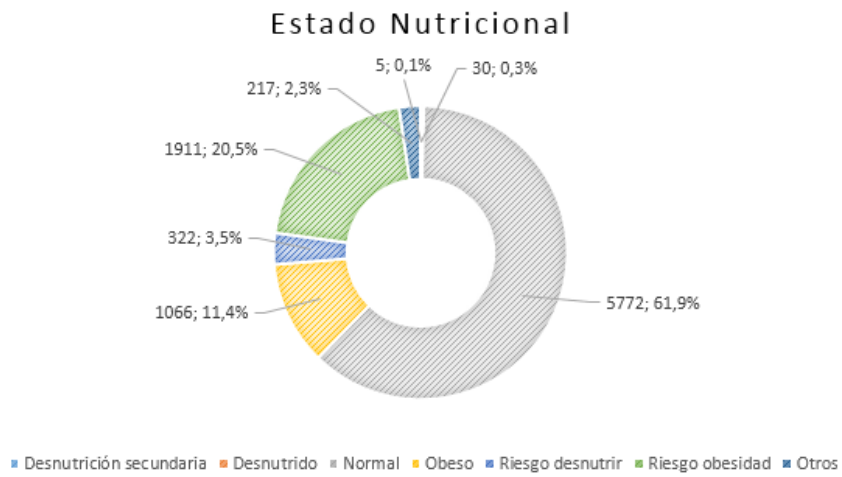
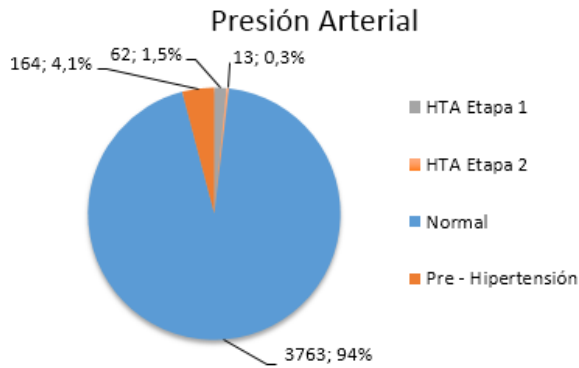
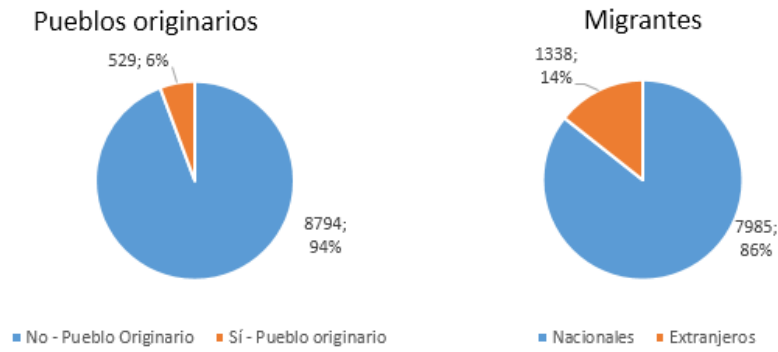
En relación al diagnóstico nutricional infantil, del total de niños, aproximadamente un 32% está diagnosticado con malnutrición por exceso (obesos o en riesgo de obesidad), mientras cerca de un 4% se encuentran en la categoría de déficit nutricional, diagnosticados como desnutridos o en riesgo de desnutrición.

En nuestra Red existen 226 niños diagnosticados con Pre-HTA o HTA.

Con respecto al Desarrollo Psicomotor, un 3,1% se encuentran en la categoría de Normal con Rezago o Retraso.



Gráficos II.9: Caracterización de la PBC Infantil de los Centros de Salud de Santiago Municipal



Fuente: Registro Local; Elaboración Propia



En relación a la cantidad de controles por usuario, en el período de diciembre a septiembre del 2017, cada usuario fue controlado un promedio de 1.24 veces. La mayor frecuencia de controles está realizada por profesional Enfermera, con un promedio de 0.98 controles en dicho período.

Tabla II.25: Controles de la PBC Infantil por Territorio

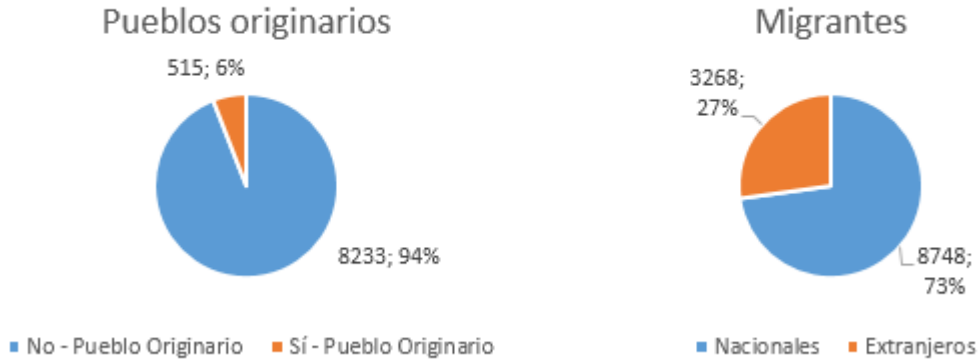
Territorio	USUARIOS	PROFESIONAL	CONTROLES REALIZADOS	TASA CONTROLES/USUARIO
ARAUCO	1248	MÉDICO	202	0,16
		ENFERMERA/O	1217	0,98
		NUTRICIONISTA	114	0,09
		Total/Tasa global	1533	1,23
DOMEYKO	5078	MÉDICO	984	0,19
		ENFERMERA/O	4453	0,88
		NUTRICIONISTA	515	0,10
		Total/Tasa global	5952	1,17
ORELLANA	1714	MÉDICO	99	0,06
		ENFERMERA/O	1804	1,05
		NUTRICIONISTA	203	0,12
		Total/Tasa global	2106	1,23
VIEL	1283	MÉDICO	303	0,24
		ENFERMERA/O	1274	0,99
		NUTRICIONISTA	129	0,10
		Total/Tasa global	1706	1,33

Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

b. Programa Salud Sexual y Reproductiva

De un total de 12016 usuarios inscritos, 11897 son mujeres y 119 son hombres (1%). Del total, 27% corresponde a población migrante y aproximadamente 4% a pueblos originarios (ver gráfico II.11). La mayor parte de la población bajo control se mantiene en regulación de fertilidad (65%) y de esta población, cerca de un 4% se encuentra además inscrito en el Programa de Salud Cardiovascular. Un 32% de la PBC se encuentra en control de climaterio.

Gráficos II.10: Caracterización de la PBC del Programa Salud Sexual y Reproductiva



Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

En relación a la cantidad de controles por usuario, en el período de diciembre del 2016 a septiembre del 2017, cada usuario fue controlado un promedio de 1.22 veces. La mayor frecuencia de controles está realizada por profesional Matrón/a, con un promedio de 1.16 controles en dicho período, tal como se puede observar en la Tabla 23, a continuación:

Tabla II.26: Controles de la PBC del Programa Salud Sexual y Reproductiva por Territorio

TERRITORIO	USUARIOS	PROFESIONAL	CONTROLES REALIZADOS	TASA CONTROLES/USUARIO
ARAUCO	1910	MÉDICO	103	0,05
		MATRON/A	2223	1,16
		Total/Tasa global	2326	1.22
DOMEYKO	5289	MÉDICO	667	0,13
		MATRON/A	4443	0,84
		Total/Tasa global	5110	0.97
ORELLANA	2994	MÉDICO	27	0,01
		MATRON/A	3646	1,22
		Total/Tasa global	3673	1.23
VIEL	1823	MÉDICO	24	0,01
		MATRON/A	2641	1,45
		Total/Tasa global	2665	1.46

Fuente: Registro Local; Elaboración Propia



Gestantes

Con un total de 939 gestantes ingresadas a control al mes de junio del 2017, el mayor grupo se encuentra concentrado entre los 25 a 29 años (30% aproximadamente), también se encuentran en control menores de 15 años (2 usuarias) y aproximadamente un 7% son adolescentes entre 15 y 19 años.

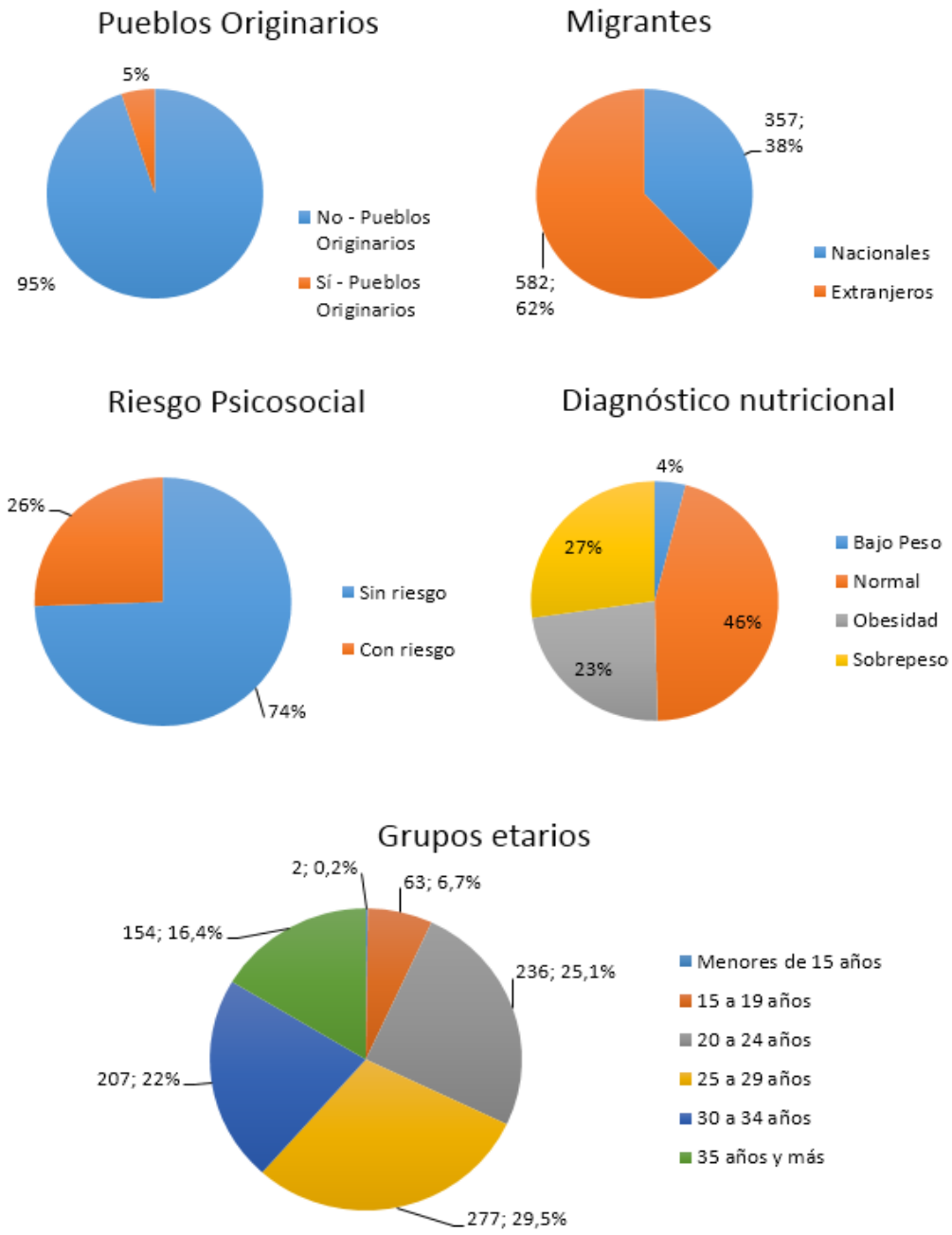
Del total de usuarias, un 62% de ellas corresponden a migrantes, mientras que un 5% se identifican con pueblos originarios. Con respecto a su estado nutricional, cerca de un 50% se encuentran clasificadas en Sobrepeso u Obesidad y un 4% en Bajo Peso.

En relación a la evaluación de riesgo biopsicosocial, un 26% de las pacientes se encuentran en riesgo y un 7% han reportado violencia de género.





Gráficos II.11: Caracterización de la PBC de Gestantes de los Centros de Salud de Santiago Municipal



Con respecto a la cantidad de controles por usuaria, en el período de diciembre del 2016 a septiembre de 2017, cada usuaria fue controlado un promedio de 8.63 veces. La mayor frecuencia de controles fue

realizada por profesional Matrón/a, con un promedio de 8.59 controles en dicho período, tal como podemos ver en la Tabla II.27 a continuación:

Tabla II.27: Controles de la PBC de Gestantes por Territorio

TERRITORIO	USUARIOS	PROFESIONAL	CONTROLES REALIZADOS	TASA CONTROLES/ USUARIO
ARAUCO	101	MÉDICO	12	0,12
		MATRON/A	853	8,45
		Total/Tasa global	865	8.56
DOMEYKO	474	MÉDICO	6	0,01
		MATRON/A	4164	8,78
		Total/Tasa global	4170	8.80
ORELLANA	226	MÉDICO	3	0,01
		MATRON/A	1809	8,00
		Total/Tasa global	1812	8.02
VIEL	138	MÉDICO	2	0,01
		MATRON/A	1260	9,13
		Total/Tasa global	1262	9.14

Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

c. Programa Adulto Mayor

Hasta junio del 2017, el Programa de Adulto Mayor (compuesto por todas las personas de 65 años o más) cuenta con 11.319 usuarios participantes, de los cuales un 66% son mujeres y un 34% son hombres. La cobertura del examen médico preventivo (EMPAM) de este grupo alcanza a un 51,9% a septiembre de este año.

Del total de 11.319 personas indicadas, 492 usuarios se identifican con pueblos originarios y 294 son migrantes. Una alta cantidad de pacientes son Obesos o tienen Sobrepeso (46%), mientras cerca del 12% se encuentran Bajo Peso.

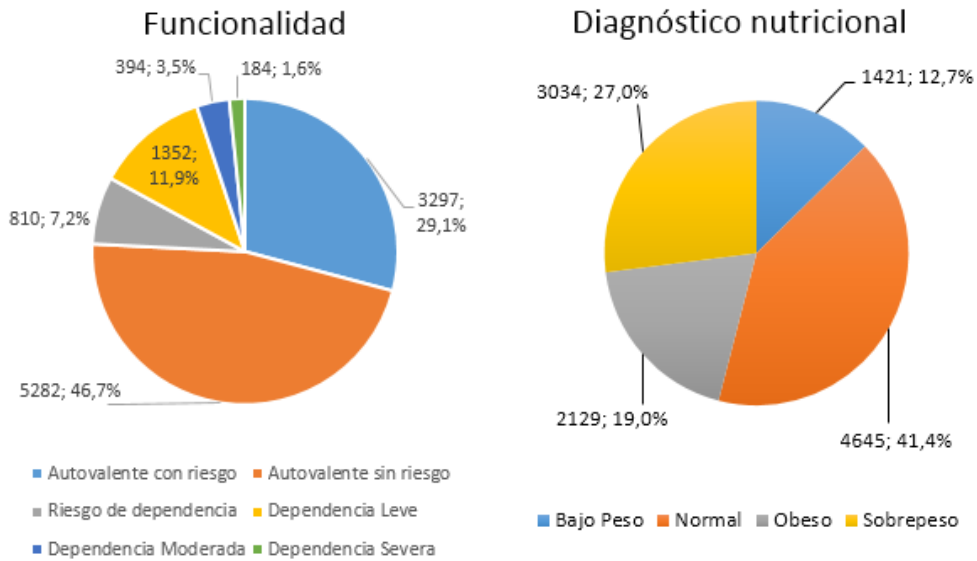
Con respecto a su funcionalidad, la mayor tendencia es a la autovalencia (75%); sin embargo sólo un 46% se categoriza como sin riesgo de dependencia. Del total, las personas dependientes conforman el 17%, siendo los dependientes severos un 2%.

El maltrato reportado es de cerca de 190 pacientes, lo cual equivale a un 2%.





Gráficos II.12: Caracterización de la PBC Adulto Mayor de los Centros de Salud de Santiago Municipal



Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

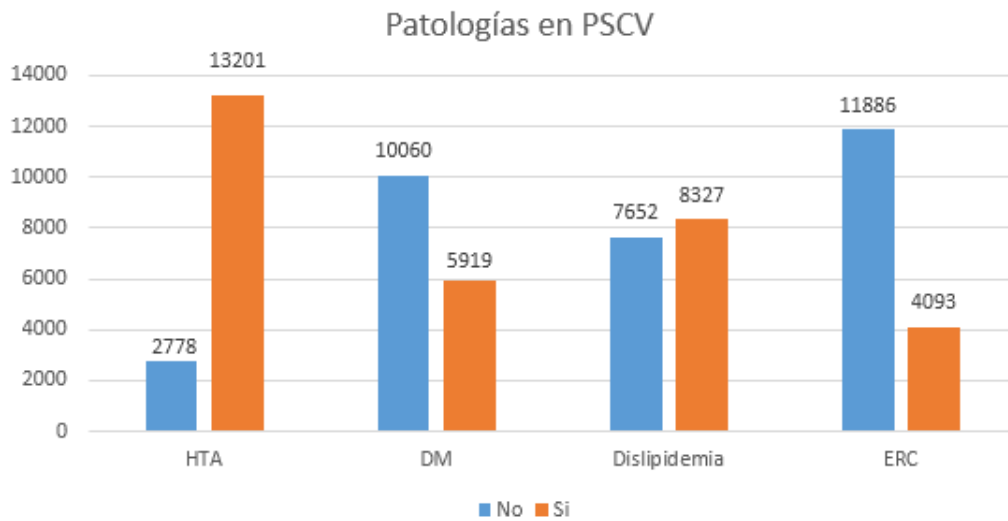
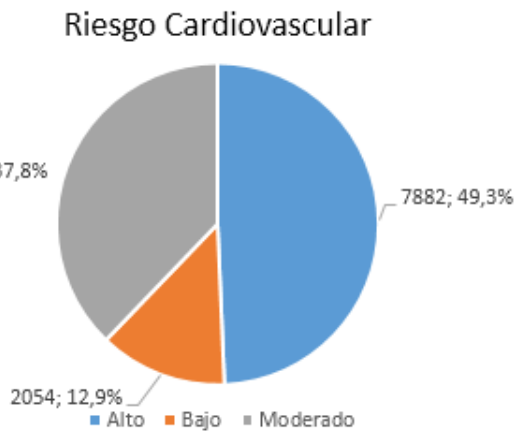
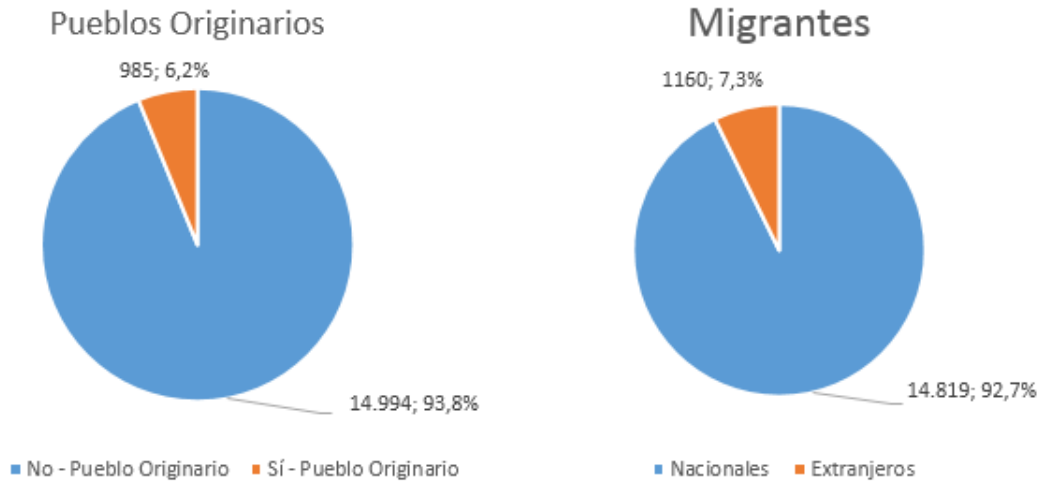
d. Programa Salud Cardiovascular (PSCV)

Respecto a la población bajo control del PSCV, de los 15979 usuarios inscritos, 10095 (63%) son mujeres y 5884 (37%) son hombres. Del total de los usuarios, aproximadamente un 6% corresponden a pacientes que se identifican con pueblos originarios y un 7% corresponden a población migrante.

Es importante tener en consideración que la mayor parte de la población se encuentra en clasificación de Alto Riesgo Cardiovascular, el 83% de los pacientes en control CV tienen diagnóstico de HTA, el 63% tiene diagnóstico de Diabetes Mellitus, el 52% tiene asociada Dislipidemia, el 26% presenta Enfermedad Renal Crónica y un 22% consume tabaco.



Gráficos II.13: Caracterización de la PBC del PSCV de los Centros de Salud de Santiago Municipal



Fuente: Registro Local; Elaboración Propia



En relación a la cantidad de controles por usuario, en el período de diciembre del 2016 a septiembre del 2017, cada usuario fue controlado un promedio de 1.7 veces. La mayor frecuencia de controles está realizada por profesional Médico, con un promedio de 0.87 controles en dicho período, tal como se ilustra en la siguiente tabla:

Tabla II. 28: Controles de la PBC del PSCV por Territorio

TERRITORIO	USUARIOS	PROFESIONAL	CONTROLES REALIZADOS	TASA CONTROLES/USUARIO
ARAUCO	2487	MÉDICO	1842	0,74
		ENFERMERA /O	1159	0,47
		NUTRICIONISTA	897	0,36
		Total/Tasa global	3898	1.57
DOMEYKO	6384	MÉDICO	6135	0,96
		ENFERMERA /O	2701	0,42
		NUTRICIONISTA	2662	0,42
		Total/Tasa global	11498	1.80
ORELLANA	4357	MÉDICO	3582	0,82
		ENFERMERA /O	2130	0,49
		NUTRICIONISTA	1484	0,34
		Total/Tasa global	7196	1.65
VIEL	2751	MÉDICO	2619	0,95
		ENFERMERA /O	1378	0,50
		NUTRICIONISTA	890	0,32
		Total/Tasa global	4887	1.78

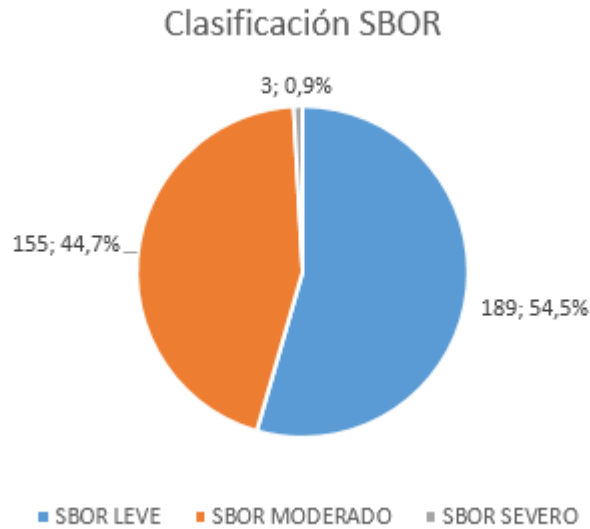
Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

e. Programa Respiratorio

De un total de 2316 usuarios ingresados a los Programas Respiratorios, el 17.8% corresponde al Programa IRA, conformado por 413 pacientes. entre los cuales el diagnóstico más común es Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente. La categoría más prevalente es la leve (SBOR leve), con un 54% de los casos de SBOR.



Gráfico II.14: Caracterización de la PBC menores de 15 años del Programa Respiratorio de los Centros de Salud de Santiago Municipal

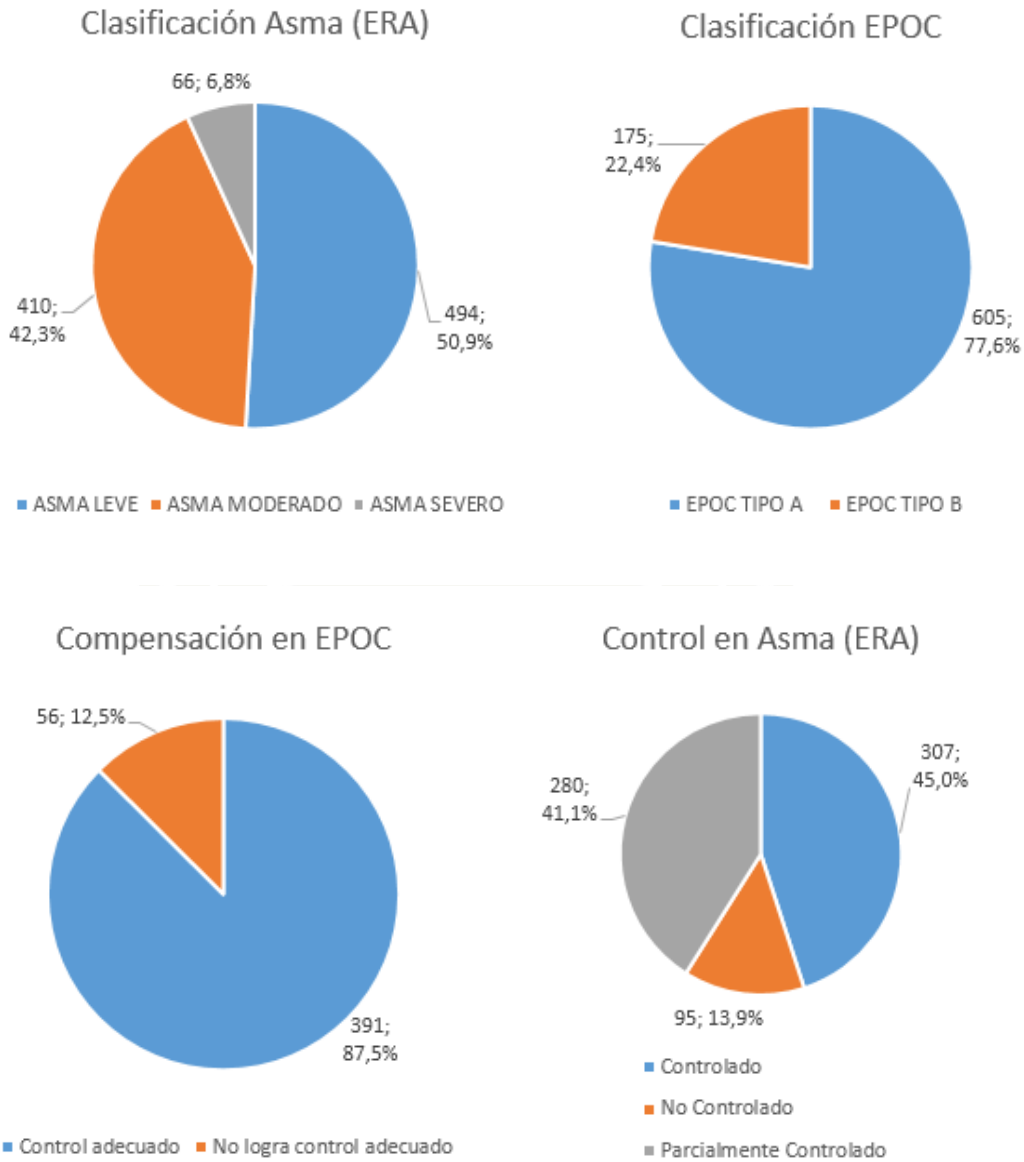


Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

En el grupo de los mayores de 15 años (Programa ERA), correspondientes a 1903 pacientes, los diagnósticos más comunes son el de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y Asma Bronquial. Entre los asmáticos, la categoría leve es la más frecuente con un 50,9% de los pacientes. Entre los pacientes diagnosticados con Enfermedad Pulmonar obstructiva crónica, el EPOC A es el más común, con un 77,6%. Respecto al control o compensación de ambas patologías, de los pacientes evaluados, un 87,5% de los EPOC están con un control adecuado y respecto al asma, un 45% está en la misma situación.



Gráficos II.15: Caracterización de la PBC del Programa Respiratorio ERA de los Centros de Salud de Santiago Municipal



Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

En relación a la cantidad de controles por usuario, en el período de diciembre a septiembre de 2017, cada usuario fue controlado un promedio de 2.06 veces. La mayor frecuencia de controles está realizada por profesional Kinesiólogo, con un promedio de 1.49 controles en dicho período.

Tabla II.29: Controles de la PBC del Programa Respiratorio por Territorio

TERRITORIO	USUARIOS	PROFESIONAL	CONTROLES REALIZADOS	TASA CONTROLES/USUARIO
ARAUCO	504	MÉDICO	397	0,79
		KINESIÓLOGO	826	1,64
		Total/Tasa global	1223	2,43
DOMEYKO	809	MÉDICO	440	0,54
		KINESIÓLOGO	1135	1,40
		Total/Tasa global	1575	1,95
ORELLANA	552	MÉDICO	183	0,33
		KINESIÓLOGO	663	1,20
		Total/Tasa global	846	1,53
VIEL	451	MÉDICO	218	0,48
		KINESIÓLOGO	791	1,75
		Total/Tasa global	1067	2,37

Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

f. Programa Salud Mental APS

A junio del 2017, un total de 4.126 usuarios fueron ingresados al Programa de Salud Mental; de éstos, el 6,9% se identifica con pueblos originarios y un 11,5% corresponden a usuarios migrantes.

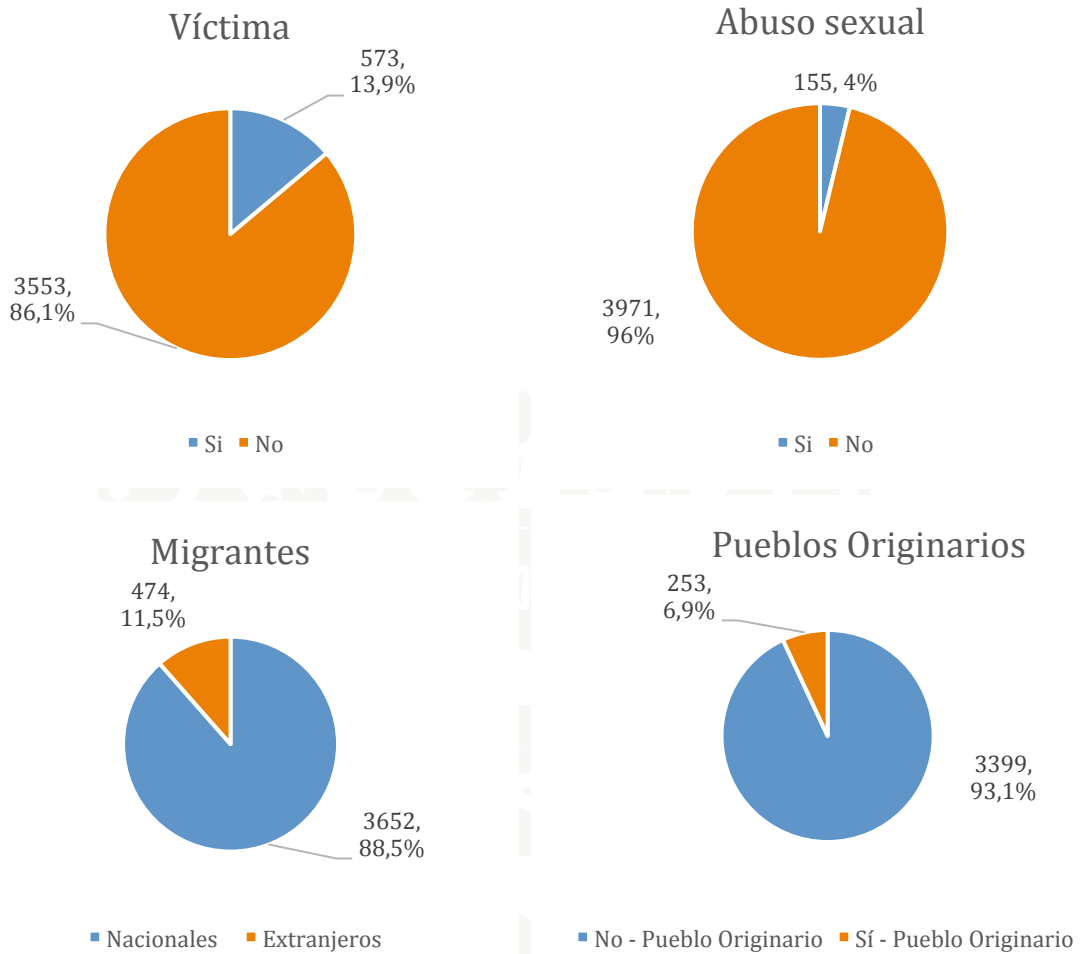
De la totalidad de los usuarios ingresados, 871 (21% del total de la población bajo control) refiere haber sufrido violencia o abuso sexual. Dichas condiciones representan factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades mentales.

Con respecto a trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicotrópicas, 160 se relacionan con consumo de Alcohol, 104 con consumo de Drogas, y 100 casos con policonsumo.





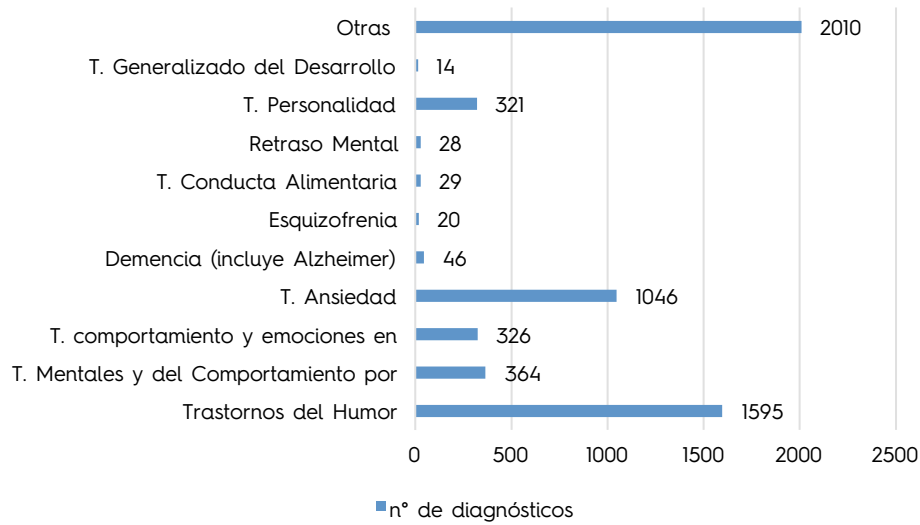
Gráficos II.16: Caracterización de la PBC del Programa de Salud Mental de los Centros de Salud de Santiago Municipal



Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

Con respecto a los principales diagnósticos, destacan los trastornos del humor (afectivos), con 1595 casos, especialmente a nivel de Depresión Moderada. Así mismo, destacan los trastornos de Ansiedad, con 1046 casos.

Gráfico II.17: Principales diagnósticos de la PBC del Programa de Salud Mental



Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

Respecto a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicotrópicas, de los 364 casos existentes, 160 se relacionan con consumo de Alcohol, 104 con consumo de Drogas y 100 casos con policonsumo.

En relación a la cantidad de controles por usuario, en el período de diciembre a septiembre del 2017, cada usuario fue controlado un promedio de 2.98 veces. La mayor frecuencia de controles está realizada por profesional Psicólogo, con un promedio de 2.1 controles en dicho período (ver Tabla II.30).





Tabla II.30: Controles de la PBC del Programa de Salud Mental por Territorio

TERRITORIO	USUARIOS	PROFESIONAL	CONTROLES REALIZADOS	TASA CONTROLES/USUARIO
ARAUCO	575	MÉDICO	467	0,81
		PSICÓLOGO/A	1062	1,85
		ASISTENTE SOCIAL	46	0,08
		Total/Tasa global	1575	2,74
DOMEYKO	1849	MÉDICO	1342	0,73
		PSICÓLOGO/A	3987	2,16
		ASISTENTE SOCIAL	6	0,00
		Total/Tasa global	5335	2,89
ORELLANA	1121	MÉDICO	1303	1,16
		PSICÓLOGO/A	2643	2,36
		ASISTENTE SOCIAL	0	0,00
		Total/Tasa global	3946	3,52
VIEL	581	MÉDICO	439	0,76
		PSICÓLOGO/A	1181	2,03
		ASISTENTE SOCIAL	0	0,00
		Total/Tasa global	1620	2,79

Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

Entre el período 2000-2009, se generó un aumento nacional en las tasas de suicidio, las cuales subieron de 9,6 a 12,7 por 100.000 habitantes. A raíz del alza y su relevancia epidemiológica, el SSMC generó y difundió a partir del año 2013 un "Programa Nacional de Suicidio", de la mano con el objetivo sanitario de "fomentar las competencias en la población para el autocuidado y la protección de estilos de vida y entornos saludables". Sus componentes con:

- Instalación de un sistema de estudio de caso
- Implementación de un Plan Regional intersectorial de Prevención del Suicidio
- Fortalecimiento de las competencias de los profesionales de la salud
- Incorporación de programas preventivos en los establecimientos educacionales
- Desarrollo de un sistema de ayuda en situaciones de crisis

Dadas las dificultades que ha presentado la ejecución de este Programa, es que se hace necesario contar con un sistema de vigilancia y coordinación con la red de centros municipales y COSAM, y con protocolos de manejo bien establecidos. Por esta situación, el SSMC ha desarrollado recientemente un Protocolo y Boletín de notificación de Intento Suicida para el manejo de casos en la Red del SSMC, que establece la notificación y acompañamiento del paciente por parte del equipo del CESFAM correspondiente. Todo caso pesquisado deberá ser visitado en su domicilio por el equipo de cabecera del su centro de

salud, y evaluado según sus necesidades. En caso de requerir atención en COSAM, el paciente será ingresado en un plazo máximo de un mes.

2.6. Lista de espera a Especialidades

Con el objeto de resolver la Lista de espera a Especialidades, la Red de Salud Municipal de la I. Municipalidad de Santiago deriva a sus pacientes al Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA). Adicionalmente, contribuye a la resolución de atención psiquiátrica de los pacientes de la Red mediante la derivación a COSAM Santiago.

Al 30 de septiembre de 2017, existen 8.188 usuarios en lista de espera, de éstos, aproximadamente el 66% se distribuyen en 10 especialidades principales, tal como se describe en la siguiente Tabla:

Tabla II.31: Usuarios de la Red Santiago Municipal ingresados en Lista de espera a septiembre de 2017

Especialidad	Frecuencia absoluta	%
Rehabilitación: prótesis removible	1.570	19.2
Traumatología adulto	704	8.6
Otorrinolaringología	573	7.0
Cirugía abdominal adulto	529	6.5
Endodoncia	421	5.1
Oftalmología	407	4.9
Cardiología adulto	375	4.6
Periodoncia	319	3.9
Urología adulto	260	3.2
Neurología adulto	253	3.1
Otras	2.777	33.9
Total General	8.188	100

Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

Durante el período septiembre 2016 a agosto 2017 se realizaron 8.506 ingresos, siendo la especialidad más demandada Oftalmología, con casi un 22% de los requerimientos tal como se describe a continuación:

Tabla II.32: Ingresos a Especialidades en el período entre septiembre 2016 y agosto 2017

Especialidad	Frecuencia absoluta	%
Oftalmología	1.866	21.9
Otorrinolaringología	611	7.2
Endodoncia	546	6.4
Rehabilitación: prótesis removible	532	6.2

Alto riesgo obstétrico	500	5.9
Cirugía abdominal adulto	339	4.0
Traumatología adulto	339	4.0
Urología adulto	277	3.3
Ginecología adulto	243	2.8
Neurología adulto	212	2.5
Otras	3041	35.8
Total General	8506	100

Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

Es importante notar que a contar de enero de este año, las derivaciones realizadas a nuestra Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) se reflejan en el Repositorio Nacional de Lista de Espera (RNLE) y es por ello que la especialidad de Oftalmología aparece como la más demanda. Al contrastar estos ingresos en relación a la información mostrada en la Tabla 28, vemos que sólo aproximadamente un 20% de ellos siguen en espera de atención, lo que probablemente corresponde a pacientes GES y casos más complejos y/o que requieren cirugía que deben ser resueltos por el HCSBA.

Respecto a los pacientes egresados de la Lista de espera, durante el período septiembre del año 2016 a agosto del 2017, en la Tabla 30, a continuación, se observan las causales de salida, entre las que podemos destacar que aproximadamente el 67.1% de los casos fueron egresados por resolución, ya sea por atención efectivamente realizada (43.8%), por atenciones por resolutivez (22.5%), telemedicina (0.3%) o GES (0.5%); mientras que las causales de salida "otras administrativas" corresponde a un 24.1%, con razones como contacto no corresponde (23%), errores de digitación (0.4%), no pertinencia (0.5%), entre otros; estos casos implican un gran esfuerzo por contactar a los pacientes y actualizar la información e incluye visitas domiciliarias y cartas certificadas cuando el contacto telefónico es infructuoso. La causal de renuncia del usuario engloba el rechazo voluntario (3%), usuarios atendidos en el extra sistema (0.6%) y cambio de asegurador (0.3%)

Tabla II.33: Egresos de la Lista de espera por causal de salida

CAUSAL DE SALIDA	Frecuencia absoluta	%
Atención efectiva	6.028	67.1
Otras administrativas	2.742	24.1
Inasistencias	301	3.4
Renuncia del usuario	355	3.9
Fallecimiento	130	1.4
Recuperación espontánea	5	0.1

Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

Por otro lado, al desglosar los egresos por Especialidad, a continuación se exponen las 10 primeras especialidades, las cuales corresponden al 62% de los egresos.



Tabla II.34: Egresos de la Lista de espera por atención de Especialidad

Especialidad	Egresos Frecuencia absoluta	%
Oftalmología	2.229	24.8
Endodoncia	889	9.9
Otorrinolaringología	635	7.1
Alto riesgo obstétrico	366	4.1
Rehabilitación: prótesis removible	346	3.8
Traumatología adulto	271	3.0
Neurología adulto	214	2.4
Cirugía y traumatología maxilo facial	209	2.3
Gastroenterología adulto	207	2.3
Traumatología	203	2.3
Otras especialidades	3.416	38.0
Total Egresos	8.985	100

Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

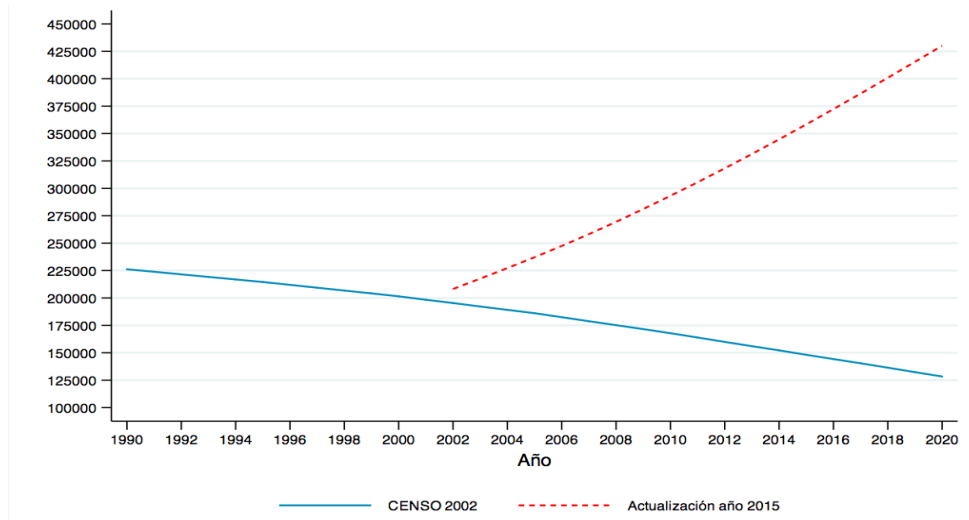
3. Factores Condicionantes de la Salud

3.1. Población

Volumen y composición de la Población

En octubre de 2015, el INE actualizó las proyecciones de población del CENSO 2002, y tanto las cifras absolutas como la tendencia de ellas son radicalmente distintas a lo que se venía pronosticando para el número de habitantes de Santiago, tal como se muestra en el gráfico:

Gráfico II.18: Estimaciones Población Total Comuna de Santiago según INE 2014*



* Plan de Salud 2017, Dirección de Salud I. Municipalidad de Santiago.

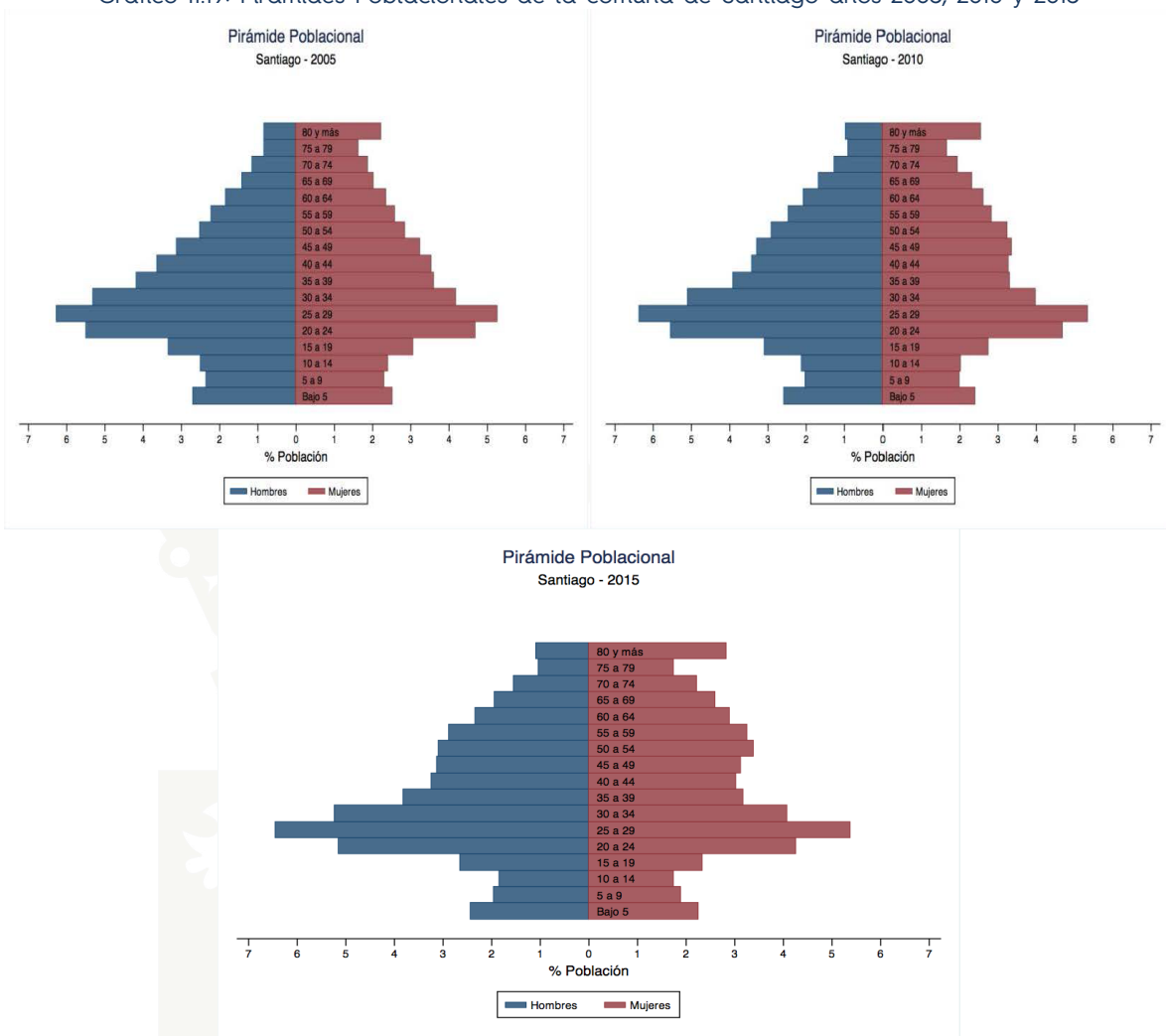
Hacia el año 2002 la población de la comuna rondaba los 200.000 habitantes en ambas estimaciones (195.371 en CENSO 2002 frente a 208.197 en actualización 2015) siendo el pronóstico a la baja. Sin embargo, Santiago ha experimentado un incremento explosivo de habitantes en la última década, teniendo una proyección de población a 2017 de 386.471 según INE.

Al revisar la estructura poblacional y su modificación en 10 años, como se aprecia en las figuras siguientes, se trata de una pirámide constrictiva que se acentúa con el paso de los años. No obstante, la base se mantiene relativamente estable al igual que el tramo entre 20 y 35 años, sobre todo la categoría 25 - 29. Esto se podría explicar por el gran auge que han tenido las viviendas orientadas a jóvenes solteros, estudiantes universitarios y familias recientemente constituidas.

Nos encontramos en un período de plena transición demográfica, con una natalidad moderada y una mortalidad cada vez más baja.



Gráfico II.19: Pirámides Poblacionales de la comuna de Santiago años 2005, 2010 y 2015



* Plan de Salud 2017, Dirección de Salud I. Municipalidad de Santiago.

Algunos otros indicadores y cifras relacionados con el estado y dinámica poblacional en la Comuna de Santiago son los siguientes:

Tabla II.34: Distribución de la Población en la Comuna de Santiago 2017

Indicadores	2017	
	Total	%
Hombres	192.461	49,80
Mujeres	194.010	50,20
Total	386.471	100,00
Menores de 15	45.943	11,89
15-59	258.115	66,79
60 años o más	82.413	21,32
Indicadores		
IM* (por 100 mujeres)	99,20	
IAM** (por 100 menores de 15)	179,38	

años)		
IDD*** (por 100 personas PA)	49,73	

IM*: Índice de masculinidad - IAM**: Índice de adultos mayores - IDD***: Índice de dependencia demográfica

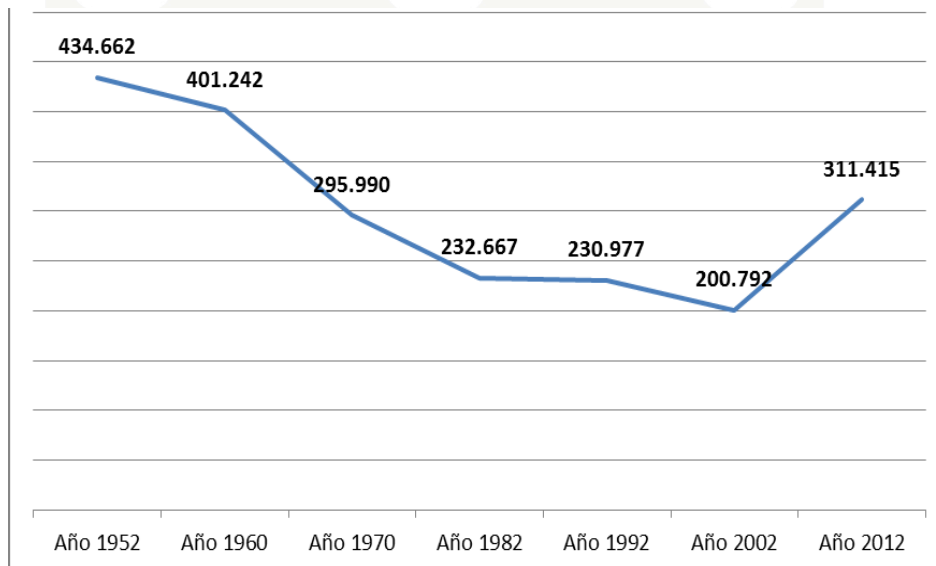
De acuerdo a los indicadores anteriormente mostrados en la Tabla II.34, Santiago se presenta como una comuna en la que las mujeres son levemente mayores en número que los hombres (IM), en que los adultos mayores están siendo más numerosos que las personas menores de 15 años (IAM) y en que las personas menores de 15 y mayores de 60 aún son menores a la población laboral o productiva (entre 15 y 60 años) (IDD).

3.2. Evolución demográfica y migración

Desde que en el año 1940 la comuna de Santiago alcanzara los 440.196 habitantes, esta experimentó un proceso constante y paulatino de disminución poblacional, hasta alcanzar su nivel más bajo el año 2002 con 200.792 habitantes (Censo 2002).

Posteriormente, durante el último período intercensal, la población ha experimentado un incremento de un 95% a una tasa anual de 4,5%. Esto como consecuencia de un profundo proceso de repoblamiento comunal, debido por una parte a la movilización de familias jóvenes y de estudiantes de nivel superior hacia la comuna, como por otro lado a la inmigración extranjera que se ha dado no sólo en Santiago, sino también en otras regiones del país.

Gráfico II.20: Evolución de la población de la Comuna de Santiago años 1952 al 2012*

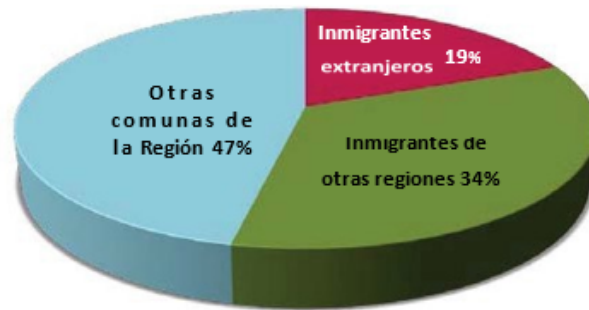


* Plan de Salud 2017, Dirección de Salud I. Municipalidad de Santiago.

Entre el año 2002 y el 2012 llegaron a Santiago 117.355 personas, de las cuales el 19% (22.387 personas) provenían del extranjero. De la población residente en Santiago de origen extranjero (38.737 personas), el 53,7% son peruanos, 13,7% son colombianos, 5,1% son argentinos y 4,4% son ecuatorianos.



Gráfico II.21: Distribución de los inmigrantes de Santiago según su origen*



* Plan de Salud 2017, Dirección de Salud I. Municipalidad de Santiago.

En tanto, en nuestra Red de Salud Municipal actualmente existen 19.368 personas inscritas en nuestro sistema de ficha electrónica que cuentan con registro de nacionalidad extranjera. Esto corresponde al 16,5% de la población inscrita en dicho sistema.

De este grupo, las mujeres corresponden a un 66%. En cuanto a la edad, es un grupo de población mayoritariamente joven, donde los menores de 15 años son casi 4 veces más numerosos que los mayores de 65 años.

Tabla II.35: Distribución de la Población extranjera por rango etario

Rango etario	F	M	Total general
< 6 años	387	348	735
6 a 9 años	334	361	695
10 a 14 años	500	489	989
15 a 19 años	492	417	909
20 a 64 años	10.742	4.651	15.393
65 a 69 años	180	111	291
70 a 79 años	147	101	248
80 y más	68	40	108
Total general	12.850	6.518	19.368

Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

El Centro con mayor número proporcional de población extranjera es el CESFAM Ignacio Domeyko con un 22,4% (12.810 inscritos), seguido de Padre Orellana y Benjamín Viel con un 12,7% (3.194 inscritos) y 10,7% (1.984 inscritos) respectivamente. Finalmente está Arauco con 8,5% (1.255).

De acuerdo a la clasificación por curso de vida o ciclo vital, se observa que cada territorio tiene un perfil característico de población extranjera. En Padre Orellana se encuentra la mayor proporción de población infantil y en Arauco la de población adolescente. A su vez,



en Domeyko está la mayor proporción de población adulta y Padre Orellana y Benjamín Viel comparten la de adultos mayores.

Este año, se han estado realizando esfuerzos importantes para inscribir a la población migrante y regularizar su situación previsional de salud, dada la demanda asistencial que presentan y la representatividad proporcional que están alcanzando en territorios como el Ignacio Domeyko.

Tabla II.36: Distribución de la Población extranjera por Territorio de atención

Rango Etario	Población Extranjera							
	Arauco		Ignacio Domeyko		Dr. Benjamín Viel		Padre Orellana	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0 a 9 años	125	9,1	813	6,3	182	9,2	310	9,7
10 a 19 años	228	16,5	1179	9,2	194	9,8	297	9,3
20 a 64 años	992	71,9	10.429	81,4	1.523	76,8	2.449	76,7
65 años y más	35	2,5	389	3,0	85	4,3	138	4,3

Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

La nacionalidad con mayor proporción es la peruana, con un 65,2%, seguido de la colombiana y venezolana con 11 % y 9,7% respectivamente. A Destacar está última debido a su aumento de 4 puntos porcentuales respecto del año anterior. La tabla siguiente muestra las 10 primeras frecuencias de mayor magnitud.

Tabla II.37: Distribución de la Población extranjera por nacionalidad

Nacionalidad	Total	%
Perú	12.628	65,2
Colombia	2.135	11,0
Venezuela	1.879	9,7
Ecuador	592	3,1
Haití	505	2,6
Bolivia	438	2,3
República Dominicana	275	1,4
Argentina	265	1,4
Cuba	193	1,0
China	75	0,4
Otras Nacionalidades	383	2,0
Total Red de Santiago	19.368	100

Fuente: Registro Local; Elaboración Propia



3.3. Natalidad y Fecundidad

Para la comuna de Santiago, se estima una tasa de natalidad de 15,7 x 1000 habitantes con datos poblacionales actualizados, lo que está sutilmente sobre las estimaciones nacionales (14,42 x 1000 habitantes) y la regional (14,48 x 1000 habitantes.).

El leve aumento de la natalidad respecto a la región podría explicarse por la gran cantidad de familias jóvenes (nacionales y extranjeras) que han repoblado la comuna los últimos años.

Tabla II.38: Natalidad de la Población Chilena

Región y Comuna	Población	Nacidos Vivos			
		Inscritos		Corregidos *	Tasa de Natalidad **
		Total	Con atención profesional		
Total País	17.248.450	247.358	246.971	248.879	14,4
Metropolitana de Santiago	6.945.593	100.415	100.332	100.922	14,5
Santiago	305.528	4.772	4.771	4.796	15,7

* Según factor de corrección INE 2010

** Tasa de Natalidad por 1.000 habitantes

De acuerdo a los datos censales de 2012, la tasa de fecundidad disminuyó a 1,17 hijos nacidos vivos por mujer entre 15 y 49 años. Esta tasa era de 1,47 el año 2002 (ver Figura 1).

Si se revisa este indicador de forma más desagregada, es posible apreciar que las mujeres sobre 40 años presentan tasas por sobre 1,5 mientras que las mujeres menores de 30 años no presentan tasas mayores a 0,6.

El promedio de hijos por mujer para el grupo de edad por sobre los 49 años es superior a 2.

Figura II.1: Fecundidad de la Población Chilena*



* SECPLAN: Antecedentes comunales de Santiago, 2014.

3.4. Medio Socio-Cultural

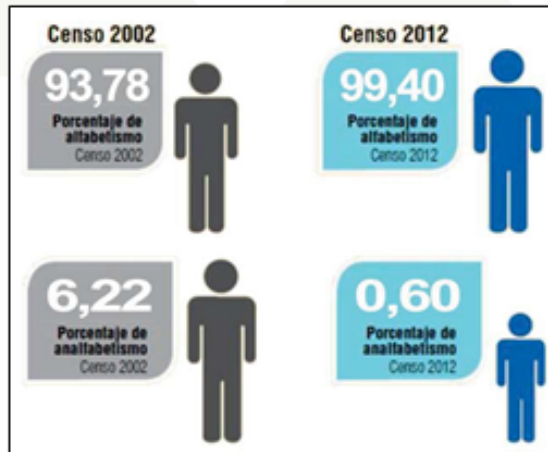
Existe consenso actual en que dada la gran complejidad en la red de causas que determina o influye en la generación de los problemas de salud de la población, el enfoque actual de las intervenciones sanitarias debe considerar una perspectiva que involucre cada vez más el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Dentro de dichos determinantes, los vinculados al medio social y cultural juegan un rol relevante, y su observación y análisis contribuirá a dar luces a los planes o programas que la APS realiza.

El año 2015, se realizó una actualización de varios indicadores sociodemográficos de nuestra población comunal, por lo que en el siguiente capítulo se señalan algunos más destacables.

Alfabetismo y nivel de instrucción de la población

La comuna de Santiago, presenta una población altamente alfabetizada, en la que sólo un 0,6% se considera en analfabetismo. Al observar el nivel de instrucción, este se muestra distribuido principalmente entre quienes tienen educación básica, media científica humanística y profesional (ver Figura 2). Asimismo, es posible ver que entre quienes alcanzan un nivel de educación secundaria (44,63%) y los que presentan algún tipo de estudio superior (55,13%) sólo hay una diferencia de 11 puntos porcentuales.

Figura II.2: Alfabetismo y analfabetismo de la Población Chilena*



* SECPLAN: Antecedentes comunales de Santiago, 2014.





3.5. Situación socioeconómica de la Población

Pobreza

De acuerdo a la nueva clasificación de la pobreza multidimensional, Santiago se encuentra dentro de las primeras 11 comunas con menor proporción, con un 11,6%.

Tabla II.39: Comunas con menor nivel de pobreza del País

Comuna	Pobreza por Ingresos	Pobreza Multidimensional (*)
	Porcentaje	Porcentaje
Providencia	0,7	4,6
Las Condes	0,6	4,8
Punta Arenas	4,4	7,6
Los Andes	5,3	9,0
Arauco	16,3	9,5
Ñuñoa	2,4	10,7
Chile Chico	7,4	11,0
Talcahuano	12,9	11,4
Porvenir	1,1	11,5
San Miguel	3,5	11,6
Santiago	5,9	11,6

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social, Encuesta Casen 2015.

Nota: (*) Existen hogares de la muestra sin información para determinar la situación de pobreza multidimensional.

Si se considera la pobreza de acuerdo al ingreso, en ese caso Santiago ocupa el lugar n° 21, con un 5,9% de los hogares en dicha situación.

Previsión

En cuanto al Sistema Previsional de Salud, la población de la comuna se distribuye mayoritariamente en FONASA, pero sólo con un 53%. En este ámbito, Santiago se separa de lo que se produce en la región, siendo notoria una mayor proporción de personas en ISAPRE y particulares en esta comuna.



Tabla II.40: Sistema Previsional de la Población de la Región Metropolitana y la Comuna de Santiago

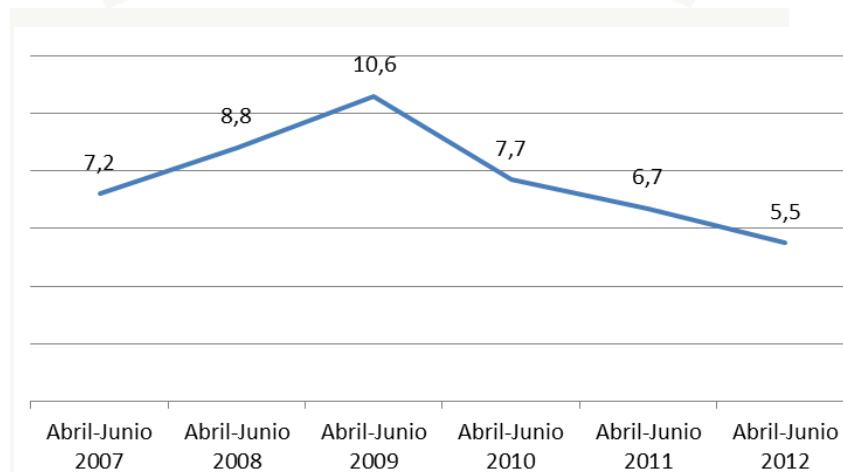
Comuna	Fonasa	Isapre	Ninguno (particular)	FFAA. y del orden	Otro Sistema	Total
Santiago	53,5	35,9	7,9	2,3	0,4	100,0
Región Metropolitana	73,1	21,2	2,8	1,9	0,9	100,0

Fuente: CASEN 2013 (Ministerio de Desarrollo Social)

Desempleo

Respecto del desempleo este se encuentra bajo, con una población económicamente activa que se encuentra casi en un 95% ocupada. En efecto, a nivel comunal los datos censales demuestran que el 5,5% de la fuerza de trabajo se encuentra desocupada, lo que es reforzado por el hecho de que el desempleo ha ido disminuyendo desde el año 2009, cuando alcanzó los dos dígitos, llegando a su valor más bajo en una década en 2012.

Gráfico II.22: Evolución del desempleo en la Comuna de Santiago meses abril a junio años 2007 al 2012*



* SECPLAN: Antecedentes comunales de Santiago, 2014.

De acuerdo a datos actualizados, a nivel nacional y regional la tasa de desocupación del trimestre julio-septiembre 2017 alcanzó a 6,6%, y en doce meses, los ocupados se expandieron 2,3%, impulsados por trabajadores por cuenta propia (6,6%). En tanto, los desocupados disminuyeron 3,5%.¹⁴

¹⁴ Boletín Empleo Trimestral Gran Santiago, INE <http://www.ine.cl/docs/default-source/boletines/Empleo/2017/bolet%C3%ADn-empleo-regi%C3%B3n-metropolitana-y-gran-santiago-trimestre-m%C3%B3vil-jas-2017.pdf?sfvrsn=4>

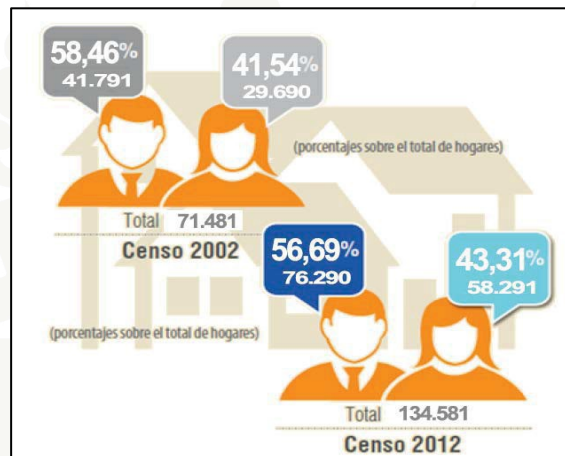


3.6. Familias y hogares

Jefes/as de hogar

La jefatura de hogar a cargo de una mujer se ha incrementado en el tiempo, variando de un 41,5% de hogares con una jefa de hogar el año 2002, a un 43,3% el año 2012. Esto significa que son 58.291 hogares los que comparten esta característica.

Figura II.3: Jefes y jefas de hogar en la Comuna de Santiago según Censo 2002 y 2012*



* SECPLAN: Antecedentes comunales de Santiago, 2014.

Composición de los hogares

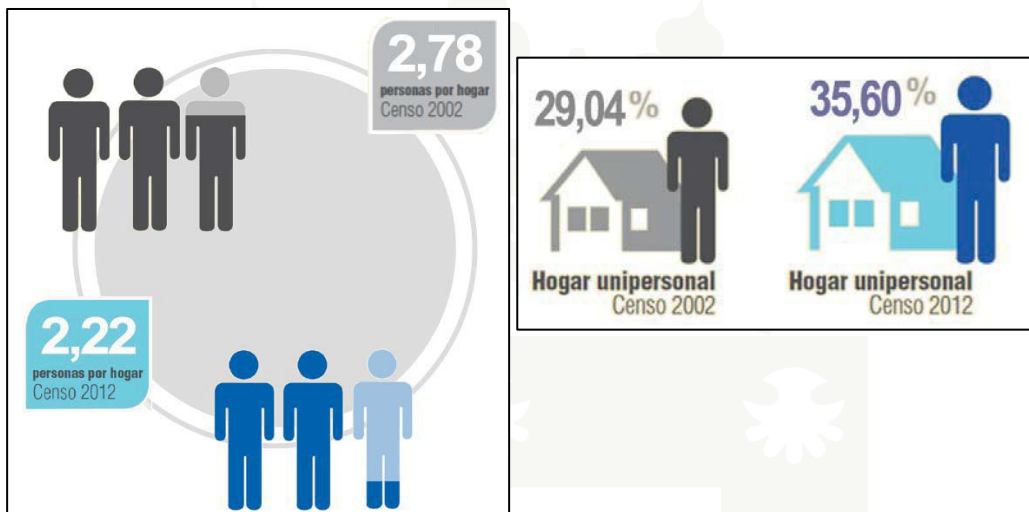
Respecto a su composición, el número de personas que viven en los hogares de la comuna disminuyó a 2,22 en el período 2002-2012, uno de los más bajos de la Región Metropolitana (ver Tabla II.41). Ello es concordante con el incremento de los hogares unipersonales, (compuestos por una sola persona), la mayoría de ellos conformados por mujeres sobre 64 años o jóvenes de entre 24 y 35 años. En este indicador, nuestra comuna alcanza uno de los valores más altos de la Región Metropolitana, el cual llega al 35,6%.



Tabla II.41: Composición de los hogares de la comuna de Santiago según Censo 2012 (INE)

Tipo de hogar	Hogares	%	Personas
Unipersonal	47.914	35,60%	47.914
Otros	86.667	64,40%	250.745
Total	134.581	100%	48.165

Figura II.4: Composición de los hogares de la comuna de Santiago*



* SECPLAN: Antecedentes comunales de Santiago, 2014.

Hacinamiento y allegamiento

De acuerdo a CASEN 2011, Santiago presenta un porcentaje de hacinamiento (aglomeración de personas en una misma vivienda que se considera excesivo) que alcanza un 8,7%. Según el Censo 2012 esta proporción es similar, pero disminuye a 8,4%. Esta situación se asocia en forma mayoritaria a las viviendas de tipología de conventillo.

Por otra parte, el índice de allegamiento (más de un hogar en una misma vivienda) ha disminuido en la comuna llegando a un 1,75% según los resultados del censo 2012. Se presume que estos índices se asocian a inmigrantes, principalmente extranjeros y/o de bajos recursos.

Vivienda y habitabilidad urbana de la comuna

En este ámbito, Santiago se presenta como una comuna urbana, con predominancia de construcciones en altura y que, en relación a sus servicios básicos, tales como agua potable,



alcantarillado y electricidad, estos presentan una cobertura total en el territorio comunal, salvo pequeñas excepciones que no superan el 0,01%.

Se destaca a continuación la tipología de viviendas en la comuna.

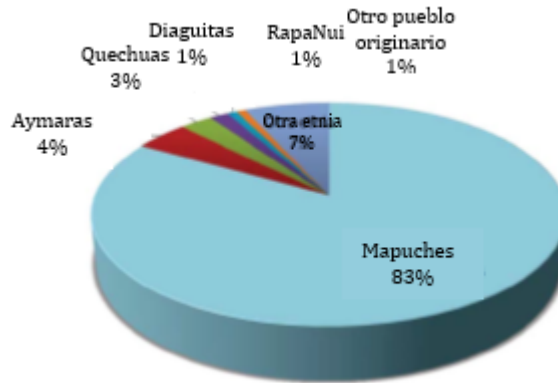
Tipología de las viviendas

Santiago destaca como una comuna con alta construcción en altura, demostrándose esto en que un 77,29% de las viviendas son departamentos en edificio. Junto a ello, es importante resaltar que de acuerdo al Censo 2012, un 5,74% de las viviendas fue categorizada como piezas en casa antigua o conventillo, lo que significó un aumento en 4588 viviendas de este tipo.

3.7. Etnias

En la comuna de Santiago 24.991 personas declaran pertenecer a alguna etnia. Valor que equivale a un 8,49% de la población comunal. De ellos, el 83,6% son mapuches, 4,3% son aymaras y 2,6% son quechuas.

Gráfico II.23: Distribución de la Población de Santiago que se declara perteneciente a una etnia*



* SECPLAN: Antecedentes comunales de Santiago, 2014.

3.8. Personas en Situación de Discapacidad y Participación Social

Santiago se encuentra en el lugar 31 dentro de las comunas de la Región Metropolitana por cantidad de población en Situación de Discapacidad, con un 5,4%, estando este valor cercano al presentado por la región y a 7 puntos porcentuales bajo la comuna que tiene la mayor proporción.

Tabla II.42: Población en Situación de Discapacidad Regional y Comunal

Comuna	Población en Situación de Discapacidad	Población sin Discapacidad	Total
Santiago	5,4 %	94,6 %	100 %
Región Metropolitana	5,7 %	94,3 %	100 %

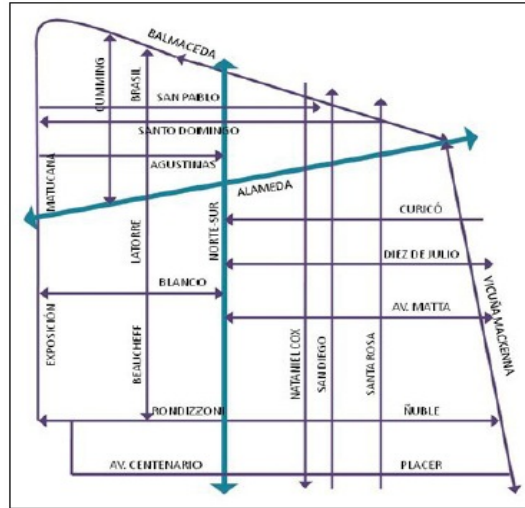
Según resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2013, del Ministerio de Desarrollo Social, la población mayor de doce años que participa en Organizaciones alcanza a casi un 15% en la comuna, lo que la sitúa en el lugar 33° y cerca del promedio regional. Sin embargo, esto se encuentra lejos de la comuna en el primer lugar y que se destaca con un 33,2%.

Tabla II.43: Participación Social Regional y Comunal según encuesta CASEN 2013

Comuna	Participa	No participa	Total
Santiago	14,9	85,1	100,0
Región Metropolitana	16,0	84,0	100,0

3.9. Medio Natural

Santiago es una comuna emplazada de forma centralizada en la Región Metropolitana. Limita al Norte con las comunas de Renca, Independencia y Recoleta, al poniente con Quinta Normal y Estación Central, al sur con Pedro Aguirre Cerda, San Miguel y San Joaquín, y al oriente con las comunas de Ñuñoa y Providencia. Es atravesada por el río Mapocho, el cual, si bien puede constituir una oportunidad de desarrollo turístico y un escenario de intervenciones relacionadas con la promoción de conductas saludables, también puede presentarse como una amenaza para la comuna si llegara a desbordarse, como ha ocurrido en el pasado. Debido a su condición de comuna capital y a su ubicación, en Santiago están presentes actividades laborales, económicas y gubernamentales, y se emplazan instituciones académicas y espacios de interés turístico. Por esta razón concentra una red vial y de transporte robusta, pero que se ve sometida a carga importante diaria de usuarios, lo que contribuye a la generación de condiciones favorecedoras para contaminación ambiental (del aire, acústica, etc).



Organización territorial

El territorio comunal está conformado por 51 unidades vecinales, las que administrativamente se agrupan en siete agrupaciones vecinales numeradas de la siguiente manera: agrupaciones vecinales 1, 2, 3, 7, 8, 9 y 10.

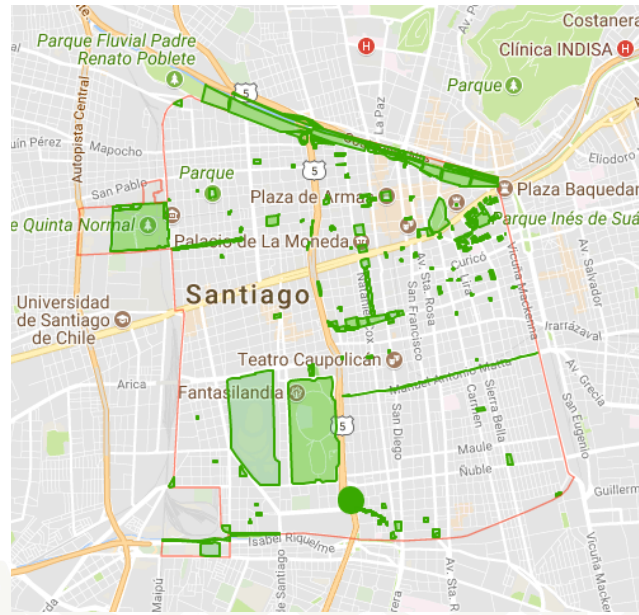


Áreas verdes

La superficie comunal destinada a áreas verdes mantenidas es de 2.040.000 m². De las cuales, el 75,3% (1,5km²) corresponde a los siete parques urbanos de la comuna, lo que la consolida como la comuna con mayor superficie de parques de la ciudad.

A pesar del crecimiento de su población, la comuna de Santiago sigue manteniendo un alto índice de áreas verdes por habitante: 6,6 m² por persona. Es esperable que este índice vaya decayendo de no incrementarse las actuales áreas verdes de la comuna, las que no han variado desde hace una década.

El siguiente es un mapa que muestra su ubicación en la comuna, donde se pueden apreciar zonas con marcada diferencia entre sí.



Ciclovías

Con el objetivo de contribuir a la conectividad, la Municipalidad comenzó en el verano de 2017 con la construcción de nuevas obras de ciclovías, las cuales permiten enlazar los tramos existentes y obtener una red de aproximadamente 53 km que conecta la comuna internamente y con otras ciclovías externas. El objetivo de esto ha sido promover un modo de transporte más sustentable y seguro, tanto para los ciclistas como para los peatones.

Estas nuevas obras incluyen las calles Dieciocho, Marín, Gorbea, Arturo Prat, Club Hípico, Almirante Latorre, Brasil, Lastarria, José Miguel de la Barra y Esmeralda, cumpliendo con los estándares de calidad y seguridad vial, según las normas entregadas por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (Minvu).



4. Red de Salud Municipal

4.1. Estructura y Organización de la Red Asistencial de Atención

A diferencia de lo que ocurre en la mayoría de las comunas del país, en Santiago comparten la responsabilidad de la Atención Primaria de Salud APS, tanto el Municipio como el Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC). A continuación, se muestra un esquema de la Red del SSMC en relación a la Comuna de Santiago:

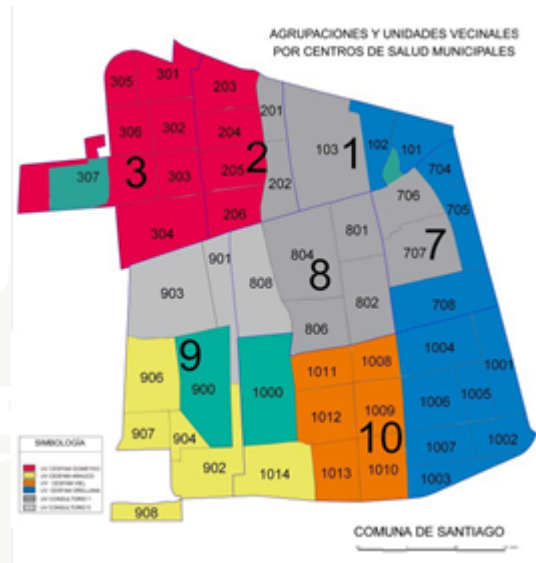
Tabla II.44: Establecimientos de la Red de Salud Pública en territorio de la I. Municipalidad de Santiago.

NIVEL DE ATENCION	CENTRO DE SALUD		ADMINISTRACION	
PRIMARIA	CESFAM I. Domeyko	EMB D'Onofrio	Municipal	
		EMB Balmaceda		
		EMB Concha y Toro		
		Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)		
	CESFAM Arauco			
	CES P. Orellana	EMB Parque Forestal		
		EMB San Borja		
		EMB Gacitua		
		EMB Coquimbo		
	CES B. Viel	EMB Sargento Aldea		
		EMB Carol Urzua		
		EMB San Emilio		
	Clínica Dental Parque Almagro			
	Botica Comunitaria "Eloisa Díaz"			
Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)				
Consultorio N° 1: "Ramon Corvalán Melgarejo"		SSMC		
Consultorio N° 5 Consultorio				
SECUNDARIA	Consultorio de Salud Mental (COSAM)		Municipal	
	Centro Diagnóstico y Tratamiento (CDT) Hospital San Borja		SSMC	
	Centro de Referencia de Salud (CRS) Maipú			
TERCIARIO	Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP)		SSMC	
	Hospital San Borja Arriarán			

Fuente: Registro Local; Elaboración Propia



Existe una distribución territorial actualizada, por unidades vecinales, entre los Centros de Salud Municipales y los pertenecientes al Servicio de Salud Central, determinada a través del Ordinario N° 1077 del Director del Servicio de Salud Metropolitano Central, de fecha 3 octubre de 2011, la cual se señala en la Ilustración que sigue:



La Red de Salud Municipal de Santiago se estructura actualmente en 4 territorios de atención: Domeyko, Viel, Arauco (ex San Vicente) y Orellana (ver Anexo 2: Red de Atención Primaria de Salud Municipal de Santiago con el detalle de cada uno de los sectores y límites de cada Centro).

Cada uno de estos Territorios está constituido a su vez por 1 Establecimiento de Salud o CESFAM y por un grupo de estaciones médicas de barrio (EMB). La siguiente tabla describe los centros, la pertenencia a cada Territorio y otros datos generales:

Territorio	Centro de salud	Dirección	Validados FONASA 2018	Encargado /a del centro	Directora del territorio
DOMEYKO	CESFAM Ignacio Domevko	Cueto 543	42.428	Dra. Sandra León	Dra. Sandra León
	EMB Balmaceda	Herrera 1231	5.886	EU Adriana Robles	
	EMB Nicola D'Onofrio	Ricardo Cumming 1275	4.460	MAT Jessica Arqueros	
	EMB Concha y Toro	Santa Mónica 2229	4.451	EU Patricia Ricaurte	
PADRE ORELLANA	CESFAM Padre Orellana	Padre Orellana 1708	9.828	EU Alejandra Márquez	EU Alejandra Márquez
	EMB Parque Forestal	José Ramón Gutiérrez 80	2.797	EU Marcela Labra	
	EMB Dávila Larraín	General Gana 334	3.346	EU Angelina Leyva	
	EMB Gacitúa	Artemio Gutiérrez	3.351	MAT Carolina Mundaca	
	EMB Coquimbo	Madrid 789	2.843	EU Marcelo Montecinos	
	EMB Rojas Jiménez	Rojas Jiménez 21	3.060	MAT Ingrid González	
BENJAMIN VIEL	CESFAM Benjamín Viel	San Ignacio 1217	8.549	EU Scarlet Cassus	EU Scarlet Cassus
	EMB Sargento Aldea	Sargento Aldea 1470	4.767	AS Mariela Díaz	
	EMB San Emilio	San Emilio 2106	1.327	EU Tamara Navarrete	
	EMB Carol Urzúa	Santa Rosa 1727	3.864	MAT Alejandra Guzmán	
ARAUCO	CESFAM Arauco	Av. Mirador 1599	16.180	MAT Andrea Caro	MAT Andrea Caro
Total Red de Salud Stgo Municipal			117.137		



Estaciones Médicas de Barrio

Las Estaciones Médicas de Barrios comenzaron su funcionamiento en 2001, como una estrategia de acercamiento de salud a los vecinos, con énfasis en salud familiar y comunitaria.

Botica Comunitaria

El “Programa Botica Comunal Doctora Eloísa Díaz” se origina para disminuir la desigualdad en el acceso a medicamentos, especialmente en población vulnerable socialmente. La “Botica Comunitaria Dra. Eloísa Díaz” se encuentra ubicada en calle Santo Domingo N° 916, locales 21 y 23. Entre ambos locales se logra una superficie total de 54 m², autorizados para su funcionamiento por el ISP a través de la Resolución Exenta N° 1299 y habilitados desde el 30 de marzo de 2016.

El Objetivo General del Programa es mejorar las condiciones de acceso a la protección de la salud de los vecinos de Santiago mediante la entrega de medicamentos, insumos y/o suplementos nutricionales a precios más bajos que los que se encuentran en el mercado. Los beneficiarios del Programa son todos los vecinos y vecinas con residencia en la comuna de Santiago, los funcionarios(as) que se desempeñen en la I. Municipalidad de Santiago, y su familia directa (padres, hijos, pareja y hermanos), que sufran alguna enfermedad crónica, se inscriban en el Registro que se llevará al efecto y cuenten con una receta médica de no más de seis meses de antigüedad.

La compra de medicamentos se realiza mensualmente en base a un Arsenal Predeterminado y con la finalidad de mantener un stock de 3 meses. Con el objetivo de disminuir los costos, se privilegia la compra a través de CENABAST, o en caso de no ser posible, a través del portal mercado público según Ley de Compras Públicas N° 19.886. Esto permite que el beneficiario realice el menor pago posible, el cual se establece según el precio promedio ponderado por medicamento. Si bien este modelo no asegura un precio fijo, si disminuye los costos y en consecuencia permite al usuario conseguirlos a un precio más accesible.

A la fecha, se han inscrito 3695 pacientes y han sido aprobados 12.754 medicamentos.



4.2. Coordinación de la Red de Salud de Santiago

La multiplicidad de funciones y objetivos de la Red de Salud exige un trabajo coordinado de todos sus componentes, de acuerdo a sus competencias y ámbitos específicos de desarrollo.

La planificación en Red en Salud Pública permite poner foco en dimensiones diversas pero complementarias, tales como el enfoque en derechos ciudadanos y protección social, con consideración a los determinantes sociales de la salud, y con una planificación alineada con el curso de vida de los usuarios. Además, busca lograr equidad en salud, considerando equidad de género e interculturalidad.

Dentro del proceso de coordinación en Red para nuestra comuna, varios actores juegan un rol importante y una función específica:

- El Ministerio de Salud es quien fija para la Red de Salud de Santiago las políticas de salud, Metas Sanitarias e IAAPS, entre otros.
- La SEREMI realiza vigilancia epidemiológica, con supervisión, acompañamiento y visitas en terreno a nuestros Centros de Salud y evalúa las Metas Sanitarias de Atención Primaria.
- El Servicio de Salud Metropolitano Central articula, gestiona y desarrolla la Red Asistencial; además, asesora y propone medidas para optimizar la relación y coordinación entre su Dirección, los Hospitales y los establecimientos de APS dependientes y municipales.

Los Centros de Atención Primaria de Salud se encuentran en un constante trabajo para encontrar estrategias que permitan hacer la atención más eficiente y conseguir la mayor resolutivez de los problemas de salud que puede abarcar. En este trabajo, los Centros de Salud Familiar de la Red de Salud municipal y dependientes del SSMC (Nº 1 y Nº 5), se han coordinado territorialmente respecto a las actividades de promoción y prevención, un ejemplo de esto son las actividades de vacunación de los Establecimientos Educativos; sin embargo, es necesario realizar un trabajo más fuerte y constante, especialmente con el Cesfam Nº 1, dado que es el Centro con el que se comparte mayor territorio comunal. En relación a esto, se ha planificado para el año 2018 trabajar en cruces de información entre los Centros de Salud Municipales Benjamín Viel y Padre Orellana con el Cesfam Nº 1, para evitar la duplicidad de atenciones en los usuarios. Para esto se requiere una frecuente comunicación entre los encargados de Gestión Sanitaria, tanto de la Dirección de Salud de Santiago como del Servicio de Salud Metropolitano Central. Por otro lado, es importante trabajar con la comunidad para transmitir la necesaria sectorización de los territorios comunales y los motivos de ésta misma.

En relación a los niveles de atención, si bien la Atención Primaria es el primer paso y la base del proceso de atención, es necesaria la interrelación estrecha y coordinada con el Sistema Secundario; mediante esta comunicación es posible realizar de forma fluida y expedita la resolución de problemas de salud manteniendo la continuidad de atención de los usuarios.



La comunicación entre los distintos niveles de atención se realiza mediante el uso de Protocolos de Referencia y Contrarreferencia bien establecidos, los cuales se han y se seguirán elaborando y reforzando en conjunto en mesas de trabajo permanentes por especialidad, coordinadas desde el SSMC.

Uno de los aspectos que interfiere en el traspaso fluido de información en la actualidad, tiene que ver con las brechas respecto al sistema informático propio de cada Red de Salud. Mientras los Centros Municipales de Santiago cuentan con el sistema de registro OMIap, tanto el Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA), como los Centros Dependientes del SSMC utilizan el sistema Florence, lo cual dificulta la referencia de pacientes y el acceso a su historial clínico. Sumado a esto, las derivaciones de Fisiatría se dirigen al Hospital El Carmen (HEC) de Maipú, el cual está comenzando a trabajar con un nuevo Sistema de Registro Clínico, distinto a los anteriormente mencionados.

Este desafío exige un esfuerzo conjunto de la Red Asistencial en su totalidad, para el que se debe buscar el mejor abordaje posible.



4.3 Cartera de Servicios de la Red Municipal

En la siguiente tabla se muestran las prestaciones que realiza cada centro de APS. Además de las señaladas, se realiza atención de medicinas integrativas (Auriculoterapia, Acupuntura, Terapia Floral, Yoga), actividades de educación física (en todos los centros) y atención de cirugía menor (en CESFAM Ignacio Domeyko). La atención dental se entrega en los centros de salud familiar, en el módulo dental del Instituto Nacional Barros Arana (INBA), los 2 módulos JUNAEB en las Escuelas Panamá y Alessandri y en la recientemente inaugurada Clínica Odontológica Parque Almagro. Estos se complementan con 3 sillones dentales portátiles y que aportan a la atención de los estudiantes de los establecimientos educacionales de la comuna.

Tabla II.45: Principales prestaciones entregadas según centro de Salud APS

ESTABLECIMIENTO	AT. MÉDICA	AT. ENFERMERÍA	AT. DENTAL	AT. NUTRICIONISTA	AT. MATRONA	AT. PSICÓLOGO	AT. SOCIAL	SALA IRA	SALA ERA	SALA PAME	VACUNATORIO	ALIM. NIÑOS	ALIM. EMBARAZADA	ALIM. AD MAYOR
CESFAM I. Domeyko	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
EMB Balmaceda	√	√	X	√	√	√	√	X	X	X	X	X	X	√
EMB Nicola D'Onofrio	√	√	X	√	√	√	√	X	X	X	X	X	X	√
EMB Concha y Toro	√	√	X	√	√	√	√	X	X	X	X	X	X	√
CESFAM Padre Orellana	√	√	√	√	√	√	√	√	√	X	√	√	√	√
EMB Parque Forestal	√	√	X	√	√	√	√	X	X	X	X	X	X	√
EMB Dávila Larraín	√	√	X	√	√	√	√	X	X	X	X	X	X	√
EMB Gacitúa	√	√	X	√	√	√	√	X	X	X	X	X	X	√
EMB Coquimbo	√	√	X	√	√	√	√	X	X	X	X	X	X	√
EMB Rojas Jiménez	√	√	X	√	√	√	√	X	X	X	X	X	X	√
CESFAM Benjamín Viel	√	√	√	√	√	√	√	√	√	X	X	X	√	√
EMB Sargento Aldea	√	√	X	√	√	√	√	X	X	X	X	X	X	√
EMB San Emilio	√	√	X	√	X	√	√	X	X	X	X	X	X	√
EMB Carol Urzúa	√	√	X	√	√	√	√	X	X	X	X	X	X	√
CESFAM Arauco	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√

Nota:

Alimento adulto mayor se entrega sólo en Benjamín Viel para todos los Centros de su territorio.

Atenciones de Psicóloga y Asistente Social de EMB San Emilio se entregan en Benjamín Viel.

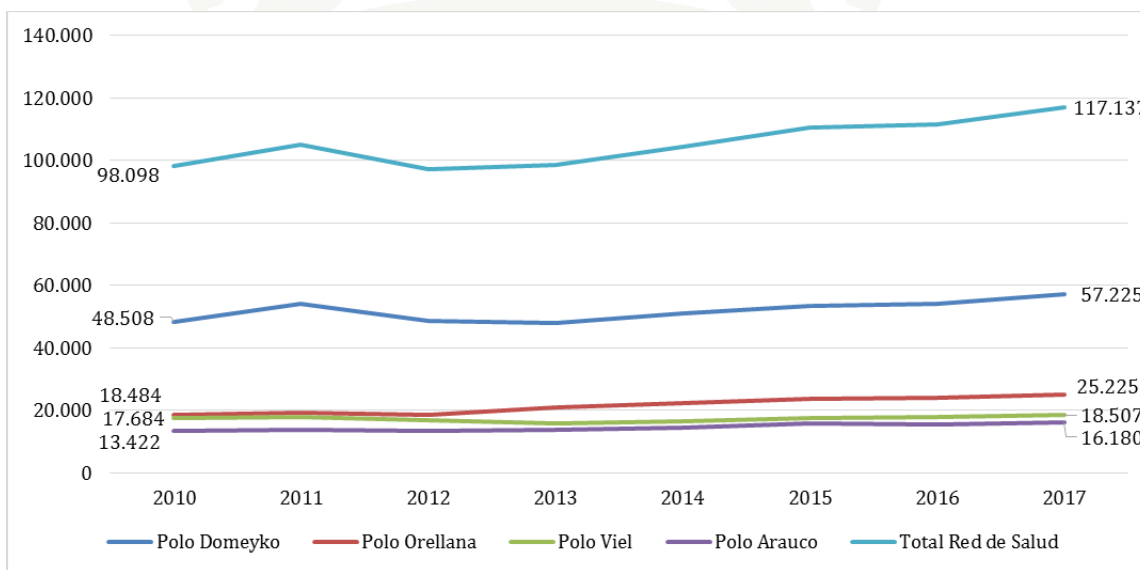
En el caso de las Estaciones Médicas de Barrio, no se entregan todas las prestaciones, pues corresponde a establecimientos pequeños cuyo centro de referencia es el CESFAM del territorio al que pertenecen, donde se realizan atenciones dentales y de kinesioterapia. Por

otra parte, en Padre Orellana y Benjamín Viel no se entregan todas las prestaciones debido principalmente a falta de espacio físico. De acuerdo a la prestación, es algún centro de nuestra red el que asume su entrega a la población a cargo, como ocurre en el caso de cirugía menor en Ignacio Domeyko, en la oferta de atenciones de rehabilitación motora en Arauco para la población de Benjamín Viel y Padre Orellana, en la provisión de vacunas desde Arauco para campaña de inmunización anti-influenza para CESFAM Viel, etc.

4.4. Población inscrita en la Red de Salud Municipal de Santiago

Al observar la tendencia general, en los últimos 4 años se rompió cierta estabilidad en el número de inscritos, pasando de cerca de 100.000 a 117.137 en el último corte de validación de FONASA de 2017. Este aumento ha sido a expensas principalmente por el incremento de inscripción en los territorios correspondientes al CESFAM Ignacio Domeyko y Padre Orellana.

Gráfico II.24: Evolución per cápita Red de Salud Municipal de Santiago



Fuente: Registros Propios

4.5. Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM)

El Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) de la Ilustre municipalidad de Santiago, abrió sus puertas a los usuarios de Santiago hace 7 años. El objetivo principal de su labor ha sido dar respuesta a los beneficiarios de la comuna que sufran alguna de Patología Psiquiátrica Severa, que hasta ese momento se derivaban desde APS al Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA).

Las Prestaciones que se entregan son de Nivel Secundario de Complejidad, es decir atención de especialidad en Salud Mental, con un enfoque Género, de determinantes sociales y de derechos en todas sus intervenciones a través del Ciclo Vital, por un equipo multidisciplinario.



Además, incluye dentro de sus estrategias de abordaje la Prevención y Promoción de Salud, Trabajo Comunitario, así como también cumple un rol Formador dentro de la Red de Salud Municipal y del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC).

Todas las actividades que se llevan a cabo, han sido posibles gracias al financiamiento que aporta la Dirección de Salud de la Ilustre municipalidad de Santiago (DISAL) y mediante los convenios celebrados con el SSMC y Ministerio de Desarrollo social (MIDESO).

En la actualidad COSAM ha tenido un salto cualitativo y cuantitativo importante, puesto que, gracias a los esfuerzos y compromiso realizados por el equipo, se ha logrado acrecentar de manera considerablemente el número de atenciones individuales, las distintas modalidades Grupales y se ha iniciado un fuerte trabajo Comunitario, entregando así una atención más oportuna, efectiva, cercana y de calidad para sus usuarios.

La actual infraestructura de COSAM se encuentra ubicada en Vicuña Mackenna #543 y Rojas Jiménez # 21 (2° piso), y no permite contar con los espacios necesarios para que el RRHH existente realice las atenciones requeridas y entregue la mayor cantidad posible de prestaciones.

El Equipo se encuentra conformado por profesionales multidisciplinarios, lo que ha permitido responder a lo planificado y disminuir en algo la gran brecha que presenta el abordaje de la Salud Mental de Especialidad en nuestra Comuna. Sin embargo, el espacio se encuentra en su máximo límite de uso, por lo que las proyecciones para el año 2018 es contar lo antes posible con un espacio más grande o adecuado a las necesidades, para continuar dando respuesta satisfactoria y de calidad a nuestros usuarios.

Actualmente se están realizando las búsquedas un nuevo espacio pero esta tarea ha sido bastante difícil ya que Santiago Centro hay una escasez de terreno y alto costo de estos.

Se mantiene de manera permanente el trabajo de coordinación iniciado en el "Territorio Santiago - Estación Central", del cual participa el SSMC, la Unidad de Psiquiatría del Hospital San Borja Arriarán, Cosam Estación Central y Santiago, con el objeto de permitir un uso más efectivo y eficiente de los recursos para las comunas de Santiago y Estación Central, facilitando principalmente el acceso a las diferentes prestaciones en los distintos dispositivos de manera priorizada y más rápida, a camas de corta estadía, que actualmente presentan una brecha de más de 80% respecto de lo estimado técnicamente adecuado y cupos en Hospital de día del HCSBA.

Dentro de los diagnósticos de salud que atiende COSAM, estas se dividen en:

I. Programa GES

- Tratamiento Esquizofrenia segundo año.
- Depresión en personas de 15 años y más.
- Tratamiento de Depresión con Psicosis, Trastorno Bipolar, Alto Riesgo Suicida, o Refractoriedad primer año.
- Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años.
- Tratamiento inicial.



- Tratamiento de refuerzo.
- Plan de seguimiento.
- Trastorno Bipolar en personas de 15 años y más.
- Tratamiento Trastorno Bipolar primer año.
- Tratamiento Trastorno Bipolar a partir del año 2.

II. Programa no GES

- Depresión Unipolar y Distimia, menores de 15 años, Tratamiento Ambulatorio nivel especializado.
- Trastornos de ansiedad y del comportamiento, tratamiento ambulatorio nivel especializado.
- Demencia y trastornos mentales orgánicos, tratamiento ambulatorio nivel especializado
- Esquizofrenia y Psicosis no orgánica.
- Trastornos generalizados del desarrollo, tratamiento nivel especializado.
- Trastornos Hiperquinéticos, tratamiento ambulatorio nivel especializado.
- Trastornos del comportamiento emocionales de la infancia y adolescencia.
- Plan ambulatorio básico OH y drogas, población general (no GES, no CONACE).
- Plan ambulatorio intensivo infanto-adolescentes OH Y drogas (Tratamiento mensual, no CONACE).
- Plan ambulatorio Intensivo OH y drogas, población general (no CONACE).

- Plan ambulatorio Intensivo comunitario infanto-adolescentes OH y drogas (Tratamiento mensual, no CONACE).
- Peritaje judicial psicológico adultos (por evento).
- Peritaje judicial psicológico a menores (por evento).
- Atención cerrada y telemedicina.
- Programa rehabilitación Tipo I

Para estos diagnósticos existen distintos tipos de prestaciones, las cuales son:

Evaluación Diagnóstica

Evaluación Psiquiatra

Evaluación Psicólogo

Psicodiagnóstico

Evaluación Trabajador Social

Evaluación Terapeuta Ocupacional

Evaluación otro profesional

Evaluación Terapeuta Ocupacional

Tratamiento Consulta Médico psiquiatra

Consulta Psicológica

Consulta Terapeuta Ocupacional



- Psicoterapia individual
- Psicoterapia Grupal
- Intervención Psicosocial Grupal
- Rehabilitación Tipo I
- Visita Domiciliaria Integral
- Otras intervenciones grupales
- Trabajo en la Comunidad
- Consultorías Programa Adultos
- Consultorías Programa Infanto-juvenil
- Capacitaciones en patologías y temáticas de Salud mental

Proyección desarrollo prestaciones 2018

Durante el año 2016 en COSAM uno de los principales objetivos fue reforzar el trabajo con pacientes en año 2 de su rehabilitación, que debían reinsertarse a la vida y ámbito psicosocial. A partir de ese trabajo se logró conformar la Organización de Usuarios y Familiares de COSAM "Somos Más". Luego en el transcurso de 2017, nuestra Agrupación logró ganarse un Fondo Concursable que le permitió instalar un Taller Laboral de Mosaicos, del cual se benefician nuestros usuarios y que tiene la finalidad de entregar a sus participantes un Oficio.

Como segunda línea de acción, se mantuvo de manera muy activa durante el segundo semestre del presente año, la Actividad Comunitaria e Intersectorial en nuestro Centro de Salud Mental, lo que a la fecha ha significado llevar a cabo múltiples actividades insertas en los barrios y/u con otras instituciones (talleres, Charlas, exposiciones, actividades recreativas, festejo, etc.) Las que han tenido como objetivo principal el posicionar a nuestro COSAM, darlo a conocer e instalar en el espacio público la Salud Mental e inclusión de nuestros usuarios a la comunidad.

Por último, ha continuado desarrollándose nuestro Espacio Docente Asistencial, encargado de formar profesionales especialistas en el Modelo de Salud Mental Comunitaria. Este equipo está a cargo de dos Psiquiatras coordinadores, los que se han encargado de integrar a todos los profesionales de COSAM, los que hacen un relevante aporte en todas las actividades, ya que permiten que los Becados de Psiquiatría

y alumnos de Psicología Comunitaria, participen de todas las actividades que realizan en este Centro de Salud.

4.6. Unidad De Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)

Las Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) fueron creadas con el objetivo de disminuir las listas de espera del Nivel de Atención Secundario y entregar una solución rápida a las necesidades de atención oftalmológicas de la población.

Estos centros corresponden a un modelo de atención que forma parte de una estrategia del Programa de Resolutividad en APS, el que se ejecuta a nivel país en la atención primaria y



cuya finalidad es facilitar el acceso, otorgar una atención de calidad y resolutive a nuestra población más vulnerable, como asimismo disminuir las listas de espera en Oftalmología, potenciando a la Atención Primaria en sus aspectos promocionales, preventivos, asistenciales, de pertinencia diagnóstica y derivación, todo enmarcado en el modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar.

Respecto a las atenciones que se realizan en la unidad, cabe destacar el siguiente grupo de evaluaciones o patologías sospechadas que pueden ser derivadas a la UAPO:

- Diagnóstico y tratamiento por vicio de refracción: Pacientes desde 15 a 64 años.
- Evaluación de Fondo de Ojo, con prioridad a pacientes diabéticos.
- Diagnóstico y tratamiento de Glaucoma.
- Otras patologías: Debido a la innumerable cantidad de patologías que pueden afectar al ojo es necesario precisar que cualquier patología Oftalmológica que no clasifique al sistema GES puede ser derivado a la UAPO.

Objetivo General

Contribuir a mejorar la capacidad resolutive de la Red Asistencial, mejorando la accesibilidad, oportunidad y resolutive con la calidad técnica, potenciando a la Atención Primaria en sus aspectos promocionales, preventivos, asistenciales, pertinencia diagnóstica y de derivación, enmarcada en el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar.

Objetivos Específicos:

- Mejorar la oportunidad de acceso a la especialidad de Oftalmología.
- Aumentar la resolutive local a través de atención especializada integral.
- Mejorar la capacidad resolutive local de médicos de APS a través de una Capacitación Gestionada, es decir, un entrenamiento continuo a través de un trabajo conjunto del médico APS con el médico especialista.
- Mejorar la pertinencia en la referencia a la especialidad de Oftalmología.
- Definir la capacidad resolutive de cada uno de los componentes de la Red Asistencial.
- Garantizar continuidad de atención, definiendo Cartera de Servicios, componentes de la Red, reglas de relación, lenguaje común y formas de registro, monitoreo y seguimiento de las actividades realizadas.



Cartera de Servicios

La cartera de Servicios con que se cuenta para dar resolutivez a las derivaciones se indica a continuación:

Medición de Agudeza Visual	Autorefractometría
Prueba de lentes	Evaluación por Oftalmólogo
Entrega receta de lentes y orden de compra de lentes en ópticas Trento	Evaluación por Tecnólogo Médico
Entrega lentes presbicia	Evaluación con Lámpara de Hendidura
I.C. Hospital San Borja GES y no GES	Evaluación del Fondo de Ojos con Oftalmoscopia directa
Toma de presión intraocular	Evaluación del Fondo de Ojos con Oftalmoscopia Indirecta
Medición de lentes	Extracción Cuerpo extraño ocular superficial
Curva de Tensión Aplanática	Vía Lagrimal
Campo Visual Computarizado	Tinción con fluoresceína
Evaluación glaucoma por oftalmólogo	Cover Test
Break up time	Test de Krinsky
Test de Shirmer	Test de Hirshberg
Filtro Rojo	Evaluación Amplitud de fusión vertical y horizontal
Prisma Cover Test	Calificación de urgencia
Tratamiento Insuficiencia de convergencia	Evaluación Orzuelo, Chalazión y Pterigium
Entrega de fármacos para glaucoma, ojo seco, infecciones y otras patologías	

Durante este año la UAPO de Santiago ha ido cumpliendo las metas establecidas en el Convenio que la financia y aquellas que le ha encomendado la I. Municipalidad de Santiago, a través de su Dirección de Salud. Algunas actividades que dan cuenta de la producción son las siguientes:

Tabla II.46: Consultas Tecnólogo Médico y Oftalmólogo. Datos enero a septiembre 2017

Tipos de Atención	Consultas realizadas
Consultas Oftalmólogo	2730
Consultas Tecnólogo Médico	2445

Fuente: Registros Propios

Desde el mes de marzo de 2016 nuestra Unidad de Atención Primaria Oftalmológica cuenta con equipamiento especializado para realizar la detección precoz de la retinopatía diabética y otras patologías del fondo de ojo. Con ello se consiguió complementar la realización de evaluación de fondo de ojo o evaluación vitreoretinal realizada por oftalmólogo.

Luego de la toma del examen, las imágenes corneales son almacenadas en un notebook adosado a la cámara no midriática. Luego son subidas a la ficha clínica electrónica de

cada paciente, donde son informadas por los profesionales oftalmólogos, quedando listas para ser vistas por los equipos de cabecera del paciente.

La cantidad de retinografías y exploraciones vitreoretinales efectuadas e informadas son 1363 al mes de septiembre de 2017.

Entrega de lentes en la UAPO Santiago

Dentro de las prestaciones para los pacientes de la comuna, consideradas para la U.A.P.O. Santiago, está la prescripción y entrega de lentes ópticos.

Estos lentes son prescritos por Oftalmólogo o Tecnólogo Médico de la U.A.P.O. de la comuna de Santiago, en consultas por Vicio de Refracción programadas dentro de la canasta de prestaciones de esa Unidad Oftalmológica, a pacientes NO AUGE entre 15 y 64 años.

Al mes de octubre de 2017, la cantidad de lentes entregadas a nuestros pacientes alcanza los 1989.

Entrega de fármacos

El arsenal de fármacos con que cuenta la UAPO para ser entregados a la población consultante y en control, contempla los siguientes:

- Latanoprost
- Timolol
- Lágrimas artificiales.
- Brimonidina
- Betaxolol
- Glaucotensil
- Alcon cilodex
- Tobramicina
- Ciprofloxacino





5. Evaluación de Indicadores

5.1. Metas Sanitarias APS Municipal

De acuerdo con el Ministerio de Salud de Chile, los equipos multidisciplinarios que se desempeñan en los Centros de Salud deben brindar los servicios de forma integral, continua y equitativa para satisfacer expectativas de servicio para la creciente demanda por salud, utilizar eficientemente los recursos y reducir la demanda de otros niveles mediante estrategias de prevención y promoción de salud.

Estas Metas Sanitarias están orientadas a:

La necesidad de promover el incremento de la calidad y oportunidad de la atención de salud en los establecimientos de nivel primario.

Dar cumplimiento a estas y dar mejoramiento a la atención de salud

El cumplimiento de las metas señaladas, otorga a los trabajadores de atención primaria de salud municipal el derecho a recibir total o parcialmente el componente variable de asignación de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo contemplada en esta ley. Históricamente nuestro cumplimiento ha estado sobre el 90%, lo que nos posiciona en el Tramo 1 de la evaluación anual que se realiza.



Cumplimiento Metas Sanitarias Red de Salud Municipal de Santiago

Enero a Septiembre 2017

N°	COMPONENTE	META	CENTROS DE SALUD FAMILIAR				
			Total Stgo Municipal	Ignacio Domeyko	Padre Orellana	Benjamín Viel	Arauco
1	Recuperación del desarrollo psicomotor	82%	59%	61%	70%	46%	38%
2	Cobertura de Papanicolau 25 a 64 años	100%	75%	73%	74%	73%	85%
3.A	Cobertura de alta odontológica total en adolescentes de 12 años	73%	55%	47%	61%	77%	71%
3.B	Cobertura de alta odontológica en embarazadas	69%	60%	73%	45%	46%	66%
3.C	Cobertura de alta odontológica total en niños de 6 años	73%	44%	56%	43%	22%	32%
4.A	Cobertura efectiva en Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años	29%	24%	22%	27%	20%	29%
4.B	Evaluación anual de los pies en personas con diabetes bajo control de 15 años y más	82%	66%	70%	61%	59%	72%
5	Cobertura efectiva Hipertensión primaria o esencial en personas de 15 y más años	46%	34%	35%	34%	31%	32%
6	Cobertura de Lactancia Materna exclusiva en menores de 6 meses	57%	59%	61%	54%	59%	58%
7	Plan de Participación Social	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Registro Local; Elaboración Propia





Meta N°1: Recuperación del Desarrollo Psicomotor

Esta meta de impacto requiere como una de sus actividades principales la pesquisa y tratamiento temprano de los riesgos y retrasos en el desarrollo de los niños, a través de las evaluaciones del DSM que

son parte del control de salud del niño y al mismo tiempo involucra diversas estrategias de promoción, prevención y tratamiento, de aquellos factores que interfirieren en el desarrollo integral de los niños.

Se evidencia una baja cobertura en todos nuestros centros de salud, a pesar de Las distintas estrategias instauradas. Uno de los motivos que han dificultado su cumplimiento son las inasistencias a los controles de salud y sala de estimulación, la gran movilidad domiciliaria que dificultan los rescates.

Meta N°2: Cobertura de Papanicolaou 25 a 64 años

Las recomendaciones internacionales y el Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino indican que lograr y mantener coberturas de PAP vigente, iguales o superiores al 80% en mujeres de 25 a 64 años, impacta en la reducción de la mortalidad por cáncer al cuello uterino.

La meta que tenemos como comuna busca reducir el 18 % de la brecha para poder lograr cobertura de 80%. Aún es una meta lejana, por lo que es necesario hacer esfuerzos para continuar con el avance. Nuestra red ha ido cubriendo la brecha progresivamente, reduciéndola desde 14 a casi 18% en los últimos 4 años. Para 2018, es necesario reforzar la oferta, pero también trabajar en estrategias que verdaderamente eduquen a las mujeres de la importancia de realizarse el examen y las incentiven a efectuárselo.

Meta N°3A: Cobertura de alta odontológica total en adolescentes de 12 años

Los 12 años representa, desde el punto de vista sanitario, una edad de enormes oportunidades para la construcción y consolidación de formas de vida saludables, cuyo beneficio puede proyectarse a lo largo de la vida. Además, a esta edad, los adolescentes han finalizado o se encuentran próximos a finalizar el cambio dentario, y sus dientes sanos recién erupcionados son más susceptibles de tener caries.

Dentro de las estrategias que se han realizado y se espera reforzar son los operativos en establecimientos educacionales para pesquisa de niños inscritos en nuestros centros que se encuentran inasistentes a controles.

Meta N°3B: Cobertura de alta odontológica en embarazadas

La atención odontológica integral de la mujer embarazada, es una intervención de alto impacto considerando que, para muchas mujeres, el embarazo puede ser una oportunidad única para modificar conductas no saludables que se han asociado a un riesgo mayor de problemas de salud y algunas patologías bucales. La adopción de hábitos saludables no sólo beneficia a la mujer, sino también a toda su familia.



Como estrategia para su cumplimiento, se aumentó en todos los centros la oferta en horario extensivo, rescates telefónicos y domiciliarios de inasistentes a controles.

Meta N°3C: Cobertura de alta odontológica total en niños de 6 años

La atención odontológica a los 6 años permite proteger los primeros molares definitivos en erupción, así como mejorar el medio ambiente bucal para evitar el daño de los dientes definitivos por erupcionar. Para ello es necesario instruir y educar en salud bucal, especialmente en los hábitos fisiológicos favorables y reforzar periódicamente

En esta edad, la estrategia va de la mano con la de grupo etario de los 12 años, que se basa en operativos en establecimientos educacionales para pesquisa de niños inscritos y que se encuentren inasistentes a controles.

Meta N° 4A: Cobertura efectiva en Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años

La diabetes es una condición crónica con consecuencias catastróficas para la salud. Las personas con diabetes tienen un mayor riesgo de sufrir un infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular,

enfermedad renal crónica terminal, retinopatía diabética, neuropatía diabética y pie diabético. Por este motivo es de gran importancia su detección precoz mediante exámenes preventivos o consultas de morbilidades, las que se han realizado durante todo el 2017, así como actividades en terreno en ferias de salud. Aún falta por desarrollar estrategias más efectivas de educación y adherencia al tratamiento que apoyen las acciones descritas.

Meta N° 4B: Evaluación anual de los pies en personas con diabetes bajo control de 15 años y más

Las personas que viven con Diabetes se estima tienen hasta 30 veces más probabilidad de tener una amputación o ulceración y son de gran impacto en la vida de estas personas, bajan la autoestima, deterioran la calidad de vida. Un pie diabético puede producir dolor, reducir la independencia por falta de movilidad, lo que a su vez puede afectar la capacidad de trabajar. Esta es una meta que nos ha sido de difícil cumplimiento debido a que solo se están realizando en los controles de enfermería. Como estrategia para el 2018 se proyecta incorporar a los médicos en la evaluación del pie, ya que es el control que menos inasistencia presenta, lo que apoyará al rescate que se efectúa sistemáticamente.

Meta N° 5: Cobertura efectiva Hipertensión primaria o esencial en personas de 15 y más años

La prevalencia de conocimiento, tratamiento y control de la hipertensión en Chile se encuentra muy por debajo de lo observado en países más desarrollados.

Se estima que una de cada siete muertes en Chile es atribuible directamente a hipertensión arterial.

Dado nuestros resultados, se deben realizar esfuerzos adicionales. Se requiere reevaluar el modelo de atención del programa, complementándolo con estrategias enfocadas en mejorar



la adherencia al tratamiento, el automanejo de la enfermedad. Un ejemplo de ello, fueron las sesiones de talleres realizados en el primer semestre 2017 con el apoyo de la Universidad San Sebastián (Programa Paciente empoderado).

META N°6: Cobertura de Lactancia Materna exclusiva en menores de 6 meses

La lactancia materna exclusiva, más allá de los 4 meses de vida, se asocia con un menor riesgo de diabetes, hipertensión y obesidad en la edad adulta, comparado con la población que ha recibido fórmula láctea artificial. Agregado a los beneficios que este tipo de lactancia tiene para los niños, se ha estudiado, por ejemplo, el factor preventivo frente al cáncer de mama para las madres que lactan.

Nuestra red de salud desde el 2017 ha realizado distintas actividades para aumentar la cobertura de lactancia, logrando ir aumentando 2% por año, dentro de las que se destacan, clínicas de lactancia y consultas espontáneas, capacitaciones a profesionales de la salud como psicólogos, trabajadores sociales, matronas, nutricionistas y participación de estos en talleres prenatales.

Como complemento a todo lo anterior, se realizan visitas domiciliarias por nutricionistas dentro del mes de vida para evaluar técnicas de lactancia y uso de insumos entregados por el programa Chile Crece Contigo.

META N° 7: Plan de Participación Social

Esta meta es de responsabilidad del equipo de salud local asociándose con la comunidad organizada para su ejecución y evaluación.

Los temas a desarrollar deben ser definidos localmente a partir del diagnóstico participativo local, con pertinencia cultural y concordancia con las presentes orientaciones técnicas del Ministerio de Salud. Este año la experiencia ha sido exitosa, avanzando hacia la realización de cuentas públicas participativas y esperamos que este ámbito siga progresando hacia un mayor desarrollo.



5.2. Índices de Actividad de Atención Primaria (IAAPS). Septiembre de 2017

El Índice de Actividad de la Atención Primaria son un conjunto de 26 indicadores que evalúan áreas específicas de la atención sanitaria: cobertura de acciones preventivas, oportunidad, accesibilidad y equidad de atención, actividades con enfoque multidisciplinario y de salud familiar, continuidad de la atención y cumplimiento de garantías GES.

Según se detalla en las siguientes tablas, se ve el cumplimiento de las metas a septiembre de este año:

Índices de Actividad de la Atención Primaria de Salud - Santiago Municipal
Enero a Septiembre 2017

N°	Componente	Meta	Centros de Salud Familiar				
			Total Stgo Municipal	Ignacio Domeyko	Padre Orellana	Benjamín Viel	Arauco
1	Aumentar el número de centro de salud de la comuna autoevaluados	100%	100%	100%	100%	100%	100%
2	Porcentaje de familias evaluadas según riesgo familiar	21%	23%	22%	23%	18%	36%
3.A	Gestión de reclamos en atención primaria	99%	100%	100%	100%	100%	100%
3.B	Establecimientos de la comuna, incluyan en la tabla temáticas de reunión CDL, mesa territorial u otra organización comunitaria el análisis de reclamos	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4	Brindar acceso a la atención hasta las 20 horas	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4.A	Brindar acceso a la atención hasta las 20 horas	100%	100%	100%	100%	100%	100%
4.B	Disponibilidad de fármacos trazadores	100%	100%	100%	100%	100%	100%
5	Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos	0,89	0,7	0,68	0,68	0,66	0,89
6	Porcentaje de interconsultas derivadas a especialidad	9,6%	7%	6%	8%	6%	6%
7	Tasa visita integral	0,19	0,15	0,16	0,16	0,11	0,15
8.A	Cobertura examen de medicina preventiva (EMPA), en hombres de 20	17,1%	15%	17%	13%	13%	15%



	a 64 años						
8.B	Cobertura examen de medicina preventiva (EMPA), en mujeres de 45 a 64 años	26%	22%	23%	19%	20%	26%
8.C	Cobertura de evaluación funcional del adulto de 65 años y más	51,9%	41%	44%	39%	40%	43%
9	Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor de niños/as de 12 a 23 meses	94%	75%	81%	69%	69%	68%
10	Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 14 años	12%	11%	12%	7%	10%	15%
11	Proporción de menores de 20 años con alta odontológica	27%	22%	19%	22%	28%	30%
12	Cobertura de atención integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años	17%	19%	18%	24%	16%	19%
13	Cobertura de atención de asma en población general y EPOC en personas de 40 y más años (Asma >= 3 años por 10% y EPOC >40 años por 8%)	17%	14%	11%	14%	17%	18%
14	Cobertura de capacitación a cuidadores de personas con dependencia severa con pago de estipendio	90%	81%	88%	87%	78%	50%
15	Cumplimiento de GES en atención primaria	100%	100%	100%	100%	100%	100%
16	Cobertura de vacunación anti influenza en población objetivo	80%	96%				
17	Ingreso a control embarazo, antes de las 14 semanas	85,1%	85%	84%	86%	86%	86%
18	Cobertura de método anticonceptivos en adolescentes de 15 a 19 años inscritos que usan métodos de regulación de la fertilidad	16,5%	21%	19%	28%	20%	18%
19	Aumento de la cobertura efectiva diabetes mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años controlada	29%	24%	22%	27%	20%	29%
20	Cobertura efectiva	46%	34%	35%	34%	31%	32%



	Hipertensión primaria o esencial en personas de 15 y más años						
21	N° de niños y niñas menores de 3 años con registro CEOD=0	LINEA BASE 2017	18%	18%	16%	16%	23%

Fuente: Registro Local; Elaboración Propia

Dentro de los indicadores, debe ponerse especial énfasis en los siguientes:

- Tasa de consultas de morbilidad y de controles médicos
- Tasa visita integral
- Cobertura examen de medicina preventiva (EMPA), en hombres de 20 a 64 años
- Cobertura examen de medicina preventiva (EMPA), en mujeres de 45 a 64 años
- Aumento de la cobertura efectiva diabetes mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años controlada
- Cobertura efectiva Hipertensión primaria o esencial en personas de 15 y más años
- Cobertura de atención de asma en población general y EPOC en personas de 40 y más años (Asma \geq 3 años por 10% y EPOC $>$ 40 años por 8%)

Al igual que con las Metas Sanitarias, para alcanzar un mayor cumplimiento de estos indicadores es necesario revisar nuestras estrategias, complementando las acciones relacionadas con la gestión de la demanda y el mejoramiento de la oferta, con intervenciones efectivas de base grupal y comunitaria que favorezcan un mayor impacto.





6. Diagnóstico Participativo

El diagnóstico participativo es un proceso que permite evidenciar las necesidades de la comunidad usuaria desde su experiencia y realidad, con la finalidad de dar respuesta a ellas mediante el diálogo que se establece entre los actores involucrados. Mediante este diálogo es posible identificar los problemas, sus causas y sus efectos dentro de un contexto determinado.

La construcción colectiva de este permite conocer las percepciones de los usuarios, los intereses comunes y las soluciones viables para atender el problema detectado.

Esta herramienta de trabajo comunitario contribuye directamente al mejoramiento de la política institucional, puesto que todo diagnóstico está ligado al grado de satisfacción usuaria.

En este sentido las políticas públicas de salud están dirigidas a mejorar el grado de satisfacción usuaria para contribuir positivamente en la calidad de vida de los usuarios, para ello es necesario conocer cuáles son las necesidades o problemas que la población usuaria presenta.

De esta forma, la autoridad local podrá incluir esas necesidades en los planes de trabajo y orientaciones comunales determinando estrategias o estableciendo acuerdos para dar respuesta a la comunidad.

Población participativa y metodología de trabajo

Los grupos que conforman la población participante son en primer lugar, Grupo Infanto-Juvenil (0 a 19 años), Adulto (20 a 64 años) y Adulto Mayor (65 años y más)

La metodología usada consta de las siguientes herramientas.

- Lluvia de ideas, donde se rescatan las 5 principales problemáticas que resaltan los participantes de las jornadas participativas.
- Matriz de Problemas, donde se realiza puntuación de acuerdo a la prioridad de las problemáticas presentes en la lluvia de ideas. La matriz se conforma con los componentes de Extensión (Cantidad de personas que son afectadas por el problema), Factibilidad (Disponibilidad de recursos), Gravedad (Impacto de diversas situaciones que provocan morbimortalidad), Vulnerabilidad (Riesgo de ser dañado ante permanencia de problemática), Repercusión Local (Impacto en la población), Tendencia en Tiempo (Comportamiento de problemática si no se trabaja sobre ella), los cuales se puntúan de 1 a 4, siendo 1 el valor de menor prioridad y 4 como el mayor, pudiendo alcanzarse una puntuación máxima total de 24 puntos.
- Posibles Soluciones a las problemáticas expuestas, las que luego son trabajadas por los equipos de cada sector para ver la real posibilidad de intervención y programación anual.
- Análisis FODA
- Plenario y cierre de jornadas.



6.1. Diagnóstico Participativo CESFAM Benjamín Viel 2016-2017

El CESFAM Benjamín Viel cuenta con 4 sectores, siendo éstos Centro de Salud (CES) Benjamín Viel, y las Estaciones Médicas de Barrio (EMB) San Emilio, Sargento Aldea, y Carol Urzúa. Cuenta en su totalidad con 17.723 usuarios inscritos, de los cuales 10.161 son mujeres y 7.562 hombres. De acuerdo a lo presentado en el diagnóstico participativo, las temáticas consideradas como falencias y que se observan de manera transversales a nivel de CESFAM son:

Grupo Infanto-Juvenil

“Alcohol y drogas en la población adolescente”, lo que trae como consecuencia violencia y delincuencia. Se plantea como Posible Solución, el trabajo colaborativo de Carabineros (vigilancia), la Municipalidad (fiscalización a botillerías) y Senda (talleres).

Grupo de Adultos:

“Call center”, por la complejidad en su uso; “Poco conocimiento sobre la salud preventiva en el adulto”, estilos de vida poco saludables y enfermedades crónicas a temprana edad. Se plantean como Posibles Soluciones: para el sistema de Call center se debe educar a los usuarios en su uso mientras que para el poco conocimiento sobre salud se plantea trabajo intersectorial, mejorar flujos de comunicación y educación lúdica del respectivo tema.

Grupo de Adultos Mayores

“Obesidad en Adulto Mayor”, producto de la mala alimentación y problemas asociados al envejecimiento (pérdida de memoria, caídas o accidentes, etc.). Posibles Soluciones, charlas y talleres educativos alimenticios, potenciar control con nutricionista y constancia en monitoreo anual a modo preventivo.

En lo que respecta a la realización del análisis FODA, se puede apreciar lo siguiente:

Fortalezas	Oportunidades
Equipo de salud comprometido, atención de calidad e integral, excelente trato, variedad multidisciplinaria.	Usuarios y organizaciones territoriales comprometidos, realización de actividades a lo largo del año.
Debilidades	Amenazas
Infraestructura, Falta de regularidad en instancias participativas, falta de horas médicas.	Instancias participativas fuera de periodo de vacaciones, falta de coordinación intersectorial, inseguridad por barrios peligrosos.

6.2. Diagnóstico Participativo CESFAM Arauco 2016-2017

Con un total de 15.531 usuarios inscritos, de los cuales 8.860 son mujeres y 6.671 hombres, el CESFAM consta de 2 sectores, el Sector Verde (unidades Vecinales 3, 6, 14 y usuarios de otras comunas) y el Sector Azul (unidades Vecinales 2,4 y 7)

Las temáticas transversales, pertenecientes a ambos sectores, a nivel de CESFAM son:

Grupo Adultos Mayores:

“Call Center”, dificultad de uso y poca cantidad de horas médicas; “La falta de horas médicas en conjunto con lista de espera”, producto de la alta rotación de médicos, pacientes poli consultantes y poli inasistentes; “lento flujo de las interconsultas” por temas burocráticos. Posibles soluciones, en Call center, hacer el sistemas amigable y mayor difusión de su uso, último recurso es cambiar el sistema; Respecto a la falta de horas médicas y lista de espera, se plantea reforzar la planta de profesionales y que la lista de espera corra en el día.

Grupo Niños-Adolescentes:

“Mala alimentación de niños y jóvenes”, por falta de ofertas saludables y alto costo de alimentos saludables; “Alcohol y drogas en el sector”, aumento en la oferta, consumo en familiares y patrones inadecuados de imitación.; “Vulnerabilidad Infanto-Juvenil”, violencia intrafamiliar, delincuencia,

abandono, etc. Posibles Soluciones, la mala alimentación a través de campañas de vida saludable, trabajo colaborativo con colegios y jardines. Para Alcohol y drogas, campañas preventivas, talleres. Vulnerabilidad Infanto-Juvenil, necesidad de coordinar con colegios para intervención a familias y fortalecer redes de apoyo.

De acuerdo al análisis FODA, los resultados principales son los siguientes:

Fortalezas	Oportunidades
Funcionarios comprometidos, amabilidad, stock de medicamentos, derivaciones, disposición a colaborar con instituciones educacionales.	Trabajo colaborativo con iglesias, universidades, y derivaciones de psicóloga desde instituciones educacionales.
Debilidades	Amenazas
No hay talleres o charlas en organizaciones, mala retroalimentación a colegios, demora en reemplazo de funcionarios, falta de horas médicas.	Rotación médica y pérdida de redes sociales.



6.3. Diagnóstico Participativo CESFAM Ignacio Domeyko 2016-2017

El CESFAM considera un total de 51.083 usuarios inscritos, de los cuales 29.696 son mujeres y 21.387 son hombres, atendiendo así al sector 1, 2 y 3, así también a los de las EMB Balmaceda, Brasil, D’Onofrio y Concha y Toro. Cada sector y EMB tuvo jornadas participativas, donde las temáticas consideradas falencias a nivel transversal de CESFAM son:

“Falta de horas médicas”, dada la escasez de las mismas, lo cual conlleva tiempos de espera exagerados. Relacionado a lo anterior, “Falta de profesionales de la salud”, al considerarse poca la cantidad de médicos para la totalidad de sectores y EMB. Problemas a nivel de “Call Center”, por complejidad en uso de sistema e inapropiado para la gente mayor. “Falta de acceso a la información”, en cuanto a la necesidad de actualización constante de los procesos. Posibles Soluciones, para la falta de horas y de profesionales, contratar mayor cantidad de personal médico. En cuanto al Call center, o bien se mejora el sistema o se cambia por otro, sin retroceder a filas de espera. La falta de acceso a la información se contrarresta con oportunidad difusión.

Ahora bien, dando paso a lo que se presenta a través del análisis FODA, se aprecia lo siguiente:

Fortalezas	Oportunidades
Alta calidad y vocación de servicio de funcionarios, cercanía física de Centros de atención	Acercamiento a través de acción participativa, resolutivez de demanda
Debilidades	Amenazas
Falta de personal médico, escasez de horas, call center, infraestructura, crítica a nivel comunitario sin plantear soluciones	Gestión de recursos locales, falta de fluidez y flujo de información, bajo nivel educación sanitaria, alcohol y droga del barrio

6.4. Diagnóstico Participativo CESFAM Padre Orellana 2016-2017

Se consideran inscritas 29.767 personas, dividiéndose en 6 sectores (Padre Orellana, Coquimbo, Dávila Larraín, Gacitúa, Parque Forestal y San Borja). Dicho esto, las temáticas más relevantes son: “Falta de cuidado del medio ambiente”, “Falta de educación sanitaria”, “Falta de autocuidado”, “Falta de seguridad

en el barrio”, “Sedentarismo”, “Alcohol y drogas”, “Violencia normalizada en mujeres”, “Mayor control al adulto mayor”. Se concuerda a nivel de CESFAM, que el permitir que dichas temáticas aumenten en su

complejidad, se romperán lazos comunitarios, afectará individualmente a los vecinos del sector, y contribuirá a aumentar la cantidad de problemas. Posibles Soluciones: Inyección de



recursos estatales que permita dar solución a los problemas presentes a través de diversas charlas o talleres de educación sanitaria.

Cruce de Resultados CESFAM Benjamín Viel, CESFAM Arauco, CESFAM Ignacio Domeyko y CESFAM Padre Orellana

De acuerdo a los resultados expuestos por cada CESFAM, y con un cruce de la respectiva información, se puede indicar que las temáticas que presentan de manera transversal para todos los Centros de Atención, tanto para la Matriz de prioridades, como también para el análisis FODA son las siguientes:

Matriz de Priorización (temáticas consideradas como falencias y necesarias de reforzar)

- Sistema de Call Center
- Alcohol y drogas en el barrio
- Falta educación alimentaria
- Difusión de información para el autocuidado
- Escasez de horas médicas
- Escasez de personal médico

Posibles Soluciones (a temáticas expuestas)

- Call Center: Mejora urgente, volver más amigable o reemplazarlo por otro sistema (no volver a pedir hora a través de extensas filas por la mañana).
- Alcohol y drogas: Trabajo colaborativo con SENDA, para realización de charlas y talleres.
- Educación alimentaria: Campañas y trabajo colaborativo con colegios y jardines.
- Información de autocuidado: Celeridad y constante actualización en el flujo de la difusión.
- Escasez de horas y personal médico: Mayor dotación de profesionales de la salud.

FODA

Fortalezas	Oportunidades
Equipos de salud comprometidos, amables y con vocación de servicio, stock de medicamentos y cercanía geográfica de los Centros de Atención.	Trabajo colaborativo y participativo con diversas instituciones del sector
Debilidades	Amenazas
Falta de horas médicas, falta de regularidad en instancias participativas, falta de personal médico, infraestructura	Gestión de recursos locales, falta de coordinación intersectorial



7. Satisfacción Usuaría

Encuesta trato al usuario 2016

El trato al usuario y la entrega de un adecuado servicio capaz de brindar satisfacción, es un desafío constante para las Redes Asistenciales de Salud del Ministerio de Salud, entidad que tiene como rol y compromiso otorgar soporte y apoyo en aquellos aspectos relacionados con el buen trato al usuario desde la gestión, logística y calidad de atención.

Asimismo, las leyes N° 20.645 y N° 20.646, y sus reglamentos, aprobados por decretos supremos de salud N°24 y N°25, de 2013, respectivamente, establecen una asignación asociada al mejoramiento de la calidad de trato a los usuarios para el personal que se desempeña en establecimientos municipales de atención primaria de salud, y en establecimientos dependientes de los servicios de salud, y que se otorga como resultado de la aplicación de un instrumento de evaluación encuesta cada año.

La nota 2016 del resultado global de atención en nuestros Centros de Salud, son las siguientes:

Tabla II.47: Notas globales de Satisfacción Usuaría 2016 de los Centros de Salud Municipales de Santiago

Centro de Salud	Nota	Tramo
Cesfam Arauco	6.43	3
Cesfam Ignacio Domeyko	5.9	3
Cesfam Padre Orellana	6.5	3
Cesfam Benjamín Viel	6.36	3

El instrumento abordó los siguientes aspectos:

- Datos del/a usuario/a (preguntas 1 a 7).
- Aspectos generales (preguntas 8 a 14).
- Evaluación en el Estamento Administrativo. (Preguntas 15 a 19).
- Evaluación en el Estamento Técnico- Paramédico. (Preguntas 21 a 25).
- Evaluación en el Estamento Profesional. (Preguntas 27a 31).

Cada pregunta se evaluó con una escala de 1 a 7 donde 1 es pésimo y 7 excelente.

* Ver en Anexos el Detalle de la evaluación por Centro y por aspectos.

El trato al usuario es uno de los puntos clave en la atención en salud; y la Encuesta de Trato al usuario evidencia que debemos continuar trabajando en mejorar este aspecto, por lo cual, uno de los ámbitos importantes que se abordarán en las capacitaciones de los funcionarios durante el año 2018 está enfocado a mejorar este pilar fundamental en la relación de nuestros usuarios con el personal de salud y administrativo de los Centros.

Otro de los desafíos que nos plantean los resultados descritos anteriormente, es lograr estandarizar a través de un protocolo de atención al usuario, el servicio entregado por nuestros funcionarios, enfocado a las distintas categorías que forman parte de este proceso,



como por ejemplo: presentación personal (uso de vestuario clínico e identificación), orientación al trato amable, habilidades de comunicación, refuerzo de los derechos y deberes de los usuarios, entre otros.

Es necesario, además, contar con un monitoreo del tiempo de espera del paciente según tipo de atención, tanto de profesionales como de unidades de apoyo y compararlos con los resultados de la encuesta de satisfacción usuaria. Nuestra ficha clínica electrónica cuenta con este registro para su análisis, pero es importante educar a nuestros usuarios en que deben informar a los Servicio de orientación médico y estadístico (SOME) al momento de su llegada al control de salud, para que el análisis sea lo más fidedigno posible.

III. Planificación Sanitaria 2018-2021

1. Política de Salud y Ámbitos Estratégicos de Acción 2018 - 2021

La Dirección de Salud de Santiago ha determinado que la elaboración de esta versión del Plan de Salud Comunal sea con la mayor perspectiva sanitaria y con una mirada en los próximos 3 años. Ello permitirá orientar el trabajo con objetivos claros y bien definidos, proyectar resultados y anticiparse a estos; todo ello con el objeto de que al final de dicho período podamos identificar un progreso, tanto en el nivel de salud de nuestra población como en la organización de nuestras labores.

Se han identificado 4 ámbitos de acción para el trabajo:

- Gestión Sanitaria
- Desarrollo Institucional
- Gestión Financiera
- Desarrollo de la Infraestructura

2. Gestión Sanitaria

En la sección de Diagnóstico, es posible observar una serie de problemas o situaciones que afectan a nuestra población a cargo, las que deben ser abordadas con el máximo esfuerzo, eficiencia, participación de la comunidad y articulación con la red asistencial y el Intersector. Los problemas que se han identificado y que a continuación se mencionan corresponden a situaciones que radican en la gestión o en problemas o condiciones de salud, y han sido visibilizados tanto por nuestra población como por nuestros equipos:

Problemas de Gestión

- Insuficiente oferta de horas médicas
- Insuficiente recurso profesional médico
- Policonsulta de usuarios
- Inasistencia de la comunidad a las atenciones de salud



- Proceso de gestión de la calidad aún incipiente
- Gestión de la demanda asistencial con dificultad para responder a los requerimientos de la comunidad
- Organización de la gestión técnica sobrecargada
- Alta complejidad en el proceso de extracción de información sanitaria para la gestión.
- Implementación aún parcial de los Programas de Salud en el enfoque del Modelo de Atención Biopsicosocial
- Coordinación parcial con Centros de Atención Primaria dependientes del SSMC
- Presencia de usuarios adscritos y no inscritos formalmente que se atienden en nuestros centros de salud

Problemas y condiciones de Salud

- Sedentarismo
- Mala alimentación de niños y jóvenes
- Alcohol y Drogas en población adolescente
- Violencia intrafamiliar
- Escaso autocuidado
- Insuficiente información sanitaria
- Suicidio Adolescente
- Problemas de salud emergentes: VIH, Tuberculosis
- Enfermedades Crónicas No Transmisibles y sus factores de riesgo asociados: Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Dislipidemia, Obesidad, Tabaquismo
- Dependencia en el Adulto Mayor.

Estas problemáticas basan su priorización en la percepción y sensibilización de nuestra comunidad, así como en el uso de criterios técnicos epidemiológicos como la magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y factibilidad.

Considerando lo anterior, se definen 7 dominios o campos de acción para abordarlos. Para cada uno de ellos se definen objetivos estratégicos y operativos, estos últimos con sus respectivas metas de cumplimiento.

3.1. Modelo de Atención

Objetivo Estratégico	Objetivo Operativo	Meta
Lograr un nivel de desarrollo avanzado en el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria en los 4 Territorios de atención primaria municipal	Mantener continuamente capacitados a funcionarios nuevos y antiguos en el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria	Realizar al menos 3 actividades de capacitación (internas o externas) a los equipos de salud
	Implementar íntegramente los Planes de Mejora del Programa Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria	Realizar al menos 1 actividad de supervisión o monitoreo mensual de cumplimiento de los Planes de Mejora

3.2. Calidad Asistencial

Objetivo Estratégico	Objetivo Operativo	Meta
Posicionar a los establecimientos de salud de la Red Municipal de Santiago como referentes en el ámbito de calidad de los procesos asistenciales	Diseñar e implementar Política de Calidad Asistencial en todos los centros de salud de la red Municipal de Santiago	Elaborar e implementar Plan de Calidad Asistencial para la Red de Salud Municipal de Santiago Organizar y gestionar equipos gestores locales de Calidad en cada centro con miras al Proceso de Acreditación de Calidad en Atención Abierta

3.3. Participación Social en Salud

Objetivo Estratégico	Objetivo Operativo	Meta
Consolidar la implementación de la Participación Social en los centros de salud de la Red Municipal	Incorporar en Planes de Participación nuevos lineamientos ministeriales	Ejecutar íntegramente Planes de Participación Social en Salud en los 4 territorios de la comuna con nuevos lineamientos ministeriales





3.4. Enfoque de Equidad de Género

Objetivo Estratégico	Objetivo Operativo	Meta
Incorporar el enfoque de Género en los Programas de Salud que ejecutan los establecimientos de la red de Salud Municipal de Santiago	Identificar y analizar las necesidades y problemas de salud de la población a cargo enfocándose en las diferencias de género que presentan	Realizar diagnóstico de situación local por cada uno de los 4 territorios de la red de salud Municipal
	Identificar y analizar alternativas de acción para la incorporación del enfoque de género en los Programas de Salud de Atención Primaria	Elaborar e Implementar un Plan que incorpore el enfoque de equidad de género en los Programas de APS en cada uno de los 4 territorios de la red de salud Municipal

3.5. Enfoque de Salud Intercultural

Objetivo Estratégico	Objetivo Operativo	Meta
Incorporar el enfoque de salud intercultural en los Programas de Salud que se ejecutan en los establecimientos de la red de Salud Municipal de Santiago	Vincular los enfoques de medicina tradicional y occidental en la práctica clínica	Elaborar protocolos de atención coordinados entre ambos tipos de atención
	Incorporar las diferencias culturales de la población migrante en el enfoque de atención de los Programas de Salud de Atención Primaria	Seleccionar e implementar estrategias de acción que consideren la interculturalidad en el abordaje de los programas de salud de APS

3.6. Enfoque Promocional y Preventivo en el Curso de Vida

Objetivo Estratégico	Objetivo Operativo	Meta
Consolidar un modelo de atención en salud con orientación hacia el enfoque promocional y preventivo	Coordinar acciones sanitarias de promoción de la salud con el intersector.	Desarrollar un plan de trabajo conjunto con DIDECO, Educación y/o Deporte que fomente y difunda estilos de vida saludables
	Perfeccionar la oferta de intervenciones de promoción y prevención de salud basándolas en evidencia científica.	Elaborar e implementar al menos 1 intervención basada en evidencia por programa del ciclo vital
	Mejorar las coberturas de exámenes preventivos y controles de salud a lo largo del ciclo vital, considerando problemas de salud prioritarios de acuerdo a criterio de realidad local y nacional.	Diseñar planes de trabajo basados en el mejoramiento del acceso, oferta de atención y acciones de educación y comunicación para la salud



3.7. Gestión Técnica

Objetivo Estratégico	Objetivo Operativo	Meta
Realizar la práctica clínica con base en el conocimiento científico, las normas y orientaciones técnicas ministeriales y de forma coordinada con la red asistencial	Diseñar e implementar plan de gestión clínica para los programas de salud más relevantes que se ejecutan en los centros de salud de la red Municipal.	Elaborar y aplicar protocolos de atención que permitan estandarizar la práctica asistencial en los centros de salud de la red Municipal
	Utilizar sistemas de comunicación eficientes y validados para transferencia de la información técnica entre los equipos gestores y de salud.	Crear un repositorio de bibliografía con información técnica referente a los programas de salud de APS
	Establecer un sistema de monitoreo, acompañamiento y supervisión sistemático y permanente para los principales programas de APS.	Aplicar pautas de evaluación de programas de salud y auditorías de ficha clínica Implementar una plataforma de gestión clínica que permita monitorear y evaluar indicadores relevantes para el cumplimiento de metas
Mejorar el acceso a la atención de salud de la población a cargo a través del ciclo vital	Implementar un Sistema de Otorgamiento de horas de atención basado en las necesidades y epidemiología de la población a cargo.	Aumentar la oferta de horas de atención médica.
Posicionar a la Red de Salud Municipal de Santiago como un prestador integrado y coordinado con la Red Asistencial del SSMC	Definir líneas de trabajo conjunto entre Centros de Salud de APS Municipal de Santiago y dependientes del SSMC	Elaborar e implementar plan de trabajo conjunto con nuestros centros de Salud y los dependientes del SSMC
Contar con una Política de inscripción y regularización del percápita que contribuya a mejorar el acceso a la atención de salud de los usuarios y al financiamiento de la Dirección de Salud	Diseñar estrategias de mejora para el aumento de la inscripción percápita y la regularización de esta, en usuarios que lo requieran, en los centros de la Red de Salud Municipal de Santiago	Implementar y evaluar Plan de Regularización de Percápita para los centros de la Red Municipal de Salud

Durante este año, ya se ha estado trabajando en el dominio de Gestión Técnica, y a contar del mes de agosto, disponemos con una réplica en tiempo real completa de la base de datos (tanto variables clínicas como de configuración) de la ficha clínica electrónica, lo que nos permitirá desarrollar un sistema de gestión clínica y administrativa que faculte el análisis de información para la gestión administrativa y manejo de nuestros pacientes.

El propósito final es sistematizar la extracción de información relevante para la gestión y ponerla a disposición de los directivos y los equipos de atención para facilitar la toma de decisiones. A la vez, pretende unificar y mejorar la oportunidad de acceso a datos



importantes que contribuyan a mejorar el manejo clínico de los pacientes, entregando información de usuarios descompensados, inasistentes a controles preventivos, etc.

Este sistema estará disponible vía web desde la intranet de la Dirección de Salud y contará con 4 áreas principales:

Sistema de Agenda Telefónica (SAT)

Contempla la gestión del sistema de dación telefónica de horas de atención clínica. Permite conocer los pacientes a los cuales se les asignó hora, quienes no lograron hacerlo, número de llamadas concurrentes, pacientes que llaman y no están inscritos (con el fin de promover la inscripción), entre otras; permitiendo gestionar de mejor manera esta parte esencial del proceso de atención clínico.

Sistema de Evaluación (SEVA)

Sistema de Evaluación. En esta sección se incluirán diversos reportes de gestión como cumplimiento de metas sanitarias e IAAPS, evaluación de tiempos de espera, entre otros.

Sistema de Producción (SIPRO)

Esta área contendrá reportes que se requieren oportunamente para informar a Instituciones superiores la cantidad de atenciones de SAPU, morbilidades respiratorias en campaña de invierno, etc.

Sistema de Gestión de Interconsultas (SIGI)

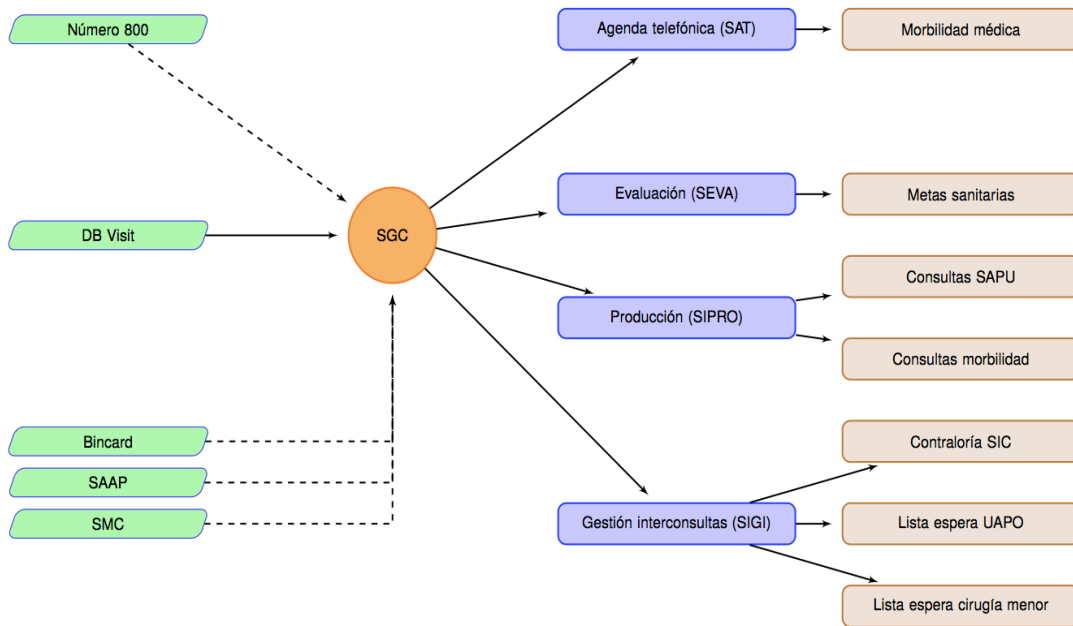
Permitirá transformar el sistema de derivaciones actual y eliminar por completo el uso de papeles, optimizando el proceso y ahorrando recursos utilizados en el movimiento de documentos entre distintos centros. Por otro lado, toda la información será directamente asequible desde la ficha del paciente.

En una segunda fase, incorporaremos la base de datos del sistema utilizado para la gestión financiera y de recursos humanos, permitiendo ampliar su potencialidad a la gestión administrativa y conocer en tiempo real la asistencia de los funcionarios, los costos asociados a la atención de salud, etc.

En el siguiente esquema se muestra un diagrama de los productos iniciales (en color café) y las bases de datos/fuentes que utiliza para su funcionamiento (en verde). DB Visit es la base de datos en tiempo real de la ficha clínica, BINCARD el sistema de abastecimiento/stocks, SAAP el sistema utilizado por RRHH para el registro de la asistencia de los funcionarios y SMC el sistema empleado por el Departamento de Finanzas.



Figura III.1: Sistema de Gestión Clínica (SGC)



La siguiente figura es una muestra del sistema preliminar, específicamente de SEVA, metas sanitarias.

Figura III.2: Ejemplo vista usuario Sistema de Gestión Clínica (SGC)





Otros 2 proyectos que están en etapa de diseño y que pretenden apoyar la optimización de la gestión de la demanda asistencial y el manejo de la población adulta mayor son los siguientes:

Servicio de Atención Médica Domiciliaria: Su objetivo es otorgar atención de morbilidad médica domiciliaria a población con vulnerabilidad socio-sanitaria y que presente patología respiratoria o patología estacional ambulatoria.

Equipo de Atención Geriátrica: Cuyo objetivo es prestar una atención geriátrica integral a la población mayor de 65 años que presente un mayor grado de complejidad. Este equipo deberá insertarse a esta red de salud y trabajar de forma articulada con los equipos de APS y de nivel secundario, como COSAM y terciario, Instituto Nacional de Geriatria.

Matriz de Cuidado por Ciclo Vital de la Red APS Municipal

Cada uno de los Centros trabajó en la proyección de su trabajo futuro, en un espacio en que participaron en conjunto los Equipos Gestores con los Equipos de Cabecera, considerando la información sanitaria de su población a cargo, el cumplimiento de sus actividades y las directrices que la Dirección de Salud proyecta implementar.

Este trabajo se puede ver en su totalidad en el Anexo 3: Matriz de Cuidado por Ciclo Vital de la Red APS Municipal.





IV. Desarrollo Institucional

1. Política Organizacional

La Dirección de Salud de la I. Municipalidad de Santiago tiene establecida una misión y objetivos para poder dar respuesta a las necesidades de salud de su población a cargo. A continuación, se indican los lineamientos y logros a alcanzar, tanto de la Red de Salud completa como los de las distintos Departamentos y Unidades de la Dirección:

1.1. Misión

Contribuir a elevar el nivel de Salud de los usuarios de los Centros de Atención Primaria de la Comuna de Santiago, propiciando el modelo de Salud Familiar, con una participación activa de nuestros usuarios y una preocupación central por el bienestar integral de los funcionarios de la Red de Salud.

1.2. Visión

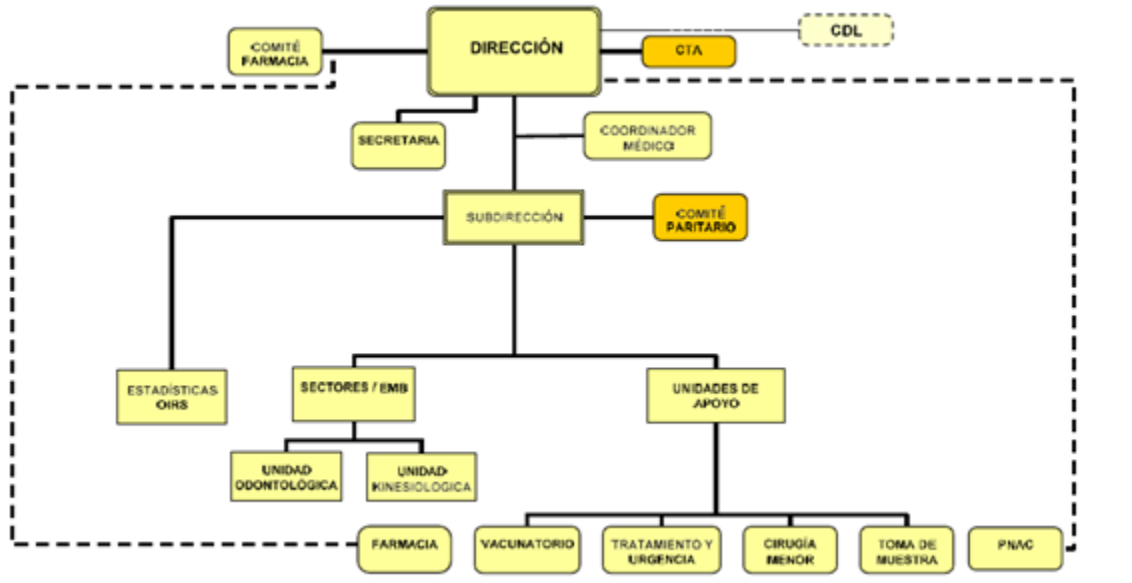
Ser una Red de Atención Primaria referente en Chile, con un modelo de Salud Familiar consolidado y una alta participación usuaria, preocupada de innovar y utilizar tecnologías para entregar un servicio digno, eficiente, equitativo y de calidad, junto con favorecer el constante desarrollo y bienestar de sus funcionarios.

1.3. Objetivos Generales de la Red de Salud

- Entregar un servicio de calidad, humano, eficiente, oportuno e igualitario, en base al modelo de Salud Familiar, que permita mejorar los logros sanitarios alcanzados y responder a las expectativas de la población.
- Favorecer el constante desarrollo y bienestar de las personas que trabajan en la Red de APS.
- Contribuir a elevar el nivel de Salud del usuario para alcanzar los resultados esperados de acuerdo al ciclo vital y familiar en el que se encuentre cada individuo, considerando intervenciones que aborden integralmente su contexto social, familiar y comunitario.
- Empoderar al usuario para fomentar su autocuidado y el de su familia, relacionado con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, coordinando actividades en conjunto con las organizaciones comunitarias.
- Responder a las expectativas del usuario de acuerdo a la realidad sanitaria y laboral de nuestra Red, junto con tomar acciones de acuerdo a las evaluaciones realizadas.
- Desarrollar el modelo de Salud Familiar con una alta participación ciudadana.
- Promover el mutuo respeto entre los usuarios y los trabajadores.

1.4. **Organización** de la Dirección de Salud Municipal y sus centros dependientes

La estructura organizacional de nuestros centros, se basa en el Modelo de Salud Familiar, con la conformación de equipos de cabecera para una población territorial determinada, de acuerdo al siguiente organigrama:



Con el objetivo de reforzar la gestión de los equipos en el cumplimiento de las diferentes metas comprometidas es que está en diseño una nueva forma de organizar el trabajo. Esta contempla la creación de coordinadores/encargados por programa de ciclo Vital y por programa transversal, tanto a nivel de la Dirección de Salud como de nuestros centros de salud.

Para definir lo anterior, se ha tomado como referencia los ámbitos de relevancia técnica y los procesos operativos y de gestión que se realizan en ambos tipos de organización.

Es así como se consideran los siguientes programas y servicios a gestionar y articular localmente por un encargado o coordinador:

Programas:

- Infantil
- Adolescencia
- Adulto
- Adulto Mayor
- Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI)
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC)
- Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM)
- Programa de Salud Sexual y Reproductiva
- Programa de Salud Mental
- Programa de Promoción de Salud

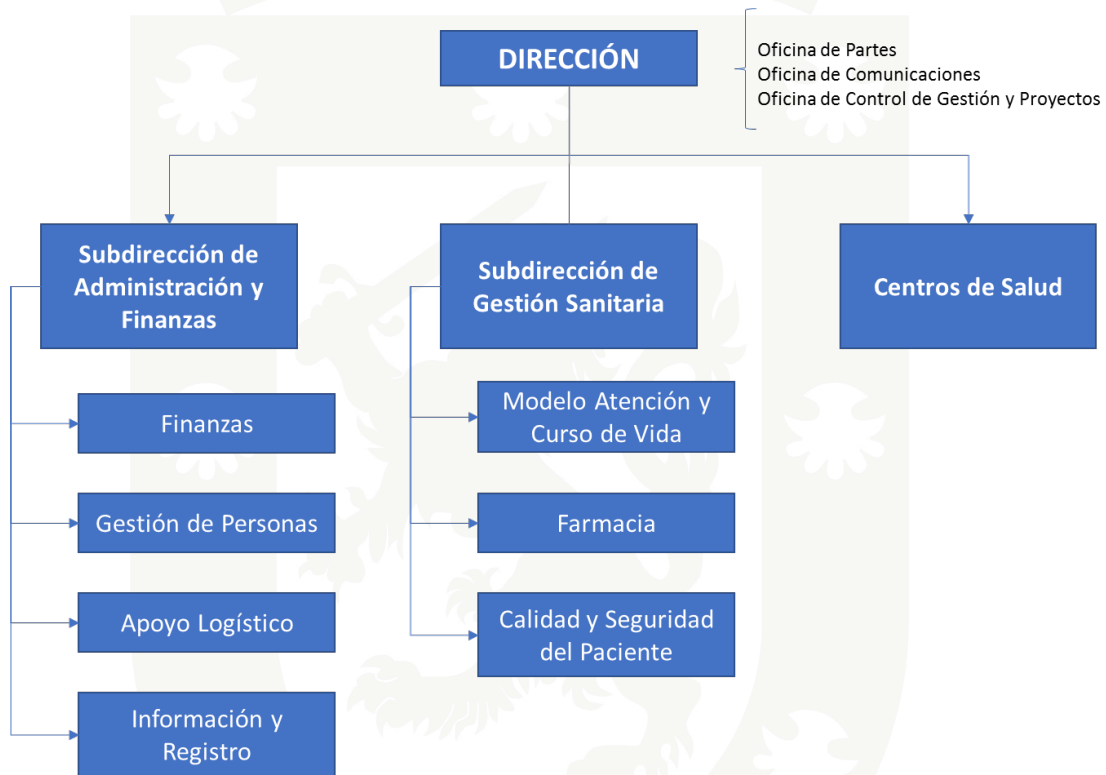


Junto a estos se encuentran los siguientes subprogramas, servicios o áreas de gestión:

- Programa de Salud Cardiovascular (PSCV)
- Programa de Hipotiroidismo
- Programa de Artrosis
- Programa de Epilepsia
- Programa de Enfermedad de Parkinson
- Programa de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA)
- Programa de Enfermedades Respiratorias (ERA)
- Gestión local de acreditación y calidad (GLAC)
- Servicios de Apoyo Clínico (Unidad de Tratamiento y Curaciones, Cirugía Menor, Unidad de Toma de Muestras)

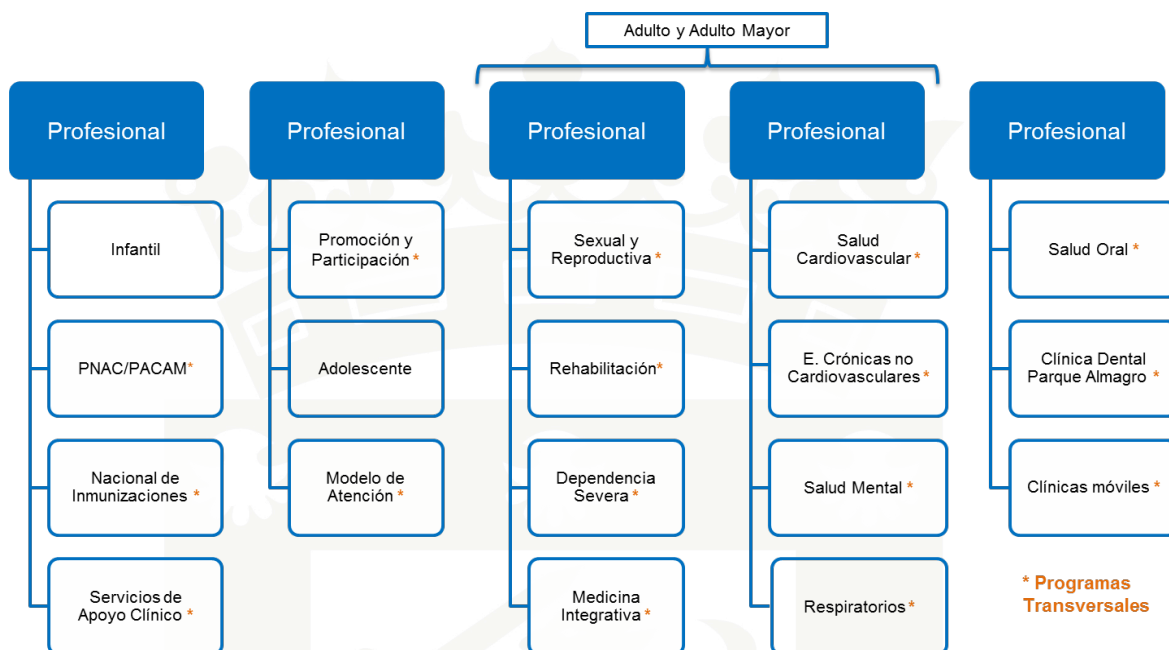
Por otra parte, la estructura organizacional de la Dirección de Salud (DISAL) fue diseñada con el objetivo de responder de manera eficiente a todos los procesos de gestión de la Red. Este 2017 ha sido un período de transición hacia una nueva administración municipal y directiva y que ha implicado una evaluación de los procesos técnicos y administrativos.

De esta forma, se propone una reestructuración del organigrama la que se presenta en la figura a continuación:



Respecto al Equipo de Gestión Técnica de la Dirección de Salud, se propone que sea liderado por la Subdirección de Gestión Sanitaria, y que quede estructurado por los 3 elementos organizacionales que aparecen en el organigrama. Para el área de Modelo de Atención, específicamente, se postula su conformación por un grupo de al menos 5 profesionales que aborden los siguientes programas y subprogramas de acuerdo a la figura que se presenta a continuación.

Con esto, quedan representados los Programas que se ejecutan en atención primaria y las áreas relacionadas con procesos de apoyo clínico de nuestros establecimientos de salud que requieren de una supervisión técnica.



La descripción funcional de cada elemento se describe en los párrafos siguientes:

Subdirección de Administración y Finanzas

Unidad responsable de la administración general de la Red de Salud, su función central es asegurar la disposición de recursos, financieros, humanos, físicos y tecnológicos, que aseguren la continuidad en la prestación del servicio. Además, asesora a la Dirección en materias propias de su competencia y apoyar en la definición de lineamientos estratégicos administrativos.

Finanzas

Unidad responsable de la gestión financiera y contable de la red de salud, debiendo cautelar el presupuesto anual y asegurar las disponibilidades de caja que permitan cumplir con compromisos de corto plazo.



Gestión de Personas

Unidad responsable de la gestión integral de las personas contratadas para la red de salud, debe asegurar principalmente la contratación y pago de acuerdo con la legislación vigente, y liderar los procesos de calificación, capacitación, provisión del personal y calidad de vida de los trabajadores.

Apoyo Logístico

Unidad responsable de la gestión integral del ciclo logístico, servicios generales y administración de contratos, debiendo apoyar técnicamente en lo que al proceso de provisión se refiere a toda la Red de Salud, incluyendo la mantención de equipos y las actividades relacionadas con el soporte informático.

Información y Registro

Unidad responsable de la adecuada recolección, ingreso, limpieza y mantención de los registros de apoyo a la gestión Clínica y que se encuentran en la base de datos de propiedad de la Red de Salud, cautelando la privacidad de los mismos y la alimentación de información a instituciones vinculadas, como el Servicio de Salud Metropolitano Central, FONASA, MINSAL, entre otros.

Subdirección de Gestión Sanitaria

Unidad liderada por un profesional médico, que debe velar por la calidad técnica de las prestaciones que se otorgan en la Red de Salud Municipal, el cumplimiento de los principios éticos que las regulan y por el desarrollo del Modelo de Salud Familiar, basado en la integridad, resolutivez y continuidad de la atención, con énfasis en lo comunitario, en la prevención y promoción de la salud.

Modelo de Atención y Curso de Vida

Unidad encargada de asegurar la implementación de los programas de salud y del modelo de atención, tanto a clientes internos como externos y sus mejoras, cumpliendo los estándares, normativas y procedimientos internos de la Dirección de Salud. Permitiendo el fortalecimiento y tecnificación de los procesos de atención con el objeto de satisfacer las necesidades de la población, en base a una mirada amplia por ciclo vital.

Farmacia

Unidad responsable de la programación de medicamentos e insumos clínicos que aseguren el abastecimiento oportuno de la Red de Salud, además deberá ocuparse de entregar lineamientos técnicos a las farmacias, botiquines y botica, de la red, en lo que respecta a arsenales, protocolos y revisión de sus cumplimientos (auditorías).

Calidad y Seguridad del Paciente

Unidad encargada de dirigir, planificar, organizar y/o controlar los procesos, procedimientos, protocolos y actividades relacionadas con la gestión de la calidad y seguridad de la

atención, así como orientar, hacer seguimiento y verificar su funcionamiento, con el fin de garantizar el cumplimiento de los estándares impuestos por la Dirección de Salud, buscando alcanzar la mejora continua.

Centro de Salud

Unidad encargada de la gestión del establecimiento de salud y sus Estaciones Médicas de Barrio, debe organizar los recursos humanos y materiales disponibles, orientándolos hacia consecución de las metas emanadas de la Dirección de Salud Municipal, cautelando la calidad técnica y de oportunidad de las prestaciones que se otorgan. Además, tendrá su énfasis en el desarrollo del Modelo de Salud Familiar, basado en la integridad, resolutivez y continuidad de la atención, con énfasis en lo comunitario, en la prevención y promoción de la salud.





2. Gestión de las personas

2.1. Dotación 2018

El recurso humano es clave para la consecución de los objetivos de una organización. Son condiciones importantes para ello lograr una cantidad suficiente, una distribución y composición adecuada, así como también que posea las competencias apropiadas para una alta calidad de desempeño.

Para determinar la dotación de recursos humanos, dos factores relevantes son: la población inscrita validada y los coeficientes técnicos para el cálculo de las 44 de horas profesional según número de población. Ambas tablas a continuación muestran esa información:

Tabla IV.1: Población validada Corte FONASA 31 de agosto 2017

Territorio	Población Validada
Ignacio Domeyko	57.225
Padre Orellana	25.225
Benjamín Viel	18.507
Arauco	16.180
Total Red	117.137

Tabla IV.2: Coeficientes técnicos, cantidad de profesionales por población

Territorio	Población Validada
Médico	3.500
Odontólogo	5.000
Enfermera	3.500
Matrona	6.000
Nutricionista	9.000
Trabajador Social	9.000
Psicólogo	9.000
Kinesiólogo	9.000
Auxiliar de Enfermería	1.500
Administrativos	3.000

Es importante señalar que estos parámetros, dado el modelo actual (Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque de Salud Familiar y Comunitaria), son insuficientes para atender la demanda real de la población beneficiaria, especialmente en el Área Psicosocial.



La dotación de funcionarios de la Red de Salud, año 2018, por categorías funcionarias es la siguiente:

CATEGORIAS	CARGO	DOTACION 2017	PROPUESTA DOTACION 2018
CATEGORIA "A"	DIRECTORA	88	132
	Médicos	1.859	1.991
	Médicos Especialistas	308	308
	Dentistas	868	1.176
	Químico Farmacéutico	220	264
	TOTAL CATEGORIA "A"	3.343	3.871
CATEGORIA "B"	Directora	176	220
	Enfermera	1.584	1.760
	Matrona	859	958
	Nutricionista	572	682
	Kinesiología	492	580
	Asistente Social	748	836
	Profesor	220	220
	Tecnólogo Médico	88	110
	Psicólogos	897	1.018
	Educadora de Párvulos	44	44
	Fonoaudióloga	44	44
	Terapeuta Ocupacional	88	88
	Otros Profesionales	682	902
	TOTAL CATEGORIA "B"	6.494	7.462
CATEGORIA "C"	Técnicos de Nivel Superior	5.302	5.632
	TOTAL CATEGORIA "C"	5.302	5.632
CATEGORIA "D"	Auxiliar Paramédico en Enfermería	462	484
	TOTAL CATEGORIA "D"	462	484
CATEGORIA "E"	Administrativos de Salud	1.540	1.760
	TOTAL CATEGORIA "E"	1.540	1.760
CATEGORIA "F"	Auxiliares servicios de salud	572	616
	Chofer	220	264
	TOTAL CATEGORIA "F"	792	880
TOTAL HORAS SEMANALES		17.933	20.089

En la Norma Técnica COSAM N°106, publicada el año 2008 y vigente a la fecha, se plantea un estándar mínimo de horas profesionales cada 40.000 beneficiarios, como propuesta a extrapolar a la realidad local de cada Territorio. En la actualidad la Comuna de Santiago cuenta con aproximadamente 191.000 beneficiarios inscritos en los Centros de Salud Municipal

y dependientes del servicio (CESFAM N°1 y N°5), pertenecientes a la comuna y que deben ser atendidos en este COSAM único en la comuna de Santiago.

A continuación se muestra el análisis de las horas por profesional requeridas, v/s las horas reales de pacientes inscritos en nuestra red de salud Municipal, mostrando así la brecha con que cuenta nuestro Centro de Salud Mental en este aspecto:

Profesional	Jornadas/Horas Actuales		Horas/ Jornadas requeridas por Estandar		Brecha		
	Horas Actuales	Jornadas Actuales	Horas Requeridas	Jornadas Requeridas	Diferencia en horas	Diferencia Jornadas	% Dotación cubierta
Psiquiatra Adulto*	157	3,57	154,00	3,50	0,25	0,01	100%
Psiquiatra Infanto Juvenil	44	1,00	88,00	2,00	-44	-1,00	50%
Enfermera	0	0,00	132,00	3,00	-176	-4,00	0%
Psicologo Adulto	115,5	2,63	264,00	6,00	-302,5	-6,88	28%
Psicologo PAB	33	0,75	132,00	3,00	-176	-4,00	16%
Neuropsicologo	33	0,75	0,00	0,00	-123,75	-2,81	21%
Evaluacion Tribunales	11	0,25	44,00	1,00	-41,25	-0,94	21%
Psicologo Infantojuvenil	88	2,00	176,00	4,00	-121	-2,75	42%
Psicologo PAB-PAC	11	0,25	44,00	1,00	-41,25	-0,94	21%
Neuropsicologo	11	0,25	44,00	1,00	-41,25	-0,94	21%
Asistente Social	88	2,00	264,00	6,00	-330	-7,50	21%
Terapeuta Ocupacional	88	2,00	264,00	6,00	-330	-7,50	21%
Tecnico en Salud Mental	44	1,00	352,00	8,00	-583	-13,25	7%
Tecnico paramedico	44	1,00	176,00	4,00	-165	-3,75	21%
Administrativo	132	3,00	352,00	8,00	-286	-6,50	32%
Auxiliar de Servicio	0	0,00	176,00	4,00	-209	-4,75	0%
Direccion y Gestion	55	1,25	132,00	3,00	-101,75	-2,31	35%
Monitores	0	0,00	220,00	5,00	-313,5	-7,13	0%
Otros (Guardias)	44	1,00	44,00	1,00	44	1,00	0%
Total	998,5	22,69	3058,00	69,50	-3341	-75,93	23%

*Inlcuye Horas Becados



Se puede decir que COSAM da atención a los usuarios de la Comuna tan solo con un 22,7 % de la Dotación requerida para la cantidad de beneficiario. Sin embargo, el trabajo comprometido y permanente de entrega por parte del equipo a solución a la gran demanda con listas de espera de no más de un mes de atención.

El pasado lunes 23 de octubre de 2017 se realizó el lanzamiento del Plan de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria 2017 - 2025, en ella se informó que prontamente se publicará una nueva Norma Técnica para los Centros de Salud Mental COSAM, la que se encontraba en construcción hasta este momento. Esta es una excelente noticia pues permitirá modernizar las acciones y evaluaciones de nuestros servicios.





2.2. Plan Anual de Capacitaciones

Introducción

La capacitación impacta positivamente en el desempeño de las personas y por ende de las organizaciones, en el sector Salud es clave mantener actualizados a los equipos ya que el bien superior que cautela es la vida de la población.

Para mejorar constantemente el desempeño, es necesario que las actividades formativas sean planificadas y consistentes con la misión de la institución, buscando que los trabajadores realicen actividades pertinentes y en centros formadores de calidad.

Objetivo General

Contribuir al desarrollo de competencias funcionales (laborales) necesarias para dar respuestas satisfactorias a los objetivos institucionales, centrados en la atención de calidad y excelencia.

Objetivos Específicos

- Contribuir al desarrollo de competencias funcionales necesarias para alcanzar la misión y visión institucional.
- Capacitar a los funcionarios de la Red de Salud en favor de la mejora de la atención.
- Orientar continuamente para asegurar el logro de los objetivos sanitarios, conforme a lineamientos estratégicos ministeriales y locales.
- Mejorar el clima laboral, propiciando el trabajo en equipo y favoreciendo el cumplimiento de metas colectivas.

Marco Jurídico

Principales aspectos relacionados con la Capacitación señalados en la Ley N°19.378:

Artículo 22: "Las entidades administradoras serán autónomas para determinar la forma de ponderar la experiencia, la capacitación y el mérito para los efectos de la aplicación de la carrera funcionaria, según los criterios objetivos que al efecto se fijen en el reglamento municipal respectivo".

Artículo 38: "Define que para los efectos de la aplicación de la carrera funcionaria se entenderá por capacitación el perfeccionamiento técnico profesional del funcionario a través de cursos o estadías programados y aprobados en la forma señalada por esta ley y sus reglamentos".

Artículo 42: "Indica que se reconocerán las actividades de capacitación, los cursos y estadías de perfeccionamiento que formen parte de un programa de formación de recursos humanos reconocido por el Ministerio de Salud".

Artículo 43: "Las entidades administradoras de salud del sector municipal podrán celebrar convenios de intercambio transitorio de funcionarios, tanto con otras entidades municipales, como con instituciones del sector público y del sector privado, con el objeto de favorecer la capacitación de su personal. Los funcionarios del Sistema tendrán derecho a participar,

hasta por cinco días en el año, con goce de sus remuneraciones, en actividades de formación, capacitación o perfeccionamiento, reguladas por el reglamento”.

Grupo Objetivo

Funcionarios de la Red de Salud de la Ilustre Municipalidad de Santiago a plazo indefinido y fijo, de todas las categorías funcionarias, según lo señalado en la Ley 19.378.

Características

- Integrado al Sistema de Salud, sustentado en los principios de eficiencia, eficacia, equidad, focalización.
- Contribuye al logro de los objetivos entregados por las políticas de Salud a nivel ministerial y local.
- Flexible, adaptado a los cambios epidemiológicos, sociales, tecnológicos y económicos de la población de la comuna de Santiago.

Financiamiento

El presente programa de capacitación (año 2018) es financiado por la Ilustre Municipalidad de Santiago y el Servicio de Salud Metropolitano Central, asegurando una mejor distribución de cursos durante el año 2018.

Lineamientos Estratégicos Ministeriales

Para el año 2018 se mantienen los 9 lineamientos utilizados en la programación 2017, priorizándose en el presente plan los puntos 1, 2, 3 y 4 y 7.

1. Fortalecer el Modelo de Atención en Salud, junto con los valores y principios que lo sustentan.
2. Consolidar el Modelo de Gestión en Red, local regional y suprarregional.
3. Fortalecer el Sistema de Garantías Explícita en Salud (GES) y responder a objetivos sanitarios 2011-2020, a las prioridades, problemas, metas y compromisos de salud locales.
4. Mejorar la Calidad de la Atención y Trato al Usuario.
5. Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el Mejoramiento de la calidad de vida funcionaria.
6. Incorporar tecnologías de la información y comunicaciones (TICs).
7. Desarrollar la gestión administrativa, física y financiera.
8. Mejorar la Gestión y desarrollo de las personas.
9. Mejorar la prevención, y manejo de las contingencias, emergencias y catástrofes provocadas por desastres naturales, accidentes, etc. Que afectan la seguridad de las personas y de la infraestructura, equipamiento e inversiones de los establecimientos asistenciales y medio ambiente en general.

Lineamientos Estratégicos Locales

1. Desarrollar y fortalecer las competencias de liderazgo y trabajo en equipo en la organización.
2. Incorporar en la detección de necesidades y diseño instruccional, los requerimientos de los equipos de salud y equipos gestores.
3. Dar énfasis a las actividades de capacitación conducentes a mejorar la calidad de vida laboral y clima organizacional, desde la perspectiva humanista.





4. Asegurar adecuados niveles de transferencia de lo aprendido, potenciando la aplicabilidad.
5. Implementar una metodología de evaluación y medición de transferencia de las actividades de capacitación efectiva, replicable y vinculante para futuras contrataciones.

Prestadores

El Plan de Capacitación de la Red de Salud de Santiago contempla oferentes internos y externos que aportan al desarrollo organizacional y técnico a los equipos de salud, a modo ejemplo los siguientes:

1. Actividades Formales del Servicio de Salud Metropolitano Central.
2. Ministerio de Salud, a través de Pasantías Internacionales.
3. Consejo para la transparencia.
4. Sistema de Aprendizaje a Distancia del Ministerio de Salud.
5. Ministerio de Salud, quien coordina con instituciones externas.
6. Plan Anual de Capacitación Municipal 2018.
7. Capacitaciones de Carácter voluntario, autogestionadas, que guardan relación con el PAC 2018.
8. Universidades reconocidas por el Gobierno de Chile.
9. Consultoras, Institutos Profesionales y Organismos Técnicos de Capacitación con experiencia en el ámbito de la Salud Pública.
10. Secretaría Regional Ministerial de Salud Metropolitana.
11. Asociación Chilena de Seguridad.

Comité Bipartito de Capacitación (CBC)

Es un organismo asesor de la Dirección de Salud y su finalidad es acordar, evaluar y proponer los programas anuales de capacitación de la Red de Salud.

Integrantes:

1. Representante entidad
2. Asociaciones de funcionarios
3. Representantes Equipo Gestor

Plan de Trabajo:

1. Constitución formal del CBC.
2. Establecer funciones y responsabilidades.
3. Crear protocolo y programa anual de trabajo.
4. Participar en la programación del PAC.
5. Participar en la oferta, selección, evaluación y medición del PAC.

Plan de Trabajo 2018

- a) Incorporar lineamientos estratégicos locales que fomenten ambientes saludables con mejor clima laboral, potenciando y mejorando habilidades y actitudes favorables hacia mejores entornos laborales.
- b) Formalizar Comité Bipartito, el cual debe formular un Plan de trabajo, con protocolo establecido el que será sancionado por la Dirección de Salud.
- c) Incorporar la aplicabilidad de la capacitación, como una herramienta facilitadora en los equipos en cuanto a la actualización y desarrollo de habilidades educativas.



- d) Incorporar en el sistema informático municipal, los datos de capacitación y carrera funcionaria, con el fin de facilitar en forma eficaz y oportuna el acceso a todos los funcionarios que deseen consultar a través de la Intranet los cursos realizados, notas y puntajes.

Resultados de la Aplicación de Encuesta DNC 2018

La Detección de Necesidades de Capacitación se desarrolló para el año 2018 a través de una encuesta, dirigida a todos los funcionarios de la Red de Salud.

Lineamientos Priorizados

Lineamiento 1: Fortalecer el Modelo de Atención en Salud, junto con los valores y principios que lo sustentan.

- Basado en un enfoque de Redes Integradas de Salud (RISS)
- Acciones de promoción y prevención, fomentando hábitos de vida y entornos saludables
- Diplomado Salud Familiar, Geriatria, Gestión Local de Salud para establecimientos de APS
- Salud Familiar: Nivel básico, intermedio y avanzado; Consejería familiar
- Acreditación y calidad en establecimientos de APS
- Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, determinantes sociales
- Introducción a la gestión local en la atención primaria
- Cuidado Integral del adulto mayor
- Reanimación cardiopulmonar básica, media y avanzada
- Manejo de personas con enfermedades crónicas
- Problemas Respiratorios Prevalentes en la Población Infantil
- Educación Popular y del adulto
- Adolescencia y adolescente: Rol de los equipos de salud familiar
- Actualización en lavados de Oídos
- Reanimación en emergencias cardiorespiratorias
- Uso racional de medicamentos
- Migrantes y Salud
- Medicina Complementaria
- Precauciones Universales
- Actualización en lactancia materna
- Actualización en ginecoobstetricia
- Actualización en VIH, proceso y patología

- Radiología para TENS Dental
- Programa Salud Mental APS/COSAM

Lineamiento 2: Consolidar el Modelo de Gestión en Red, local regional y suprarregional.

- Formulación de Proyectos
- Competencias en salud familiar, enfoque de redes y satisfacción usuaria
- Enfoque RISS (Redes integradas en salud)

Lineamiento 3: Fortalecer el Sistema de Garantías Explícita en Salud (GES) y responder a objetivos sanitarios 2011-2020, a las prioridades, problemas, metas y compromisos de salud locales.

- Actualización en el manejo GES de problemas frecuentes en APS
- Manejo de patologías prevalentes en APS (GES)

Lineamiento 4: Mejorar la Calidad de la Atención y Trato al Usuario.

- Trato al usuario, manejo de conflicto y comunicación efectiva
- Manejo de paciente difícil y/o poli consultante

Lineamiento 7: Desarrollar la gestión administrativa, física y financiera.

- Gestión de la Demanda para Establecimientos de APS
- Gestión de recursos financieros de manejo en APS
- Programación en APS
- Gestión en RRHH
- Gestión directiva y liderazgo de procesos
- Gestión de agenda
- Ética y probidad administrativa
- Manejo de repositorio Nacional, lista de espera
- Dirección de Instituciones de Salud
- Contabilidad Gubernamental Municipal - Nivel 1 - CGR
- Activo fijo - CGR
- Probidad y transparencia
- Resguardo de información
- Ley 19886 - Compras públicas
- Elaboración de bases y Gestión de licitación
- Manejo de reuniones y conversaciones efectivas
- Aplicabilidad en Salud
- Logística y abastecimiento

Otros Lineamientos

Lineamiento 5: Generar estrategias de Desarrollo Organizacional para el Mejoramiento de la calidad de vida funcionaria.

- Desarrollo de buenas prácticas organizacionales para el mejoramiento de la calidad de vida laboral
- Jornada técnico profesional y de autocuidado
- Herramientas para calificadores
- Ergonomía y autocuidado en oficinas
- Ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
- Prevención y control de incendios (extintores)
- Técnicas de movilización y traslado de pacientes
- Gestión Ambiental
- Buenas prácticas organizacionales
- Calidad de Vida laboral
- Salud ocupacional y prevención de riesgos
- Trabajo en equipo
- Clima Laboral

- Liderazgo
- Manejo de burnout





- Manejo de conflictos
 - Manejo stress
 - Autocuidado del equipo de Salud

Lineamiento 6: Incorporar tecnologías de la información y comunicaciones (TICs).

- Actualización en Microsoft office, sistema operativo básico, medio y avanzado
- Administración y configuración de sistema operativo para servidores
- Incorporación de nuevas herramientas de programación
- Actualización en redes de comunicación y enlaces
- Programación en R y SQL

Lineamiento 8: Mejorar la Gestión y desarrollo de las personas.

- Deberes y derechos de los funcionarios
- Política de gestión de personas
- Normativa y reglamentos sobre carrera funcionaria
- Gestión Administrativa (SIAPER)
- Gestión de personas, confección de indicadores

Lineamiento 9: Mejorar la prevención, y manejo de las contingencias, emergencias y catástrofes provocadas por desastres naturales, accidentes, etc. Que afectan la seguridad de las personas y de la infraestructura, equipamiento e inversiones de los establecimientos asistenciales y medio ambiente en general.

- Apoyo emocional en situaciones de emergencia y catástrofes.
- Manejo frente a catástrofes

Indicadores

% Cobertura Anual	$\frac{\text{Nº Funcionarios Capacitados}}{\text{Total de Funcionarios Contratados}} \times 100$	Mayor a un 30% de la dotación al 31.12.18 (No se posee línea base)
% Ejecución del Presupuesto	$\frac{\text{Presupuesto Devengado 2018}}{\text{Total Presupuesto Autorizado 2018}} \times 100$	Mayor a un 80% al 31.12.18 (No se posee línea base)
% de Aplicabilidad	$\frac{\text{Nº Funcionarios Capacitados por sus Pares}}{\text{Total de Funcionarios Contratados}} \times 100$	Mayor a un 5% de la dotación al 31.12.18 (No se posee línea base)



2.3. Convenios y colaboración Institucional

La Red de Salud Municipal de Santiago ha mantenido a lo largo de los años convenios docente asistenciales con 3 instituciones de educación superior: Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional Andrés Bello y la carrera de Técnico de Nivel Superior de Enfermería del Instituto Profesional y Centro de Formación Técnica Santo Tomás.

Para el próximo año, se espera realizar una revisión general y actualización de los convenios vigentes con las mencionadas entidades.

La Dirección de Salud de la I. Municipalidad de Santiago ha desarrollado durante el año 2017 varias actividades con colaboradores de distinta índole, entre ellos destacan los siguientes:

- Instituciones de Educación Superior: La red de salud municipal recibe alumnos en el contexto de convenios docente asistenciales con la Facultad de Medicina de la U. de Chile, la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional Andrés Bello y la carrera de Técnico de Nivel Superior de Enfermería del Instituto Profesional y Centro de Formación Técnica Santo Tomás. Por otro lado, se desarrolló el programa Paciente Empoderado en colaboración con la Universidad San Sebastián, el cual tuvo como objetivo que los pacientes pudieran adquirir herramientas que les permitan tomar el control de su salud.
- Instituciones varias: Entre ellas destaca Rotary, institución con la cual se desarrolló un operativo preventivo en colaboración con distintos profesionales de la salud.

Para el próximo año, se realizará una revisión general y actualización de los convenios vigentes con las mencionadas entidades y otras, gestionando nuevos convenios de colaboración.

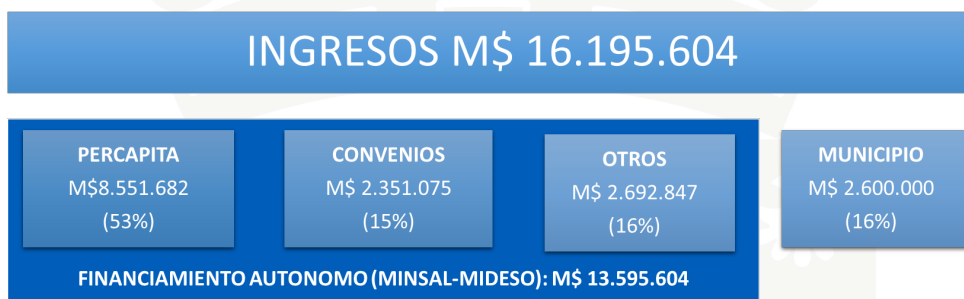
V. Gestión Financiera

La gestión de las finanzas es un apoyo primordial para la gestión general de los distintos recursos, incidiendo por ello directamente en el logro de los objetivos planteados.

A continuación, se exponen los principales ingresos y gastos proyectados por la Dirección de Salud de Santiago para el año 2018.

Ingresos Presupuestarios

Los Ingresos de la Dirección de Salud presupuestados para el próximo año están conformados por los conceptos de la siguiente figura y corresponden a M\$ 16.195.604, siendo el Ingreso más importante las transferencias correspondientes al Per cápita (53%). El financiamiento de programas en convenio supone M\$ 2.351.075 que corresponden a 15% del total y, por último, el Municipio aporta con M\$ 2.600 (16%). Es importante hacer notar que, en relación al percápita, para el próximo período anual el número de inscritos aumentó en 5.387 personas, llegando a ser de 117.137 usuarios, con lo que se espera que exista un aumento en el aporte por este concepto.

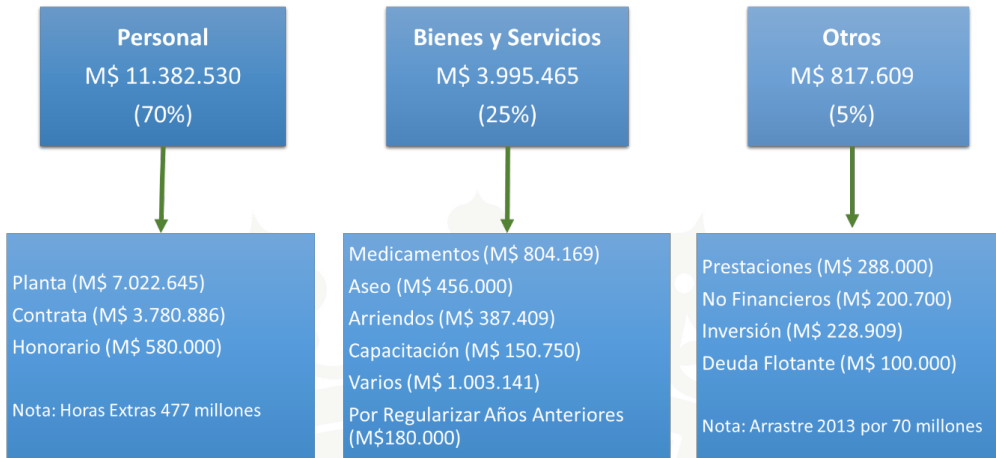


En la tabla siguiente se detalla lo anterior y se compara con el año anterior:

Código	Denominación	Presupuesto Inicial 2017	Propuesta 2018
11505	Transferencias Corrientes	12.765.626	14.953.104
1150501	Del Sector Privado	16.254	20.000
1150503	De otras Entidades públicas	12.749.372	14.933.104
11508	Otros Ingresos Corrientes	358.500	472.500
1150801	Recuperaciones y Reembolsos Licencias Médicas	336.000	450.000
1150899	Otros	22.500	22.500
11512	Ingresos por Percibir	264.000	270.000
11515	Saldo Inicial de Caja	350.175	500.000
1151501	Saldo Inicial de Caja	350.175	500.000
Totales		13.738.301	16.195.604

Gastos Presupuestarios

Estos responden a los gastos en que se incurre para el funcionamiento de la Dirección de Salud y de los establecimientos de salud de Atención Primaria dependientes de la Municipalidad de Santiago. Se pueden destacar 2 grandes categorías: Gastos en Personal, que corresponden a M\$ 11.382.530 (70%) y M\$ 3.995.465 (25%) destinados Bienes y servicios. La siguiente figura muestra el detalle de lo anterior:



Se debe hacer notar, que, los ingresos percibidos por el per cápita no son capaces de financiar el gasto completo, llegando a cubrir sólo el 75,1% del gasto en Personal.

En Bienes y Servicios destaca que el mayor gasto corresponde a la categoría medicamentos, con M\$804.169, seguido del gasto en Aseo y Arriendos.

Es importante intervenir en los aspectos que se puedan, realizando, por ejemplo, una buena gestión técnica orientada hacia un uso racional y seguro de los medicamentos, lo que sin duda contribuirá a optimizar la asignación de los dineros.



VI. Desarrollo de la Infraestructura

El crecimiento de la población comunal en los últimos 17 años ha sido considerable, en el año 2000 la comuna contaba con 13.316 inscritos y en el año 2012 los inscritos alcanzan un total de 105.079, y para 2017 con 117.137, multiplicando en 8.8 veces la población validada a cargo de nuestra Red de Salud.

En lo referido a infraestructura, la Red de Salud tiene importantes diferencias entre sus territorios, Domeyko y Arauco cuentan con Centros de Salud Familiar, mientras que los centros de salud Benjamín Viel y Padre Orellana son edificaciones antiguas, que no tienen posibilidad real de ser ampliados o acondicionados, principalmente por temas de m² de superficie de terreno disponible en los inmuebles utilizados en la actualidad.

En una situación similar se encuentran las Estaciones Médicas de Barrio. Ello trae como consecuencia dificultades importantes para ofertar las prestaciones en cantidad suficiente, por lo que el área de infraestructura es de relevancia para la gestión de esta Dirección.

Algunos proyectos que van en la línea de mejorar este estándar son los siguientes:

1. Centros de Salud y Estaciones Médicas de Barrio

Durante 2017, y por medio de fondos propios y ministeriales (Programa Mantenimiento Infraestructura), se encuentra en proceso de elaboración de proyecto y bases de licitación para reparaciones en CESFAM Arauco. Para el CESFAM Domeyko se encuentran en proceso de validación interna y de adjudicación de licitación los proyectos de Reposición de Cubierta del CESFAM y el de Habilitación de Bodega y de Sala de Residuos.

Asimismo, durante este año, se realizaron mejoras y mantenimiento de Estaciones Médicas de Barrio pertenecientes a los Territorios Domeyko, Orellana y Viel.

Respecto a UAPO y COSAM, para el primero se considerará su traslado y habilitación en un sector del nuevo CESFAM Erasmo Escala, y para el segundo está en carpeta la búsqueda de un inmueble que permita un aumento en su capacidad de oferta.

2. Nuevos Centros de Salud

El CESFAM Erasmo Escala es un proyecto que actualmente está en etapa de ejecución de obra y se espera que pueda comenzar su habilitación hacia el primer y segundo trimestre de 2018. Con capacidad para 30.000 inscritos y emplazado un predio de 3.072 m² ubicado en el área norponiente de la Comuna, será un establecimiento que complementará y elevará el estándar de la oferta de salud de dicho territorio. El inmueble será de 2 niveles, y en sus 2.495,35 m² construidos contará con todos los recintos propios de un Centro de Salud Familiar entre los que se encuentran 3 áreas de atención clínica con sus respectivos boxes, para 3 sectores, Farmacia, Bodega de Alimentos, Sala de Procedimientos para curación y

tratamiento, Vacunatorio, Sala de toma de muestra, Box IRA y ERA, Sala de Rehabilitación, Box de cirugía menor, etc.

El CESFAM Matta Sur forma parte de un proyecto mayor denominado Centro Comunitario Matta Sur. El proyecto se construirá en un terreno de 2.485 m². Consta, por una parte, de la recuperación patrimonial del edificio de 3 niveles del ex Liceo Metropolitano de Santiago, (de 2.007,73 m²) y, por otro lado, se edificará en el mismo predio un centro de salud familiar para 30.000 inscritos de 3.491,78 m². Se espera que la obra pueda estar finalizando hacia fines del último trimestre de 2018.

El CESFAM estará ubicado en el sector de la Agrupación Vecinal 10, en calle Ñuble esquina Chiloé. Actualmente el proyecto se encuentra en etapa de adjudicación de licitación, para luego entrar a ejecución de obra.

Se espera que el nuevo Centro de Salud aborde las brechas de infraestructura y de oferta sanitaria para los territorios de los establecimientos Benjamín Viel, Padre Orellana y sus respectivas Estaciones Médicas de Barrio.

3. Clínica Dental Parque Almagro y Clínicas Dentales móviles

La Clínica Dental Parque Almagro se encuentra ubicada en San Diego #480, al costado de la Dirección de Salud y emplazada en la Plaza Carlos Pezoa Veliz. Corresponde a una dependencia anexa de la Iglesia de los Sacramentinos, de 320 m² interiores y 108 m² de obras al exterior, en cuyo interior existen 4 box de procedimiento dental, 1 sala de toma de radiografías, 1 SOME y sala REAS.

El objetivo de la Clínica Dental es apoyar con horas de atención dental para los pacientes de los Territorios Benjamín Viel y Padre Orellana. Su funcionamiento partió en octubre de este año, otorgando prestaciones dentales de atención primaria, entre las que destacan acciones de destartraje, obturaciones, exodoncias y derivaciones a especialidades al sistema secundario, entre otras.

Además, en el contexto del Programa "Mejoramiento al Acceso a la atención Odontológica", se incorporarán a la Dirección de Salud 3 Carros Móviles para atención dental, especialmente destinados a la atención los estudiantes de nuestros establecimientos educacionales. Dichos Carros Móviles, de dimensiones de 5 metros de largo, 2 metros de ancho y 2 metros de alto, estarán equipados con un sillón dental y equipo de toma de radiografías, lo cual permitirá una atención expedita e integral de nuestros usuarios.



VII. Anexos

1. Detalles de Encuesta de Satisfacción Usuaría 2016

Ámbito N°1:

	Preguntas	Consultorio Padre Orellana	Centro de Salud Familiar Arauco	Consultorio Benjamín Viel	Centro de Salud Familiar Ignacio Domeyko
CALIDAD DEL TRATO EN ASPECTOS GENERALES	P8) La forma en que lo recibieron y saludaron cuando Ud. llegó a este Consultorio (Centro de Salud) o cuando fue atendido.	6,364	6,233	5,857	5,95
	P9) El vestuario y presentación del personal de este consultorio (centro de salud) (administrativo, paramédico y profesional).	6,614	6,302	6,238	5,9
	P10) La identificación o piocha que usan las personas que trabajan en este lugar para que Ud. los reconozca.	6,068	6,14	6,071	5,25
	P11) La limpieza de este Consultorio (Centro de Salud).	6,841	6,605	6,5	6,25
	P14) Y, qué nota le pone al tiempo que tuvo que esperar desde que llegó o fue citado(a) hasta que fue atendido(a).	6,114	6,14	6,476	5,175

Si analizamos la calidad del trato hacia los usuarios Orellana supera con un promedio de nota 6.4, Arauco y Benjamín Viel 6.3 y Domeyko 5.7.

Contamos con una empresa de aseo externalizada, se tendrá que realizar supervisiones mensuales.

Ámbito N°2

	Preguntas	Consultorio Padre Orellana	Centro de Salud Familiar Arauco	Consultorio Dr. Benjamín Viel	Centro de Salud Familiar Ignacio Domeyko
CALIDAD DEL TRATO PERSONAL TÉCNICO-PARAMÉDICO	P21) La amabilidad y cortesía del(los) Auxiliar(es) de Enfermería (Técnico - Paramédico) que lo(a) atendió (eron).	6,523	6,628	6,667	6,15
	P22) El tiempo que el Auxiliar de Enfermería (Técnico -Paramédico) dedicó a atenderle.	6,591	6,674	6,643	6,15
	P23) Las respuestas del Auxiliar de Enfermería (Técnico - Paramédico) a las preguntas que Ud. le hizo.	6,614	6,605	6,571	6,15
	P24) La disposición del Auxiliar de Enfermería (Técnico-Paramédico) para escuchar y comprender lo que Ud. le dijo.	6,5	6,651	6,595	6,15
	P25) La confianza que le generó el Auxiliar de Enfermería (Técnico-Paramédico) que lo atendió.	6,545	6,674	6,643	6,15

Si comparamos la calidad del trato de técnico Paramédico hacia los usuarios Viel y Arauco se destacan dentro de la red con un promedio de 6.6, Orellana 6.5, y Domeyko 6.1.

Ámbito N°3:

CALIDAD DEL TRATO PERSONAL ADMINISTRATIVO	Preguntas	Consultorio Padre Orellana	Centro de Salud Familiar Arauco	Consultorio Dr. Benjamín Viel	Centro de Salud Familiar Ignacio Domeyko
	P15) La amabilidad y cortesía del personal administrativo que lo(a) atendió.	6,455	6,116	5,905	6
	P16) La rapidez con que fue atendido(a) por personal.	6,477	6,279	6,048	6
	P17) El interés del personal para que Ud. comprendiera la información que le dieron.	6,432	6,372	5,905	6
	P18) La disposición del personal para escuchar y comprender lo que Ud. les dijo.	6,409	6,209	5,81	5,9
	P19) La confianza que le generó el personal administrativo.	6,409	6,279	5,881	5,95

Si observamos la calidad del trato del personal administrativo hacia los usuarios Orellana lidera el puntaje con promedio 6.4, Arauco 6.2 y los centros Viel y Domeyko con un promedio de 5.9.

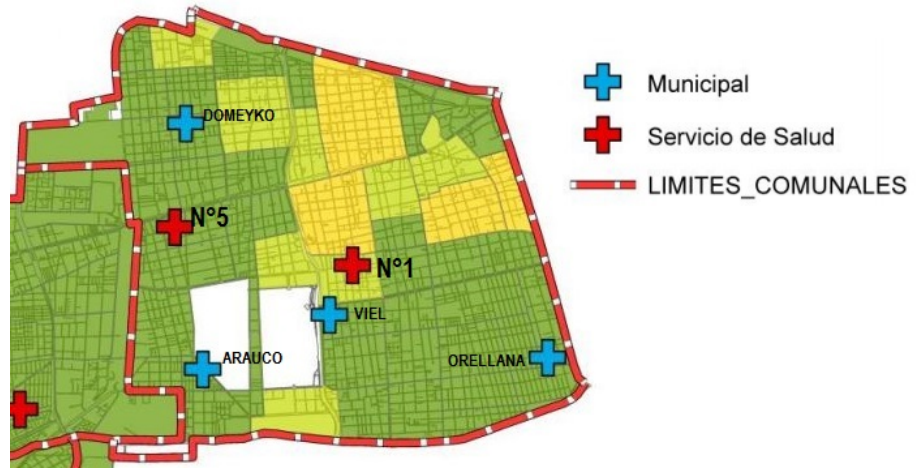
Ámbito N°4:

CALIDAD DEL TRATO PERSONAL PROFESIONAL	Preguntas	Consultorio Padre Orellana	Centro de Salud Familiar Arauco	Consultorio Dr. Benjamín Viel	Centro de Salud Familiar Ignacio Domeyko
	P27) El interés y la amabilidad del (la) profesional que lo(a) atendió.	6,705	6,512	6,762	5,925
	P28) La explicación que le dio el (la) profesional sobre su problema de salud y tratamiento.	6,5	6,535	6,762	5,875
	P29) La posibilidad que le brindó el (la) profesional para que Ud. pudiera opinar sobre su problema de salud y tratamiento.	6,614	6,512	6,714	5,95
	P30) La disposición del (la) profesional para escuchar y comprender lo que Ud. le dijo.	6,591	6,465	6,762	5,925
	P31) La confianza que le generó el (la) profesional que lo atendió.	6,568	6,465	6,762	5,95

Si analizamos la calidad del trato de profesional hacia los usuarios Viel supera con un promedio de nota 6.8, Orellana 6.6, Arauco con un 6.5 y Domeyko 5.9.

2. Red de Atención Primaria de Salud Municipal de Santiago

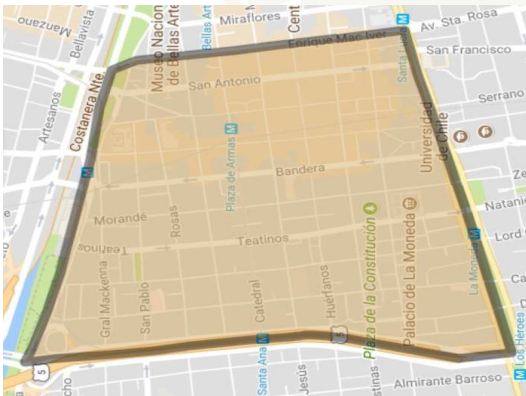
Red Comunal



CESFAM Ignacio Domeyko

Sector 1

La Población a cargo del Sector 1 es de un total de 9.250 personas.



Los límites del sector son:

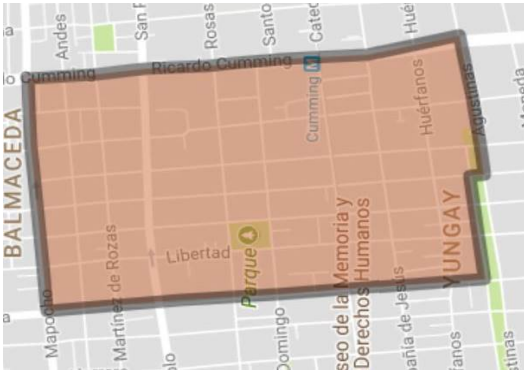
- Norte con la calle Balmaceda
- Sur con la Avda. L. B. O'Higgins Alameda
- Poniente con la calle Matucana
- Oriente con la calle Estado.





Sector 2

La Población a cargo del sector 2 es de un total de 12.180 personas.

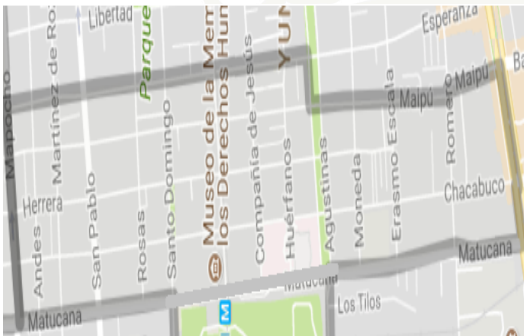


Los límites del sector son:

- Avda. Mapocho vereda sur
- Av. Cumming vereda poniente
- Calle Agustinas vereda norte
- Calle Esperanza vereda oriente.

Sector 3

La Población a cargo del sector 3 es de un total de 12.022 personas.



Los límites del sector son:

- Norte con la calle Mapocho
- Sur con la Avda. L.B. O´Higgins Alameda
- Poniente con la calle Matucana
- Oriente con la calle Cueto.

Sector Brasil



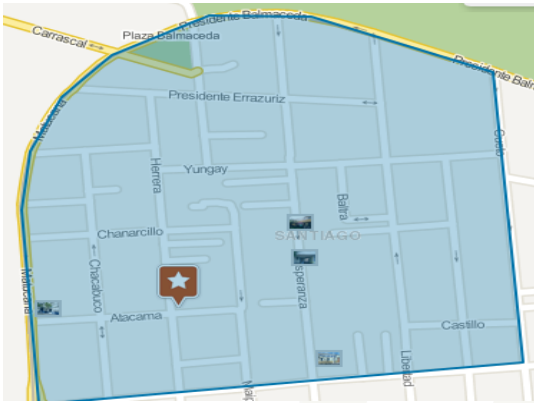
Los límites del sector son:

- Calle Agustinas vereda norte
- Avda. Manuel Rodríguez vereda poniente
- Avda. Ricardo Cummings vereda oriente
- Calle Martínez de Rozas vereda sur.

El sector de Brasil anteriormente correspondía a una EMB, pero por motivos de daños de infraestructura tuvo que ser trasladada al Cesfam Domeyko.



EMB Balmaceda



Los límites de la estación médica son:

- Avda. Matucana (vereda oriente)
- Avda. Mapocho (vereda norte)
- Calle Cueto (vereda poniente)
- Avda. Balmaceda (Vereda sur)

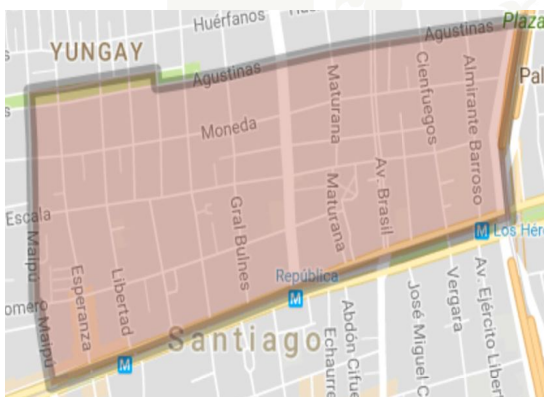
EMB D'Onofrio



Los límites de la estación médica son:

- Avda. Presidente Balmaceda desde Manuel Rodríguez hasta Cueto
- Cueto hasta Avda. Mapocho.
- Mapocho desde Cueto hasta Avda. Ricardo Cumming.
- Avda. Ricardo Cumming desde Avda. Mapocho hasta calle Martínez de Rozas.
- Calle Martínez de Rozas y calle General Mackenna vereda poniente hasta Avda. Manuel Rodríguez.

EMB Concha y Toro



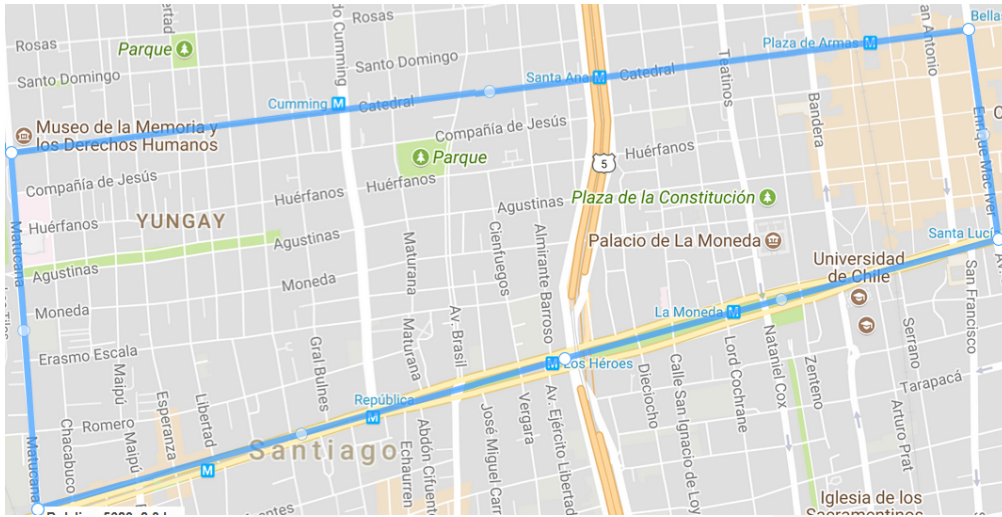
Los límites de la estación médica son:

- Vereda norte de Avda. L.B.O'Higgins Alameda
- Vereda Poniente de Avda. Manuel Rodríguez
- Vereda Sur de Calle Agustinas
- Vereda Oriente de Calle Maipú.

Nuevo CESFAM Erasm Escala

Respecto a este nuevo CESFAM, que posiblemente iniciaría sus atenciones en el segundo semestre del 2018.

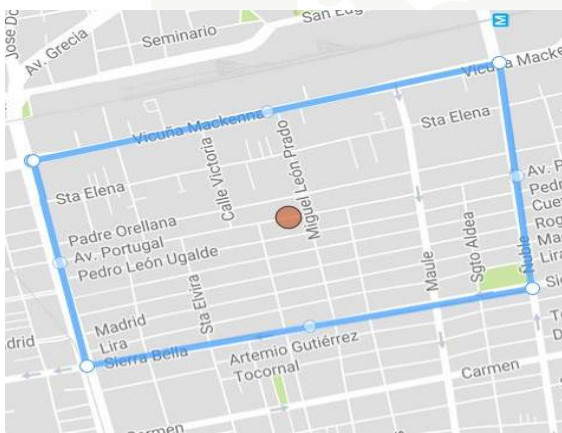
Se han realizado una serie de reuniones con las juntas de vecinos para concretar los límites y estos inicialmente será hacia el poniente Matucana desde cathedral hacia el oriente y llegaría hasta Calle Mac-Iver y hacia el sur Alameda.



Inicialmente la población de la estación concha y toro junto con parte del sector 2 y 3 del Cefsam Domeyko se trasladaría a este nuevo Cefsam, por ende se requiere realizar el 2018, una nueva delimitación de sectores y estaciones médicas.

La puesta en marcha de las atenciones se iniciara con 10.000 inscritos

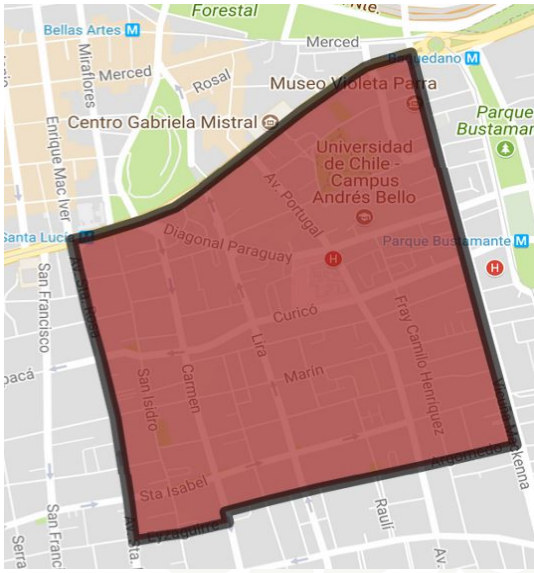
Cesfam Padre Orellana



Los límites del Cesfam son:

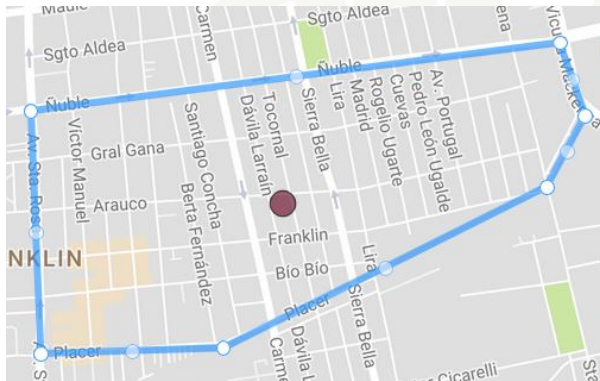
- Avda. Matta Vereda Sur
- Calle Ñuble vereda Norte
- Avda. Vicuña Mackenna vereda Poniente
- Calle Sierra Bella vereda Oriente

EMB San Borja



- Los límites de la estación médica son:
- Avda. L.B.O'Higgins Alameda vereda Sur
 - Calle Argomedo vereda Norte
 - Avda. Santa Rosa vereda Oriente
 - Avda. Vicuña Mackenna vereda Poniente.

EMB Dávila Larraín



- Los límites de la estación médica son:
- Santa Rosa vereda Oriente
 - Vicuña Mackenna Vereda Poniente
 - Placer vereda Sur
 - Ñuble vereda Sur

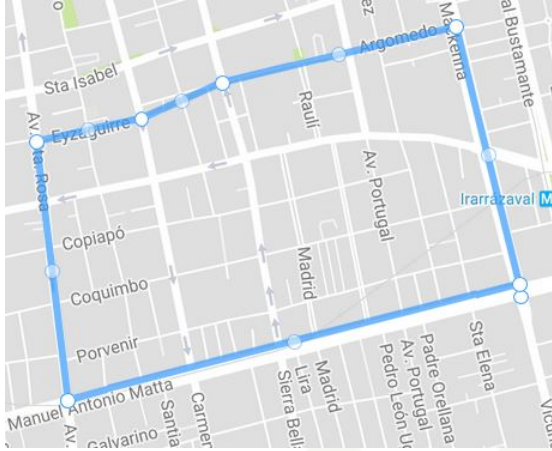
EMB Parque Forestal



- Los límites de la estación médica son:
- Alameda Vereda Norte al Sur
 - Vicuña Mackenna vereda Poniente
 - Costanera Norte al Norte



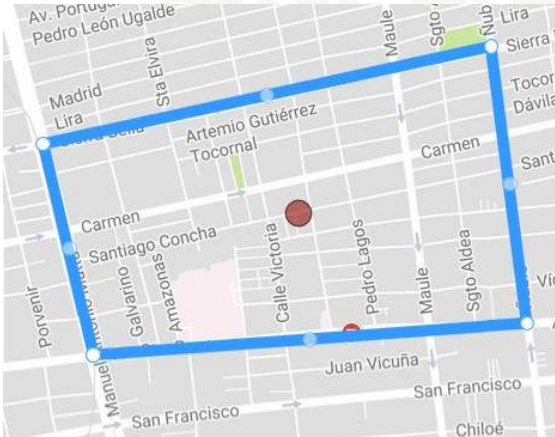
EMB Coquimbo



Los límites de la estación médica son:

- Santa Rosa vereda oriente
- Vicuña Mackenna vereda poniente
- Argomedo vereda Sur
- Avda. Matta vereda Norte

EMB Gacitúa



Los límites de la estación médica son:

- Avda. Matta vereda Sur
- Nuble Vereda Norte
- Santa Rosa Vereda Oriente
- Sierra Bella vereda poniente

CESFAM Arauco Sector Azul



Los límites del sector son:

- Norte: Antofagasta
- Sur: Centenario
- Este: Club Hípico
- Oeste: Camino Melipilla



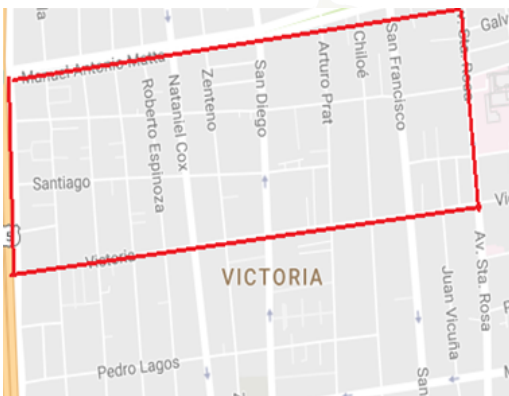
Sector Verde



Los límites del sector son:

- Norte: Grajales
- Sur: Antofagasta
- Este: Norte -Sur
- Oeste: Exposición

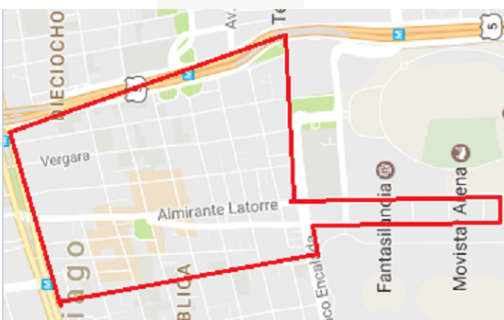
CESFAM Benjamin Viel



Los límites del Cesfam son:

- Norte: Av. Matta
- Sur: Victoria
- Este: Av. Santa Rosa
- Oeste: Av. Viel

EMB San Emilio

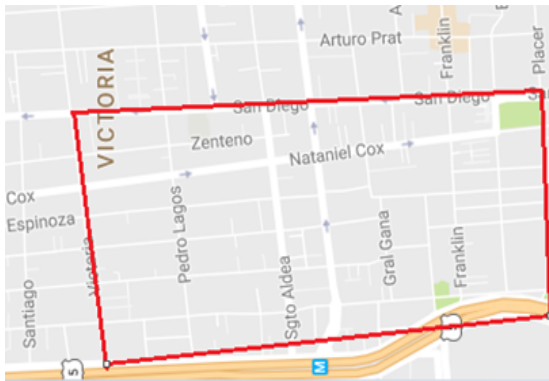


Los límites de la estación médica son:

- Norte: Alameda
- Sur: Iñiguez
- Este: Manuel Rodriguez
- Oeste: Av. España



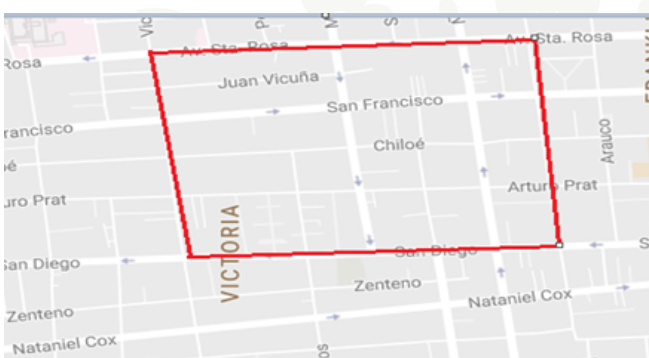
EMB Sargento Aldea



Los límites de la estación médica son:

- Norte: Victoria
- Sur: Placer
- Este: Av. San Diego
- Oeste: Av. Viel

EMB Carol Urzua



Los límites de la estación médica son:

- Norte: Victoria
- Sur: Placer
- Este: Av. Santa Rosa
- Oeste: Av. San Diego



3. Matriz de Cuidado por Ciclo Vital de la Red APS Municipal

OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	SE ARTICULA CON	DOMEYKO	ORELLANA	VIEL	ARAUCO
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, asegurando el buen uso de los maletines de lactancia entregados.	Porcentaje de niños/as controlados al sexto mes con lactancia materna exclusiva	$(N^{\circ} \text{ de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida} / N^{\circ} \text{ de lactantes controlados al 6to mes}) * 100$	60% Para toda la red de Salud	REM	METAS SANITARIAS	1	1	1	1
Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Consejería individual de actividad física entregada a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años	Porcentaje de consejerías individuales en actividad física entregadas a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años	$(N^{\circ} \text{ de consejerías individuales en actividad física entregadas a, padres y cuidadores menores de 10 años} / \text{Total de población bajo control menor de 10 años}) * 100$	10% Para Viel y Domeyko. Orellana 2% y Arauco 5%	REM	NINGUNA	3	1	1	PI

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.	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional al 5º mes	(Población con consulta nutricional al 5º mes / Total de población bajo control de 5 a 11 meses)* 100	75% Domeyko, Orellana 62.5% Arauco y Viel 50%	REM	NINGUNA	1	1	1	1
Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	Taller educativo a padres de niños de 2 - 4 años, con refuerzo en hábitos de alimentación saludable y prevención de obesidad infantil.	Porcentaje de padres de niños y niñas que participan del taller de refuerzo de hábitos de alimentación saludable.	(Población que asiste a taller de promoción a padres de niños(as) de 2 - 4 años/Total de población bajo control entre 24 - 48 meses)*100	Domeyko , Araco 1 y Viel 1 y Orellana 4	REM		2	2	1	1
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.	Porcentaje de niños y niñas con consulta a los 3 años y 6 meses	(Población con consulta a los 3 años y 6 meses/ Población bajo control entre 42 y 47 meses)* 100	Domeyko 40%, Orellana 62.5% Viel y arauco 50%	REM	NINGUNA	2	2	3	3

Aumentar el número de padres (hombres) que participan en los controles de salud de sus hijos	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa del padre	Porcentaje de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre	(N° de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre / N° de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años)*100	Domeyko, Viel y Arauco 25% Orellana 32%	REM	NINGUNA	2	1	3	2
Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia.	Porcentaje de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente	(N° de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente/N° de niños/as eutróficos bajo control, en cada control correspondiente)*100	60% Domeyko, Viel y Arauco y Orellana 80%	REM	NINGUNA	2	2	3	2
Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 5 años bajo control.	Porcentaje de niños(as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres Nadie es Perfecto	(N° 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 menores de 5 años)*100	5.5% de la población BC	REM	NINGUNA	1	1	1	1
Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y	Rescate de población inasistentes a los controles de salud	Porcentaje de niños/as inasistentes a control de salud en el grupo etario	(N° de niños/as inasistentes a control de salud en el grupo etario/ total de niños/as bajo control en el grupo etario)*100	Disminuir en 10% Domeyko Viel y Arauco, Orellana >3%	REM	NINGUNA	3	2	1	3

cobertura del control de salud 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 niños migrantes	Total de niños y niñas migrantes bajo control según estado nutricional	Número de niños y niñas migrantes bajo control año 2017 - número de niños y niñas migrantes bajo control año 2016/ Número de niños migrantes bajo control año 2016	Mantiene su meta 2016 la red de salud	REM	NINGUNA	1	2	1	1
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.	Promedio de controles de salud de niños/as de 24 a 71 meses	(Nº de controles de salud de niñas/os de 24 a 71 meses / Nº total de niñas/os de 24 a 71 meses bajo control)	1 control anual	REM	NINGUNA	3	2	1	2
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)	Porcentaje de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo de niños/as de 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (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	90%	REM	NINGUNA	1	1	1	1

			control)*100							
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.	Porcentaje de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de niños/as de 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses	(N° de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses / Total de controles sano realizados a niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	90%	REM	NINGUNA	2	2	1	1
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).	Porcentaje de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños/as de 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses	(N° 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	94% Domeyko, resto de la red 90%	REM	IAAPS	1	1	1	1
Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	Porcentaje de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de niños/as de 24 a 47 meses	(N° de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) / N°	50%	REM	NINGUNA	2	1	2	1

contexto del control de salud del niño/a sano		(Primera evaluación)	total control sano de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100							
Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. (Primera evaluación).	Porcentaje de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños/as de 24 a 47 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses(Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses / N° total control sano de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)*100	50% Domeyko, Viel y arauco 50% Orellana 20%	REM	NINGUNA	2	1	1	1
Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	Talleres preventivos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas a niños/as menores de 10 años y a sus madres, padres y/o cuidadores de niños/as	Porcentaje de Talleres preventivos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas realizados	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) N° de talleres realizados (año anterior) / N° de talleres realizados (año anterior))*100	1 taller al año	REM	NINGUNA	3	2	3	3
Entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas usuarias de la Atención Primaria	Talleres preventivos de violencia de genero a niños/as menores de 10 años y a sus madres, padres y/o cuidadores de niños/as	Porcentaje de Talleres preventivos de violencia de genero realizados	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) N° de talleres realizados (año anterior) / N° de talleres realizados (año anterior))*100	1 taller al año	REM	NINGUNA	3	2	3	3

Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	Porcentaje de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes	(Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes / Nº Total control de ciclo vital de niñas y niños de 1 mes)*100	100%	REM	NINGUNA	1	1	1	1
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	Porcentaje de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas	(Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100	100%	SIGGES	NINGUNA	1	1	1	1
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.	Porcentaje de controles de salud de niños/as de 48 a 71 meses con evaluación 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	90%	REM	NINGUNA	2	2	2	2
Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Medición de la presión arterial para detectar precozmente niños y niñas portadores de hipertensión arterial	Porcentaje de controles de salud de niños/as de 36 a 71 meses con evaluación de presión arterial	Nº de controles de salud de niños/as de 36 a 71 meses con evaluación de presión arterial / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 36 a 71 meses)* 100	línea base	REM		2	1	2	2
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna hepatitis A a los /as niños/as a los 18 meses de edad	Porcentaje de niños/as de 18 meses de edad con vacuna Hepatitis a administrada	(Nº de niños/as de 18 meses de edad con vacuna hepatitis A administrada/Nº de niños/as de 18 meses de edad)*100	línea base	RNI	NINGUNA	1	1	1	1

Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños/as de 1 año.	Porcentaje de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada	(N° de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada/N° de niños/as de 1 año)*100	95%	RNI	NINGUNA	1	1	1	1
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.	Porcentaje de niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días con vacuna de influenza administrada	(Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días/total de niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días)*100	90%	RNI	NINGUNA	1	1	1	1
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.	Porcentaje de niños/as entre los 5 y los 10 años portadores de enfermedades crónicas con vacuna de influenza administrada	(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	90%	RNI	NINGUNA	1	1	1	1
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de esquema primario completo de vacuna Pentavalente en niños/as menores de 1 año	Porcentaje de niños/as menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna Pentavalente	(Administración de esquema primario completo de vacuna Pentavalente en niños/as menores de 1 año/Total de niños/as menores de 1 año)*100 (el esquema primario incluye administración de pentavalente a los	95%	RNI	NINGUNA	1	1	1	1

			2, 4 y 6 meses de edad)							
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica al año de vida.	Porcentaje de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivírica administrada	(N° de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivírica administrada / N° de niños de 1 año)*100	95%	RNI	NINGUNA	1	1	1	1
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administrar primera dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan cuarto año básico.	Porcentaje de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4° básico	(N° de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4° básico/N° de niñas matriculadas en 4° básico)*100	90%	RNI	NINGUNA	1	1	1	1
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna SRP Y DTP(a) en primero básico	Porcentaje de niños de 1° año básico con dosis de vacuna SRP administrada	N° de niños de 1° año básico con dosis de vacuna SRP administrada/ Matricula niños 1° básico año en curso *100	90% de los(as) niños y niñas con vacuna SRP administrada	RNI	NINGUNA	1	1	1	1
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna SRP Y DTP(a) en primero básico	de niños de 1° año básico con dosis de vacuna dtp(a)administrada	N° de niños de 1° año básico con dosis de vacuna dtp(a)administrada/ Matricula niños 1° básico año en curso *100	90% de los(as) niños y niñas con vacuna DTP(a) administrada	RNI	NINGUNA	1	1	1	1

Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población menor de 7 años.	Porcentaje de niñas y niños menores de 7 años con registro ceod	(N° de niñas y niños menores de 7 años con registro ceod/ N° total de niñas y niños menores de 7 años ingresados a control en el centro de salud (CERO)* 100	VALOR META IAAPS	REM	NINGUNA	1	1	2	1
Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Control de salud oral de niños y niñas menores de 7 años	Porcentaje de niñas/os menores de 7 años que ingresan a la población bajo control en salud oral (CERO)	(N° de niños y niñas menores de 7 años ingresados en la población bajo control en salud oral/ N° de niños y niñas menores de 7 años inscritos y validados en los establecimientos)*100	60% Domeyko, Orellana 30% Arauco 40%	REM	NINGUNA	1	2	2	2
Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Evaluación de estado de salud bucal de la población menor de 7 años	Porcentaje de niñas/os libres de caries menores de 3 años	(N ° de niños y niñas menores de 3 años con registro ceod= 0/ N° de niñas/os menores de 3 años inscritos y validados)*100	VALOR META IAAPS	REM	IAAPS	1	1	1	1
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	Porcentaje de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y /o cuidadores ingresan a educación grupal en prevención de IRA	(N° de niños menores de 1 año cuyas madres, padres y /o cuidadores ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ N° total de niños menores de 1 año derivados con	60% domeyko, viel y arauco y orellana 20%	REM	NINGUNA	1	2	2	2

			score ira leve o moderado)*100							
Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	Visitas domiciliaria a niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía grave.	Porcentaje de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral	(N° de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral / N° de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave)*100	100%	REM	NINGUNA	1	1	1	1
Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	Realizar auditoría clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en el hogar.	Porcentaje de auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas menores de 9 años fallecidos por neumonía	(N° de auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas menores de 9 años fallecidos por neumonía / N° de niños y niñas de 0 a 9 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100	100%	Plataforma PVS	NINGUNA	1	1	1	1
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 niños/as con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Realizar visitas domiciliarias integrales a niños/as con dependencia moderada y/o severa	(N° de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a niños/as con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ N° de población infantil bajo control por	A lo menos 2 visita domiciliarias integrales mensuales a niños/as con dependencia moderada /o y severa	REM	NINGUNA	1	1	3	1

			dependencia moderada y/o severa))*100							
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo	Porcentaje de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM	(Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM / N° total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor)*100	100%	REM	IAAPS	1	1	1	1
Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	Porcentaje 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 los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ N° de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses) *100	VALOR META SANITARIA	REM	METAS SANITARIAS	1	1	3	1

<p>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</p>	<p>Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud.</p>	<p>Porcentaje de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años</p>	<p>(Nº de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año vigente) (MENOS) Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año anterior)/ 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</p>	<p>Aumentar en un 5% Domeyko, viel y arauco Orellana aumentar1.5%</p>	<p>REM</p>	<p>NINGUNA</p>				
							1	1	1	1

Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA	Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente)	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior)) Calculo de proporción: (N° de personas asmáticas controladas de 0-9 años bajo control /N° de personas asmáticas de 0-9 años bajo control)*100	Incrementar en un 20%	REM	NINGUNA	1	1	1	1
Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA Baja en menores de 5 años	Porcentaje de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación	(N° de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación / N° de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100	100%	SIGGES	NINGUNA	1	1	1	1

Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 7 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Atención odontológica integral a población de niños y niñas de 6 años.	Porcentaje de altas odontológicas integrales en niños y niñas de 6 años	(N° de niñas y niños de 6 años con egresos odontológicos total/ N° Total de niñas y niños de 6 años inscritos y validados)*100	VALOR META SANITARIA	REM	METAS SANITARIAS	1	1	1	1
Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en menores de 10 años	Urgencia Odontológica ambulatoria en menores de 10 años	Porcentaje de consultas odontológicas de urgencia GES en menores de 10 años	(N° total de consultas odontológicas de urgencia GES en menores de 10 años realizadas el año actual/ Población menor de 10 años inscrita año actual)*100	2.5%	REM	NINGUNA	1	1	1	1
Protección y recuperación de la salud buco dental de menores de 10 años	Morbilidad Odontológica en menores de 10 años	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en menores de 10 años	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en población menor de 10 años/N° de población menor de 10 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	30%	REM	NINGUNA	2	1	3	2
Brindar atención integral y oportuna a personas mayores de 5 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de	Atención integral de niños y niñas mayores de 5 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Proporción de personas bajo control por trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental mayor de 5 años (año vigente) / Población inscrita validada mayor de 5 años x 22% de prevalencia	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos	REM	NINGUNA	3	1	1	1

alcohol y drogas				mentales						
Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Casos presentados en consultoría de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas	Porcentaje de casos presentados en consultoría de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	(N° de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año vigente) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) N° de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año anterior) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100	Mantener respecto al año anterior.	REM	NINGUNA	3	1	3	2

<p>Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas</p>	<p>Altas terapéuticas de niños y niñas mayores de 5 años con diagnósticos de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas</p>	<p>Porcentaje de personas egresadas por alta terapéutica y consumo problemático de alcohol y drogas</p>	<p>N° de personas egresadas por alta terapéutica año 2017 (Menos) N° de personas egresadas por alta terapéutica año 2016 / N° de personas egresadas por alta terapéutica año 2016</p>	<p>Aumentar en N° de altas respecto al año anterior</p>	<p>REM</p>	<p>NINGUNA</p>	<p>3</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>3</p>
<p>Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas</p>	<p>Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas en niños y niñas mayores de 5 años</p>	<p>Porcentaje de controles de salud mental realizados por trastornos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas</p>	<p>((N° de controles de Salud Mental totales realizadas / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año 2017) (Menos) (((N° de controles de Salud Mental totales realizadas / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año 2016)) / ((N° de controles de Salud Mental totales realizadas / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año 2016)</p>	<p>Aumentar en N° de controles respecto al año anterior</p>	<p>REM</p>	<p>NINGUNA</p>	<p>3</p>	<p>1</p>	<p>2</p>	<p>1</p>

Mejorar la atención de personas mayores víctimas de violencia de género	Ingreso de niños mayores de 5 años a atención integral por violencia de género.	Porcentaje de niños y niñas ingresadas a atención integral por violencia de género.	(N° de niños y niñas ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) N° de personas ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ N° de niñas y niños ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	Aumentar los ingresos en relación al año anterior.	REM	NINGUNA	3	1	2	3
Tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar	Porcentaje de familias de riesgo	N° de familias evaluadas con Cartola o encuesta familiar /N° de familias inscritas/ X 100	Arauco 50%, Domeyko. Viel y Orellana 21%	REM	NINGUNA	1	1	1	1
Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4	Porcentaje de familias de riesgo intervenidas	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4/N° de familias evaluadas con Cartola o encuesta familiar	10%	REM p7 sujeto a modificación del REM 2018	NINGUNA	1	1	1	1

Adolescencia y Juventud

OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	SE ARTICULA CON	DOMEYKO	ORELLANA	VIEL	ARAUCO
Promoción de la salud mental en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Realización de talleres promoción de <u>estilos de vida saludable</u> a población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior)) a población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años) *100	1 taller anual	REM	NINGUNA	P3	P2	P3	P3
Promoción de la salud mental en población indígena de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Realización de talleres de promoción para el cuidado de salud de la población indígena adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Actividades comunitarias de salud mental con pertinencia cultural: Taller de promoción de la salud mental en población indígena adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(Nº de talleres diseñados y realizados / Nº de talleres programados con pertinencia cultural en población indígena adolescente y jóvenes de 10 a 24 años) *100	1 taller anual	REM	PESPI	P2	P3	P3	P3



<p>Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.</p>	<p>Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.</p>	<p>Porcentaje de consejerías breves antitabaco realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años.</p>	<p>(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) N° 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</p>	<p>100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería</p>	<p>REM</p>	<p>NINGUNA</p>	<p>P3</p>	<p>P2</p>	<p>P3</p>	<p>P1</p>
<p>Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años</p>	<p>Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva adolescentes de 10 a 19 años</p>	<p>Porcentaje de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva</p>	<p>(Nº de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) N° de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior)/ N° de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva)</p>	<p>Aumentar en un 20% Domeyko, Viel y Arauco y Orellana mantener 13%</p>	<p>REM</p>	<p>NINGUNA</p>	<p>P2</p>	<p>P3</p>	<p>P2</p>	<p>P3</p>

			reprodPluctiva (año anterior)*100							
Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo.	Control prenatal acompañado pareja, familiar u otro.	Porcentaje de gestantes de 10 a 24 años con acompañamiento en el control prenatal	(N° de Cplonroles prenatales apl gestantes de 10 a 24 años con placompañante/ N° Topltal de controles prenatal a gestantepis de 10 a 24 años p2realizados)*100	30%	REM	NINGUNA	P2	P1	P2	P2
Aumentar el número visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestante de 10 a 19 años en riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 19 años con riesgo psicosocial.	Porcentaje de VDI a adolescentes gestantes de 10 a 19 años en riesgo psicosocial	(Np2° de VDI a adolep2scntes Gestantp2es de 10-19 años enp2 riesgo psicosocial (aplño vigente) [MENOpIS] N° de VDI a adopllescentes Gestapl ntes de 10-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)/ N° de VDI a adolescentes Gestantes de 10-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)) *100	Aumentar en un 10%	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P2
Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre de 10 a 24 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 24 años y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Porcentaje de controles madre de 10 a 24 años /RN dentro de los 10 días de vida	(N° de controles de salud integral a puérperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida / N° total de ingresos de RN) *100	70%	REM		P1	P1	P1	P1

Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 6 meses de posparto	(N° 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	100% Red Orellana 50%	REM	NINGUNA	P1	P2	P1	P1
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.	Porcentaje de gestantes que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal	(N° de gestantes que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal / N° total de ingresos a control prenatal)*100	100%	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Conocer el porcentaje de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan antes de las 14 semanas de embarazo a Control prenatal	Control prenatal	Porcentaje de gestantes migrantes de 10 a 24 años que ingresan a control prenatal antes de las 14 semanas de embarazo.	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	Establecer línea base	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P3
Pesquisar y derivar oportunamente a gestantes que presentan factores de riesgo desde el nivel primario de atención	Control prenatal	Porcentaje gestantes 10 a 24 años bajo control Prenatal portadora de Streptococo Grupo B	(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)	Establecer línea base	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P2

Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral adolescentes de 10 a 19 años.	Porcentaje de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 19 años	(N° 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	VALOR META IAAPS	REM- A01 Población inscrita 10 a 19 años	IAAPS	P1	P1	P1	P1
Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral adolescentes de 10 a 19 años.	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años pesquisados con riesgo en control de salud integral.	(N° de adolescentes de 10 a 19 años pesquisados con riesgo en control de salud integral/número de adolescentes de 10 a 19 años con control de salud integral)*100	Establecer línea base	REM P9/REM A01	NINGUNA	P2	P2	P2	P2
Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres de 10 a 24 años	Control Preconcepcional.	Porcentaje controles preconcepcional realizados a mujeres de 10 a 24 años	(N° de controles preconcepcional realizados a mujeres de 10 a 24 años (año vigente) (MENOS) N° de controles preconcepcional realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior))/ N° de controles preconcepcional realizados a mujeres de 10 a 24 años (año anterior))*100	Aumentar en un 10% ArAuco, aumentar 15% Orellana y Viel y mantiene Domeyko	REM	NINGUNA	P3	P2	P2	P2

Atención integral de salud ginecológica a mujeres adolescentes y jóvenes.	Control ginecológico a mujeres de 10 a 24 años	Porcentaje de controles ginecológicos realizados 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	Aumentar en un 30% Viel y Domeyko, Orellana mantiene 36% y Arauco aumenta en 20%	REM	NINGUNA	P3	P2	P2	P2
Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención el VIH-SIDA e ITS y Promover el uso del condón en adolescentes	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	Porcentaje de adolescentes y jóvenes que reciben consejerías en salud sexual y reproductiva, prevención del VIH/SIDA e ITS y Consejería en regulación de la fertilidad, con entrega de condones	(Nº de adolescentes 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 de 10 a 24 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de	Aumentar en un 30%	REM P9	NINGUNA	P2	P2	P2	P1

			VIH/SIDA e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones (año anterior) / N° de adolescentes 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 ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes de 10 a 19 años	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad	(N° de adolescentes de 10 a 19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ N° de adolescentes de 10 a 19 años) inscritos en centros de salud) *100	VALOR META 2018	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1



<p>Aumentar el uso de doble anticonceptivo (método de regulación de fertilidad efectivo más preservativo) en adolescentes)</p>	<p>Control de regulación de fertilidad en adolescentes.</p>	<p>Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años en regulación de fertilidad con método de regulación más preservativo</p>	<p>(N° de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad con "método de regulación de fertilidad más preservativo") / N° de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad) *100</p>	<p>100%</p>	<p>REM</p>	<p>NINGUNA</p>	<p>P2</p>	<p>P2</p>	<p>P2</p>	<p>P2</p>
<p>Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.</p>	<p>Realizar examen de VIH en jóvenes de 20-24 años que consultan por morbilidad.</p>	<p>Porcentaje de exámenes para VIH realizados en consultantes a jóvenes de 20-24 años</p>	<p>N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes de 20-24 años por morbilidad (año vigente) (MENOS) N° de exámenes para VIH realizados en consultantes de 20-24 años por morbilidad (año anterior)/N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes de 20-24 años por morbilidad (año anterior))*100</p>	<p>Aumentar en 10%</p>	<p>REM</p>	<p>NINGUNA</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>



<p>Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.</p>	<p>Realizar examen de VIH en adolescentes y jóvenes de 15-24 años que lo requieran por demanda espontánea.</p>	<p>Porcentaje de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años</p>	<p>(Nº total de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15-24 años (año vigente) (MENOS) (Nº total de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15-24 años (año anterior) /Nº total de exámenes VIH realizados por demanda espontánea a adolescentes y jóvenes de 15-24 años, (año anterior))*100</p>	<p>Aumentar en 20%</p>	<p>REM</p>	<p>NINGUNA</p>				
<p>Aumentar la cobertura de vacunación</p>	<p>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</p>	<p>Porcentaje de adolescentes con segunda dosis de vacuna VPH.</p>	<p>(Nº de adolescentes con segunda dosis de vacuna VPH que cursan 5º básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico/Nº de adolescentes matriculadas en 5º básico que recibieron 1ª dosis el año anterior) *100</p>	<p>90% de cobertura</p>	<p>RNI</p>	<p>NINGUNA</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>

Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 24 años.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 24 años. vacunados con anti-influenza	(N° 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 portadores de enfermedades crónicas) *100.	95 % de cobertura	RNI	NINGUNA				
							P1	P1	P1	P1
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las adolescentes con embarazo de 13 semanas y más	Porcentaje adolescentes con embarazo de 13 semanas y más vacunados con anti-influenza	N° de adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y más semanas vacunadas con anti-influenza / N°Total adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y más semanas) *100.	95 % de cobertura	RNI	NINGUNA				
							P1	P1	P1	P1
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	Porcentaje de jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 13 semanas y más de gestación más vacunados con anti-influenza	N° jóvenes entre los 20 y 24 embarazadas con 13 y más semanas de embarazo vacunadas con anti-influenza / N° Total mujeres jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas de 13 y más semanas de gestación) *100.	95 % de cobertura	RNI	NINGUNA				
							P1	P1	P1	P1

Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna dtPa a las adolescentes con embarazo de 28 semanas y más de gestaión	Porcentaje adolescentes con embarazo de 28 semanas y más vacunados con dtpa	N° de adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y más semanas vacunadas con dtpa/ N°Total adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y más semanas) *100.	85 % de cobertura	RNI	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
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	Porcentaje de jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas con 28 semanas y más de gestación más vacunados con dtpa	N° 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 más semanas de gestación) *100.	85 % de cobertura	RNI	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	*Administración de vacuna Hepatitis A a población entre 18 y 24 años con VIH(+)	Porcentaje de personas entre 18 y 24 años VIH (+)	N° de personas entre 18 y 24 años VIH (+) con vacuna hepatitis A administrada/ N° Total de personas entre 18 y 24 años VIH (+) en control *100.	línea base	RNI	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años fallecidos por	Porcentaje de auditorías realizadas a casos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que fallecen en	(N° de auditorías realizadas a casos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que fallecen en su domicilio por neumonía / N° de casos de	100% de auditorías realizadas	Plataforma PVS	NINGUNA	P1	P1	P1	P1

	neumonía en el hogar.	domicilio por neumonía.	adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonía))* 100							
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventiva en hombres de 20 a 24 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva en jóvenes de 20 a 24 años, aplicando pauta de protocolo.	Porcentaje de EMPA realizados a jóvenes de 20 a 24 años	(Nº de EMPA realizados a jóvenes de 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de EMPA realizados a jóvenes de 20 a 24 años (año anterior)/ Nº de EMPA realizados a jóvenes 20 a 24 años (año anterior))*100.	VALOR META IAAPS	REM-FONASA	IAAPS				
							P1	P1	P1	P1
Prevenir los trastornos mentales en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas a población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Talleres preventivos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100 (población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años)	1 taller anual	REM	NINGUNA				
							P3			
								P3	P3	P3

<p>Fomentar la Prevención de Violencia en Atención Primaria población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años</p>	<p>A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas usuarias de la Atención Primaria en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años</p>	<p>Talleres preventivos en la temática de violencia en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años</p>	<p>(N° de talleres realizados (año vigente) (MENOS) N° de talleres realizados (año anterior) / N° de talleres realizados (año anterior))*100</p>	<p>1 taller anual</p>	<p>REM</p>	<p>NINGUNA</p>	<p>P3</p>	<p>P3</p>	<p>P3</p>	<p>P3</p>
<p>Mejorar la calidad de atención en población de 10 a 24 años con asma bronquial bajo control.</p>	<p>Optimizar el tratamiento de adolescentes y jóvenes (10-24 años) asmáticos bajo control</p>	<p>Población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada (año vigente)</p>	<p>Proporción de población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada (año anterior) / (Proporción de población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada(año anterior)) Cálculo de proporción: (N° de población 10 a 24 años controlada bajo control /N° de personas de 10</p>	<p>Incrementar en 20% Viel, Domeyko y Arauco y mantener Orellana</p>	<p>REM</p>	<p>NINGUNA</p>	<p>P1</p>	<p>P2</p>	<p>P2</p>	<p>P1</p>

			a 24 años asmáticas años bajo control)*100							
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 adolescentes y jóvenes con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Realizar visitas domiciliarias integrales a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años con dependencia moderada y/o severa	(N° de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a adolescentes y jóvenes con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ N° de población adolescente y joven bajo control por dependencia moderada y/o severa))*100	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a adolescentes y jóvenes con dependencia moderada y/o severa	REM	NINGUNA				
							P1	P2	P2	P1
Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura de personas hipertensas de 20-24 años bajo control	Cobertura hipertensos (año vigente) (Menos Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior) Cálculo de proporción (N° de personas hipertensas de 20-24 años bajo control / N° de personas hipertensas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada)	Incrementar en al menos 10% Viel y Domeyko, Orellana mantener y Arauco incrementar 15%	REM Población estimada según estudio Fase 2007 (15,7%)	NINGUNA				
							P1	P1	P1	P2

<p>Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.</p>	<p>Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.</p>	<p>Cobertura de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control con PA <140/90, en relación al bajo control</p>	<p>(Proporción de Metas de compensación (año vigente))/(MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/(Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas hipertensas de 20-24 años bajo control con (PA <140/90)/Nº de personas hipertensas de 20-24 años bajo control en PSCV)</p>	<p>Mantener % de compensación respecto al año anterior</p>	<p>REM</p>	<p>NINGUNA</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>
<p>Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.</p>	<p>Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.</p>	<p>Cobertura efectiva de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control.</p>	<p>(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) /Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de Cobertura: (Nº de personas hipertensas de 20 a 24 años con PA <140/90/Nº de</p>	<p>Incrementar en un 10% de la población inscrita respecto al año anterior.</p>	<p>REM Población estimada según estudio Fase 2007 (15,7%)</p>	<p>NINGUNA</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>

			personas hipertensas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)							
Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años	Cobertura de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control, en relación a la población inscrita	(Cobertura Diabéticos (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabéticos (año anterior/ Cobertura Diabéticos (año anterior)) Cálculo de Cobertura: (N° de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control/N° de personas diabéticas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)	Incrementar en al menos 10% respecto al año anterior En Orellana, Domeyko Y Viel Y Arauco un 20%	REM, ENS 2009 (10%)	NINGUNA				
							P1	P1	P1	P1



<p>Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.</p>	<p>Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años</p>	<p>Cobertura de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control con (HbA1c<7%)</p>	<p>Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (N° de personas diabéticas de 20-24 años bajo control con (HbA1c<7%)/N° de personas diabéticas de 20-24 años bajo control en PSCV</p>	<p>Incrementar en un 30% hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.</p>	<p>REM</p>	<p>NINGUNA</p>				
<p>Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.</p>	<p>Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años</p>	<p>Proporción de personas diabéticas de 20-24 años con HbA1c<7%)</p>	<p>(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) / Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (N° de personas diabéticas de 20-24 años con HbA1c<7%)</p>	<p>Incrementar en al menos 10% , hasta alcanzar una compensación de al menos 80%. Orellana mantener año anterior</p>	<p>REM, ENS 2009 (10%)</p>	<p>NINGUNA</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>

			/ N° de personas diabéticas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)							
mejorar el control metabólico integral de las personas diabéticas tipo 2	Lograr las metas de HbA1c, colesterol total y presión arterial las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV.	Personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial.	Personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial. /Personas diabéticos en control PSCV	Incrementar las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial.	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada adolescente.	Porcentaje de altas odontológicas en embarazadas adolescentes	(N° de altas odontológicas totales en embarazadas adolescentes/ total de gestantes adolescentes ingresadas a control prenatal)*100	META SANITARIA	REM	META SANITARIA	P1	P1	P1	P1
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Atención odontológica integral a población adolescente de 12 años.	Porcentaje de adolescentes de 12 años con alta odontológica total	(N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/ N° Total de adolescentes de 12 años inscritos y validados)*100	META SANITARIA	REM	META SANITARIA	P1	P1	P1	P1

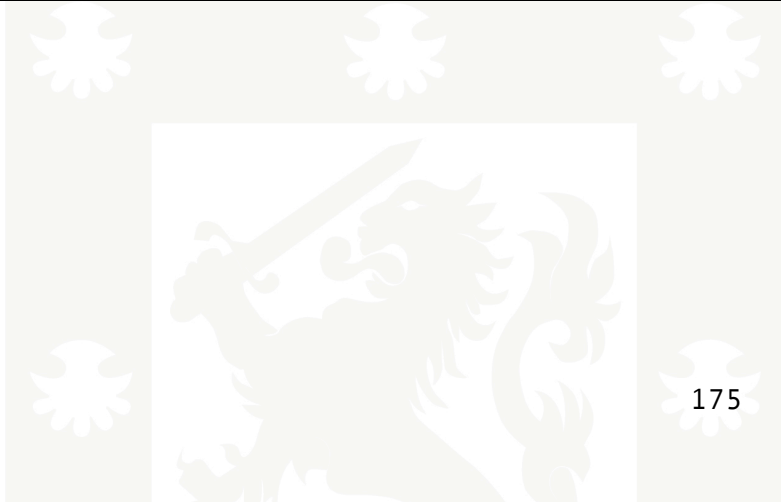
Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en adolescentes	Urgencia Odontológica ambulatoria	Porcentaje de consultas odontológicas de urgencia GES en adolescentes	(N° total de consultas odontológicas de urgencia GES en adolescentes realizadas el año actual / Población adolescente inscrita año actual)*100	2,50%	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Protección y recuperación de la salud buco dental del adolescente	Morbilidad Odontológica en adolescentes	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en adolescentes	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en población adolescente/N° de población adolescente inscrita y validada en el establecimiento)*100	30%	REM	NINGUNA	P2	P2	P2	P2
Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población 10 a 24 años	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	Casos presentados en consultoría de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población de 10 a 24 años	(N° de casos presentados en consultoría de salud mental (año vigente) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) N° de casos presentados en consultoría de salud mental (año anterior) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100	Mantener el número de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior	REM	NINGUNA	P2	P2	P2	P2

Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Altas de adolescentes y jóvenes víctimas de violencia de género	(N° de adolescentes y jóvenes víctimas de violencia de género egresadas por alta (año vigente) (Menos) N° de adolescentes y jóvenes víctimas de violencia de género egresadas por alta (año anterior) / N° de adolescentes y jóvenes víctimas de violencia de género egresadas por alta (año anterior))*100	Aumentar en N° de altas de adolescentes y jóvenes víctimas de violencia de género respecto al año anterior	REM	NINGUNA				
							P2	P2	P1	P2
Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Ingreso de personas a atención integral por violencia de género de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año	Aumentar los ingresos de adolescentes y jóvenes a atención integral por violencia de género en relación al año anterior	REM	NINGUNA				
							P2	P2	P1	P2

			anterior))*100							
Aumentar la cobertura de pacientes con asma bronquial de 10 a 24 años en la atención primaria de salud	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica en población de 10 a 24 años.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes (10-24 años) bajo control con asma bronquial.	(Población adolescente y jóvenes de 10 a 24 años bajo control (año vigente) (MENOS) Población adolescente y jóvenes de 10 a 24 años bajo control (año anterior) / Población adolescentes y jóvenes bajo control de 10 a 24 años (año anterior))* 100	VALOR IAAPS	REM	IAAPS		P1		P1
Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población de 10 a 24 años	Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Altas de personas de 10 a 24 años con diagnósticos de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	(N° de personas egresadas por alta (año vigente) (MENOS) N° de personas egresadas por alta (año anterior) / N° de personas egresadas por alta terapéutica (año anterior))*100	Aumentar en N° de altas de personas con diagnósticos de trastornos mentales respecto al año anterior de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	REM	NINGUNA		P2		P2
										P1
										P1



<p>Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población de 10 a 24 años</p>	<p>Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas</p>	<p>Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población de 10 a 24 años</p>	<p>((N° de controles de Salud Mental totales realizados (año vigente)/ N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales(año vigente) (MENOS) ((N° de controles de Salud Mental totales realizados (año anterior) / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales(año anterior)) / ((N° de controles de Salud Mental totales realizados (año anterior) / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año anterior))*100</p>	<p>Aumentar en N° de controles de personas con diagnósticos de trastornos mentales respecto al año anterior</p>	<p>REM</p>	<p>NINGUNA</p>				
							P2	P2	P2	P2



Mejorar la atención y derivación de gestantes que vivan o hayan vivido violencia de género	Mejorar la atención y derivación de gestantes víctimas de violencia de género detectadas en el EPsA en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género entre 10 y 24 años ingresadas al programa de salud mental en relación a las gestantes entre 10 y 24 años con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA.	(N° de gestantes víctimas de violencia de género entre 10 y 24 años que ingresan al programa de salud mental (año vigente)/ N° de gestantes entre 10 y 24 años con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA)	Aumentar el porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género entre 10 y 24 años detectados en el EPsA ingresadas al programa de salud mental en relación al año anterior.	REM A 05	Chile Crece contigo	P1	P1	P1	P1
Avanzar en la detección de necesidades de la población adolescente con capacidades especiales (discapacitados)	Identificar el número de adolescentes (10 a 19 años) insertos en programas de rehabilitación	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación tanto en el ámbito de las alteraciones musculoesqueléticas como de salud mental.	(N° de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación / N° de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad inscritos en el centro de salud familiar)*100	Incrementar la población adolescente en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación en relación al año anterior.	REM	NINGUNA	P2	P2	P2	P2
Tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar	Porcentaje de familias de riesgo	N° de familias evaluadas con Cartola o encuesta familiar /N° de familias inscritas/ X 100	Mantener línea base 2017 con plan de intervención.	REM p7 sujeto a modificación del REM 2017	NINGUNA	P1	P1	P1	P2

PLAN DE SALUD 2018-2021

Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4	Porcentaje de familias de riesgo intervenidas	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4/N° de familias evaluadas con Cartola o encuesta familiar	Mantener línea base 2017 con plan de intervención.	REM p7 sujeto a modificación del REM 2018	NINGUNA				
							P1	P1	P1	P2

ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	SE ARTICULA CON	DOMEYKO	ORELLANA	VIEL	ARAUCO
Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	Porcentaje de pacientes EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	(N° de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios entre 25 y 64 años / (N° total de ingresos agudos entre 25 y 64 años (MÁS) N° consultas de morbilidad entre 25 y 64 años (MÁS) Consultas de atenciones agudas entre 25 y 64 años))* 100	100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería breve antitabaco	REM	NINGUNA				
						P2	P2	P2	P2
Talleres de 4 sesiones para gestantes (según Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo	Porcentaje de gestantes que ingresan a talleres de educación prenatal	(N° de gestantes que ingresan a educación grupal Preparación para el parto y crianza / N° total gestantes que ingresan a control prenatal)* 100	80%	REM					
						P1	P1	P1	P1

PLAN DE SALUD 2018-2021

Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable a población adulta de 25 a 64 años	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) N° de talleres realizados (año anterior) / N° de talleres realizados (año anterior))*100	establecer línea de base año 2018	REM	NINGUNA	P3	P3	P2	P2
Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.	Porcentaje de gestantes adultas con malnutrición por exceso con consulta nutricional	(N° de gestantes adultas bajo control con malnutrición por exceso, con consulta nutricional/ N° total de gestantes adultas bajo control con malnutrición por exceso)* 100	60%	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Control prenatal	Porcentaje gestantes adultas bajo control Prenatal portadoras de Streptococo Grupo B	(Número de gestantes adultas bajo control Prenatal portadora Streptococo Grupo B /Número de gestantes adultas bajo control Prenatal)	Establecer línea base	REM	NINGUNA	P2	P3	P1	P2

Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población adulta bajo control de regulación de fertilidad que padecen enfermedad cardiovascular (DM-HTA)	(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 en 3 %	REM	PSCV				
Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de mujeres viviendo con VIH de 25 a 49 años bajo 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	Establecer línea base	REM	NINGUNA	P3	P2	P1	P2

Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	Incrementar cobertura de EMPA en la población inscrita validada.	(Cobertura EMPA (año vigente)(MENOS) Cobertura EMPA (año anterior) / Cobertura EMPA (año anterior)) Calculo de cobertura: (Nº de EMPA realizados a población adulta inscrita validada /Población Total adulta inscrita validada)*100	META IAAPS	REM	IAAPS	P1	P1	P1	P1
Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 25 a 64 años aplicando pauta de protocolo.	Incrementar cobertura de EMPA en hombres de 25-64 años.	(Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año vigente) (MENOS) Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año anterior)/ Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año anterior))*100 Calculo de proporción: (Nº de EMPA realizados en hombres 25-64 años/ Nº Total de EMPA realizados en hombres de 25 a 64 años)*100	META IAAPS	REM	IAAPS	P1	P1	P1	P1
Detectar y derivar gestantes con riesgo psicosocial, según pauta EPSA.	Porcentaje de gestantes adultas con riesgo psicosocial derivadas al equipo psicosocial	(Nº de gestantes adultas con riesgo psicosocial son derivadas al equipo psicosocial / Nº total de gestantes adultas con riesgo psicosocial* 100	100%	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1

Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Porcentaje de controles madre/hijo dentro de los 10 días de vida	(N° de controles de salud integral a puérperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida / N° total de ingresos de RN)* 100	Domeyko, Orellana y Viel 70% Arauco 75%	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en el ingreso o 2° control prenatal.	Porcentaje de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal	(N° de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal / N° total de ingresos de mujeres adultas a control prenatal)* 100	100%	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Aplicar a las madres a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adultas con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 2 meses de postparto	(N° de madres adultas con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/N° total de mujeres adultas con antecedente de parto en los últimos 2 meses y en control de RF)*100	100%	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Aplicar a las madres a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adultas con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 6 meses de postparto	(N° de madres adultas con escala aplicada a los 6 meses de postparto / N° total controles a mujeres adultas realizados a los 6 meses postparto en RF x 100	100%	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1

Control prenatal	Porcentaje de gestantes migrantes adultos que ingresan a control prenatal antes de las 14 semanas de embarazo.	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	Establecer línea base	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Consejería en salud sexual y reproductiva	Porcentaje personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva	(N° de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) N° de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior/ N° de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior))*100	Mantener o aumentar meta alcanzada	REM	NINGUNA	P2	P2	P2	P2
Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población adulta bajo control de regulación de fertilidad	(N° total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (N° total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ N° total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	establecer línea de base año 2018	REM	NINGUNA	P2	P2	P2	P2

Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población migrante de 25 a 49 años bajo 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	Establecer línea base	REM	NINGUNA				
						P2	P2	P2	P2
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	Porcentaje de mujeres que acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas derivadas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología	(Nº de mujeres que acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas referidas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología) *100	100%	REM	NINGUNA				
						P1	P1	P1	P1
Control preventivo de salud integral ginecológica.	Porcentaje de mujeres adultas con controles ginecológicos preventivos	(Nº de mujeres adultas en control ginecológico preventivo /Nº total de mujeres adultas inscritas y validadas) *100	Aumentar el 4%	REM	NINGUNA				
						P1	P1	P1	P1
Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 64 años	Porcentaje de cobertura de mujeres de 50 a 64 años con mamografía	(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	Alcanzar al menos 55%	REM	NINGUNA	NINGUNA			
							P1	P1	P1

	vigente en los últimos 3 años	validadas)* 100							
Realizar toma de PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años	Porcentaje de cobertura de PAP vigente cada tres años en 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	Valor según meta 2018	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Aumentar la detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años	Incrementar la detección de colelitiasis en población de 35 a 49 años	Nº personas de 35 A 49 años con ecografía abdominal positiva para colelitiasis*100/Población Total de 35 a 49 años	Mantener o aumentar respecto al año anterior la detección de colelitiasis en población general	REM	NINGUNA	P3	P3	P3	P3
Control de salud integral de la mujer adulta en etapa de climaterio.	Porcentaje de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio	(Nº de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año vigente) (MENOS) N° de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio el (año anterior)/ N° de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año anterior))*100	Aumentar en 10 %	REM	NINGUNA	P2	P2	P2	P2
Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está	Porcentajes de adultos de 25 a 64 años, dados de alta del hospital con el	(Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7días hábiles post-	El 100% con control dentro de 7 días del alta.	SIDRA	NINGUNA	P1	P1	P1	P1

inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	diagnóstico de IAM o ACV con control por profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	alta /N° total de egresos hospitalarios de personas adultas con ACV o IAM)* 100							
Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año.	Porcentaje de personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(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	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas clasificadas	REM	NINGUNA				
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.	Porcentaje de Personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 en PSCV con evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	(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	90% de las personas de 25-64 años con diabetes con evaluación y plan de manejo	QUALIDIAB	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
						P1	P1	P1	P1

Realizar examen de VIH en personas de 25-64 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad	Aumento de la toma examen de VIH en personas de 25-64 años en consultas de morbilidad	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 25-64 años (año vigente) (MENOS) Nº de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años, (año anterior))*100	Aumentar en 10% el examen de VIH en relación al año anterior	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.	Aumento de consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas.	(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	Aumentar en un 10% la consejería con respecto al año anterior.	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	Porcentaje de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio	(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	50% de auditorías realizadas	Plataforma PVS	NINGUNA	P1	P1	P1	P1

Administración de vacuna Influenza a los adultos enfermedades crónicas entre los 25 y 64 años.	Porcentaje de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza	(N° 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.	95 % de cobertura	RNI	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Administración de vacuna Influenza a las mujeres adultas embarazadas con 13 semanas y más de gestación	Porcentaje de gestantes de 25 y más años con 13 y más semanas de gestación vacunados con anti-influenza	N° de gestantes de 25 y más años con 13 y más semanas de gestación vacunados con anti-influenza / Total gestantes de 25 y más años con 13 y más semanas de gestación) *100.	95 % de cobertura	RNI	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Administración de vacuna dtpa a las mujeres adultas embarazadas con 28 semanas y más de gestación	Porcentaje de mujeres adultas embarazadas con 28 semanas y más de gestación más vacunados con dtpa	N° mujeres adultas embarazadas con 28 y más semanas de embarazo vacunadas con dtpa/ N° Total mujeres jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas de 28 y más semanas de gestación) *100.	85 % de cobertura	RNI	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Administración de vacuna Hepatitis A a población entre 25 y 40 años con VIH(+)	porcentaje de personas entre 25 y 40 años VIH (+)	N° de personas entre 25 y 40 años VIH (+) con vacuna hepatitis A administrada/ N° Total de personas entre 25 y 40 años VIH (+) en control *100.	línea base	RNI	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población de	Porcentaje de consultas de morbilidad con baciloscopia	(N° de baciloscopias realizadas en población de 25 a 64 años / N° de consultas de morbilidad en adultos	Aumentar en 20%	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1

25-64 años		de 25 a 64 años)*100							
Atención odontológica integral a la embarazada de 20 años o mas	Porcentaje de altas odontológicas en embarazadas de 20 años o mas	(N° de altas odontológicas totales en embarazadas de 20 años o más / total de gestantes de 20 años o más ingresadas a control prenatal)*100	Valor meta sanitaria 2018	REM	META SANITARIA	P1	P1	P1	P1
A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas usuarias de la Atención Primaria en población adulta de 25 a 64 años	Talleres preventivos en la temática de violencia en Población adulta de 25 a 64 años	(N° de talleres realizados (año vigente) (MENOS) N° de talleres realizados (año anterior) / N° de talleres realizados (año anterior))*100 (población adulta de 25 a 64 años)	Aumentar o iniciar N° talleres respecto al año anterior	REM	NINGUNA	P3	P2	P1	P2
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	Realizar visitas domiciliarias integrales a personas de 25 a 64 años con dependencia moderada y/o severa	(N° de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ N° de población bajo control por dependencia moderada y/o severa)*100	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a personas con dependencia moderada y/o severa	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1

Prescripción de TRH a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Porcentaje de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS	(N° de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS / N° total de mujeres que requieren TRH según escala MRS)* 100	establecer línea de base año 2018	REM	NINGUNA	P3	P2	P1	P2
Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control	(Cobertura hipertensos (año vigente)(MENOS) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior)) Cálculo de proporción (N° de personas hipertensas de 25-64 años bajo control / N° de personas hipertensas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada)	Incrementar en al menos 10% respecto al año anterior	REM Población estimada según estudio Fasce 2007 (15,7%)	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control con PA <140/90, en relación al bajo control	(Proporción de Metas de compensación (año vigente)(MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/(Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (N° de personas hipertensas de 25-64 años bajo control con (PA <140/90)/N° de personas hipertensas de 25-64 años bajo control en PSCV)	Incrementar en un 5% de la PBC respecto al año anterior	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1

<p>Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años</p>	<p>Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control, en relación a la población inscrita</p>	<p>(Cobertura Diabéticos (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabéticos (año anterior/ Cobertura Diabéticos (año anterior)) Cálculo de Cobertura: (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 según prevalencia)</p>	<p>Incrementar en al menos 5% respecto al año anterior</p>	<p>REM, ENS 2009 (10%)</p>	<p>NINGUNA</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>
<p>Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años</p>	<p>Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control con (HbA1c<7%)</p>	<p>Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control en PSCV)</p>	<p>Incrementar en un 5% de la PBC en relación al año anterior</p>	<p>REM</p>	<p>NINGUNA</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>

Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura efectiva de personas con DM2 de 25 a 64 años bajo control.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) / Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas diabéticas de 25-64 años con HbA1c<7%) / Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)	Valor meta sanitaria año 2018	REM, ENS 2009 (10%)	META SANITARIA	P1	P1	P1	P1
Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Aumento de las personas de 25 a 64 años diabéticas tipo 2 en PSCV con HbA1 <7%, PA <140/90mmHg y Col LDL < 70mg/dl.	(Proporción (año vigente) (MENOS) Proporción (año anterior)/ Proporción (año anterior))	Aumentar en 2 % con respecto al año anterior.	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1

Mejorar la atención y derivación de gestantes víctimas de violencia de género detectadas en el EPsA en población adulta de 25 años en adelante.	Porcentaje de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante ingresadas al programa de salud mental en relación a las gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA.	(N° de gestantes víctimas de violencia de género de 25 años en adelante que ingresan al programa de salud mental (año vigente)/ N° de gestantes de 25 años en adelante con riesgo de violencia de género detectadas en el EPsA)	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.	REM A 05	ChCC				
						P1	P1	P1	P1
Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	Porcentaje de Adultos bajo control de 25 a 64 años	(Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año anterior) / Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año anterior))*100	Aumentar o mantener en 5% meta realizada año anterior	REM	Meta IAAPS				
						P1	P1	P1	P1
Optimizar el tratamiento de asmáticos de 25 a 64 años bajo control en Programa ERA	Población bajo control asmática controlada (año vigente)	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada	Incrementar en 10%	REM	NINGUNA				
						P1	P1	P1	P1

		(año anterior))							
Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 40 a 64 años bajo control en Programa ERA	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	(Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior) / Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior))	Incrementar en 20%	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Lograr las metas de HbA1c, colesterol total y presión arterial las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV.	Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial.	Personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial. /Personas diabeticos en control PSCV	Incrementar las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV que logran las metas de HbA1c, LDL y presión arterial.	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	Porcentaje de personas de 25 - 64 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente	(Nº de personas de 25 - 64 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente / (Nº total de personas de 24 - 65 años y más (MAS) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))*100	Incrementar 10% cuentan con un fondo de ojo vigente.	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1

Urgencia Odontológica ambulatoria	Porcentaje de consultas odontológicas de urgencia GES	(N° total de consultas odontológicas de urgencia GES realizadas el año actual en población de 25 a 64 años / Población de 25 a 64 años inscrita año actual)*100	2,5%	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Morbilidad Odontológica en adultos	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población adulta	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en población de 25 a 64 años/N° de población de 25 a 64 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	20%	REM	NINGUNA	P2	P2	P2	P2
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	Concentración de controles de Salud Mental 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) (Menos) ((N° de controles de Salud Mental totales realizadas año anterior / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año anterior)) / ((N° de controles de Salud Mental totales realizadas año anterior / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año anterior) (población adulta de 25 a 64 años)	Aumentar el N° de controles respecto al año anterior.	REM	NINGUNA	P3	P2	P2	P2

Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Altas de personas con diagnósticos de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta de 25 a 64 años	N° de personas egresadas por alta año vigente (Menos) N° de personas egresadas por alta año anterior5 / N° de personas egresadas por alta terapéutica año anterior (población adulta de 25 a 64 años)	Aumentar en N° de altas de personas con diagnósticos de trastornos mentales respecto al año anterior de población adulta de 25 a 64 años	REM					
						P3	P2	P3	P3
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	Atención integral de Población adulta de 25 a 64 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental mayor de población adulta de 25 a 64 años (año vigente) / Población adulta de 25 a 64 años inscrita validada x prevalencia de 22%	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	valor meta IAAPS año 2018	IAAPS				
						P1	P1	P1	P1
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	Casos presentados en consultoría de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta de 25 a 64 años	(N° de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año vigente) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) N° de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año anterior) / N° de personas ingresados	Mantener o aumentar el número de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior de población adulta de 25 a 64 años	REM					
						P3	P2	P2	P2

		por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100 (población adulta de 25 a 64 años)							
Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta de 25 a 64 años	Ingreso de personas a atención integral por violencia de género de población adulta de 25 a 64 años	(N° de personas adultas de 25 a 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) N° de personas de 25 a 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ N° de personas adultas de 25 a 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	Aumentar los ingresos en relación al año anterior	REM	NINGUNA				
						P3	P2	P2	P2
Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta de 25 a 64 años	Altas de personas adultas de 25 a 64 años víctimas de violencia de género	N° de personas adultas 25 a 64 años víctimas de violencia de género egresadas por alta año vigente (Menos) N° de personas adultas 25 a 64 años víctimas de violencia de género egresadas por alta año anterior / N° de personas adultas 25 a 64 años víctimas de violencia de género egresadas año anterior (población adulta mayor de 64 años)	Aumentar en N° de altas de personas egresadas por violencia de género	REM	NINGUNA				
						P3	P2	P2	P2

Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	Porcentaje de pacientes de 40 a 64 años EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	(Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado año (año vigente) (MENOS) Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior)) *100	Establecer línea base	REM	NINGUNA				
						P2	P2	P1	P2
Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar	Porcentaje de familias de riesgo	N° de familias evaluadas con Cartola o encuesta familiar /N° de familias inscritas/ X 100	Mantener o aumentar Línea Base 2017	REM p7 sujeto a modificación del REM 2017	IAAPS				
						P1	P1	P1	P1
N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4	Porcentaje de familias de riesgo intervenidas	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4/N° de familias evaluadas con Cartola o encuesta familiar	Mantener o aumentar Línea Base 2017	REM p7 sujeto a modificación del REM 2018	NINGUNA				
						P1	P1	P1	P1

Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población migrante 25 a 49 años bajo 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	Establecer línea base	REM	NINGUNA	P2	P2	P2p	P2
Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población indígena 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población indígena de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población indígena de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población indígena de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	Establecer línea base	REM	PESPI	P2	P2	P2	P2
Taller a pacientes del PSCV para mejorar adherencia a controles y compensación	Porcentaje de usuarios del PSCV que participan en taller.	Población del PSCV que asiste a taller/Total de población del PSCV Bajo Control.	Establecer línea base	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1

OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	FUENTE	SE ARTICULA CON	DOMEYKO	ORELLANA	VIEL	ARAUCO
Promoción de la salud mental en población adulta mayor de 64 años	Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable a población adulta mayor de 64 años	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental en población adulta mayor de 64 años	$(\text{N}^\circ \text{ de talleres realizados (año vigente) (MENOS) } \text{N}^\circ \text{ de talleres realizados (año anterior)} / \text{N}^\circ \text{ de talleres realizados (año anterior)}) * 100$ (población adulta mayor de 64 años)	Mantener el número de talleres respecto al año anterior	REM	NINGUNA	P3	P3	P3	P3
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)	Porcentaje de personas de 65 años y más bajo Control de Salud	$(\text{N}^\circ \text{ de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año vigente) (MENOS) (N}^\circ \text{ de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior))} / \text{N}^\circ \text{ de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior)}) * 100$	Incrementar al menos en un 20% respecto al año anterior	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1

Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM)	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).	Porcentaje de personas de 65 años y más con riesgo de dependencia	(N° 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)/ N° de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con Control de Salud (EMPAM) vigente))* 100	80 % con control de seguimiento realizado	REM	NINGUNA				
							P2	P1	P2	P1
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 de edad según población inscrita y validada	Porcentaje de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica	(N° de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica /N° Total de personas de 65 años inscritos y validados)*100	Lograr una cobertura superior en un 70% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años según población inscrita y validada	RNI	NINGUNA				
							P1	P1	P1	P1
Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad inscrita y validada.	Porcentaje de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza	(N° de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/N° Total de personas de 65 años y más	50 % de cobertura	RNI	NINGUNA				
							P1	P1	P1	P1

			inscritos y validados)*100							
Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población mayor de 65 años	Porcentaje de consultas de morbilidad de personas con 65 años y mas con baciloscopia	(N° de baciloscopias realizadas a población mayor de 65 años / N° de consultas de morbilidad en población mayor de 65 años)*100	Aumentar en 20%	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM	Personas bajo control > 70 años que reciben PACAM	(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))	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.	REM	NINGUNA	P2	P2	P3	P1
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.	Aplicar la "Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular.	Porcentaje de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses	(N° de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / N° total de personas de 65 años y más bajo control en PSCV al corte)* 100	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1

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 $< 45 \text{ mL/min/1.73m}^2$)	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.	Porcentaje 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 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	100% 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.	REM	NINGUNA				
							P1	P1	P1	P1
Atención integral de salud ginecológica en mujeres de 65 años y más	Control preventivo de salud integral ginecológica.	Porcentaje de mujeres adultas mayores con controles ginecológicos preventivos	(N° de mujeres adultas mayores en control ginecológico preventivo /N° total de mujeres adultas mayores inscritas y validadas)*100	Mantener o amentar el 4 %	REM	NINGUNA				
							P2	P2	P12	P12
Disminuir las muertes de mujeres adultas mayores por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 65 a 69 años	% de cobertura de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años	(N° de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ N° de mujeres de 65 a 69 años inscritas validadas)* 100	Alcanzar al menos 50%	REM	NINGUNA				
							P1	P1	P1	P1

Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas adultas mayores con cáncer, dolor, dependencia moderada y/o severa	Realizar visita domiciliaria integral a la persona adulta mayores con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Concentración de visitas domiciliarias integrales mensuales a personas adultas mayores con dependencia moderada y/o severa	(N° de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas adultas mayores con problemas oncológicos, dolor y dependencia moderada y/o severa/ N° de población adulta mayor bajo control por dependencia moderada y/o severa)*100	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Porcentaje de pacientes de 65 años y más egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7días hábiles post-alta	(N° de pacientes de 65 años y más egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7días hábiles post-alta /N° total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM)*100	El 80% de los pacientes de 65 años y más, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7días hábiles post-alta.	SIDRA	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más, que consultan por morbilidad o que lo soliciten	Realizar examen VIH a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad	Porcentaje de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más	(N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año vigente) (MENOS) N° total de exámenes para	Incrementar en un 10% el examen de VIH	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1

espontáneamente			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.	Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos.	Porcentaje de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS	(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	10% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS.	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Derivación a Programas Más posterior a aplicación de EMPAM que arroje clasificación autovalentes, autovalente en riesgo y en riesgo de dependencia.	Porcentaje de personas de 65 años y más ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + autovalente en riesgo de dependencia	Nº de personas de 65 años y más 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	Que al menos el 30 % de los adultos mayores en control en el centro de salud, ingresen al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	REM	NINGUNA	P3	P3	P3	P3
Promover el envejecimiento activo y	Planificar y ejecutar diagnóstico	Diagnóstico Participativo	Dicotómico SI/NO	Elaboración y ejecución de un diagnóstico	INFORME	NINGUNA	P1	P1	P1	P1

autocuidado en las personas de 65 años y más.	participativo con líderes de las agrupaciones participantes de los talleres del Mas Adultos Mayores Autovalentes.			participativo en autocuidado y estilos de vida saludables, para la planificación de una capacitación de líderes comunitarios.						
Prevenir los trastornos mentales en población adulta mayor de 64 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas a población adulta mayor de 64 años	Talleres preventivos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas en población adulta mayor de 64 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100 (población adulta mayor de 64 años)	Mantener el número de talleres de educación grupal respecto al año anterior de población adulta mayor de 64 años	REM	NINGUNA				
Fomentar la Prevención de Violencia en Atención Primaria población adulta mayor de 64 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas usuarias de la Atención Primaria en población adulta mayor de 64 años	Talleres preventivos en la temática de violencia en Población adulta mayor de 64 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100 (población adulta mayor de 64 años)	Aumentar el Nº talleres preventivos en la temática de violencia respecto al año anterior de población adulta mayor de 64 años	REM	NINGUNA	P3	P3	P3	P3
							P3	P3	P3	P3

<p>Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.</p>	<p>Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años en el PSCV.</p>	<p>Cobertura de personas hipertensas de 65 y más años bajo control</p>	<p>(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Calculo proporción de compensación de metas N° de hipertensos con PA <140/90 mmhg en personas de 65 a 79 años y PA < 150/90 mmhg en personas de 80 y más años/N° de hipertensos de 65 y más años bajo control en PSCV</p>	<p>Incrementar en un 5% la proporción de hipertensos de 65 años y más bajo control con PA <140/90 mmhg en personas de 65 a 79 años y PA < 150/90 mmhg en personas de 80 y más años, hasta alcanzar una compensación de al menos 70% los años siguientes</p>	<p>REM</p>	<p>NINGUNA</p>				
<p>Aumentar la cobertura efectiva de HTA en personas de 65 años y más.</p>	<p>Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años.</p>	<p>Cobertura efectiva de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control.</p>	<p>(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Calculo proporción de compensación de metas N° de hipertensos con PA <140/90 mmhg en personas de 65 a 79 años y</p>	<p>Incrementar en un 3% la proporción de hipertensos de 65 años y más con PA <140/90 mmhg en personas de 65 a 79 años y PA < 150/90 mmhg en personas de 80 y más años, en la población inscrita validada hasta alcanzar una compensación de al menos 80% en los años siguientes</p>	<p>REM Población estimada según estudio Fase 2007 (15,7%)</p>	<p>NINGUNA</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>

			PA < 150/90 mmhg en personas de 80 y más años/N° de hipertensos de 65 y más años estimados según prevalencia en población inscrita validada							
Aumentar la compensación de la diabetes en personas de 65 años y más en el último control.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en los adultos de 65 o más años en el PSCV.	Cobertura de personas diabéticas de 65 y más años bajo control con (HbA1c<7%)	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Calculo proporción de compensación de metas N° de diabéticos con HbA1<7 en personas de 65 a 79 años y diabéticos con HbA1<8 en personas de 80 y más años/N° de diabéticos de 65 y más años bajo control en PSCV	Incrementar en un 5% la proporción de diabéticos de 65 años y más bajo control con HbA1<7 en personas de 65 a 79 años y HbA1<8 en personas de 80 y más años, hasta alcanzar una compensación de al menos 80% los años siguientes	REM	NINGUNA				
							P1	P1	P1	P1

<p>Aumentar la cobertura efectiva de Diabetes Mellitus en personas de 65 años y más.</p>	<p>Optimizar el tratamiento de la Diabetes Mellitus en los adultos de 65 o más años.</p>	<p>Cobertura efectiva de personas con DM2 de 65 y más años años bajo control.</p>	<p>Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior) / Proporción de Metas de compensación (año anterior) Calculo proporción de compensación de metas N° de diabéticos con HbA1<7 en personas de 65 a 79 años y diabéticos con HbA1<8 en personas de 80 y más años/N° de diabéticos de 65 y más años estimados según prevalencia en la población inscrita validada</p>	<p>Incrementar en un 3% la la proporción de diabéticos de 65 años y mas bajo control con HbA1<7 en personas de 65 a 79 años y HbA1<8 en personas de 80 y más años, hasta alcanzar una compensación de al menos 80% los años siguientes</p>	<p>REM, ENS 2009 (10%)</p>	<p>NINGUNA</p>				
<p>Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.</p>	<p>Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de</p>	<p>Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo</p>	<p>(N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de personas de 65 años y más diabéticos</p>	<p>90% reciben manejo avanzado de heridas</p>	<p>REM</p>	<p>NINGUNA</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>

	cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	avanzado de heridas	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.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con 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 (MAS) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))*100	30 % cuentan con un fondo de ojo vigente.	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 65 años y más.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	Porcentaje de adultos mayores bajo control de 65 y más años	(Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año anterior) / Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año anterior>))*100	Aumentar en 5%	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Población bajo control asmática controlada (año vigente)	(Proporción de población bajo control de 65 y mas años asmática controlada (año vigente) (MENOS)	Incrementar en 10%	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1

			Proporción de población bajo control de 65 y mas años asmática controlada año (anterior) / Proporción de población bajo control de 65 y mas años asmática controlada (año anterior))							
Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	(Proporción de población bajo control EPOC de 65 y más años que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control de 65 y más años EPOC que logran control adecuado (año anterior) / Proporción de población bajo control de 65 y más años EPOC que logran control adecuado (año anterior))	Incrementar en 10%	REM	NINGUNA				
							P1	P1	P1	P1

Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio.	Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años.	Porcentaje de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación	(N° de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/N° de casos en personas de 65 años y más con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100	100%	SIGGES	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes	Urgencia Odontológica ambulatoria en adultos mayores	Porcentaje de consultas odontológicas de urgencia GES en adultos mayores	(N° total de consultas odontológicas de urgencia GES realizadas en adultos mayores el año actual / Población inscrita de adultos mayores año actual)*100	25%	REM	NINGUNA	P1	P1	P1	P1
Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto mayor	Morbilidad Odontológica en adultos mayores	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población adulta mayor (de 64 años y mas)	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en adultos mayor/N° de adultos mayores inscritos y validados en el establecimiento)*100	25%	REM	NINGUNA	P2	P2	P2	P2

Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta mayor de 64 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	Atención integral de Población adulta mayor de 64 años con trastorno mental bajo control 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%	Meta IAAPS valor 2018	REM	IAAPS				
							P1	P1	P1	P1
Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población adulta mayor de 64 años	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	Casos presentados en consultoría de Salud Mental 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) / N° de personas mayores de 64 años ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) N° de casos presentados en consultoría de salud mental de personas mayores de 64 años (año anterior) / N° de personas mayores de 64 años ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100 (población adulta	Mantener o aumentar el número de casos presentados en consultorías respecto al año anterior	REM	NINGUNA				
							P2	P2	P2	P2

			mayor de 64 años)							
Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Altas de personas con diagnósticos de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta mayor de 64 años	N° de personas mayores de 64 años egresadas por alta año vigente (Menos) N° de personas mayores de 64 años egresadas por alta año anterior / N° de personas mayores de 64 años egresadas por alta terapéutica año anterior)*100	Línea base 2018	REM	NINGUNA				
							P2	P2	P2	P2



<p>Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 64 años</p>	<p>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</p>	<p>Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta mayor de 64 años</p>	<p>((N° de controles de Salud Mental totales realizadas año vigente/ N° de personas mayores de 64 años bajo control en el programa por trastornos mentales) año vigente) (Menos) ((N° de controles de Salud Mental totales realizadas año anterior / N° de personas mayores de 64 años bajo control en el programa por trastornos mentales) año anterior)) / ((N° de controles de Salud Mental totales realizadas año anterior / N° de personas mayores de 64 años bajo control en el programa por trastornos mentales (año anterior))*100</p>	<p>Aumentar en N° de controles respecto al año anterior</p>	<p>REM</p>	<p>NINGUNA</p>	<p>P2</p>	<p>P2</p>	<p>P2</p>	<p>P2</p>
---	--	---	--	---	------------	----------------	-----------	-----------	-----------	-----------

Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta mayor de 64 años	Mejorar la atención de personas mayores víctimas de violencia de género en población adulta mayor de 64 años	Ingreso de personas a atención integral por violencia de género de población adulta mayor de 64 años	(N° de personas mayores de 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) N° de personas mayores de 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))/ N° de personas mayores de 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	Aumentar los ingresos en relación al año anterior.	REM	NINGUNA				
							P2	P2	P2	P2
Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta mayor de 64 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta mayor de 64 años	Altas de personas adulta mayor de 64 años víctimas de violencia de género	N° de personas mayores de 64 años víctimas de violencia de género egresadas por alta año vigente (Menos) N° de personas mayores de 64 años víctimas de violencia de género egresadas por alta año anterior / N° de personas mayores de 64 años víctimas de violencia de	Aumentar en N° de personas egresadas por violencia de género	REM	NINGUNA				
							P2	P2	P2	P2

			género egresadas año anterior (población adulta mayor de 64 años)							
Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	Porcentaje de pacientes EPOC de 65 años y mas que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	(Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año vigente) (MENOS) Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior))*100	Línea base	REM	NINGUNA				
							P2	P2	P2	P2
tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar	Porcentaje de familias de riesgo	N° de familias evaluadas con Cartola o encuesta familiar /N° de familias inscritas/ X 100	21%	REM p7 sujeto a modificación del REM 2017	NINGUNA				
							P2	P2	P2	P2

Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4	Porcentaje de familias de riesgo intervenidas	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4/N° de familias evaluadas con Cartola o encuesta familiar	10%	REM p7 sujeto a modificación del REM 2018	NINGUNA	P2	P2	P2	P2
Aumentar la cobertura de adherencia y compensación a controles del PSCV en personas de 25 a 64 años	Taller a pacientes del PSCV para mejorar adherencia a controles y compensación	Porcentaje de usuarios del PSCV que participan en taller.	Población del PSCV que asiste a taller/Total de población del PSCV Bajo Control.	Establecer línea base	REM	NINGUNA	P2	P2	P2	P2

Transversal

OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN	DOMEYKO	ORELLANA	VIEL	ARAUCO
Mejorar la Promoción de Salud en Comunas	Realizar eventos masivos en alimentación saludable	Promover acciones de promoción de estilos de vida saludable	(N° de eventos masivos de alimentación saludable realizados/N° eventos masivos de alimentación saludable programados)*100	100% de eventos de alimentación saludable comprometidos realizados	REM	COMUNAL	P2	P2	P2	P2
Mejorar la Promoción de Salud en Comunas	Realizar educación grupal en alimentación saludable y actividad física, priorizando el entorno	Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental	Una actividad educativa grupal anual en alimentación saludable y actividad física realizada.	Actividad grupal en alimentación saludable y actividad física realizada	REM	COMUNAL	P1	P1	P1	P1

	comunal y laboral									
Mejorar la Promoción de Salud en Comunas	Incorporar el componente intercultural talleres de gestantes considerando elementos protectores de la salud de los pueblos indígenas	Porcentaje de talleres de gestantes que incorpora el componente intercultural	(N° de talleres de gestantes con componente intercultural / N° total de talleres de gestantes que incorporaron el componente intercultural)*100	Establecer Línea Base	Rem (sujeto a modificación REM 2018)	COMUNAL	P1	P1	P1	P1

OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN	DOMEYKO	ORELLANA	VIEL	ARAUCO
----------	-----------	------------------	-----------	------	--------	---------------------	---------	----------	------	--------

Contribuir a fortalecer factores protectores en la familia / O brindar apoyo al diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la persona en su contexto familiar	Visita domiciliaria integral que se realiza al lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia con enfoque sistémico. Esta visita puede ser generada por un problema de salud individual (caso índice) o de orden familiar	Visita Domiciliaria Integral	Tasa de Visita Domiciliaria Integral.(N° visitas domiciliarias integrales realizadas / N° de familias (población inscrita / 3,3)	0,19	REM y población inscrita Percapita Fonasa	Establecimiento y Comuna	P1	P1	P1	P1
Apoyar en la mejora de la calidad de vida de las familias y sus miembros, mediante la detección temprana de condiciones , sociales o de enfermedad, como hábitos y conductas de salud que pueden determinar factores de riesgo a nivel familiar	Aplicación de una pauta o matriz, de desarrollo local, para establecer grado de vulnerabilidad o riesgo biopsicosocial de familias en su territorio a cargo. Herramienta que permita a los equipos de salud comprender el funcionamiento de la familia, puedan categorizar el o los riesgos a los que se encuentren expuestos, y así consensuar y adoptar intervenciones ad hoc a sus necesidades.	Familias evaluadas según riesgo Familiar	Porcentaje de familias evaluadas según riesgo Familiar (N° de familias evaluadas según riesgo familiar/N° total de familias inscritas (población inscrita/3,3)	15%	REM serie P y población inscrita Percapita Fonasa	Establecimiento y Comuna	P1	P1	P1	P1
OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN	DOMEYKO	ORELLANA	VIEL	ARAUCO

Prevenir que los contactos < de 15 años se infecten con tuberculosis o que desarrollen la enfermedad	Quimioprofilaxis en los contactos < de 15 años	Porcentaje de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis	Nº de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis/Nº total de contactos *100	100%	Informe de evaluación de estudio de contacto	COMUNAL				
Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Confirmación de los casos a través del cultivo	Porcentaje Casos pulmonares diagnosticados por 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 TBC	COMUNAL	P1	P1	P1	P1
Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Identificar los hogares de adultos mayores y clubes de adulto mayor presentes en la comunidad	Catastro N° de hogares y clubes de adulto mayor	Catastro con el N° de hogares y clubes de AM identificados en el área del consultorio	Contar con registro	Catastro de hogares	COMUNAL	P1	P1	P1	P1
Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (baciloscopia, PCR o cultivo).	Porcentaje de contactos estudiados	(Nº de contactos estudiados / Nº de contactos censados) *100	90%	Informe de Evaluación del programa	COMUNAL	P1	P1	P1	P1
Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis.	Estudio de Contacto en casos índices menores de 15 años.	Porcentaje de contactos estudiados < de 15	(Nº de contactos estudiados < de 15 / Nº de contactos < de 15 censados) *100	100%	Informe de Evaluación del programa	COMUNAL	P1	P1	P1	P1

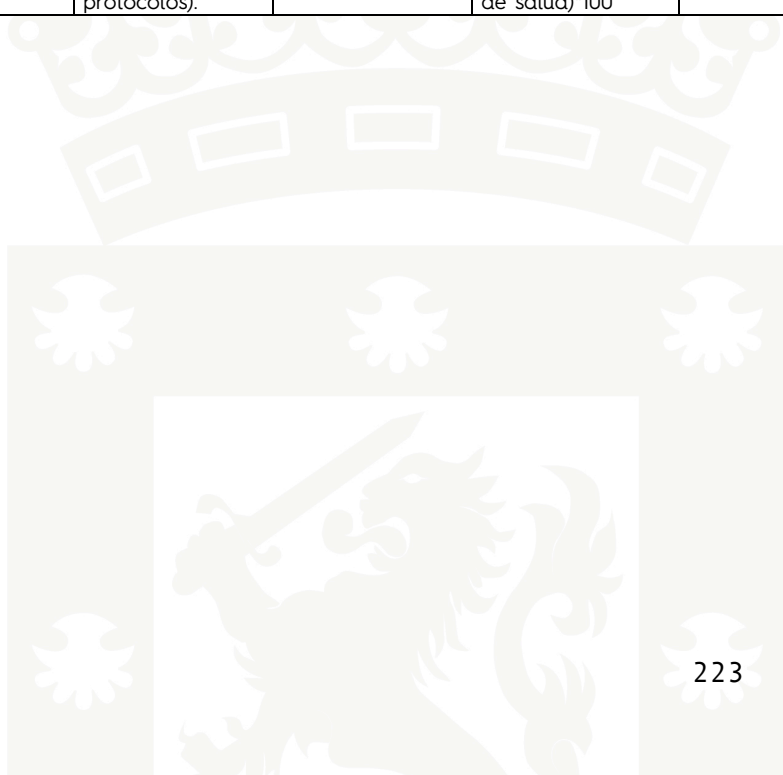


Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Aplicar el Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono.	Porcentaje de pacientes con score de riesgo identificados	(Nº de pacientes con score de riesgo identificados/ N° de pacientes ingresados a tratamiento)*100	100%	Tarjeta de tratamiento	COMUNAL	PI	PI	PI	PI
Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Visita Domiciliaria a todos los casos que ingresan a tratamiento	Porcentaje de pacientes ingresados a tratamiento	(Nº de pacientes ingresados a tratamiento /Nº de visitas domiciliarias realizadas)*100	100%	Tarjeta de Tratamiento	COMUNAL	PI	PI	PI	PI
Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica)	Porcentaje de controles médicos realizados y registrados	(Nº de controles médicos realizados y registrados en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ N° de controles programados según norma técnica)*100	100%	Ficha Clínica/Tarjeta de tratamiento.	COMUNAL	PI	PI	PI	PI
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)	Porcentaje de consulta enfermera realizadas y registradas	(Nº de consulta de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ N° de consultas programadas según norma técnica)*100	3 consultas al 100%	Ficha Clínica/Tarjeta de tratamiento.	COMUNAL	PI	PI	PI	PI
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	Porcentaje de consulta enfermera realizadas a pacientes inasistentes por más de 1 semana	(Nº de consultas de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente inasistente por más de 1 semana)/N° de consultas de enfermera programadas según score de riesgo del paciente)*100	100%	tarjeta de tratamiento	COMUNAL	PI	PI	PI	PI

Perdida de seguimiento (abandono) menor del 5%	Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistentes por más de 3 semanas al tratamiento realizada por enfermera	% pacientes inasistentes por más de 3 semanas	(N° de inasistentes por más de tres semanas / N° de visitas domiciliarias realizadas) *100	100%	Tarjeta de tratamiento.	COMUNAL	P1	P1	P1	P1
Capacitar al personal del consultorio en Tuberculosis	Programar capacitación en Tuberculosis dirigida a equipos que trabajan en el consultorio.	Porcentaje capacitaciones realizadas	(N° de capacitaciones realizadas /N° de capacitaciones programadas para el año)*100	1 capacitación anual	Listado de asistencia a la capacitación	COMUNAL	P1	P1	P1	P1

OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN	DOMEYKO	ORELLANA	VIEL	ARAUCO
Generar acciones que permitan mejorar la calidad, accesibilidad en la atención de salud.	Desarrollar programas de capacitación y sensibilización en interculturalidad y salud de los pueblos indígenas a directivos y funcionarios.	Porcentaje de programas de capacitación y sensibilización en interculturalidad y salud de los pueblos indígenas.	(N° de establecimientos que cuentan con programas de capacitación y sensibilización en interculturalidad y salud de los pueblos indígenas, /N° total de establecimientos que cuentan con Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas)*100	100%	Informe Servicio de Salud	COMUNAL	P2	P2	P2	P2

Generar acciones que permitan mejorar la calidad de los registros para contar con información confiable	Diseño e implementación de un sistema de registro confiable de la variable pertenencia a pueblo indígena	Porcentaje de establecimientos registran adecuadamente la variable de pertinencia cultural	(N° de establecimientos registran adecuadamente la variable de pertinencia indígena/N° total de establecimientos) *100	80%	Informe Servicio de Salud	COMUNAL	P1	P1	P1	P1
Apoyar procesos orientados al reconocimiento, salvaguarda, fortalecimiento y complementariedad de los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas	Orientar a los establecimientos de la red en aspectos operativos que faciliten la atención y derivación entre sistemas médicos (elaboración de protocolos).	Porcentaje de establecimientos de salud que cuentan con protocolos que faciliten el acceso y derivación entre sistemas médicos	(N° de establecimientos de salud que cuentan con protocolos que facilitan el acceso y derivación entre sistemas médicos/N° total establecimientos de salud)*100	100%	Informe Servicio de Salud	COMUNAL	P1	P1	P1	P1



OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	FUENTE	NIVEL DE APLICACIÓN	DOMEYKO	ORELLANA	VIEL	ARAUCO
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.	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.	Promedio de VDI recibidas por personas del Programa de Atención Domiciliaria para Personas en situación de Dependencia Severa	(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	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas en situación de dependencia severa.	REM	COMUNAL	P1	P1	P1	P1

<p>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.</p>	<p>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.</p>	<p>Porcentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que no presentan UPP</p>	<p>(Nº de personas sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100</p>	<p>90% y más de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa no presentan UPP</p>	<p>REM</p>	<p>COMUNAL</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>
--	---	---	---	---	------------	----------------	-----------	-----------	-----------	-----------



<p>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.</p>	<p>Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador</p>	<p>Porcentaje de Evaluación de Sobrecarga en Cuidadores de Personas en situación de Dependencia Severa</p>	<p>(N° de cuidadores de personas en situación de dependencia severa del Programa de Atención Domiciliara 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</p>	<p>Al menos el 60% de los cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria han sido evaluados con Escala de Zarit Abreviado.</p>	<p>REM</p>	<p>COMUNAL</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>
--	--	--	---	---	------------	----------------	-----------	-----------	-----------	-----------



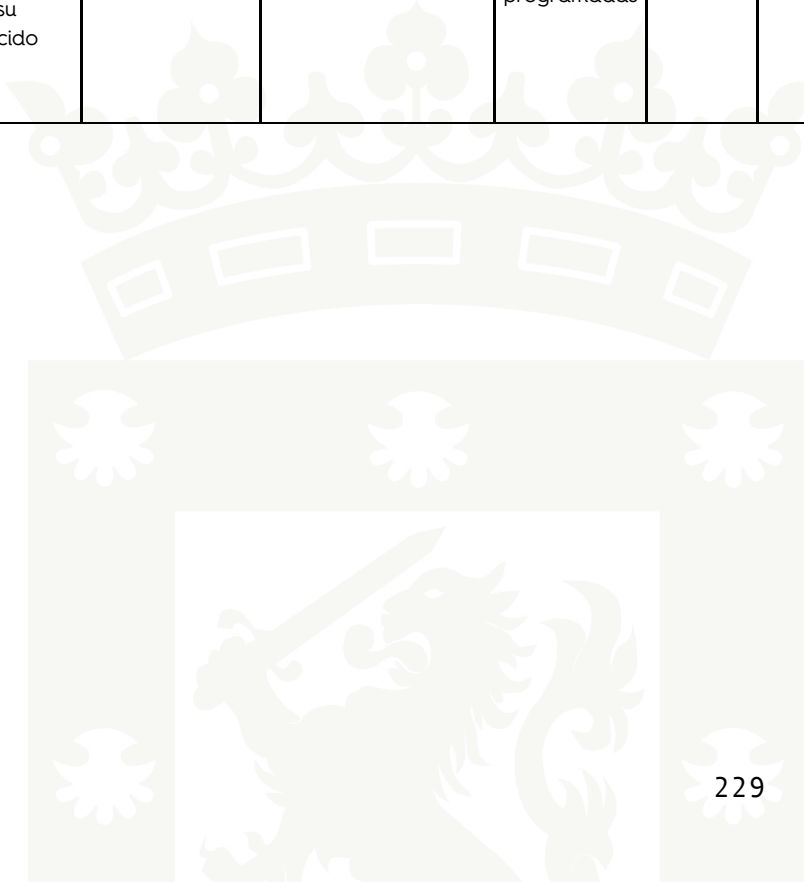
<p>Otorgar a la persona en situación de dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.</p>	<p>Entregar a cuidadoras(es) y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral de la persona en situación de dependencia severa para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidadora(or)</p>	<p>Porcentaje de cuidadores(as) de personas en situación de dependencia severa Capacitados (as)para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidadora(or)</p>	<p>(Nº de Cuidadores(as) de personas en situación de dependencia severa capacitados / Nº Total de cuidadores de personas en situación de dependencia severa *100</p>	<p>90% de los cuidadores de personas en situación de dependencia severa capacitados.</p>	<p>REM</p>	<p>COMUNAL</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>	<p>P1</p>
--	---	--	--	--	------------	----------------	-----------	-----------	-----------	-----------



Indicadores de Promoción de la Salud: Territorio Arauco

Salud Materno Perinatal									
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable	REALIZADO	PORCENTAJE CUMPLIMIENTNO
1 Estimular el apego y crianza del hijo, fomentando que las mujeres sean acompañadas por su pareja u otra persona al control prenatal,	Actividades de difusión comunitaria - local	Realizar 10 actividades anuales de difusión en cada uno de los centros de salud.	Nº de actividades de difusión realizadas	Rem 19, Sección B.1. celdas L98	Promoción / PADB	La meta de este indicador fue complementada con otra relacionada con la actividad principal y que consiste en la difusión de los derechos de la mujer. Por lo mismo se adaptó un indicador ad hoc y que se registra en el REM 19	Matrona		

Salud Infantil										
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable	REALIZADO	PORCENTAJE CUMPLIMIENTNO	
2	Fomentar la lactancia materna y una adecuada derivación en casos de problemas de salud de la madre y su recién nacido	Actividades comunitaria - local	Realizar 4 actividad anual de difusión en cada uno de los centros de salud.	Nº de actividades de acogida realizadas/ Total de actividades programadas	Rem 19, Sección B.1. celdas L110	Promoción / Infantil / PADB	Este objetivo ha sido incorporado por el equipo de promoción del SSMC con el objeto de potenciar las actividades de fortalecimiento del desarrollo integral, en el marco de los derechos de niño	Matrona - Enfermera		



3	Realizar actividades de promoción de la Salud Mental infanto juvenil	Intervenciones comunitarias con profesores de establecimientos educacionales	Realizar 1 taller grupal a educadoras de párvulos en Jardines Infantiles del territorio	Total de talleres grupales en jardines infantiles realizados/ N*talleres convenios* 100 (7)	Rem 19	Actividades Comunitarias convenio Programa de Salud Mental	Registro enviado por el SSMC. Planilla PRAPS, Rem 19	Psicólogos/ Asistente Social/ Educadora de párvulos sala de Estimulación		
4	Realizar actividades de promoción de la Salud Mental infanto juvenil	Intervenciones comunitarias con organizaciones de padres y apoderados	Realizar 1 taller grupal a padres y apoderados en Jardines Infantiles del territorio	Total de talleres grupales en jardines infantiles realizadas/ N*talleres convenios* 100 (7)	Rem 19	Actividades Comunitarias convenio Programa de Salud Mental	Registro enviado por el SSMC. Planilla PRAPS	Psicólogos- Asistente Social- Educadora de párvulos sala de Estimulación		

Salud del Adolescente										
	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable	Responsable	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
5	Fortalecer el Autocuidado como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10 a 19 años	Actividades educativas en escuelas (tema: tabaquismo, salud mental,) para niños de 10 a 14 años	Realizar 5 actividad educativa en cada uno de estos temas en las escuelas saludables de la comuna.	Total de actividades educativas realizadas/Total de actividades educativas programadas en escuelas	Rem 19 Sección B.1. F 113 a i113		Este objetivo ha sido ajustado por el equipo del SSMC a las actividades promocionales que se realizan en establecimientos educacionales para diferenciarlas de aquellas propias realizadas en el marco de espacios amigables.	Kinesiólogo - Psicólogo - Nutricionista - Asistente social		



Salud del Adulto									
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable	Responsable	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
6	Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco	Actividades educativas grupales con familiares de pacientes crónicos respiratorios	Realizar 1 actividad grupal con la población inscrita en el programa ERA (usuarios con riesgo de descompensación respiratoria)	Total de actividades educativas realizadas al menos al 10% de la población inscrita en el programa ERA / Total de actividades programadas x 100	Rem 19 sección B.1. celda F110			Kinesiólogo	
7	Favorecer adquisición de factores protectores frente a la Violencia de género	Intervenciones comunitarias de prevención en Violencia Intrafamiliar con organizaciones de la comunidad	Realizar 1 actividad con la comunidad y/o el intersector, de difusión de factores protectores en Violencia Intrafamiliar	Nº de actividades realizadas con la comunidad / Total de actividades programadas (7)	Rem 19, sección B.1. celdas D98 a E98	Actividades Comunitarias convenio Programa de Salud Mental	Registro enviado por el SSMC. Planilla PRAPS	Psicólogos-Asistente Social	
	Favorecer adquisición de factores protectores frente a la Violencia de género	Intervenciones comunitarias en Violencia Intrafamiliar con agrupaciones de autoayuda	Realizar 3 actividad con mujeres gestantes que participan en talleres del CHCC	Nº de actividades realizadas en taller ChCC/ Total de actividades convenidas (7)	Rem 19, sección B.1. celdas D98 a E98	Actividades Comunitarias convenio Programa de Salud Mental	Registro enviado por el SSMC. Planilla PRAPS	Psicólogos/Asistente Social	

8	Difundir a la comunidad la importancia del EMP	Actividades de difusión en lugares de trabajo, centros comunitarios para difusión del EMP	Realizar 5 actividades de difusión con la comunidad.	Total de actividades de difusión del EMP en la comunidad adulta	Rem 19, sección B.1. celdas g98 + g100			Enfermera		
---	--	---	--	---	--	--	--	-----------	--	--

Salud del Adulto Mayor, familia y cuidadores										
	Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable	Responsable	PORCENTAJE CUMPLIMIENTO
9	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor	Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMP en el AM como acción de detección precoz del riesgo	2 actividades de difusión por centro de salud	Nº de actividades de difusión de la importancia del EMPAM con la comunidad	Rem 19, Sección B.1. celda G110			Enfermera		



Indicadores de Promoción de la Salud: Territorio Domeyko

Salud Infantil								
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable	
1	Fomentar la lactancia materna y una adecuada derivación en casos de problemas de salud de la madre y su recién nacido	Actividades comunitaria - local	Realizar 4 actividad anual de difusión en cada uno de los centros de salud.	Nº de actividades de acogida realizadas/ Total de actividades programadas	Rem 19, Sección B.1. celdas L110	Promoción / Infantil / PADB		Matrona - Enfermera - Nutricionista
	Promover acciones de EVS y del desarrollo integral de niños y niñas	Actividad comunitaria con apoyo de la Guía para la Promoción del Desarrollo Infantil en la Gestión local	5 actividades comunitarias sugeridas en la guía, según realidad local. Entre los temas sugeridos están: Promoción de Derechos de niños y niñas, Promoviendo la Salud Mental de los niños y las niñas, Promoción del Buen Trato, Promoviendo la Salud Bucal desde temprano (escuelas saludables)	Total de actividades comunitarias realizadas/ Total de actividades sugeridas en la Guía	Rem 19, sección B.1. celda L 106 a k109	Promoción, Infantil /PADB		Psicólogos-Asistente Social - Odontólogo



	Realizar actividades de promoción de la Salud intercultural en jardines de la comuna	Actividad educativa con los niños de los jardines infantiles de la comuna de Santiago.	3 actividades desarrolladas con jardines infantiles del territorio.	Total de actividades realizadas / Total de actividades programadas	Rem 19	promoción de la Salud intercultural		Equipo y un facilitador intercultural
--	--	--	---	--	--------	-------------------------------------	--	---------------------------------------

Salud del Adolescente							
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable
Fortalecer el Autocuidado como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10 a 19 años	Actividades educativas en escuelas (tema: tabaquismo, salud mental,) para niños de 10 a 14 años	Realizar 5 actividad educativa en cada uno de estos temas en las escuelas saludables de la comuna.	Total de actividades educativas realizadas/Total de actividades educativas programadas en escuelas	Rem 19 Sección B.1. F 113 a 1113	Promoción, Salud Mental		Kinesiólogo - Psicólogo - Nutricionista - Asistente social

Salud del Adulto							
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable
Favorecer adquisición de factores protectores frente a la Violencia de género	Intervenciones comunitarias en Violencia Intrafamiliar con agrupaciones de autoayuda	Realizar 2 actividad con mujeres gestantes que participan en talleres del CHCC	Nº de actividades realizadas en taller ChCC/ Total de actividades convenidas (7)	Rem 19, sección B.1. celdas D98 a E98	Actividades Comunitarias convenio Programa de Salud Mental	Registro enviado por el SSMC. Planilla PRAPS	Psicólogos/ Asistente Social
Favorecer la adquisición de factores protectores desde una visión de salud intercultural	Intervenciones comunitarias en apego y embarazo desde una perspectiva de salud intercultural	Realizar 1 actividad con mujeres gestantes que participan en talleres del CHCC	Nº de actividades realizadas en taller ChCC/ Total de actividades convenidas (7)	Rem 19, sección B.1.	Actividades Comunitarias convenio Programa Pespi	Registro REM	Equipo y un facilitador intercultural
Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco	Actividades educativas grupales con familiares de pacientes crónicos respiratorios	Realizar 1 actividad grupal con la población inscrita en el programa ERA (usuarios con riesgo de descompensación respiratoria)	Total de actividades educativas realizadas al menos al 10% de la población inscrita en el programa ERA / Total de actividades programadas x 100	Rem 19 sección B.1. celda F110			Kinesiólogo

Difundir a la comunidad la importancia del EMP	Actividades de difusión en lugares de trabajo, centros comunitarios para difusión del EMP	Realizar 3 actividades de difusión con la comunidad.	Total de actividades de difusión del EMP en la comunidad adulta	Rem 19, sección B.1. celdas g98 + g100			Enfermera
Contribuir a la promoción y prevención a salud con una mirada intercultural	Actividades educativas grupales a la comunidad sobre salud intercultural	Realizar 1 taller de hierbas medicinales	Nº de actividades realizadas / Total de actividades convenidas	REM 19			Equipo y un facilitador intercultural

Salud del Adulto Mayor, familia y cuidadores

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor	Reuniones / educaciones grupales con la comunidad para difundir prácticas de alimentación saludable y de actividad física	Realizar dos actividades de difusión en los centros de salud.	Nº de reuniones de difusión con la comunidad para comprometerlos en prácticas de actividad física en el centro o en otras redes	Rem 19, sección B.1. celdas D102 + E102		Además de llevará registro local de las asistencias y compromisos suscritos por los AM.	Prof. Ed física - Equipo salud

		1 grupo de adultos mayores por centro de salud (15 usuarios en cada uno), realizando actividad física regular. Monitoreo en OMI.	Nº de adultos/as mayores que al momento del censo se encuentran en actividad física/ Nº Total de AM inscritos)*100	Rem P05, sección D / Pobl. Inscrita validada			
	Promover la sexualidad activa en los AM	1 Actividades educativas en temas de sexualidad en los adultos mayores de 65 años.	Total de actividades educativas en temas de sexualidad en adultos mayores de 65 años	Rem 19, Sección B.1. celdas i110			Psicólogos/ Matrona
	Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMP en el AM como acción de detección precoz del riesgo	2 Actividades de difusión por centro de salud.	Nº de actividades de difusión de la importancia del EMPAM con la comunidad	Rem 19, Sección B.1. celda G110			Enfermera
	Actividades grupales de "cuidadores", para favorecer adquisición de estrategias de autocuidado	1 ciclo (5 Talleres grupales)	Numero de ciclos de talleres/Número de talleres programados	Rem 19		Registro REM	Equipo de Sector

Indicadores de Promoción de la Salud: Territorio Orellana

CICLO VITAL INFANTIL							
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable
Mantener o Disminuir la obesidad infantil	<ul style="list-style-type: none"> * Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva. * Fomentar uso de cojín de lactancia, * Evaluar y reforzar las técnicas correctas de amamantamiento, * educar acerca de la alimentación de la embarazadas, * deberes y derechos de las trabajadoras embarazadas, *educar sobre apego del recién nacido 	6 talleres prenatales realizados	talleres prenatales realizados/talleres prenatales programados	REM 27	PERINATAL-INFANTIL		Equipo Salud
	Consejería individuales de actividad física entregada a niñas, niños, padres y cuidadores menores de 10 años	10 consejerías individuales realizadas	N° consejerías individuales realizadas / N° de consejerías individuales programadas	REM	PROGRAMA DE LA MUJER		MATROINA
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Actividades Comunitarias de Salud Mental: Taller de Promoción de la Salud Mental (habilidades personales, factores protectores Psicosociales, etc.) en el ámbito educacional (jardines, escuelas, liceos)	2 Talleres de promoción de la salud mental realizadas en escuelas, liceos, o jardines infantiles del territorio asignado	talleres realizados / talleres programados	REM 27	PROGRAMA DE SALUD MENTAL		PSICOLOGAS - ASISTENTES SOCIALES

	Talleres acerca de enfermedades respiratorias a padres de niños de escuelas. Liceos o jardines infantiles del territorio asignado	2 talleres de promoción de la salud respiratoria, realizados a padres de niños que asisten a escuelas, liceos o jardines infantiles	talleres realizados / talleres programados	REM 27	PROGRAMA RESPIRATORIO		KINESIOLOGO
--	---	---	--	--------	-----------------------	--	-------------

CICLO VITAL ADOLESCENCIA Y JUVENTUD							
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable a población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Realizar 2 talleres a jóvenes de 10 a 24 años	talleres realizados / talleres programados	REM 19	PROGRAMA NUTRICIONAL		NUTRICIONISTA-PROFESORA DE EDUCACION FISICA
Aumentar los Factores Protectores de salud en las personas de Pueblos indígenas	Realización de talleres de promoción para el cuidado de salud de la población indígena adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Realizar 1 taller para jóvenes de 10 a 24 años acerca de la cosmovisión y salud mapuche	taller realizado / taller programado	REM 19	PROGRAMA PESPI		FACILITADORA INTERCULTURAL

Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Realizar talleres acerca de la prevención el consumos de tabaco a jóvenes de 10 a 24 años	realizar 3 talleres de prevención del consumo de tabaco a jóvenes de 10 a 24 años	talleres realizados / talleres programados	REM 19	PROGRAMA SALUD MENTAL	PSICOLOGAS Y ASISTENTE SOCIALES
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva adolescentes de 10 a 19 años	realizar 3 talleres sobre salud sexual y reproductiva a adolescentes de a 19 años	talleres realizados / talleres programados	REM 27	PROGRAMA DE LA MUJER	MATRONA Y PSICOLOGAS

CICLO VITAL EDAD ADULTA							
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable
Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Realizar Talleres de prevención consumo tabaco con adultos de 18 a 64 años	Realizar 2 talleres de prevención del consumo de tabaco a adultos de 18 a 64 años	Talleres realizados / talleres programados	REM 19	PROGRAMA RESPIRATORIO		KINESIOLOGO
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable a población adulta de 25 a 64 años	2 talleres de promoción de estilos de vida saludables a población adulta realizada.	Talleres realizados / talleres programados	REM 19	PROGRAMA NUTRICIONAL		NUTRICIONISTA Y PROFESORA DE ACTIVIDAD FISICA

CICLO VITAL ADULTO MAYOR							
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable a población adulta mayor de 64 años	2 talleres de promoción de estilos de vida saludables para adultos mayores de 6 años, realizados	talleres realizados/talleres programados	REM 19	PROGRAMA PROMOCION Y SALUD MENTAL		EQUIPO DE SALUD

ESTRATEGIAS DE PROMOCION COMUNAL							
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Realizar eventos masivos en alimentación saludable Y actividad física	Realizar 2 eventos de actividad física y alimentación saludable	eventos realizados / eventos programados	Rem 19	PROGRAMA NUTRICIONAL-DE PROMOCION Y ACTIVIDAD FISICA		NUTRICIONISTA, PROFESORA ACTIVIDAD FISICA Y ASESORA COMUNITARIA
	Realizar talleres de prevención de la violencia de género	Realizar 1 taller con la comunidad y/o el intersector, de prevención de la Violencia de género	taller realizado / taller programado	Rem 19	PROGRAMA DE SALUD MENTAL		PSICOLOGAS Y ASISTENTE SOCIAL
	Realizar educación grupal en alimentación saludable y actividad física, priorizando el entorno comunal y laboral	Realizar 2 talleres de alimentación saludable, y actividad física en lugares de trabajo	talleres realizados / talleres programados	Rem 19	PROGRAMA SALUD MENTAL		PSICOLOGAS Y ASISTENTE SOCIAL

ESTRATEGIAS DE FORTALECIMIENTO DE LA SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA							
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud / Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de personas , familias y comunidades	Visita domiciliaria integrales realizadas en el lugar de residencia de la familia, entre uno o más miembros del equipo de salud y uno o más integrantes de la familia con enfoque sistémico. Esta visita puede ser generada por un problema de salud individual (caso índice) o de orden familiar	6 visitas domiciliarias integrales realizadas en cada sector del CESFAM	visitas realizadas / visitas programadas	REGISTRO OMI	PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO		EQUIPO DE SALUD



Indicadores de Promoción de la Salud: Territorio Viel

Salud Materno Perinatal							
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable
1 Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6° 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, asegurando el buen uso de los maletines de lactancia entregados.	Realizar 6 actividades educativas anuales en CESFAM Benjamín Viel sobre beneficios de Lactancia materna	Nº de actividades de difusión realizadas	Rem 19, Sección B.1. celdas L98	Promoción		Matrona, Enfermera y Nutricionista

Salud Infantil								
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable	
2	Promoción de la salud mental en población indígena de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Realización de talleres de promoción para el cuidado de salud de la población indígena adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Realizar 2 actividades anuales de difusión en CESFAM Benjamín Viel	Nº de actividades de acogida realizadas/ Total de actividades programadas	Rem 19, Sección B.1. celdas L110	Promoción / PESPI		Enfermera, Facilitadora intercultural

Salud del Adolescente								
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable	
8	Fortalecer el autocuidado como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10 a 19 años	Actividades educativas en escuelas (tema: tabaquismo, salud mental,) para niños de 10 a 14 años	realizar 5 actividades educativas en escuela del Sector	Total de actividades educativas realizadas/ Total de actividades educativas programadas en escuelas	Rem 19 Sección B.1. F 113 a 113	PROMOCION		Encargado de Promoción y Equipo de Salud

Salud del Adulto							
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable
Favorecer adquisición de factores protectores frente a la Violencia de género	Intervenciones comunitarias de prevención en Violencia Intrafamiliar con organizaciones de la comunidad	Realizar taller permanente de Violencia Intrafamiliar.	Nº de actividades realizadas con la comunidad / Total de actividades programadas (7)	Rem 19, sección B.1. celdas D98 a E98	Actividades Comunitarias convenio Programa de Salud Mental	Registro enviado por el SSMC. Planilla PRAPS	Encargado de Promoción

Salud del Adulto Mayor, familia y cuidadores							
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable
Promover autocuidado del adulto mayor	Taller permanente de Estimulación Cognitiva	Un taller permanente de 4 sesiones mensuales.	Numero de ciclos de talleres/Número de talleres programados	Rem 19	Promoción	Registro REM	Encargado de Promoción y psicólogo





VIII. Responsables de la formulación del Plan de Salud

Responsables

Dra. Adriana Tapia, Directora de la Dirección de Salud de la I. Municipalidad de Santiago
Dr. Andrés Flores, Subdirector Técnico

Colaboradores

Subdirección Técnica: E.U. Carolina Arellano E.U. Claudia Gárate Dra. Pilar Jerez
--

Dr. Blas Alid, Jefe Departamento de Epidemiología y Gestión de Información
Carmen Cornejo, Jefa Departamento de Finanzas
Marcela Aguayo, Jefa Departamento Gestión de Personas
Dante Villalobos, Profesional de Apoyo de la Dirección de Salud

Corresponsables de la Programación por Centros

Mat. Andrea Caro, Directora del Cesfam Arauco
Dra. Sandra León, Directora del Cesfam Ignacio Domeyko
E.U. Alejandra Márquez, Directora del Cesfam Padre Orellana
E.U. Scarlet Cassus, Directora del Cesfam Benjamín Viel

Agradecemos también el aporte de los equipos de salud y la comunidad, los que permitieron elaborar este documento