



**SANTIAGO**  
Ilustre Municipalidad

# Plan de Salud 2014



Dirección de Salud

# Índice

|   |     |
|---|-----|
| ANTECEDENTES .....  | 8   |
| RESEÑA HISTORICA .....  | 9   |
| DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN COMUNAL .....                                    | 11  |
| 1. ANTECEDENTES GENERALES.....  | 11  |
| 2. CONDICIONANTES DE LA SALUD .....                                       | 12  |
| CARTERA DE SERVICIOS DE LA RED MUNICIPAL .....                            | 37  |
| 1. LISTA DE ESPERA A ESPECIALIDADES, SEPTIEMBRE DE 2012.....              | 38  |
| 2. ANÁLISIS DE LA DEMANDA.....  | 40  |
| 3. ANÁLISIS DE LA OFERTA .....  | 42  |
| 4. UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA OFTALMOLÓGICA.....                         | 45  |
| 5. COSAM .....  | 47  |
| 6. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO .....  | 51  |
| SITUACIÓN DE SALUD COMUNAL .....  | 67  |
| 1. POBLACIÓN .....  | 67  |
| 2. NATALIDAD Y MORTALIDAD.....  | 67  |
| 3. AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS (AVPP) .....                      | 69  |
| 4. AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD (AVISA).....                   | 70  |
| 5. PENSIONES DE INVALIDEZ .....   | 71  |
| 6. ESPERANZA DE VIDA.....   | 71  |
| 7. MORBILIDAD .....   | 72  |
| 8. MORBILIDADES EN ESTABLECIMIENTOS DE APS DE DEPENDENCIA MUNICIPAL ..... | 74  |
| 9. INDICADORES DE SALUD, RED APS MUNICIPAL. JUNIO DE 2013 .....           | 81  |
| PLANES DE ACCIÓN POR POLO .....   | 94  |
| PLAN DE ACCIÓN POLO DOMEYKO .....   | 95  |
| 1. Antecedentes generales.....  | 95  |
| 2. Estructura y Organización. ....  | 95  |
| 3. Caracterización Demográfica y situación de salud .....                 | 96  |
| 4. Actividades y prestaciones.....  | 99  |
| 5. Participación Comunitaria.....   | 100 |
| 6. PLAN DE SALUD 2014 POLO DOMEYKO .....                                  | 102 |
| PLAN DE ACCIÓN POLO ARAUCO.....   | 147 |
| 1. Estructura y Organización. ....  | 147 |
| 2. Caracterización Demográfica y Epidemiológica. ....                     | 147 |
| 3. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CES ARAUCO.....                           | 151 |
| 4. Actividades y Prestaciones.....  | 152 |

|   |   |            |
|---|---|------------|
| 5.  | Participación Comunitaria.....                              | 153        |
| 6.  | PLAN DE SALUD 2014 POLO ARAUCO .....                        | 154        |
| <b>PLAN DE ACCIÓN POLO VIEL.....</b>          |   | <b>190</b> |
| 1.  | Estructura y Organización .....                             | 190        |
| 2.  | Características demográficas y epidemiológicas.....         | 190        |
| 3.  | Actividades y Prestaciones.....                             | 193        |
| 4.  | Participación Comunitaria y Promoción de la Salud.....      | 193        |
| 5.  | PLAN DE SALUD 2014 POLO VIEL.....                           | 195        |
| <b>PLAN DE ACCIÓN POLO ORELLANA.....</b>      |   | <b>239</b> |
| 1.  | Estructura y Organización .....                             | 239        |
| 2.  | Caracterización Demográfica y Epidemiológica .....          | 239        |
| 3.  | Actividades.....  | 242        |
| 4.  | Participación Comunitaria.....                              | 243        |
| 5.  | DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO 2012 .....                        | 243        |
| 6.  | PLAN DE SALUD 2014 POLO ORELLANA .....                      | 244        |
| <b>PLAN DE ACCIÓN DIRECCIÓN DE SALUD.....</b> |   | <b>294</b> |
| 1.  | MISION .....  | 294        |
| 2.  | VISION .....  | 294        |
| 3.  | OBJETIVOS GENERALES DE LA RED DE SALUD .....                | 294        |
| -   | DESAFÍOS PENDIENTES.....                                    | 297        |
| 4.  | UNIDAD DE ADQUISICIONES .....                               | 298        |
| 5.  | UNIDAD DE ESTADÍSTICAS.....                                 | 299        |
| 6.  | PLAN DE ACCION UNIDAD DE FARMACIA ABASTECIMIENTO 2014 ..... | 300        |
| 7.  | PLAN DE ACCIÓN UNIDAD DE FINANZAS.....                      | 302        |
| 8.  | PLAN DE ACCIÓN UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN.....     | 303        |
| 9.  | PLAN DE ACCIÓN UNIDAD DE INFORMÁTICA.....                   | 304        |
| 10.   | PLAN DE ACCIÓN UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS .....             | 304        |
| 11.   | PLAN DE CAPACITACIÓN ANUAL .....                            | 305        |

## Índice de Tablas

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1: Puntaje IV dimensión vivienda CASEN 2009 (En puntaje donde 0 es la peor situación y 1 la mejor).....   | 19 |
| Tabla 2: Porcentaje de hogares totales con indicador de saneamiento deficitario 2009. Según indicador de saneamiento elaborado por MIDEPLAN, solo hogares deficitarios. ....              | 20 |
| Tabla 3: Establecimientos pertenecientes a la Red de Salud de la I. Municipalidad de Santiago.....  | 25 |
| Tabla 4: Red de Salud Municipal, Octubre 2012. ....   | 27 |
| Tabla 5: Población validada 2° Corte FONASA de 2012 .....   | 29 |
| Tabla 6: Coeficientes técnicos, cantidad de profesionales por población. ....   | 29 |
| Tabla 7: Dotación de Funcionarios año 2013. ....  | 30 |
| Tabla 8: Principales prestaciones entregadas según centro de Salud APS .....  | 37 |
| Tabla 9: Lista de espera NO GES según especialidad y Polo de origen al 30 de septiembre de 2013. .  | 38 |
| Tabla 10: Número de atenciones de especialidades realizadas entre el 01 de enero y 31 de agosto de 2013 por medio de compra de servicios, según Polo de origen del paciente. ....         | 39 |
| Tabla 11: Número de atenciones de especialidades realizadas entre el 01 de enero y 31 de agosto de 2013 con especialistas contratados por APS, según Polo de atención. ....               | 40 |
| Tabla 12: Recurso Humano UAPO. Noviembre de 2013 .....  | 45 |
| Tabla 13: Consultas Tecnólogo Médico (Vicio de Refracción).....   | 46 |
| Tabla 14: Consultas Oftalmólogo: Vicios de Refracción; Glaucoma nuevos; Glaucoma controles; Otras consultas. ....   | 46 |
| Tabla 15: Norma técnica COSAM y dotación COSAM Santiago a Noviembre de 2013.....  | 48 |
| Tabla 16: Cartera de Prestaciones COSAM.....  | 49 |
| Tabla 17: Categorías diagnósticas por programa de atención.....   | 49 |
| Tabla 18: Tasas de Natalidad y Mortalidad- AÑO 2011. DEIS MINSAL .....  | 67 |
| Tabla 19: Tasa de Mortalidad Infantil por Causa, Año 2011 (Tasa Por 100.000 N.V). DEIS MINSAL ...   | 68 |
| Tabla 20: Tasa de Mortalidad Por Causas, Año 2011 (Por 100.000 Hab.). DEIS MINSAL.....  | 68 |
| Tabla 21: Tasa de Años de vida potenciales perdidos por cada 1.000 habitantes, según sexo, según región y comuna. Chile 2011 .....  | 69 |
| Tabla 22: Años de Vida Potenciales Perdidos por grupos de causas, comuna de Santiago, ambos sexos. Chile 2011 .....   | 69 |
| Tabla 23: AVISA ordenados por magnitud de causa específica y sexo. Todas las edades. Chile, 2004  | 70 |
| Tabla 24: Esperanza de Vida (años). Años 1997-2006 .....  | 71 |
| Tabla 25. Egresos Hospitalarios, Año 2011 (Por 100.000 Hab). DEIS MINSAL .....  | 72 |
| Tabla 26: Enfermedades Transmitidas por Los Alimentos (ETA), Accidentes Laborales Notificados Y Enfermedades De Notificación Obligatoria (ENO). DEIS MINSAL.....                          | 72 |
| Tabla 27: Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) en la Red de Salud de Santiago, entre el 1 de Enero y 7 de Octubre de 2013. REGISTROS PROPIOS .....                              | 74 |
| Tabla 28: Diagnósticos médicos entregados en la red de salud de Santiago entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2013. Registro Ficha Clínica Electrónica. ....                      | 74 |
| Tabla 29: Diagnósticos Médicos Entregados en la Red de Salud de Santiago entre el 01 de Enero y 31 de Diciembre de 2013, Según Polo de Atención. Registros Ficha clínica electrónica..... | 80 |
| Tabla 30: Número de pacientes bajo control según programa de salud del ciclo vital .....  | 81 |
| Tabla 31: Número de pacientes bajo control por patología crónica y de salud mental.....   | 82 |
| Tabla 32: Cobertura examen de medicina preventiva (EMP), en hombres de 20 a 44 años. ....   | 83 |
| Tabla 33: Cobertura examen de medicina preventiva (EMP), en mujeres de 45 a 64 años.....  | 83 |
| Tabla 34: Cobertura evaluación funcional del adulto de 65 años y más. ....  | 83 |
| Tabla 35: Ingreso a control embarazo antes de las 14 semanas.....   | 83 |
| Tabla 36: Cobertura de examen de salud del adolescente 10 a 14 años (aplicación ficha CLAP) .....   | 84 |

|   |     |
|---|-----|
| Tabla 37: Cobertura altas odontológicas totales en población menor de 20 años.....  | 84  |
| Tabla 38: Cobertura de Evaluación del DSM de Niños/As de 12 A 23 Meses Bajo Control.....  | 84  |
| Tabla 39: Gestión de reclamos respondidos con solución dentro de 20 días hábiles. ....  | 84  |
| Tabla 40: Cobertura Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 años y más.....  | 85  |
| Tabla 41: Cobertura Hipertensión Arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más. ....  | 85  |
| Tabla 42: Tasa de visita integral. ....   | 85  |
| Tabla 43: Actividad con Garantía Explícita de Salud GES.....  | 85  |
| Tabla 44: Disponibilidad de Fármacos Trazadores .....   | 86  |
| Tabla 45: Continuidad de Atención. Brindar atención de salud hasta las 20 hrs. de lunes a viernes. ...  | 86  |
| Tabla 46: Porcentaje de niños y niñas de 12 y 23 meses con riesgo y retraso del DSM, recuperados. 87  | 87  |
| Tabla 47: Reducción del número de mujeres de 25 a 64 años Sin PAP Vigente (meta Santiago reducir en un 10% la brecha de cobertura de mujeres sin PAP vigente lograda a Dic. 2012). .... | 87  |
| Tabla 48: Cobertura alta odontológica total en adolescentes de 12 años. ....  | 87  |
| Tabla 49: Cobertura alta integral odontológica embarazadas. ....  | 87  |
| Tabla 50: Cobertura alta odontológica total en niños de 6 años inscritos.....   | 88  |
| Tabla 51: Aumento de la cobertura efectiva de personas de 15 años y más con DM controlada (Meta Santiago incremento de 1% cobertura efectiva (HbA1c< 7%).....                           | 88  |
| Tabla 52: Aumento de la cobertura efectiva de personas de 15 años y más con HTA controlada (Meta Santiago incremento de 2% cobertura efectiva (PA < 1140/90 mm Hg).....                 | 88  |
| Tabla 53: Mantener o disminuir el % promedio nacional de obesidad (de = 0 < a 9,4% en menores de 6 años bajo control). ....   | 88  |
| Tabla 54: Consejos desarrollo funcionando regularmente con Plan evaluado y ejecutado a Dic.2013 . 89  | 89  |
| Tabla 55: 100% de las personas hipertensas o diabéticas bajo control en PSCV han sido clasificada según etapa enfermedad renal crónica .....  | 90  |
| Tabla 56: Aplicar EDP en controles sanos correspondiente a los 8 meses .....  | 90  |
| Tabla 57: El 90% de las personas con diabetes tipo 2 bajo control se les realiza una evaluación de los pies.....  | 90  |
| Tabla 58: Realizar visita domiciliaria integral a familias con niños con obesidad entre 1 a 6 años .....  | 90  |
| Tabla 59: Realizar consejería breve en tabaquismo a los adolescentes de 12 años que reciben alta odontológica en la Red de Salud Municipal (excluye compra de servicio). ....           | 91  |
| Tabla 60: Realizar alta odontológica a pacientes de 60 años.....  | 91  |
| Tabla 61: Aumentar la población de mujeres de 45 a 64 años bajo control en el programa de climaterio .....  | 91  |
| Tabla 62: Mantener espirometría anual en los pacientes bajo control del programa respiratorio ERA . 91  | 91  |
| Tabla 63: Realizar examen baciloscopia a la población.....  | 91  |
| Tabla 64: Población En Control Programa De Salud Cardiovascular (PSCV).....   | 98  |
| Tabla 65: Población en Control Otros Programas.....   | 99  |
| Tabla 66: Actividades comunitarias realizadas año 2013. Polo Domeyko .....  | 100 |
| Tabla 67: Actividades comunitarias pendientes año 2013. Polo Domeyko .....  | 100 |
| Tabla 68: Población en Control del Programa De Salud Cardiovascular y adultos mayores. CES Arauco. Junio 2013 .....   | 151 |
| Tabla 69: Población Bajo Control Otros Programas Junio 2013 Ces Arauco .....  | 152 |
| Tabla 70: Distribución de número de inscritos según sector Polo Viel .....  | 191 |
| Tabla 71: Distribución de población extranjera. Polo Viel.....  | 191 |
| Tabla 72: Distribución de población infantil bajo control según edad. Polo Viel.....  | 192 |
| Tabla 73: Población bajo control del Programa cardiovascular, según riesgo cardiovascular.....  | 192 |
| Tabla 74: Población de adultos mayores, según funcionalidad.....  | 192 |
| Tabla 75: Población de mujeres con PAP vigente.....   | 192 |
| Tabla 76: Porcentaje de población migrante en Polo Orellana. Datos comparativos 2012 y 2013 (Incluye nacionalidad no informada).....  | 240 |
| Tabla 77: Evolución de Población Bajo Control. Polo Orellana.....   | 241 |

|  |     |
|--|-----|
| Tabla 78: Tipo de Prestaciones entregadas. Polo Orellana ..... | 242 |
|--|-----|

## Índice de Ilustraciones

|  |    |
|--|----|
| Ilustración 1: Distribución porcentual de la población metropolitana y comunal por sexo. CASEN 2011. ....  | 12 |
| Ilustración 2: Distribución poblacional según grupos de edad. Región Metropolitana y comuna de Santiago. CASEN 2011. ....  | 13 |
| Ilustración 3: Distribución poblacional según CASEN 2006, 2009 y 2011.....   | 13 |
| Ilustración 4: Estructura poblacional por grupos de edad Comuna de Santiago, proyección INE 2012 y población inscrita, corte FONASA octubre 2012.....              | 14 |
| Ilustración 5: Distribución geográfica de Adultos Mayores en la Comuna de Santiago. ....   | 14 |
| Ilustración 6: Distribución de la población de Santiago según situación conyugal. CASEN 2011.....  | 15 |
| Ilustración 7: Distribución de población según lugar de residencia en el 2006 y grupo de edad. Comuna de Santiago. CASEN 2011. ....                                | 16 |
| Ilustración 8: Proporción de población comunal que es extranjera. CASEN 2011. ....   | 16 |
| Ilustración 9: Distribución porcentual de extranjeros inscritos en la Red de Salud Municipal, año 2013 .....   | 17 |
| Ilustración 10: Distribución de la población mayor de 15 años según Nivel educacional. CASEN 2011  | 18 |
| Ilustración 11: Distribución de la población según condición de su actividad laboral. CASEN 2011.....  | 18 |
| Ilustración 12: Disposición de telefonía celular entre los residentes de la comuna de Santiago. CASEN 2011 .....   | 19 |
| Ilustración 13: Distribución de la población de la comuna de Santiago según condición de pobreza. CASEN 2009 y 2011.....   | 19 |
| Ilustración 14: Distribución de la población según su Previsión. CASEN 2011.....   | 20 |
| Ilustración 15: Distribución de los residentes de la comuna de Santiago según tipo de previsión de salud. CASEN 2011. ....   | 21 |
| Ilustración 16: Distribución de lugares de atención en que residentes de la comuna de Santiago controlan su salud. CASEN 2011. ....                                | 22 |
| Ilustración 17: Distribución de los residentes de la comuna de Santiago, de acuerdo a la autoevaluación de su estado de salud. CASEN 2011. ....                    | 22 |
| Ilustración 18: Realización del PAP en los 3 últimos años, Región Metropolitana y comuna de Santiago. Población femenina mayor de 15 años. CASEN 2011. ....        | 23 |
| Ilustración 19: Razones de la NO realización del PAP. Población femenina mayor de 15 años. CASEN 2011. ....  | 23 |
| Ilustración 20: Tipos de establecimientos de atención dental en el grupo de personas que consultaron dentro de los 3 meses previos a la encuesta. CASEN 2011. .... | 24 |
| Ilustración 21: Tipo de controles a los que accede la población en el último trimestre. CASEN 2011... ..   | 24 |
| Ilustración 22: Tipo de agrupaciones en las que participa la comunidad. CASEN 2011. ....   | 25 |
| Ilustración 23: Distribución de Unidades Vecinales Centro de Salud. NOTA: El CES San Vicente corresponde en la actualidad al CESFAM Arauco.....                    | 26 |
| Ilustración 24: Red de Establecimientos de Atención Primaria de Salud. Ilustre Municipalidad de Santiago .....   | 28 |
| Ilustración 25: Estructura organizacional interna de los centros de salud .....  | 36 |
| Ilustración 26: Estructura organizacional de la Dirección de salud .....   | 36 |
| Ilustración 27: Cobertura Población Programa Infantil A Junio De 2013 (PBCx100/Pob. Infantil Inscrita < 6 Años) .....  | 40 |
| Ilustración 28: Cobertura Población PSCV Por Hipertensión Arterial A Junio De 2013 (PBCx100/Inscritos Vs PBC Esperada/Inscritos) .....                             | 41 |

|  |     |
|--|-----|
| Ilustración 29: Cobertura Población PSCV Por Diabetes Mellitus A Junio De 2013 (PBCx100/Inscritos Vs PBC Esperada/Inscritos) .....   | 41  |
| Ilustración 30: Cobertura Población Adulto Mayor A Junio De 2013 (PBCx100/Inscritos >64 Años)....  | 42  |
| Ilustración 31: Tasa De Consultas Realizadas Acum A Agosto 2013 (Nº Consultas Médicas Según Rem/Pob. Inscrita) .....   | 42  |
| Ilustración 32: Consultas Médicas Ofertadas Según Población Beneficiaria Abril 2013 (Número de Consultas de morbilidad según agendas médicas x 100 inscritos).....                 | 42  |
| Ilustración 33: Tasa Controles Ciclo Vital Acum A Agosto 2013 (Nº De Controles Rem /Pob. Inscrita)   | 43  |
| Ilustración 34: Tasa Controles PSCV Acum A Agosto 2013 (Nº Controles PSCV Según Rem x 100/PBC PSCV).....   | 43  |
| Ilustración 35: Tasa Consultas De Salud Mental Acum A Agosto 2013 (Nº Consultas De Salud Mental Rem/Pob. Inscrita).....  | 44  |
| Ilustración 36: TASA ATENCIONES DENTALES ACUM A AGOSTO 2013 (Nº Consultas Y Atenciones De Urgencias Dentales /Pob. Inscrita) .....   | 44  |
| Ilustración 37: Síntesis Diagnóstico Participativo 2012.....   | 52  |
| Ilustración 38: Distribución de Cabildos en la Comuna de Santiago .....  | 53  |
| Ilustración 39: Distribución grupos de usuarios entrevistados. Estudio "Desarrollo para la Red de Salud en el territorio de la comuna de Santiago".....                            | 63  |
| Ilustración 40: Distribución de la Población de la comuna se Santiago .....  | 67  |
| Ilustración 41: Pensiones de invalidez solicitadas y otorgadas por trimestre. Región Metropolitana. Fuente: Superintendebncia de pensiones. ....                                   | 71  |
| Ilustración 42: Evolución de la población bajo control según ciclo vital, años 2011-2013.....  | 81  |
| Ilustración 43: Evolución de la población validada FONASA. Red de Salud Municipalidad de Santiago.   | 92  |
| Ilustración 44: Evolución de la población validada FONASA según polo de atención y establecimiento. ....   | 93  |
| Ilustración 45: Distribución etárea según segundo corte FONASA 2012, Polo Domeyko.....   | 96  |
| Ilustración 46: Porcentaje de población extranjera inscrita según establecimiento de Atención. Base de datos de Rezebra a octubre de 2013. ....                                    | 97  |
| Ilustración 47: Organigrama Polo Arauco .....  | 147 |
| Ilustración 48: Poblacion Inscrita Validad 2º Corte Fonasa 2012 CES Arauco por Grupos de edad. ..  | 148 |
| Ilustración 49: Distribución población polo Arauco según grupo de edad y sexo. ....  | 148 |
| Ilustración 50: Distribución de la Poblacion del CES Arauco según Nivel Educativo. Fuente: ficha electrónica de inscripción rezebra. Reporte de Septiembre 2013 .....              | 149 |
| Ilustración 51: Situación previsional de la población inscrita. CES Arauco. Fuente ficha electrónica de inscripción rezebra. Reporte de Septiembre 2013.....                       | 150 |
| Ilustración 52: Distribución de Migrantes de acuerdo a Nacionalidad Según Registro Ficha Electronica Rezebra de la Población Inscrita 2013. Fuente Ficha Electrónica Rezebra. .... | 150 |
| Ilustración 53: Estructura organizacional Polo Viel.....   | 190 |
| Ilustración 54: Distribución de edad. Polo Viel .....  | 191 |
| Ilustración 55: Distribución de edad y sexo en Polo Viel.....  | 191 |
| Ilustración 56: Distribución de población Polo Orellana .....  | 239 |
| Ilustración 57: Distribución de la Población Polo Orellana según sexo y grupo de edad .....  | 239 |
| Ilustración 58: Distribución porcentual de la Población Total Polo Orellana (FONASA 2012) .....  | 240 |

---

## A. Antecedentes

## RESEÑA HISTORICA

“A doce días del mes de febrero, año de mil e quinientos e cuarenta e un años, fundó esta ciudad en nombre de Dios, y de su bendita madre, y del apóstol Santiago, el mui magnífico señor Pedro de Valdivia, teniente de gobernador y capitán jeneral por el mui ilustre señor don Francisco Pizarro, gobernador y capitán jeneral en las provincias del Perú por Su Majestad Y púsole nombre la ciudad de Santiago del Nuevo Extremo, y a esta provincia y sus comarcas, y aquella tierra de que Su Majestad fuere servido que sea una gobernación, la provincia de la Nueva Extremadura”



### Acta de Fundación

El nombre de la ciudad proviene del Apóstol Santiago, santo patrono de España. Sus primeros doce años de existencia sólo fue un fuerte militar, solo en la segunda mitad del siglo XVI comienzan a construirse los primeros edificios de importancia de la ciudad, destacando el inicio de la construcción en piedra de la primera catedral en 1561 y de la iglesia de San Francisco en 1572, siendo ambas construcciones realizadas principalmente en adobe y piedra.

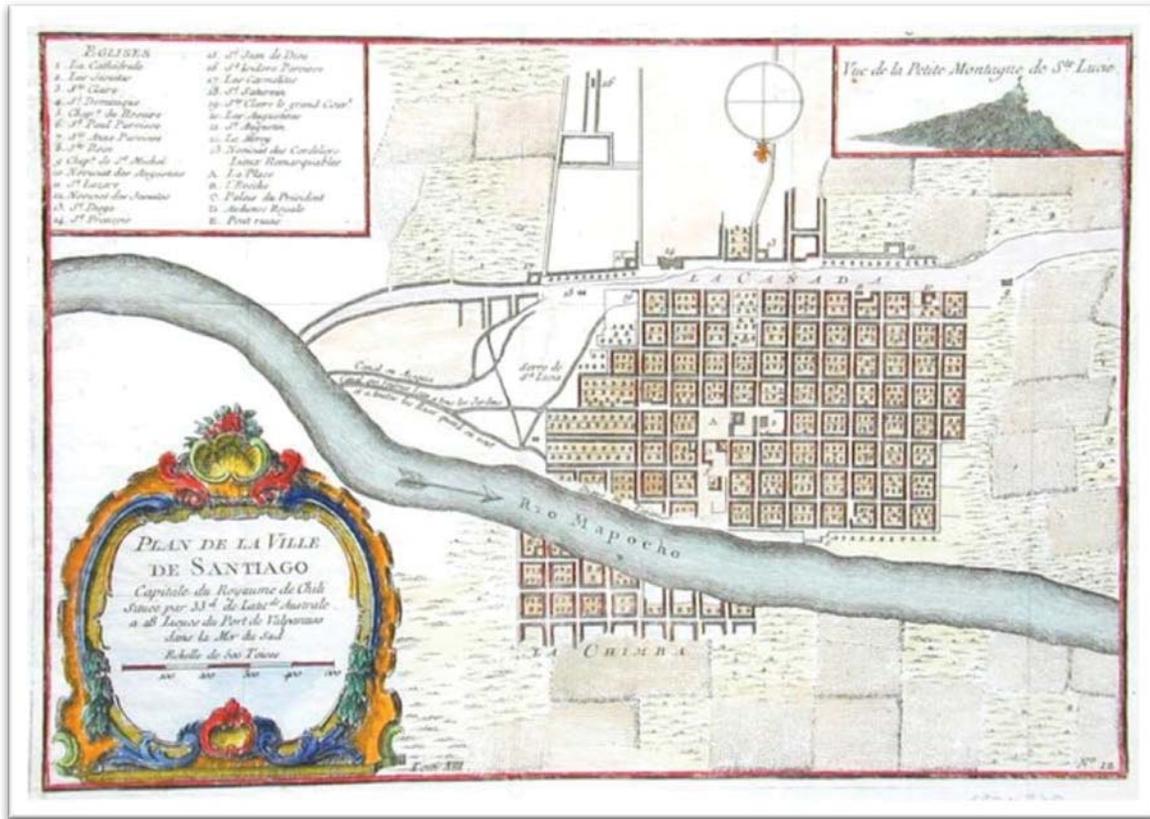
Durante la colonia Santiago, con su centro político, administrativo y social en la Plaza de Armas, se conforma como un núcleo ordenado y próspero, por lo que la Constitución de 1810 lo designa como Capital de la República.

Con el fin de la guerra, asumió Bernardo O'Higgins como Director Supremo y, al igual que su padre, realizó diversas obras de importancia para la ciudad. Durante la llamada Patria Nueva, el brazo sur del Mapocho, conocido como La Cañada, fue cerrado el paso de las aguas convirtiéndolo en un paseo arborizado, conocido como la Alameda de las Delicias.

A fines del siglo XIX, la ciudad se presentaba cada vez más compleja y socialmente diversa. Con 250 mil habitantes, la expansión comenzó a rebasar sus límites y a conformar diferentes espacios residenciales alrededor, lo que originó que en el gobierno de Jorge Montt en 1891 se promulgara la ley de Comuna Autónoma, con lo que el Departamento de Santiago quedó constituido por las circunscripciones urbanas de Santa Lucía, Santa Ana, Portales, Estación, Cañadilla, Recoleta, Maestranza, Universidad, San Lázaro y Parque Cousiño y alrededor de estas, seis municipales

urbanas, entre las que estaban Ñuñoa, Maipú y San Bernardo. Con esto, los nuevos concejos pudieron ofrecer terrenos en condiciones favorables para atraer a los vecinos de la capital.

Luego, con los Decreto Fuerza Ley N° 8582 y N° 8583 de 1927, que modificaron las antiguas provincias, departamentos y el territorio de las comunas y subdelegaciones, se crea la comuna de Santiago propiamente tal. Así, la ahora comuna de Santiago se afirma como centro neurálgico y punto obligado de referencia de la ciudad para acceder a servicios administrativos, financieros, comerciales, docentes y recreativos.



## DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN COMUNAL

### 1. ANTECEDENTES GENERALES.

La comuna de Santiago es una comuna de tipo urbana que pertenece a la Región Metropolitana del país, ubicándose a 33° 26' latitud sur con 70° 39' longitud oeste y a 579 metros promedio sobre el nivel del mar. Sus límites son:

- 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
- Al **oriente** con las comunas de Ñuñoa y Providencia

Santiago presenta un tipo de clima templado cálido con estación seca prolongada, alcanzando una temperatura media anual de 14° C y una pluviosidad de 300 mm.

La superficie comunal aproximada es de 22.400.000 m<sup>2</sup> (22,4 Km<sup>2</sup>), que representan el 3,22% de la superficie del área del Gran Santiago, estimándose su densidad poblacional en 8.964 Hab/Km<sup>2</sup>.

Algunos hitos geográficos relevantes de la comuna son el recorrido del río Mapocho a través de todo el borde norte, el cerro Santa Lucía, así como también otras áreas verdes como el Parque O'Higgins, Almagro, de Los Reyes, Forestal y la Quinta Normal, lugares de esparcimiento y recreación, tanto de residentes como de visitantes.

Desde un punto de vista urbano, su posición estratégica en el centro del área de la Región Metropolitana permite que sea cruzada por los principales ejes conectores de orientación norte-sur (Autopista Panamericana) y oriente-poniente (Alameda Libertador Bernardo O'Higgins) de la ciudad. En ese sentido, nuevas líneas del Metro de Santiago (L3 y L6) complementarán a las ya existentes, mejorando la conectividad con otras comunas.

Asimismo Santiago es una comuna capital. Tradicionalmente ha sido sede del Poder Ejecutivo y del Poder Judicial. Aquí residen los Ministerios, los diversos Servicios Públicos, las sedes nacionales de los partidos políticos, asociaciones gremiales y sindicales y la mayoría de las organizaciones o instituciones de relevancia nacional. Cuenta además con un extenso centro comercial y financiero, por lo que concurren a ella numerosas personas, calculándose que no menos de un millón y medio transitan por el centro diariamente. Asimismo, la comuna exhibe un sistema de barrios mixtos con identidad propia, en los cuales la vivienda coexiste con actividades económicas. Ejemplo de esto son los barrios Yungay, Brasil, Santa Lucía, Almagro, Franklin, etc.

La población llega a los 156.049 habitantes al año 2013 según proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) del Censo de 2002. Sin embargo, esta proyección de crecimiento negativo de la comuna ha ido revirtiéndose en la última década, situación dada tanto por el desarrollo inmobiliario de edificios en altura, como por un fenómeno migratorio de población joven y de extranjeros, la mayoría atraídos por la búsqueda de casas de estudio superiores como por nuevas expectativas laborales y económicas respectivamente. Un reflejo de esto lo dan cifras de la CASEN 2009, que ya informaba a ese año que la población migrante se aproximaba a un 9% del total.

## 2. CONDICIONANTES DE LA SALUD

### 2.1. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LA COMUNA DE SANTIAGO

Los datos que se entregarán ahora, en la caracterización sociodemográfica, corresponden a los entregados por la Encuesta CASEN 2011. Estos datos deben ser analizados referencialmente dado el sesgo de utilizar factores de cálculo entregados por el Censo 2002, ya que pese a las objeciones sufridas por el Censo 2012, este ha estimado un cambio notable en la estructura poblacional de la comuna. El tamaño muestral para Santiago fue de 872 y la población proyectada fue de 149.333 personas.

#### Edad y sexo

En la Región Metropolitana, 53% de los habitantes son mujeres, en tanto en la comuna de Santiago, esta cifra corresponde al 51,4% (Ilustración 1). La distribución por edad también hace de esta comuna algo especial, Santiago a diferencia de lo que es el promedio regional concentra una importante cantidad de población adulta joven (entre 25 y 34 años) que casi duplica la fracción regional, en menor medida, hay un porcentaje más alto de adultos mayores de 80 años y más. En sentido contrario es posible apreciar grupos más pequeños porcentualmente de población infantil y adolescentes, comparativamente con la distribución regional. (Ver Ilustración 1).

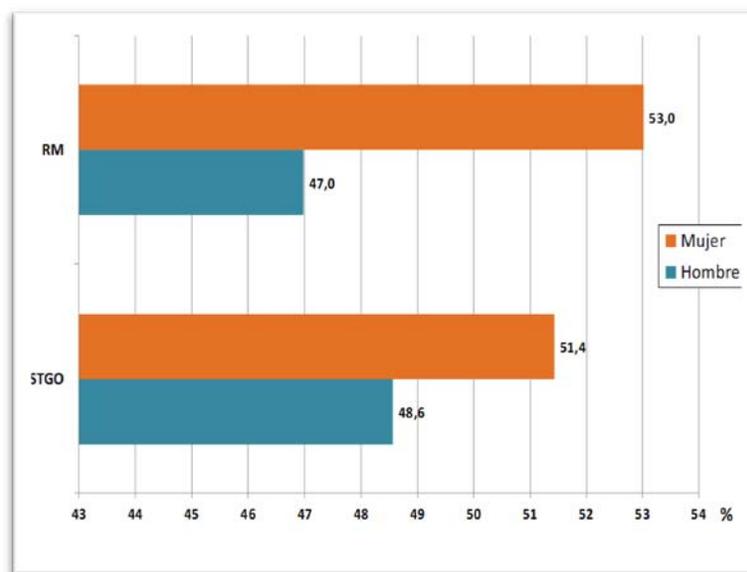


Ilustración 1: Distribución porcentual de la población metropolitana y comunal por sexo. CASEN 2011.

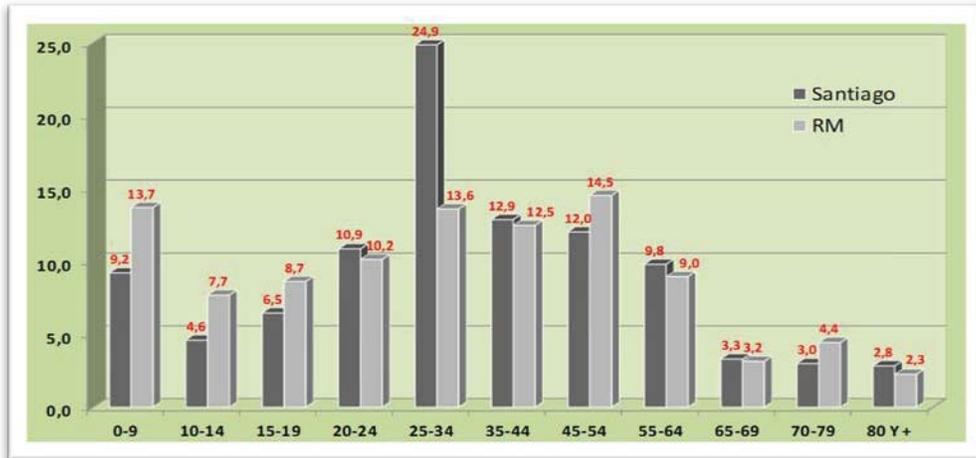


Ilustración 2: Distribución poblacional según grupos de edad. Región Metropolitana y comuna de Santiago. CASEN 2011.

Las diferencias porcentuales en los distintos grupos de edad, comparándolos con las encuestas 2006 y 2009 queda reflejado en el siguiente gráfico (ver Ilustración 3), donde se muestra disminución sostenida de la población infantil y del grupo de 35-44 años, y por otro lado, aumento de la población adulta entre 55 y 64 años. Los demás grupo han presentado variaciones disimiles, pero destaca el grupo de 25 a 34 años, que en los años estudiados, ha sido el más prevalente.

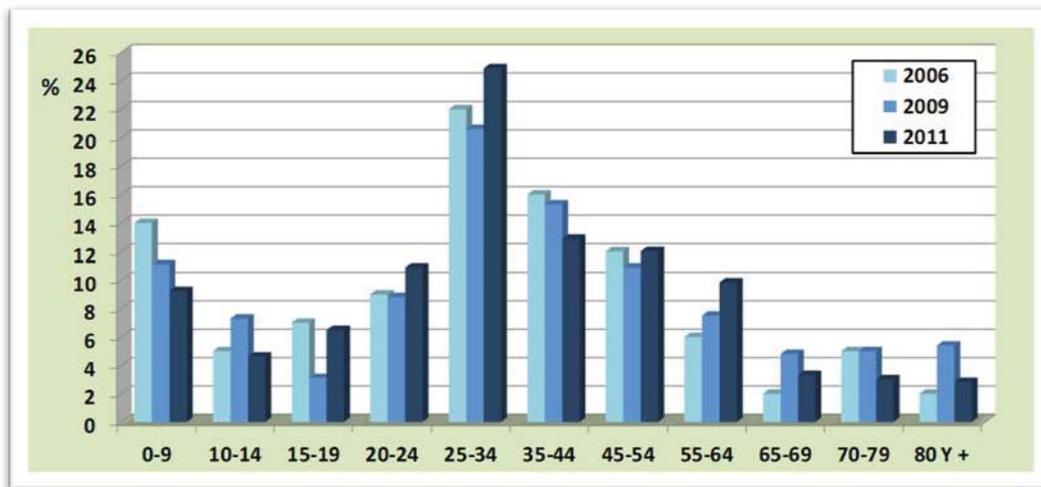


Ilustración 3: Distribución poblacional según CASEN 2006, 2009 y 2011.

### Distribución poblacional en inscritos de la Red de Salud Comunal

A diferencia de lo que ocurre en el total de la población de Santiago (izquierda), la estructura de los grupos de edad de la población inscrita presenta un mayor número de gente adulta mayor y un menor número de adultos jóvenes.

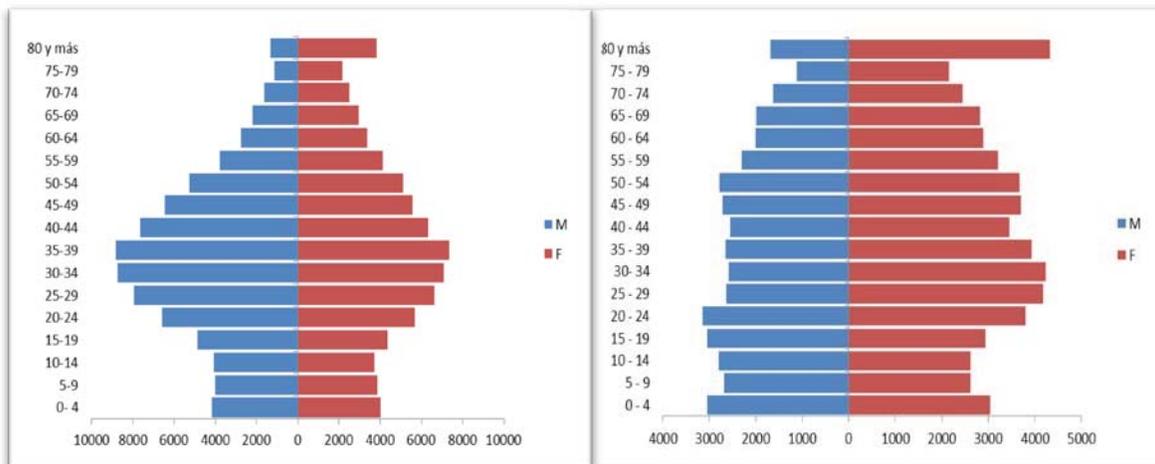


Ilustración 4: Estructura poblacional por grupos de edad Comuna de Santiago, proyección INE 2012 y población inscrita, corte FONASA octubre 2012.

### Distribución de los Adultos mayores dentro de la comuna de Santiago

Existen zonas de la Comuna en que la población de adultos mayores tiende a concentrarse, tal como se observa en la siguiente ilustración, que deben ser tomados en cuenta en la planificación de acciones destinadas a este grupo de edad.



Ilustración 5: Distribución geográfica de Adultos Mayores en la Comuna de Santiago.

## Estado Civil

Dentro de la población mayor de 15 años, residentes de Santiago, más de un 46% está soltero, el 41,6% está casado o vive en pareja y un 12,2% está viudo, anulado o divorciado. Esto es similar a lo que se observó en la encuesta CASEN 2009, con un leve aumento de los solteros. (Ver Ilustración 6:).

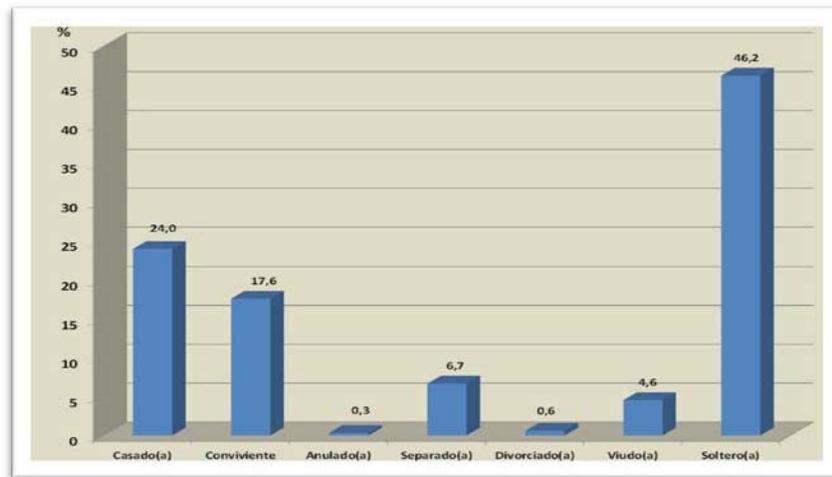


Ilustración 6: Distribución de la población de Santiago según situación conyugal. CASEN 2011

## Etnia

En la comuna de Santiago sólo el 3% de la población declara pertenecer a algún pueblo indígena, según la encuesta CASEN 2011. Mayoritariamente esta población es de origen mapuche (2,8%), le sigue el pueblo Aymara y Diaguita. Difiere del 5% de pertenencia a pueblos originarios mostrado, en igual encuesta, en la Región Metropolitana y del 5,2% comunal de la encuesta 2009.

## Inmigración

Sólo 70,3% de los residentes de la comuna de Santiago habitaba aquí desde el 2006. La población proveniente de otras comunas se concentra en las personas menores de 40 años, así como también la población extranjera, en cambio los residentes mayores de 50 años, en su mayoría vive en la comuna desde hace más de 5 años. (Ver Ilustración 7).

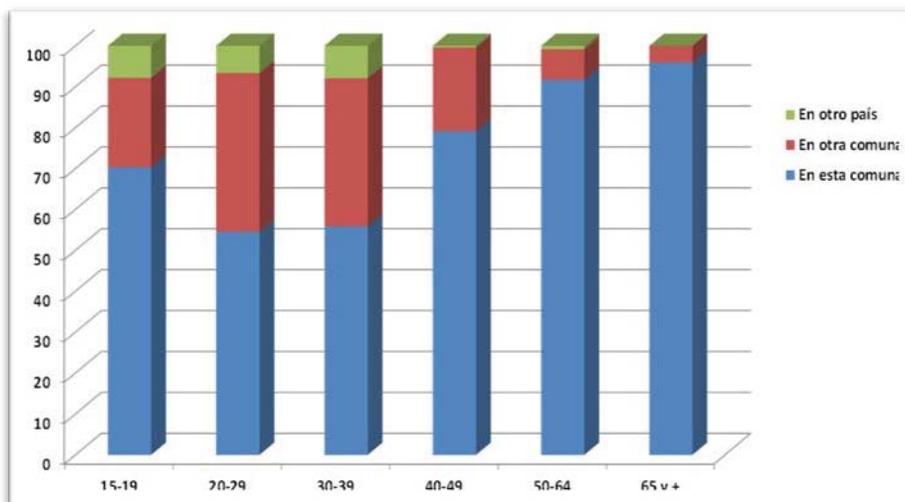


Ilustración 7: Distribución de población según lugar de residencia en el 2006 y grupo de edad. Comuna de Santiago. CASEN 2011.

### Extranjeros

Santiago fue superada en su proporción de extranjeros (7,5%) por la comuna de Independencia, que llegó según la encuesta CASEN a un 14,5%, en el entendido de que por extranjero se consideró a todos quienes dijeron tener otra nacionalidad. Otras comunas con un porcentaje importante de extranjeros son Lo Prado, Estación Central, Quinta Normal y Recoleta (Ver Ilustración 8:). Si a Santiago se le suma las personas que declararon tener doble nacionalidad, llega al 8,2%. El promedio de extranjeros en la Región Metropolitana alcanza a un 1,3%.

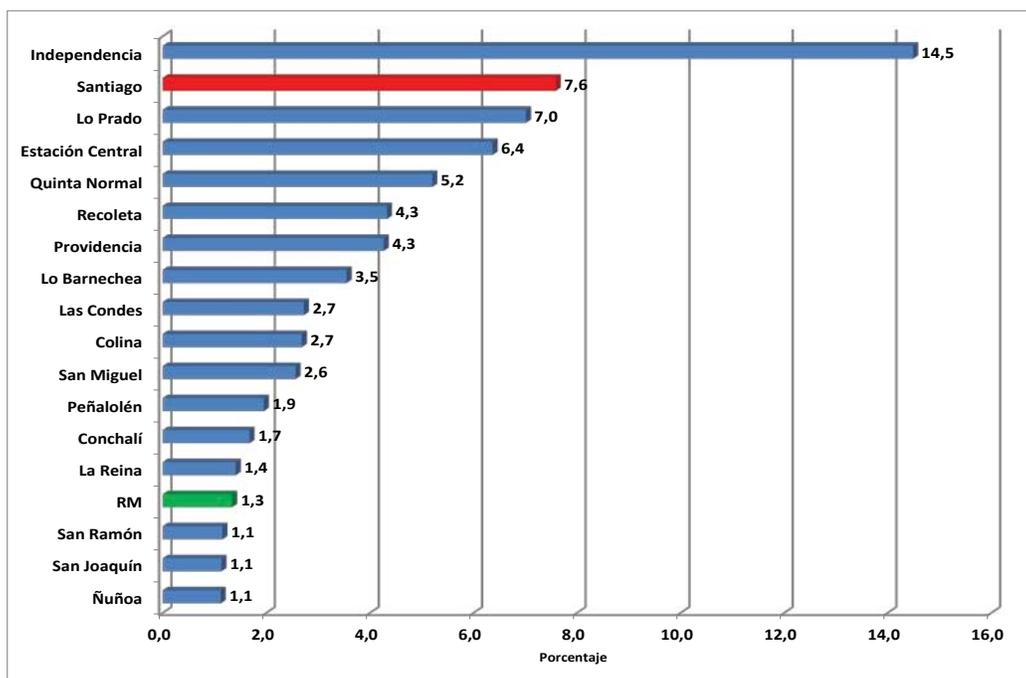


Ilustración 8: Proporción de población comunal que es extranjera. CASEN 2011.

Frente a la pregunta de la CASEN: “Cuando usted nació, ¿en qué comuna o país vivía su madre?” el 8,9% respondió que en otro país. Al especificar el nombre del país de residencia de la madre, los porcentajes de este grupo son los siguientes:

| PAIS                 | %    |
|----------------------|------|
| Perú                 | 59,2 |
| Colombia             | 17,7 |
| Reino Unido          | 4,4  |
| República Dominicana | 3,1  |
| China                | 2,7  |
| Honduras             | 2,2  |
| No contesta          | 1,4  |
| Otros                | 9,4  |

Al año 2013, en la Red de Salud Municipal se registra un 11% de extranjeros, lo que no es concordante con la información aportada por la CASEN 2011. Esto se debe probablemente a un aumento en la población migrante en los últimos años, así como también a la existencia de errores en el momento de la inscripción, que deben ser corregidos. En ese sentido, cabe destacar que el número de nacionalidades “no informadas” en nuestro sistema disminuyó desde un 19% en 2012 a un 13% en 2013. El siguiente gráfico describe la situación actualizada:

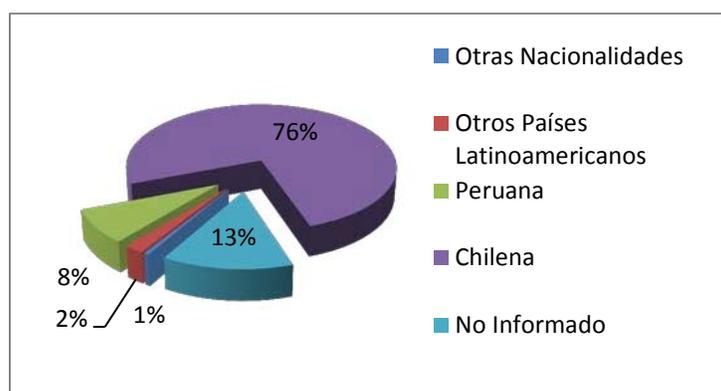


Ilustración 9: Distribución porcentual de extranjeros inscritos en la Red de Salud Municipal, año 2013

### Nivel Educativo

Comparada con la Región Metropolitana, la comuna de Santiago destaca por su proporción importante de personas que han alcanzado la educación profesional y de postgrado, 45% comunal versus 19% regional. De manera inversa, se observa un menor porcentaje de población sin educación o con educación básica incompleta respecto a la Región Metropolitana. Esto es en población mayor de 15 años.

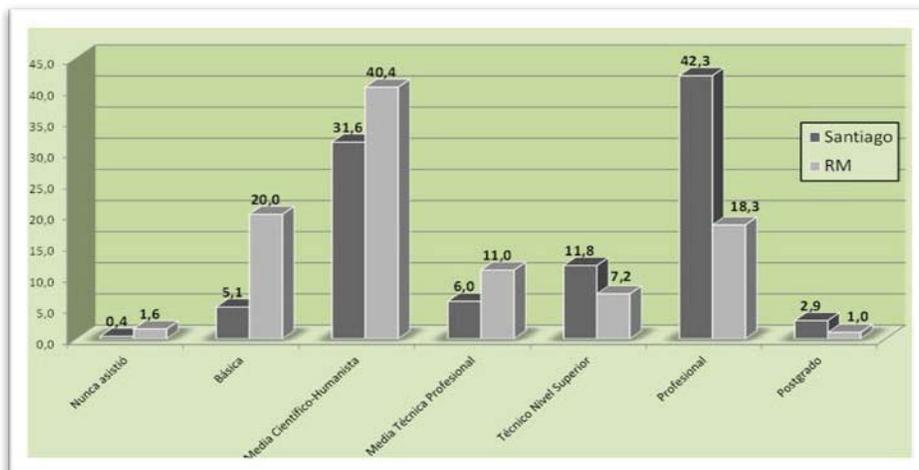


Ilustración 10: Distribución de la población mayor de 15 años según Nivel educacional. CASEN 2011

### Condición laboral

Respecto a la Región Metropolitana, la comuna de Santiago se destaca por su mayor proporción de población ocupada laboralmente, 60,2% versus 52,7% (Ver Ilustración 11). Disminuyó la cesantía a un 2,9%, desde el 6,1% del año 2009. Otro dato importante a considerar, es que las mujeres jefas de hogar son el 40,6%.

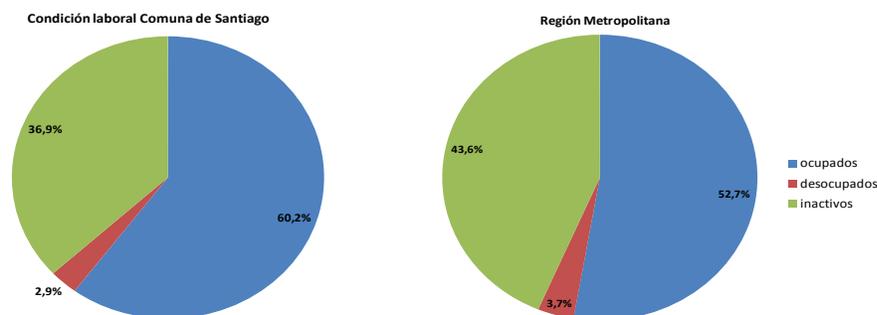


Ilustración 11: Distribución de la población según condición de su actividad laboral. CASEN 2011

### Acceso a las comunicaciones

En general los residentes de la comuna de Santiago tienen buenos niveles de conectividad, el 90% tiene teléfono móvil y un 56,5% dispone de algún tipo de conexión a internet en sus viviendas. El grupo que no tiene conexión, se divide entre quienes encuentran que el acceso a internet es muy caro y a los que no les interesa, 46 y 44% respectivamente. (Ver Ilustración 12:).



Ilustración 12: Disposición de telefonía celular entre los residentes de la comuna de Santiago. CASEN 2011

### Pobreza

En la comuna de Santiago la pobreza alcanza al 4,9% de la población, con un 0,4% de indigencia (Ver Ilustración 13:), según la encuesta CASEN. Hay una disminución porcentual con respecto al año 2009 de 2,4 puntos.

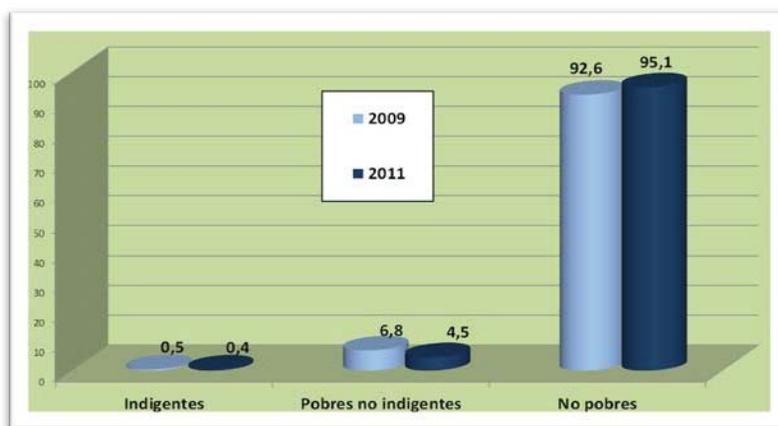


Ilustración 13: Distribución de la población de la comuna de Santiago según condición de pobreza. CASEN 2009 y 2011.

Es importante destacar que el 2,3% de los núcleos familiares de la comuna participa o ha participado en Chile Solidario. El porcentaje de jefes de hogar mujeres es de un 29,3%.

### Vivienda

Tabla 1: Puntaje IV dimensión vivienda CASEN 2009 (En puntaje donde 0 es la peor situación y 1 la mejor).

| Región   | Puntaje |
|----------|---------|
| RM       | 0,9201  |
| Santiago | 0,8759  |
| PAÍS     | 0,8809  |

Fuente: Elaboración MINSAL según datos CASEN 2006 y metodología adaptada del IDH 2003. 2009.

La condición de las viviendas en la comuna de Santiago está por debajo de la condición país y RM, probablemente debido a la cantidad de sites y edificios antiguos localizados en la comuna.

## Saneamiento

Tabla 2: Porcentaje de hogares totales con indicador de saneamiento deficitario 2009. Según indicador de saneamiento elaborado por MIDEPLAN, solo hogares deficitarios.

| Región   | Porcentaje |
|----------|------------|
| RM       | 1,7        |
| Santiago | 2,3        |
| PAÍS     | 6,4        |

Fuente: Ministerio de Planificación Nacional (MIDEPLAN).  
Encuesta CASEN 2009.

A nivel comunal, Santiago tiene un nivel de saneamiento que está muy por sobre el país, sin embargo, por debajo de la región, probablemente debido a lo antigua que es la urbanización de la comuna.

## Previsión

La mayor parte de la población ocupada e inactiva posee un sistema de pensiones (63,8%), pero al preguntar a este grupo si han cotizado el último mes, se observa que más de un 23% no está cotizando, por lo tanto, numéricamente el grupo no cubierto previsionalmente al momento de la evaluación, corresponden a un porcentaje del 51,1. (Ver Figura 12).

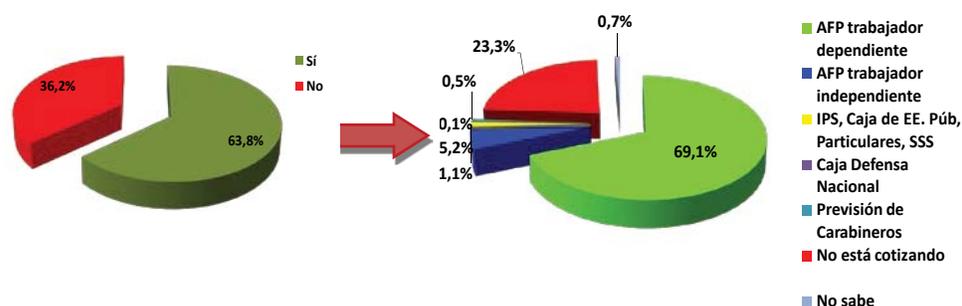


Ilustración 14: Distribución de la población según su Previsión. CASEN 2011

En la comuna de Santiago, 56% de los residentes son beneficiarios del sistema público, y un tercio son ISAPRE. Si se consideran a los particulares y a quienes desconocen su tipo de previsión, 63,4% de los residentes de la comuna son potenciales usuarios de los centros de atención primaria de la comuna (Ver Ilustración 15).

Cabe señalar que dentro de los FONASA, el 76,3% pertenecen a los grupos A y B, y que para estar en estos tramos, la persona debe carecer de recursos, tener un ingreso imponible mensual menor o igual a \$210.000 o tener un ingreso menor de \$306.600 con 3 cargas familiares. En

cuanto a la previsión de los inmigrantes, un 65% refiere tener FONASA, un 24,7% no tiene previsión y solo un 9,7% tiene ISAPRE.

En cuanto al tipo de previsión de los usuarios inscritos en la Red de salud de la comuna de Santiago, 96% de ellos pertenecen a FONASA (Grupo a: 32%, Grupo b: 33%, Grupo c: 17%, Grupo d: 18%), 1,7% de los usuarios no tiene previsión y 1,6% pertenece a una isapre.

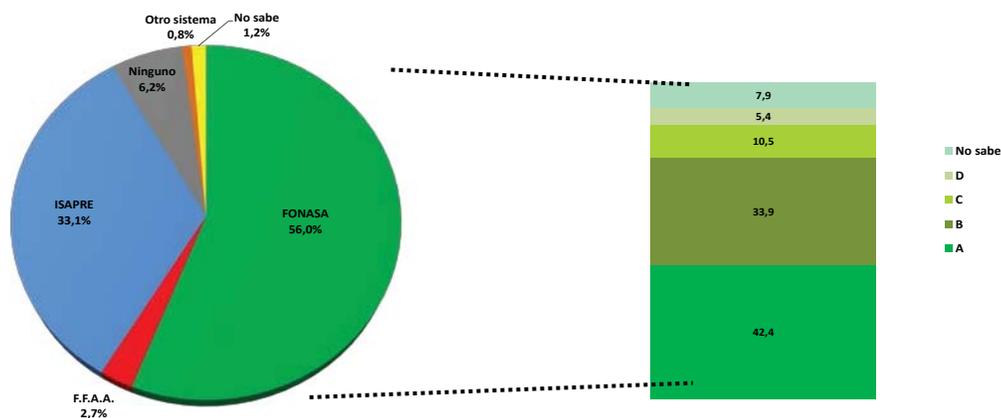


Ilustración 15: Distribución de los residentes de la comuna de Santiago según tipo de previsión de salud. CASEN 2011.

### Utilización de Establecimientos de Salud

Al preguntar en la CASEN si en los últimos 3 meses, ¿tuvo algún problema de salud, enfermedad o accidente?, el 12% de los encuestados respondió afirmativamente, de estos el 92% realizó una consulta médica por este problema de salud.

Pero al preguntar el número de consultas médicas efectuadas en los 3 meses precedentes, un 18,5% tuvo una o más atenciones. Referente al lugar de las atenciones o consultas médicas realizadas, el 68% lo hizo en un centro privado (Ver Ilustración 16:) y solo el 25% en un consultorio de APS. Seleccionando solo con previsión FONASA, los que acuden a la APS aumenta a un 46,7%, y en los tramos A y B llega a un 67,6%, sin embargo, en este último grupo, donde no tienen libre elección, las consultas en centros privados llegan a un 18,2%, que podemos considerar una demanda no satisfecha por los centros de salud primario. Todos quien mencionó controlarse en SAPU dijo además ser beneficiario del sistema público.

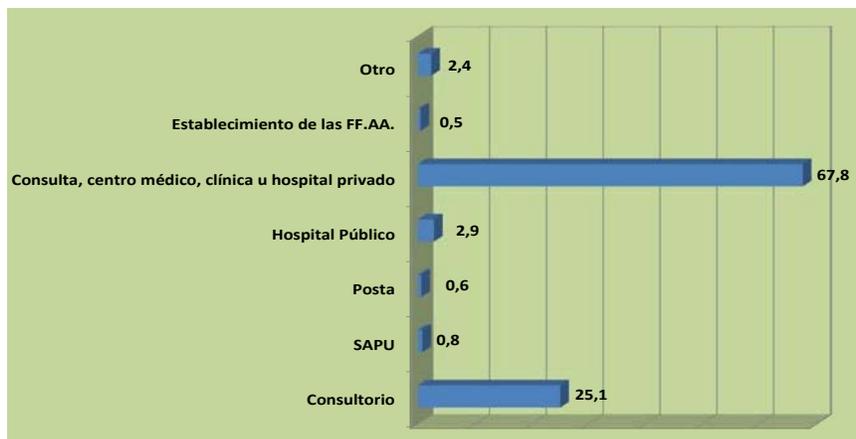


Ilustración 16: Distribución de lugares de atención en que residentes de la comuna de Santiago controlan su salud. CASEN 2011.

### Percepción de Salud

Al buscar conocer la percepción sobre el propio estado de salud de los integrantes del hogar encuestado, dentro de los residentes de la comuna de Santiago da un grado de satisfacción muy alto, un 74% se autocalifica como bien o muy bien, al otro extremo, la percepción de un estado de salud mal o muy mal llega al 1,5% (Ver Ilustración 17:).

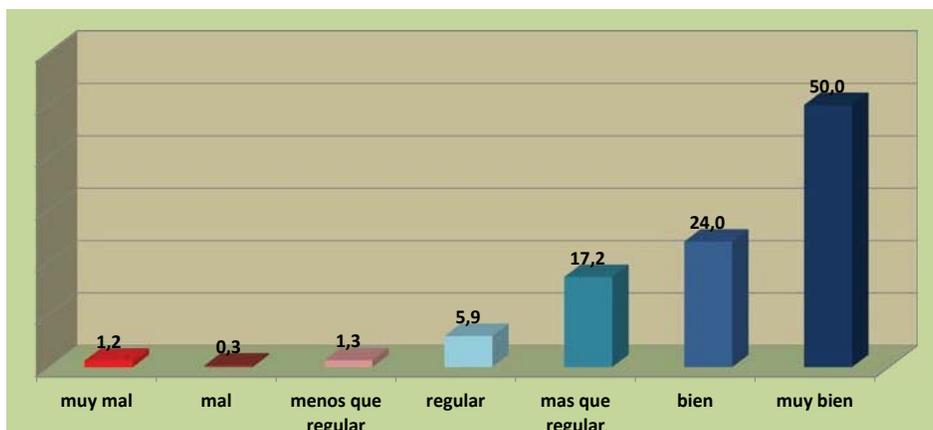


Ilustración 17: Distribución de los residentes de la comuna de Santiago, de acuerdo a la autoevaluación de su estado de salud. CASEN 2011.

### Cobertura de PAP y Mamografías

En población femenina de 15 años y más, se investigó sobre la realización del Papanicolau en los 3 últimos años, Santiago, comparativamente con la Región Metropolitana, tiene una cobertura mayor, pero insuficiente para lograr la meta nacional del 80%, cifra con la cual se logra una disminución significativa de la mortalidad por cáncer cervico-uterino. (Ver Ilustración 18). Al indagar sobre las razones de la no realización de este examen, las respuestas son variadas (Ver Ilustración 19), pero que los equipos de salud vean estrategias para mejorar el acceso a este grupo de mujeres.

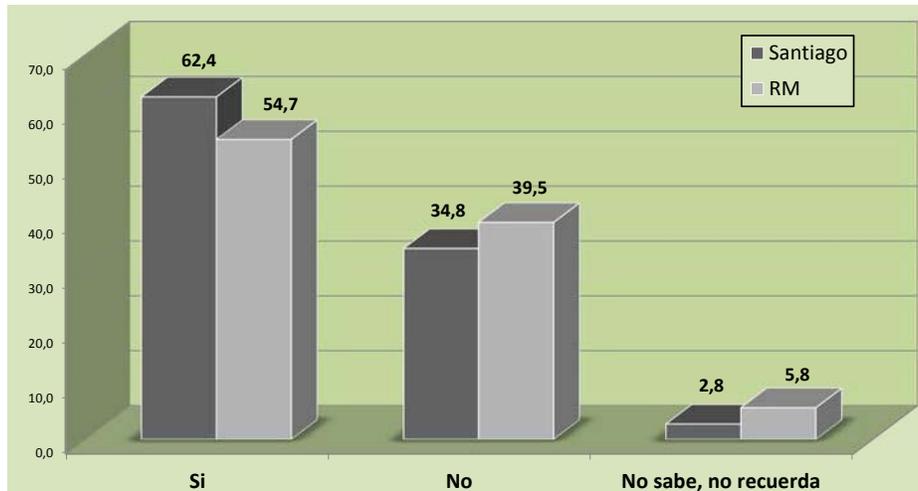


Ilustración 18: Realización del PAP en los 3 últimos años, Región Metropolitana y comuna de Santiago. Población femenina mayor de 15 años. CASEN 2011.



Ilustración 19: Razones de la NO realización del PAP. Población femenina mayor de 15 años. CASEN 2011.

Respecto a la realización de una mamografía en el último año, en población femenina mayor de 40 años, da una cobertura de un 64% en Santiago, cifra demasiado alta para la realidad local, incluso el 37,1% de la región Metropolitana no es una cifra confiable, dado el escaso acceso a este examen desde el sistema público de salud.

### Atención dental

Según la encuesta CASEN, el porcentaje de la población que accedió a una atención o consulta dental, en los 3 meses previos de la aplicación del cuestionario, corresponde a un 11%, mayoritariamente en centros privados, tal como se observa en la gráfica siguiente, solo el 19% de esas atenciones se realizaron en APS.



Ilustración 20: Tipos de establecimientos de atención dental en el grupo de personas que consultaron dentro de los 3 meses previos a la encuesta. CASEN 2011.

### Controles de salud

Sólo el 18,4% de la población accedió a un control de salud en el trimestre anterior a la consulta, de ese grupo, el 40% corresponde a población FONASA A o B, lo que puede significar que la labor preventiva la realiza mayoritariamente la APS. El tipo de control, en población general se observa en la ilustración siguiente:



Ilustración 21: Tipo de controles a los que accede la población en el último trimestre. CASEN 2011.

## Organizaciones comunitarias

Uno de los factores importantes en las condiciones de bienestar de una comunidad, es el grado de participación que se tiene, pero en la comuna de Santiago solo el 10% refiere participar en una organización comunitaria, en la gráfica siguiente se observa que tipo de agrupaciones corresponde, siendo la religiosa y la deportiva las más concurridas.

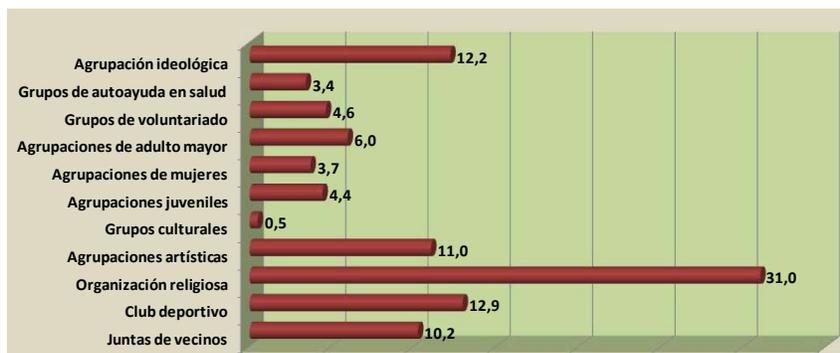


Ilustración 22: Tipo de agrupaciones en las que participa la comunidad. CASEN 2011.

## 2.2. RECURSOS EN SALUD

### Recursos Físicos: Estructura De La Red De Salud De Santiago

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 Santiago:

Tabla 3: Establecimientos pertenecientes a la Red de Salud de la I. Municipalidad de Santiago

| NIVEL    | DEPENDENCIA                                |  |
|----------|--|--|
|          | MUNICIPAL                                  | SSMC   |
| PRIMARIO | Centro de Salud Familiar Ignacio Domeyko   | Centro de Salud Familiar N° 1 (Ramón Corvalán Melgarejo) |
|          | Centro de Salud Benjamín Viel              |  |
|          | Centro de Salud Padre Orellana             |  |
|          | Centro de Salud Familiar Arauco            |  |
|          | Estación Médica de Barrio Balmaceda        |  |
|          | Estación Médica de Barrio Brasil           |  |
|          | Estación Médica de Barrio Carol Urzúa      | Centro de Salud N° 5                                     |
|          | Estación Médica de Barrio Concha y Toro    |  |
|          | Estación Médica de Barrio Coquimbo         |  |
|          | Estación Médica de Barrio Dávila Larraín   |  |
|          | Estación Médica de Barrio Gacitúa          |  |
|          | Estación Médica de Barrio Nicola D'Onofrio | Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) N° 1    |
|          | Estación Médica de Barrio Parque Forestal  |  |
|          | Estación Médica de Barrio Rojas Jiménez    |  |
|          | Estación Médica de Barrio San Emilio       |  |
|          | Estación Médica de Barrio Sargento Aldea   |  |

| NIVEL      | DEPENDENCIA   |   |
|------------|---|---|
|            | MUNICIPAL   | SSMC  |
| SECUNDARIO | Centro Comunitario de Salud Mental y Familiar (COSAM) | Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) San Borja |
|            | Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)      | Centro de Referencia de Salud de Maipú (CRS)        |
|            | Unidad Geriátrica Móvil (UGM)                         |   |
| TERCIARIO  |   | Hospital de Urgencia Asistencia Pública, HUAP       |
|            |   | Hospital San Borja Arriarán, HSBA                   |

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 23:

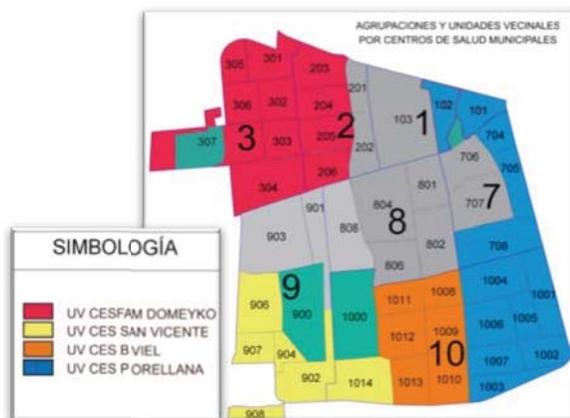


Ilustración 23: Distribución de Unidades Vecinales Centro de Salud. NOTA: El CES San Vicente corresponde en la actualidad al CESFAM Arauco

La red de Salud Municipal de Santiago se estructura actualmente en 4 polos de atención: El Polo Domeyko, Viel, Arauco (ex San Vicente) y Orellana. Cada polo está constituido a su vez por 1 establecimiento de salud, ya sea un CES o CESFAM y por un grupo de estaciones médicas de barrio (EMB). La siguiente tabla describe los centros, la pertenencia a cada polo y otros datos generales:

Tabla 4: Red de Salud Municipal, Octubre 2012.

| POLO           | TIPO DE CENTRO | CENTRO DE SALUD              | DIRECCIÓN              | VALIDADOS FONASA 2012 | ENCARGADO(A) DEL CENTRO | DIRECTORA DEL POLO   | PROPIEDAD |
|----------------|----------------|------------------------------|------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------|-----------|
| DOMEYKO        | CESFAM         | Ignacio Domeyko              | Cueto 543              | 32.323                | Dra. Sandra León        | Dra. Sandra León     | Municipal |
|                | EMB            | Balmaceda                    | Herrera 1231           | 5.927                 | MT Marcela Campos       |                      | Arrendada |
|                | EMB            | Nicola D'Onofrio             | Ricardo Cumming 1275   | 4.217                 | EU Cecilia Canales      |                      | Arrendada |
|                | EMB            | Concha y Toro                | Santa Mónica 2229      | 4.217                 | EU Susana Salinas       |                      | Arrendada |
|                | EMB            | Brasil                       | Rosas 1963             | 4.550                 | EU Claudia Ortega       |                      | Arrendada |
| PADRE ORELLANA | CES            | Padre Orellana               | Padre Orellana 1708    | 7.340                 | EU Alejandra Márquez    | EU Alejandra Márquez | Municipal |
|                | EMB            | Parque Forestal              | José Ramón Gutiérrez   | 2.856                 | EU Marcela Labra        |                      | Arrendada |
|                | EMB            | Dávila Larrain               | General Gana 334       | 3.495                 | EU Angelina Leyva       |                      | Arrendada |
|                | EMB            | Gacitúa                      | Artemio Gutiérrez 1354 | 3.229                 | EU Maria Victoria Díaz  |                      | Arrendada |
|                | EMB            | Coquimbo                     | Madrid 789             | 3.009                 | Dra. Bárbara Alonso     |                      | Arrendada |
|                | EMB            | Rojas Jiménez (ex San Borja) | Rojas Jiménez 21       | 2.126                 | AS Renata Larrain       |                      | Arrendada |
| BENJAMIN VIEL  | CES            | Benjamín Viel                | San Ignacio 1217       | 7.321                 | TM Beatriz Saldivia     | TM Beatriz Saldivia  | Municipal |
|                | EMB            | Sargento Aldea               | Sargento Aldea 1470    | 5.057                 | EU Sonia García         |                      | Arrendada |
|                | EMB            | San Emilio                   | San Emilio 2106        | 2.114                 | Dra. Glicería Alonso    |                      | Arrendada |
|                | EMB            | Carol Urzúa                  | Santa Rosa 1727        | 3.514                 | EU Tamara Navarrete     |                      | Municipal |
| ARAUCO         | CESFAM*        | Arauco                       | Av. Mirador 1599       | 13.784                | MT Andrea Caro          | MT Andrea Caro       | Municipal |

\* En proceso de certificación como Centro de Salud Familiar

La siguiente es la distribución de los establecimientos de salud pertenecientes a la comuna de Santiago:



Ilustración 24: Red de Establecimientos de Atención Primaria de Salud. Ilustre Municipalidad de Santiago

### Recursos Humanos.

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

Dos factores relevantes al momento de determinar la dotación de recursos humanos son la población inscrita validada y los coeficientes técnicos para el cálculo de 44 de horas profesional según número de población. Ambas tablas a continuación actualizan esa información:

Tabla 5: Población validada 2° Corte FONASA de 2012

| Polo             | Población Validada |
|------------------|--------------------|
| Ignacio Domeyko  | 48.534             |
| Padre Orellana   | 18.734             |
| Benjamín Viel    | 16.749             |
| Arauco           | 13.368             |
| <b>Total Red</b> | <b>97.385</b>      |

Tabla 6: Coeficientes técnicos, cantidad de profesionales por población.

| Estamento              | Población |
|------------------------|-----------|
| 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, 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 2013 por categorías funcionarias es la siguiente:

Tabla 7: Dotación de Funcionarios año 2013.

| Categorías            | Cargo                 | Dotación Requerida Según Percápita y Modelo | Horas Semanales Dotación 2013 | Horas Semanales Dotación 2014 | Observación   |
|-----------------------|-----------------------|---|-------------------------------|-------------------------------|---|
| <b>CATEGORIA "A"</b>  | Directora             | 44  | 88                            | 88                            | Contempla:<br>Dirección de Salud<br>Dirección Polo Domeyko  |
|                       | Subdirector Médico    | 44  | 44                            | 44                            |   |
|                       | Médicos               | 1.507                                       | 1.507                         | 1.507                         | Se requieren más horas médicas por las EMB y por médicos en formación de especialidad (Salud Pública y Medicina Familiar) |
|                       | Médicos Especialistas | 385   | 308                           | 308                           | Para psiquiatras, ecografistas, ginecólogos, oftalmólogo y geriatra   |
|                       | Dentistas             | 925   | 868                           | 868                           | No hay infraestructura que permita completar dotación   |
|                       | Químico Farmacéutico  | 88  | 88                            | 110                           |   |
|                       | TOTAL CATEGORIA "A"   | 2.993                                       | 2.903                         | 2.925                         |   |
|                       | <b>CATEGORIA "B"</b>  | Directora                                   | 176                           | 176                           | 176   |
| Enfermera             |                       | 1.364                                       | 1.364                         | 1.452                         | Se requieren más horas enfermeras por las EMB, y referente enfermera  |
| Matrona               |                       | 815   | 811                           | 815                           | Hay hrs matrona ocupadas en subdirección de polo (Viel)   |
| Nutricionista         |                       | 514   | 484                           | 528                           | No hay infraestructura que permita completar dotación   |
| Kinesiología          |                       | 514   | 484                           | 484                           | No hay infraestructura que permita completar dotación   |
| Asistente Social      |                       | 726   | 726                           | 726                           | Se suman hrs asistente social que laboran en COSAM  |
| Profesor              |                       | 176   | 176                           | 176                           |   |
| Tecnólogo Médico      |                       | 44  | 44                            | 44                            |   |
| Psicólogos            |                       | 803   | 803                           | 935                           | Se suman psicólogos que laboran en COSAM  |
| Educadora de Párvulos |                       | 66  | 66                            | 88                            |   |
| Fonoaudióloga         |                       | 44  | 44                            | 44                            |   |
| Terapeuta Ocupacional | 88                    | 88  | 88                            |                               |   |

| Categorías                   | Cargo                                   | Dotación<br>Requerida<br>Según<br>Percápita y<br>Modelo | Horas<br>Semanales<br>Dotación<br>2013 | Horas<br>Semanales<br>Dotación<br>2014 | Observación |
|------------------------------|---|---|--|--|-------------|
|                              | Otros<br>Profesionales                  | 704   | 704                                    | 792                                    |             |
|                              | TOTAL<br>CATEGORIA "B"                  | 6.034   | 5.970                                  | 6.348                                  |             |
| <b>CATEGORIA<br/>"C"</b>     | Técnicos de<br>Nivel Superior           | 4.092   | 4.092                                  | 4.268                                  |             |
|                              | TOTAL<br>CATEGORIA "C"                  | 4.092   | 4.092                                  | 4.268                                  |             |
| <b>CATEGORIA<br/>"D"</b>     | Auxiliar<br>Paramédico en<br>Enfermería | 638   | 638                                    | 682                                    |             |
|                              | TOTAL<br>CATEGORIA "D"                  | 638   | 638                                    | 682                                    |             |
| <b>CATEGORIA<br/>"E"</b>     | Administrativos<br>de Salud             | 1.694   | 1.694                                  | 1.694                                  |             |
|                              | TOTAL<br>CATEGORIA "E"                  | 1.694   | 1.694                                  | 1.694                                  |             |
| <b>CATEGORIA<br/>"F"</b>     | Auxiliares<br>servicios de<br>salud     | 506   | 506                                    | 506                                    |             |
|                              | CHOFER                                  | 176   | 176                                    | 176                                    |             |
|                              | TOTAL<br>CATEGORIA "F"                  | 682   | 682                                    | 682                                    |             |
| <b>TOTAL HORAS SEMANALES</b> |   | 16.133  | 15.979                                 | 16.599                                 |             |

## Recursos Administrativos

### Presupuesto

#### INGRESOS – GASTOS 2014

#### INGRESOS

| CODIGO        | NOMBRE DE LA CUENTA  | PPTO. 2013       | PPTO. 2014        | COMPOSICION  | GRANDES RUBROS |
|---------------|--|------------------|-------------------|--------------|----------------|
| <b>05</b>     | <b>C x C TRANSFERENCIAS CORRIENTES</b>                       | <b>5.001.059</b> | <b>6.600.539</b>  | <b>57,7%</b> |                |
| <b>05.01</b>  | <b>DEL SECTOR PRIVADO</b>                                    | <b>6.391</b>     | <b>4.420</b>      |              |                |
| 05.01.001     | RECUPERACION DEL SECTOR PRIVADO                              | 6.391            | 4.420             |              |                |
| <b>05.03</b>  | <b>DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS</b>                           | <b>4.994.668</b> | <b>6.596.119</b>  |              |                |
| 0503006001001 | SUBVENCION PERCAPITA   | 4.209.932        | 4.955.000         |              | <b>43,34%</b>  |
| 0503006001002 | OTRAS SUBVENCIONES   | 778.794          | 897.933           |              | <b>7,85%</b>   |
| 0503099       | DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS                                  | 5.942            | 743.186           |              |                |
| 05.03.101     | DE LA MUNICIPALIDAD A LOS SERVICIOS TRASPASADOS A SU GESTION | 2.600.000        | 2.600.000         |              | <b>22,74%</b>  |
| <b>08</b>     | <b>OTROS INGRESOS CORRIENTES</b>                             | <b>182.500</b>   | <b>259.070</b>    | <b>2,3%</b>  |                |
| <b>08.01</b>  | <b>RECUPERACIONES Y REEMBOLSOS POR LICENCIAS MEDICAS</b>     | <b>142.500</b>   | <b>203.990</b>    |              |                |
| <b>08.99</b>  | <b>OTROS</b>   | <b>40.000</b>    | <b>55.080</b>     |              |                |
| <b>15</b>     | <b>SALDO INICIAL DE CAJA</b>                                 | <b>2.052.126</b> | <b>1.972.400</b>  | <b>17,3%</b> |                |
| <b>15.01</b>  | <b>SALDO INICIAL DE CAJA</b>                                 | <b>2.052.126</b> | <b>1.972.400</b>  |              | <b>17,25%</b>  |
|               | <b>TOTAL INGRESOS PRESUPUESTADOS</b>                         | <b>9.835.685</b> | <b>11.432.009</b> |              |                |

#### PRINCIPALES FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Transferencias del Sector Privado.

| <u>DETALLE</u>                                | \$                  | M\$          |
|---|---------------------|--------------|
| CONVENIO U. ANDRES BELLO                      | \$ 2.068.000        | 2.070        |
| CONVENIO U. SANTO TOMAS                       | \$ 2.350.000        | 2.350        |
| <b>PROYECCION INGRESOS DEL SECTOR PRIVADO</b> | <b>\$ 4.418.000</b> | <b>4.420</b> |

**Subvención Per cápita.**

Se proyecta Subvención per cápita por **M\$ 4.955.000.-** Para ello se considera una cantidad estimada de inscritos validados por FONASA de 105.837, de los cuales 18.886 corresponderían a un rango etario superior a 65 años (Adultos mayores).

El monto de per cápita basal se proyecta en \$3.805 y el adicional por adulto mayor en \$537.-

| PPTO. PERCAPITA |                |               |                       |                  |                  |
|-----------------|----------------|---------------|-----------------------|------------------|------------------|
| AÑO             | TOTAL INSC.    | AM            | \$ MES                | \$ AÑO           | M\$ AÑO          |
| 2013            | 97.385         | 18.171        | <b>\$ 351.154.714</b> | \$ 4.213.856.568 |                  |
|                 | \$ 341.723.965 | \$ 9.430.749  |                       |                  |                  |
| 2014            | <b>105.837</b> | <b>18.886</b> | <b>\$ 412.873.305</b> | \$ 4.954.479.657 | <b>4.955.000</b> |
|                 | \$ 402.736.244 | \$ 10.137.061 |                       |                  |                  |

**Otras Subvenciones. (Convenios con el SSMC).**

| <u>OTRAS SUBVENCIONES (CONVENIOS CON EL SSMC)</u> | 2013          | 2014 \$<br>REAJUSTADO | M\$                              |
|---|---------------|-----------------------|----------------------------------|
| CHILE CRECE                                       | \$ 58.121.216 | \$ 61.611.212         | 61.611                           |
| ESPACIOS AMIGABLES                                | \$ 4.226.500  | \$ 4.482.813          | 4.483                            |
| SALUD MENTAL APS                                  | \$ 74.138.000 | \$ 78.589.003         | 78.589                           |
| PPV COSAM   | \$ 87.705.280 | \$ 92.970.320         | 92.970                           |
| RESOLUTIVIDAD                                     | -----         | \$ 151.307.100        | 151.307                          |
| PREVENTIVO SALUD DENTAL                           | \$ 12.353.145 | \$ 13.097.057         | 13.097                           |
| ODONTOLOGICO INTEGRAL                             | \$ 43.651.693 | \$ 46.273.518         | 46.274                           |
| ODONTOLOGICO GES ADULTO 60 AÑOS                   | \$ 90.601.600 | \$ 96.040.419         | 96.040                           |
| ODONTOLOGICO FAMILIAR                             | \$ 49.318.362 | \$ 52.280.187         | 52.280                           |
| INCREMENTO CANASTA GES EXAMENES                   | \$ 35.616.121 | \$ 37.755.811         | 37.756                           |
| CONTROL SANO                                      | \$ 68.767.950 | \$ 72.894.027         | 72.894                           |
| VIDA SANA OBESIDAD                                | \$ 20.761.239 | \$ 22.009.636         | 22.010                           |
| PROGRAMA APOYO A LA GESTION LOCAL                 | \$ 82.846.000 | \$ 87.819.483         | 87.819                           |
| ASIG TRATO USUARIO L20645                         |               | \$ 80.802.000         | 80.802                           |
|   |               |                       | FINANCIAMIENTO<br>REMUNERACIONES |
|   |               | <b>\$ 897.932.585</b> |                                  |
| <b>PROYECCION OTRAS SUBVENCIONES 2014</b>         |               | <b>\$ 897.932.585</b> | <b>897.933</b>                   |

**De Otras Entidades Públicas.**

|   |                       |                |
|---|-----------------------|----------------|
| ASIG. DESEMP. DIFICIL ART.28 L.19378          | \$ 43.035.959         |                |
| ASIG.DES.EST.19813                            | \$ 555.161.846        |                |
| BONO ESCOLAR                                  | \$ 7.391.914          |                |
| BONO ESCOLAR ADIC.                            | \$ 187.655            |                |
| BONO VACACIONES                               | \$ 19.888.950         |                |
| AGUINALDO FIESTAS PATRIAS                     | \$ 17.901.060         | FINANCIAMIENTO |
| aguinaldo navidad                             | \$ 13.828.800         | REMUNERACIONES |
| Bono Especial                                 | \$ 53.341.515         |                |
| CONVENIO JUNAEB                               | \$ 32.448.682         |                |
|   | <b>\$ 743.186.381</b> |                |
| <b>PTOYECCION DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS</b> | <b>\$ 743.186.381</b> | <b>743.186</b> |

## GASTOS

| NOMBRE DE LA CUENTA                                      | PPTO. 2013       | PPTO. 2014        | COMPOSICION |
|--|------------------|-------------------|-------------|
| <b>CUENTAS POR PAGAR GASTOS EN PERSONAL</b>              | <b>5.896.148</b> | <b>7.735.150</b>  | <b>68%</b>  |
| Personal de Planta                                       | 3.477.264        | 4.337.500         | 38%         |
| Personal a Contrata                                      | 2.307.067        | 3.296.730         | 29%         |
| Otras Remuneraciones (Honorarios a suma alzada)          | 111.817          | 100.920           | 1%          |
|  |                  |                   |             |
| <b>MEDICAMENTOS E INSUMOS</b>                            | <b>723.629</b>   | <b>805.220</b>    | <b>7%</b>   |
| Medicamentos Cenabast                                    | 129.092          | 170.000           | 1%          |
| Otros Medicamentos de Uso Clínico                        | 332.569          | 278.000           | 2%          |
| Insumos de Enfermería                                    | 153.779          | 175.030           | 2%          |
| Insumos Dentales   | 86.153           | 160.320           | 1%          |
| Instrumental Clínico Menor                               | 22.036           | 21.870            | 0%          |
| <b>Servicios Básicos</b>                                 | <b>264.504</b>   | <b>273.580</b>    | <b>2%</b>   |
| <b>Mantenimiento y Reparaciones</b>                      | <b>147.223</b>   | <b>233.144</b>    | <b>2%</b>   |
| Contrato de limpieza centros de Dir.de salud             | 200.000          | 282.700           | 2%          |
| Servicio de Vigilancia en Establecimientos de Salud      | 162.280          | 342.500           | 3%          |
| <b>Servicios Clínicos Externalizados</b>                 |                  |                   |             |
| Contrato de exámenes de laboratorio                      | 218.581          | 242.340           | 2%          |
| Contrato de exámenes. radiológico                        | 50.000           | 112.200           | 1%          |
| Contrato de exámenes. de Imagenología                    | 50.000           | 134.592           | 1%          |
| Servicio de entrega de lentes                            | 21.200           | 34.200            | 0%          |
| Contrato de atenciones dentales (CRS Maipu               | 184.360          | 84.240            | 1%          |
| Contrato de Atenciones podológicas                       | 23.500           | 33.148            | 0%          |
| Contrato de Esterilización de instrumental médico Dental | 70.000           | 66.500            | 1%          |
| <b>Arriendos</b>   | <b>151.498</b>   | <b>193.900</b>    | <b>2%</b>   |
| <b>Servicios Técnicos y Profesionales</b>                |                  |                   |             |
| Consultoría Programa Dental Externalizado (U. DE CHILE)  | 91.690           | 91.690            | 1%          |
| Cursos de Capacitación                                   | 117.640          | 62.470            | 1%          |
| <b>Mobiliario y Otros</b>                                | <b>90.000</b>    | <b>72.570</b>     | <b>1%</b>   |
| <b>Máquinas y Equipos</b>                                | <b>121.547</b>   | <b>74.150</b>     | <b>1%</b>   |
| <b>Equipos Informáticos</b>                              | <b>66.485</b>    | <b>76.285</b>     | <b>1%</b>   |
| <b>Programas Informáticos</b>                            | <b>25.000</b>    | <b>15.280</b>     | <b>0%</b>   |
| <b>DEUDA FLOTANTE</b>                                    | <b>59.166</b>    | <b>60.000</b>     | <b>1%</b>   |
| <b>OTROS RUBROS</b>                                      | <b>1.101.234</b> | <b>406.150</b>    | <b>4%</b>   |
| <b>TOTAL PRESUPUESTO</b>                                 | <b>9.835.685</b> | <b>11.432.009</b> |             |

### Organización Interna

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:

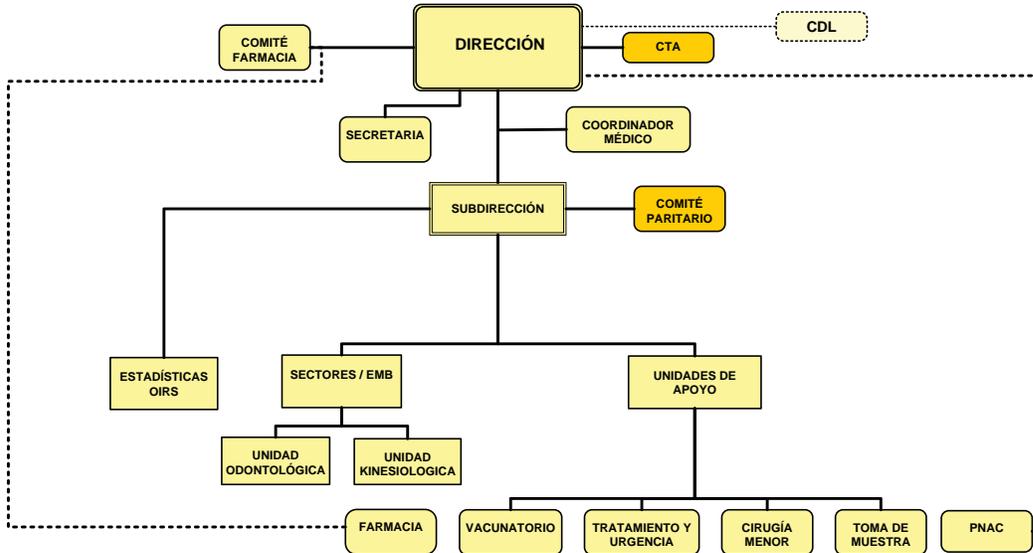


Ilustración 25: Estructura organizacional interna de los centros de salud

Por otra parte, la estructura organizacional de la Dirección de Salud (DISAL) fue diseñada de manera de responder de manera eficiente a todos los procesos de gestión interna de la Red:

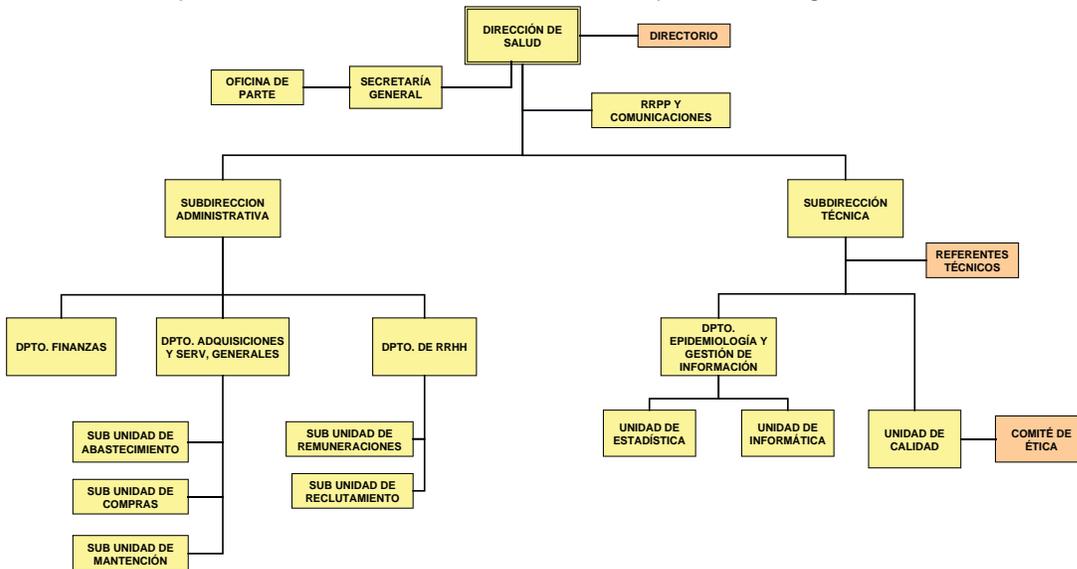


Ilustración 26: Estructura organizacional de la Dirección de salud

## CARTERA DE SERVICIOS DE LA RED MUNICIPAL

En el último año, nuestra cartera de Servicios se ha mantenido relativamente estable en la Red Municipal. El déficit de infraestructura, que impide otorgar todas las prestaciones que como APS se debería dar en todos los centros primarios, está siendo abordado. En etapas avanzadas está el proyecto de realización del nuevo CESFAM Erasmo Escala, con lo cual se espera mejorar la cobertura y la calidad de la atención del área norponiente de la comuna, que corresponde al Polo Domeyko. Asimismo, el CESFAM Ignacio Domeyko ampliará su infraestructura, en complemento de lo anterior. Bajo el mismo lineamiento, se está trabajando en corregir el déficit en infraestructura de nuestro COSAM, trasladándolo a un edificio que también permita aumentar las atenciones y la calidad de éstas.

En la siguiente tabla se muestran las prestaciones que realiza cada centro de APS. Además de las señaladas, se realiza atención de medicinas integrativas o alternativas (Reiki, Tai-chi, Auriculoterapia, Acupuntura, Esencias florales, 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 (CES) y centros de salud familiar, pero además existen 2 módulos JUNAEB en las Escuelas Panamá y Alessandri. Estos se complementan con 2 sillones dentales habilitados en las Escuelas República de Alemania, México, Cervantes Básica y Provincia de Chiloé, bajo el alero de convenio con la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile.

Tabla 8: Principales prestaciones entregadas según centro de Salud APS

| TIPO DE CENTRO | ESTABLECIMIENTO  | PRESTACIONES |                |            |                   |             |               |            |          |          |           |             |             |                   |                |   |
|----------------|------------------|--------------|----------------|------------|-------------------|-------------|---------------|------------|----------|----------|-----------|-------------|-------------|-------------------|----------------|---|
|                |                  | AT. MÉDICA   | AT. ENFERMERÍA | AT. DENTAL | AT. NUTRICIONISTA | AT. MATRONA | AT. PSICÓLOGO | AT. SOCIAL | SALA IRA | SALA ERA | SALA PAME | VACUNATORIO | ALIM. NIÑOS | ALIM. EMBARAZADAS | ALIM. AD MAYOR |   |
| CESFAM         | Ignacio Domeyko  | ✓            | ✓              | ✓          | ✓                 | ✓           | ✓             | ✓          | ✓        | ✓        | ✓         | ✓           | ✓           | ✓                 | ✓              | ✓ |
| EMB            | Balmaceda        | ✓            | ✓              | X          | ✓                 | ✓           | ✓             | ✓          | X        | X        | X         | X           | X           | X                 | X              | ✓ |
| EMB            | Nicola D'Onofrio | ✓            | ✓              | X          | ✓                 | ✓           | ✓             | ✓          | X        | X        | X         | X           | X           | X                 | X              | ✓ |
| EMB            | Concha y Toro    | ✓            | ✓              | X          | ✓                 | ✓           | ✓             | ✓          | X        | X        | X         | X           | X           | X                 | X              | ✓ |
| EMB            | Brasil           | ✓            | ✓              | X          | ✓                 | ✓           | ✓             | ✓          | X        | X        | X         | X           | X           | X                 | X              | ✓ |
| CES            | Padre Orellana   | ✓            | ✓              | ✓          | ✓                 | ✓           | ✓             | ✓          | ✓        | ✓        | X         | X           | ✓           | ✓                 | ✓              | ✓ |
| EMB            | Parque Forestal  | ✓            | ✓              | X          | ✓                 | ✓           | ✓             | ✓          | X        | X        | X         | X           | X           | X                 | X              | ✓ |
| EMB            | Dávila Larraín   | ✓            | ✓              | X          | ✓                 | ✓           | ✓             | ✓          | X        | X        | X         | X           | X           | X                 | X              | ✓ |
| EMB            | Gacitúa          | ✓            | ✓              | X          | ✓                 | ✓           | ✓             | ✓          | X        | X        | X         | X           | X           | X                 | X              | ✓ |
| EMB            | Coquimbo         | ✓            | ✓              | X          | ✓                 | ✓           | ✓             | ✓          | X        | X        | X         | X           | X           | X                 | X              | ✓ |
| EMB            | San Borja        | ✓            | ✓              | X          | ✓                 | ✓           | ✓             | ✓          | X        | X        | X         | X           | X           | X                 | X              | ✓ |
| CES            | Benjamín Viel    | ✓            | ✓              | ✓          | ✓                 | ✓           | ✓             | ✓          | ✓        | ✓        | X         | X           | X           | ✓                 | ✓              | ✓ |
| EMB            | Sargento Aldea   | ✓            | ✓              | X          | ✓                 | ✓           | ✓             | ✓          | X        | X        | X         | X           | X           | X                 | X              | X |
| EMB            | San Emilio       | ✓            | ✓              | X          | ✓                 | X           | ✓             | ✓          | X        | X        | X         | X           | X           | X                 | X              | ✓ |
| EMB            | Carol Urzúa      | ✓            | ✓              | X          | ✓                 | ✓           | ✓             | ✓          | X        | X        | X         | X           | X           | X                 | X              | ✓ |
| CESFAM*        | Arauco           | ✓            | ✓              | ✓          | ✓                 | ✓           | ✓             | ✓          | ✓        | ✓        | ✓         | ✓           | ✓           | ✓                 | ✓              | ✓ |

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 Consultorio o CESFAM del Polo al que pertenecen. Por otra parte, en los Consultorios CES Padre Orellana y CES

Benjamín Viel, no se entregan todas las prestaciones debido principalmente a falta de espacio físico. Las vacunas son entregadas en el Consultorio N° 1 perteneciente a la Red APS del Servicio de Salud Metropolitano Central y el resto de las prestaciones son otorgadas en el CESFAM Domeyko, en tanto se consolidan proyectos para la construcción de dos nuevos establecimientos en la zona sur de la comuna.

## 1. LISTA DE ESPERA A ESPECIALIDADES, SEPTIEMBRE DE 2012.

La Red de Salud Municipal deriva a sus pacientes al Complejo Hospitalario San Borja Arriaran (CHSBA) para la atención de especialidad. A continuación se presenta el número de pacientes en lista de espera por especialidad:

Tabla 9: Lista de espera NO GES según especialidad y Polo de origen al 30 de septiembre de 2013.

| ESPECIALIDAD                       | DOMEYKO | ORELLANA | ARAUCO | VIEL | TOTAL |
|------------------------------------|---------|----------|--------|------|-------|
| Otorrinolaringología               | 555     | 368      | 92     | 120  | 1.135 |
| Cirugía Abdominal Adulto           | 528     | 273      | 126    | 152  | 1.079 |
| Traumatología Adulto               | 435     | 220      | 60     | 69   | 784   |
| Oftalmología                       | 263     | 202      | 104    | 102  | 671   |
| Neurología Adulto                  | 273     | 178      | 102    | 67   | 620   |
| Endodoncia                         | 127     | 160      | 178    | 101  | 566   |
| Urología Adulto                    | 226     | 171      | 79     | 39   | 515   |
| Cardiología Adulto                 | 159     | 146      | 60     | 95   | 460   |
| Rehabilitación: Prótesis Removible | 16      | 162      | 150    | 132  | 460   |
| Dermatología                       | 207     | 143      | 75     | 29   | 454   |
| Neurocirugía                       | 108     | 114      | 60     | 45   | 327   |
| Gastroenterología Adulto           | 120     | 90       | 29     | 52   | 291   |
| Cirugía Vascul Periférica          | 124     | 56       | 35     | 34   | 249   |
| Ginecología Adulto                 | 95      | 80       | 45     | 27   | 247   |
| Endocrinología Adulto              | 76      | 71       | 28     | 26   | 201   |
| Reumatología Adulto                | 73      | 88       | 14     | 24   | 199   |
| Periodoncia                        | 32      | 52       | 55     | 58   | 197   |
| Odontopediatría                    | 72      | 29       | 14     | 30   | 145   |
| Ortodoncia                         | 56      | 10       | 45     | 30   | 141   |
| Neurología Infantil                | 93      | 16       | 18     | 10   | 137   |
| Traumatología Infantil             | 70      | 27       | 15     | 16   | 128   |
| Ortopedia                          |         |          |        |      |       |
| Cirugía Maxilofacial               | 78      | 2        |        | 35   | 115   |
| Cirugía Infantil                   | 79      | 16       | 14     | 4    | 113   |
| Cirugía Proctológica               | 65      | 23       | 9      | 8    | 105   |
| Medicina Interna                   | 23      | 29       | 6      | 10   | 68    |
| Nefrología Adulto                  | 29      | 13       | 8      | 5    | 55    |
| Ginecología Prolapso               | 13      | 19       | 9      | 12   | 53    |
| Cirugía Bucal                      | 2       | 13       | 11     | 25   | 51    |
| Psiquiatría Adulto                 | 22      | 17       | 2      | 7    | 48    |
| Rehabilitación: Prótesis Fija      | 4       | 18       | 7      | 12   | 41    |
| Urología Infantil                  | 12      | 17       | 2      | 6    | 37    |
| Broncopulmonar Adulto              | 9       | 11       | 8      | 9    | 37    |

|                                   |              |              |              |              |               |
|-----------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Cardiología Infantil              | 22           | 5            | 5            | 3            | 35            |
| Pediatría                         | 10           | 16           | 3            | 4            | 33            |
| Gastroenterología Infantil        | 23           | 4            | 3            | 1            | 31            |
| Endocrinología Infantil           | 14           | 7            | 2            | 2            | 25            |
| Psiquiatría Infantil              | 3            | 11           | 3            | 4            | 21            |
| Broncopulmonar Infantil           | 13           | 4            |              | 1            | 18            |
| Neurología Parkinson              | 3            |              | 1            | 14           | 18            |
| Cirugía De Partes Blandas         | 4            | 9            | 3            | 1            | 17            |
| Hematología Adulto                | 4            | 7            | 1            | 2            | 14            |
| Infecciones De Transmisión Sexual | 5            |              |              | 5            | 10            |
| Alto Riesgo Obstétrico            | 7            | 1            |              | 1            | 9             |
| Endocrinología Obesidad           | 1            | 2            | 2            | 3            | 8             |
| Traumatología Columna             | 4            | 3            |              | 1            | 8             |
| Ginecología Infantil              | 4            | 1            | 3            |              | 8             |
| Ginecología Patología Mamaria     | 2            | 1            | 1            | 2            | 6             |
| Ginecología Patología Cervical    | 5            | 1            |              |              | 6             |
| Nefrología Infantil               | 4            | 1            | 1            |              | 6             |
| Cirugía Oncológica                | 4            |              |              |              | 4             |
| Infectología Adulto               | 2            |              |              | 2            | 4             |
| Cardiología Hipertensión          | 1            | 2            |              |              | 3             |
| Diabetes                          | 1            | 2            |              |              | 3             |
| Reumatología Infantil             | 2            |              | 1            |              | 3             |
| Fisiatría                         | 1            |              |              |              | 1             |
| Inmunología Infantil              | 1            |              |              |              | 1             |
| Nutrición Infantil                | 1            |              |              |              | 1             |
| Onco-Químico-Adulto               | 1            |              |              |              | 1             |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>4.186</b> | <b>2.911</b> | <b>1.489</b> | <b>1.437</b> | <b>10.023</b> |

Cabe mencionar que la lista de espera actual es un 5% menor que la lista de espera que existía a la misma fecha del año 2012. Esto gracias a que además de las atenciones realizadas por el Hospital San Borja, la Dirección de Salud, ha resuelto un total de 563 atenciones de especialidad durante el año 2013 por medio de compra de servicios, de acuerdo al siguiente detalle:

Tabla 10: Número de atenciones de especialidades realizadas entre el 01 de enero y 31 de agosto de 2013 por medio de compra de servicios, según Polo de origen del paciente.

| ESPECIALIDAD         | DOMEYKO    | ORELLANA  | ARAUCO     | VIEL       | TOTAL      |
|----------------------|------------|-----------|------------|------------|------------|
| Dermatología         | 42         | 31        | 40         | 35         | 148        |
| Neurología           | 14         | 12        | 16         | 19         | 61         |
| Otorrinolaringología | 8          | 0         | 0          | 4          | 12         |
| Traumatología        | 50         | 20        | 39         | 46         | 155        |
| Urología             | 54         | 35        | 34         | 64         | 187        |
| Endodoncia           | 17         | 12        | 2          | 8          | 39         |
| Prótesis Removible   | 22         | 11        | 15         | 7          | 55         |
| <b>TOTAL</b>         | <b>168</b> | <b>98</b> | <b>129</b> | <b>168</b> | <b>657</b> |

A estas atenciones, se suma la atención de especialistas, por medio de la contratación directa de profesionales para la atención en APS:

Tabla 11: Número de atenciones de especialidades realizadas entre el 01 de enero y 31 de agosto de 2013 con especialistas contratados por APS, según Polo de atención.

| ESPECIALIDAD | DOMEYKO | ORELLANA | ARAUCO | VIEL | TOTAL |
|--------------|---------|----------|--------|------|-------|
| Ginecología  | 1.408   | 432      | 1.020  | 388  | 3.248 |
| Oftalmología |         | 2.039*   |        |      | 2.039 |
| <b>TOTAL</b> | 1.408   | 2.471    | 1.020  | 388  | 5.287 |

\* Incluye a pacientes de toda la red

## 2. ANÁLISIS DE LA DEMANDA

Para el análisis de la demanda, se entenderá a la cobertura de la población bajo control de acuerdo a sexo y grupo de edad como un indicador de la demanda cubierta.

### 2.1. PROGRAMA INFANTIL

A nivel de red está cubierto casi el 60% de la población inscrita menor de 6 años de edad, siendo Domeyko el polo el que requiere mejorar la cobertura de su población infantil.

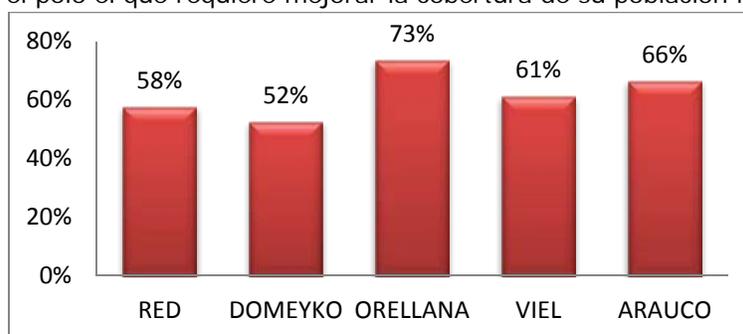


Ilustración 27: Cobertura Población Programa Infantil A Junio De 2013 (PBCx100/Pob. Infantil Inscrita < 6 Años)

### 2.2. PROGRAMA DE SALUD CARDIOVASCULAR

A nivel general el polo Orellana es el que tiene una mejor cobertura de población inscrita en el Programa Cardiovascular HTA y Diabetes, de acuerdo a los casos esperados según prevalencia; tanto el polo Domeyko como el polo Viel requieren mejorar la cobertura de este tipo de pacientes, además se observa que es mejor la cobertura de Diabetes que de Hipertensión.

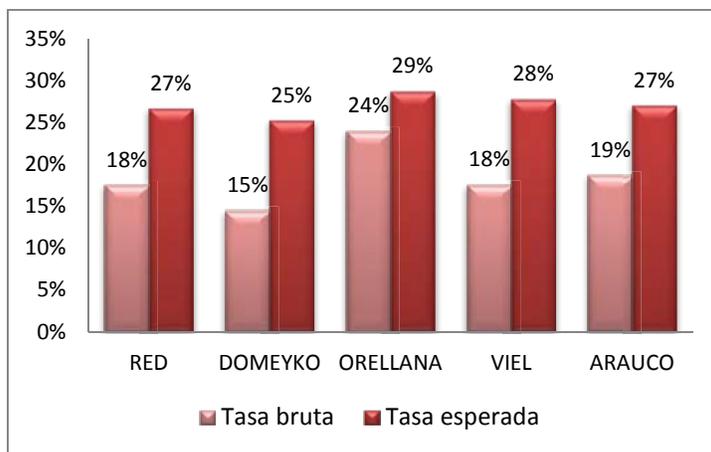


Ilustración 28: Cobertura Población PSCV Por Hipertensión Arterial A Junio De 2013 (PBCx100/Inscritos Vs PBC Esperada/Inscritos)

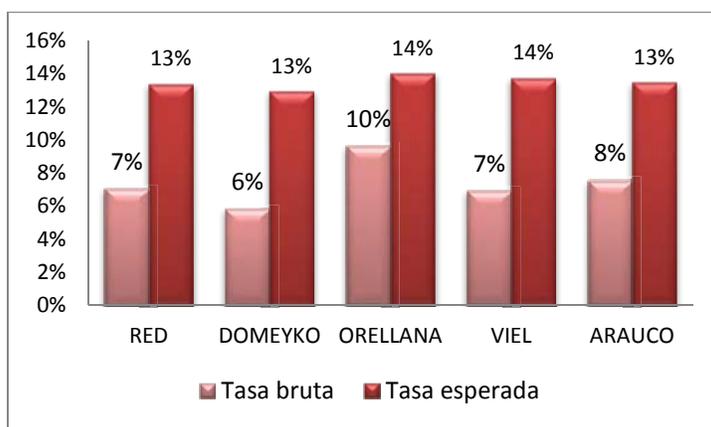


Ilustración 29: Cobertura Población PSCV Por Diabetes Mellitus A Junio De 2013 (PBCx100/Inscritos Vs PBC Esperada/Inscritos)

### 2.3. PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR

A nivel general el polo Domeyko es el que tienen una mejor cobertura de población inscrita en el Programa del adulto mayor. Destaca la baja cobertura del polo Viel, que requiere con urgencia mejorar la cobertura de adultos mayores, sobre todo considerando que es el polo que tiene una mayor proporción de inscritos que pertenecen a este grupo de edad (61% vs 59% en toda la red).

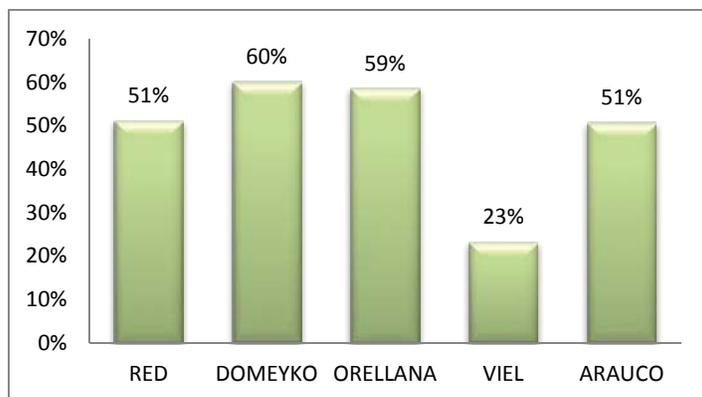


Ilustración 30: Cobertura Población Adulto Mayor A Junio De 2013 (PBCx100/Inscritos >64 Años)

### 3. ANÁLISIS DE LA OFERTA

**Consultas Médicas:** El Polo Arauco es el que realiza la mayor cantidad de consultas médicas en la Red de acuerdo a su población inscrita, esto corresponde a las consultas médicas concretadas, si se observa el total de las consultas médicas puestas a disposición de la comunidad, el polo Orellana es el que tiene la mayor oferta. Por otra parte, el polo Viel es el que oferta y concreta la cantidad más limitadas de horas médicas en la Red de salud.

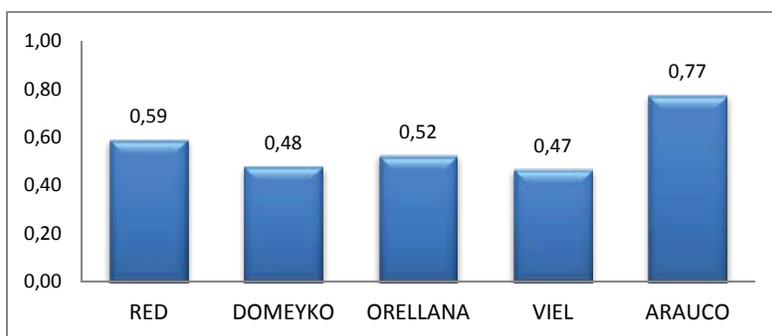


Ilustración 31: Tasa De Consultas Realizadas Acum A Agosto 2013 (Nº Consultas Médicas Según Rem/ Pob. Inscrita)

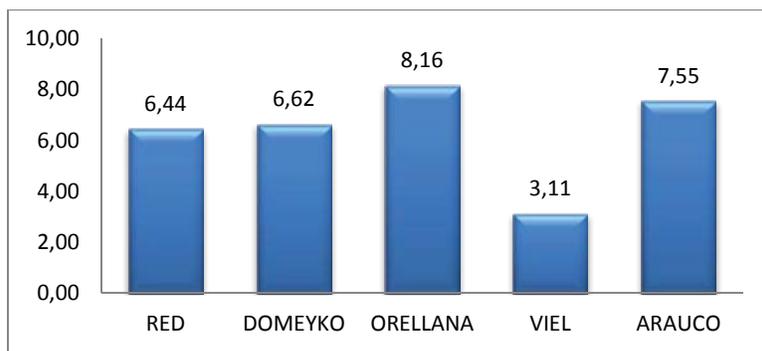


Ilustración 32: Consultas Médicas Ofertadas Según Población Beneficiaria Abril 2013 (Número de Consultas de morbilidad según agendas médicas x 100 inscritos)

### 3.1. CONTROLES DE SALUD SEGÚN CICLO VITAL

Los polos Orellana y Arauco realizan la mayor cantidad de controles de salud según ciclo vital. El polo Viel realiza la menor cantidad de controles de acuerdo a su población inscrita.

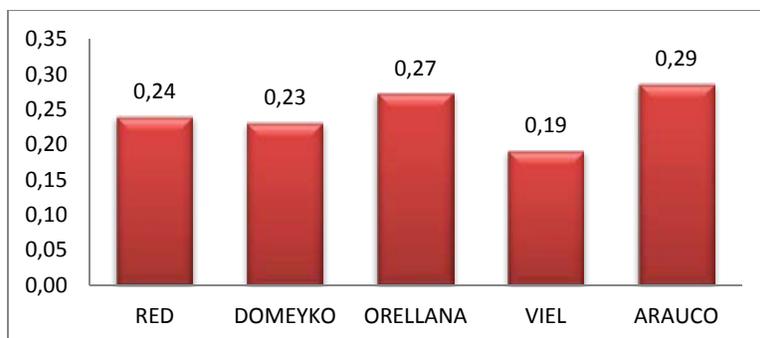


Ilustración 33: Tasa Controles Ciclo Vital Acum A Agosto 2013 (Nº De Controles Rem /Pob. Inscrita)

### 3.2. CONTROLES DE SALUD PROGRAMA CARDIOVASCULAR

De acuerdo a la población bajo control, existen diferencias en la cantidad de controles realizados, siendo el polo Orellana el que concreta la mayor cantidad de controles y el polo Arauco el que realiza la menor cantidad. El óptimo sería 300%, que indica 3 controles al año (médico, enfermera y nutricionista).

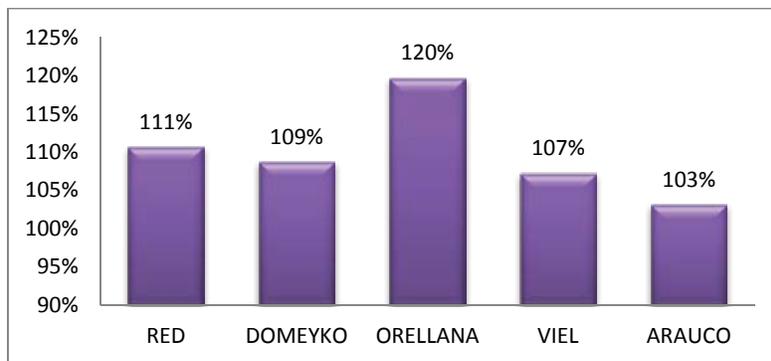


Ilustración 34: Tasa Controles PSCV Acum A Agosto 2013 (Nº Controles PSCV Según Rem x 100/PBC PSCV)

### 3.3. CONSULTAS DE SALUD MENTAL

De acuerdo a la población inscrita, en Domeyko los usuarios tienen menor acceso a consultas de salud mental. Es probable que se deba aumentar la cantidad de psicólogos en este polo.

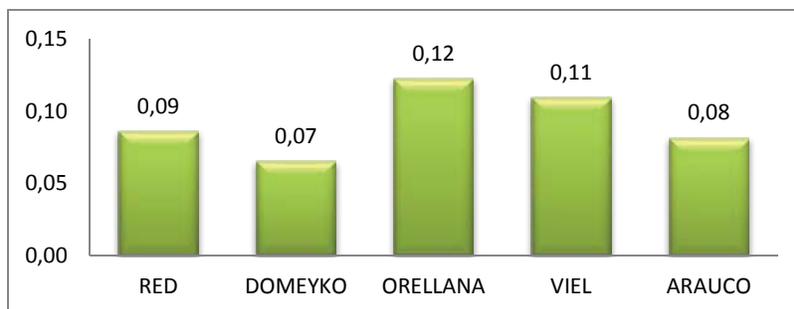


Ilustración 35: Tasa Consultas De Salud Mental Acum A Agosto 2013 (N° Consultas De Salud Mental Rem/Pob. Inscrita)

### 3.4. CONSULTAS DENTALES

La cantidad de consultas dentales realizadas es similar entre los polos. Destaca que sea mayor en el polo Arauco.



Ilustración 36: TASA ATENCIONES DENTALES ACUM A AGOSTO 2013 (N° Consultas Y Atenciones De Urgencias Dentales /Pob. Inscrita)

#### 4. UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA OFTALMOLÓGICA

La Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO) de Santiago forma parte de una estrategia de fortalecimiento de la Resolutividad de la Atención Primaria, en la especialidad de Oftalmología. A través de su implementación y puesta en marcha se espera, como objetivo general, contribuir a mejorar la capacidad resolutiva de la Red Asistencial, mejorando la accesibilidad, oportunidad y resolutividad con calidad técnica, potenciando a la Atención Primaria en sus aspectos promocionales, preventivos, asistenciales, de pertinencia diagnóstica y de derivación.

Actualmente la UAPO se encuentra ubicada en la calle Alberto Rojas Jiménez 21, tercer piso, donde convive con la Estación Médica de Barrio San Borja y el COSAM.

El recurso Humano disponible consiste en:

Tabla 12: Recurso Humano UAPO. Noviembre de 2013

| Funcionario  | Jornada   |
|--|-----------|
| Técnico en enfermería nivel Superior   | 44 horas. |
| Tecnólogo Médico mención Oftalmología, Diplomado en Optometría Clínica Integral mención Refracción y Contactología | 44 horas  |
| Oftalmólogo  | 6 horas   |

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:

1. Diagnóstico y tratamiento por vicio de refracción: Pacientes desde 15 a 64 años.
2. Evaluación de Fondo de Ojo
3. Diagnóstico y tratamiento de Glaucoma
4. 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.

Asimismo, la cartera de Servicios con que se cuenta para dar resolutividad a las derivaciones se indica a continuación:

- Medición de Agudeza Visual
- Prueba de lentes
- Entrega receta de lentes y orden de compra de lentes en ópticas Trento
- Entrega lentes presbicia +3.00 o +2.50 esf
- I.C. Hospital San Borja GES y no GES
- Toma de presión intraocular
- Medición de lentes
- Autorefractometría
- Evaluación por Oftalmólogo
- Evaluación por Tecnólogo Médico

- Evaluación con Lámpara de Hendidura
- Evaluación del Fondo de Ojos
- Extracción Cuerpo extraño ocular superficial
- Curva de Tensión Aplanática
- Campo Visual Computarizado
- Evaluación glaucoma por oftalmólogo
- Break up time
- Test de Shirmer
- Vía Lagrimal
- Tinción con fluoresceína
- Cover Test
- Test de Krimsky
- Test de Hirshberg
- Filtro Rojo
- Prisma Cover Test
- Tratamiento Insuficiencia de convergencia
- Evaluación Amplitud de fusión vertical y horizontal
- Calificación de urgencia
- Evaluación Orzuelo, Chalazión y Pterigium
- Entrega de fármacos para glaucoma, ojo seco, infecciones y otras patologías

#### 4.1. PRODUCCIÓN

Durante este año la UAPO Santiago ha ido cumpliendo las metas establecidas en el Convenio que la financia. Las siguientes 2 tablas describen las actividades realizadas a agosto de 2013 por tecnólogo médico y oftalmólogo:

Tabla 13: Consultas Tecnólogo Médico (Vicio de Refracción).

| Atenciones                  | Cantidad de pacientes Atendidos | Actividades comprometidas 2013 |
|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <b>Vicios de refracción</b> | 1840                            | 2300                           |

Fuente: Informe de evaluación: "PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS AÑO 2013"

Tabla 14: Consultas Oftalmólogo: Vicios de Refracción; Glaucoma nuevos; Glaucoma controles; Otras consultas.

| Atenciones                  | Cantidad de pacientes Atendidos | Actividades comprometidas 2013 |
|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| <b>Vicios de refracción</b> | 424                             | 424                            |
| <b>Glaucoma nuevos</b>      | 34                              | 48                             |
| <b>Glaucoma controles</b>   | 44                              | 150                            |
| <b>Otras consultas</b>      | 816                             | 816                            |

Fuente: Informe de evaluación: "PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS AÑO 2013"

## 5. COSAM

### 5.1. ANTECEDENTES

El Centro de Salud Mental (COSAM) de la IM Santiago inició sus actividades a fines del año 2010, estableciéndose durante el 2011 un periodo de marcha blanca, con el desarrollo de coordinaciones de red, definición de funcionamiento, organización interna, aumento progresivo de horas profesionales contratadas, y establecimiento de bases de actividad a desarrollar mediante convenios celebrados con el SSMC, para la recepción de financiamiento asociado a metas PPV.

La reducida disponibilidad de espacio físico de COSAM ha dificultado la expansión rápida requerida para dar respuesta a las necesidades planteadas por las características de la comuna, de acuerdo a lo indicado en la Norma Técnica de COSAM

### 5.2. ANALISIS DE CONTEXTO

**Disponibilidad de Infraestructura:** Durante 2013, se encuentra una casa con dimensiones más apropiadas para la expansión de RRHH y el tipo y cantidad de prestaciones requeridas, y se ha realizado las gestiones de arriendo de esta propiedad, lo que ha logrado concretar durante la última semana de Octubre. Se ha iniciado en paralelo el incremento de horas profesionales contratadas, respondiendo a la planificación de expansión de recursos realizada a partir del análisis de brecha que presenta el COSAM en relación a la dotación indicada en la Norma Técnica. Acercarse al estándar de la Norma Técnica permitirá en el mediano plazo que la comuna cuente con una oferta de prestaciones especializadas en salud mental progresivamente más cercana a lo estimado necesario para responder a las necesidades de la comuna.

**Disponibilidad de recursos red de salud mental y Apertura Hospital del Carmen, Maipú:** La apertura del Hospital del Carmen en la comuna de Maipú está planteada para mediados del mes de Noviembre 2013, iniciando, entre otras especialidades, la atención ambulatoria en psiquiatría, lo que impactaría positivamente en la disponibilidad de recursos existentes para la comuna de Santiago, en tanto se produciría una migración de usuarios de las comunas de Maipú y Cerrillos actualmente atendidos en el Hospital Clínico San Borja Arriarán. Lo anterior permitiría una mayor disponibilidad de recursos para las comunas de Santiago y Estación Central, facilitando la coordinación y principalmente el acceso a camas de corta estadía, que actualmente presentan una brecha de más de 90% respecto de lo estimado técnicamente adecuado.<sup>1</sup> Esta brecha se disminuirá parcialmente con el proyecto de reposición de camas en curso en el HCSBA, con fecha esperada de apertura para el primer semestre 2014, y con el que se llegaría a un total de 12 camas de corta estadía adultos y 6 camas infantojuvenil.

#### **Coordinación red salud mental 2º semestre 2013, situación de contingencia**

A raíz de las dificultades encontradas para la contratación rápida de psiquiatras a contar del mes de Septiembre 2013, y posterior a la renuncia de 44 horas médico psiquiatra a fines del mes de agosto, se ha debido establecer coordinación con la red APS comunal para el redireccionamiento de interconsultas, y con el Hospital San Borja para responder a la demanda de atención psiquiátrica de casos propietarios. A contar del mes de Noviembre se inicia la reposición de horas psiquiatra, con lo que se proyecta reiniciar paulatinamente ingresos y responder tanto a los requerimientos internos como a la demanda generada por la red APS y tribunales.

---

<sup>1</sup> Estimación técnica MINSAL para el territorio SSMC: 85 camas corta estadía. Disponibilidad actual: 5 camas.

### 5.3. RECURSOS COSAM

#### Dotación

De acuerdo a la Normativa Técnica COSAM vigente, se debe contar con un equipo base por cada 40.000 beneficiarios.

Tabla 15: Norma técnica COSAM y dotación COSAM Santiago a Noviembre de 2013

| tipo RRHH               | Estándar Norma Técnica equipo por 40.000 inscritos |                                   | Horas actuales en COSAM | jornadas completas actuales | Según estándar NT x 160.000 inscritos |                              |   |                              | Recursos adicionales año 2013 |
|-------------------------|--|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|-------------------------------|
|                         | Dotación x 40.000 benef                            | jornadas completas x 40.000 benef |                         |                             | Dotación x 160.000 inscritos          | jornadas completas x 160.000 | Brecha en horas (según actual dotación COSAM) | Brecha en jornadas completas |                               |
| Psiquiatra adulto       | 33   | 0,75                              | 33                      | 0,75                        | 132                                   | 3,00                         | 99  | 2,25                         | 6                             |
| Psiquiatra infantojuv   | 22   | 0,50                              | 44                      | 1,00                        | 88                                    | 2,00                         | 44  | 1,00                         |                               |
| Enfermera               | 44   | 1,00                              |                         | 0,00                        | 176                                   | 4,00                         | 176   | 4,00                         |                               |
| Psicologo adulto        | 88   | 2,00                              | 132                     | 3,00                        | 352                                   | 8,00                         | 220   | 5,00                         | 22                            |
| Psicologo infantojuv    | 44   | 1,00                              | 77                      | 1,75                        | 176                                   | 4,00                         | 99  | 2,25                         |                               |
| Neuropsicologo          |  |                                   | 44                      | 1,00                        | 44                                    | 1,00                         | 0   | 0,00                         |                               |
| Asistente Social        | 88   | 2,00                              | 88                      | 2,00                        | 352                                   | 8,00                         | 264   | 6,00                         |                               |
| Terapeuta Ocupacional   | 88   | 2,00                              |                         | 0,00                        | 352                                   | 8,00                         | 352   | 8,00                         | 22                            |
| Tecnico en Salud Mental | 132  | 3,00                              |                         | 0,00                        | 528                                   | 12,00                        | 528   | 12,00                        |                               |
| Tecnico Paramedico      | 44   | 1,00                              |                         | 0,00                        | 176                                   | 4,00                         | 176   | 4,00                         |                               |
| Administrativo          | 88   | 2,00                              | 44                      | 1,00                        | 352                                   | 8,00                         | 308   | 7,00                         |                               |
| Auxiliar de Servicio    | 44   | 1,00                              |                         | 0,00                        | 176                                   | 4,00                         | 176   | 4,00                         |                               |
| Dirección y Gestion     | 33   | 0,75                              | 44                      | 1,00                        | 132                                   | 3,00                         | 88  | 2,00                         |                               |
| Monitores               | 66   | 1,50                              |                         | 0,00                        | 264                                   | 6,00                         | 264   | 6,00                         |                               |
| Otros                   | 22   | 0,50                              |                         | 0,00                        | 88                                    | 2,00                         | 88  | 2,00                         |                               |
|                         |  | <b>19,00</b>                      |                         | <b>11,50</b>                |                                       | <b>77,00</b>                 |   | <b>65,50</b>                 |                               |

Nota: Se utiliza acá la cifra de inscritos validados en red APS comuna de Santiago.

#### Cartera de prestaciones

COSAM desarrolla a la fecha - de acuerdo a lo señalado en la Normativa Técnica, y las definiciones existentes en el mapa de red de derivación de salud mental de la red SSMC -, prestaciones para todas las patologías derivadas por la red, a excepción de trastornos alimentarios y patologías del espectro autista, que debido al requerimiento de prestaciones médicas de complejidad, deben ser derivados al HCSBA. Las canastas de prestaciones entregadas son aun parciales, en tanto no se cuenta en el COSAM con horas de terapeuta ocupacional, recurso crítico para el ámbito de rehabilitación, pero que está a la espera de contar con espacio físico suficiente para integrar al menos 88 horas al equipo de trabajo.

A contar del 2º semestre 2013, se inició la atención de casos GES Depresión (con criterios de derivación a especialidad), Bipolaridad y Consumo de sustancias en menores de 20 años. Los casos GES Esquizofrenia primer brote se derivan, para toda la red de salud mental, y de acuerdo al mapa de derivación SSMC, al HCSBA.

Tabla 16: Cartera de Prestaciones COSAM.

|                                  |
|----------------------------------|
| <b>Evaluación Diagnóstica</b>    |
| Evaluación Psiquiatra            |
| Evaluación Psicólogo             |
| Psicodiagnóstico                 |
| Evaluación Trabajador Social     |
| Evaluación Terapeuta Ocupacional |
| Evaluación otro profesional      |
| <b>Tratamiento</b>               |
| Consulta Médico psiquiatra       |
| Consulta Psicológica             |
| Psicoterapia individual          |
| Psicoterapia Grupal              |
| Intervención Psicosocial Grupal  |
| Visita Domiciliaria Integral     |
| Otras Intervenciones Grupales    |

### Oferta de programas

COSAM mantiene oferta de actividades para los programas de atención general tanto en el grupo etario infantojuvenil como en adultos y adulto mayor, incluyendo en este grupo las categorías diagnósticas consideradas en los programas financiados bajo modalidad PPV.

Tabla 17: Categorías diagnósticas por programa de atención

|   |
|---|
| <b>COMPONENTE SALUD MENTAL</b>  |
| Día Programa Rehabilitación Tipo I  |
| Día Programa Rehabilitación Tipo II   |
| Trastorno Bipolar, Trat. Ambulatorio, Nivel Especializado (Trat. Mensual)   |
| Depresión Unipolar y Distimia, Menores de 15 años, Trat. Ambulatorio Nivel Especializado (Trat. Mensual)                                  |
| Trastornos de Ansiedad y del Comportamiento, Trat. Ambulatorio Nivel Especializado (Trat. Mensual)  |
| Demencia y Trastornos Mentales Orgánicos, Trat. Ambulatorio Nivel especializado (Trat. Mensual)   |
| Esquizofrenia y Psicosis No Orgánica, Trat. Ambulatorio Paciente Crónico NO AUGÉ (Ingreso A Trat. Antes del 1 Junio 2004) (Trat. Mensual) |
| Trastornos Generalizados del Desarrollo, Tratamiento Nivel Especializado (Trat. Mensual)  |
| Trastornos Hipercinéticos, Trat. Ambulatorio Nivel Especializado (Trat. Mensual)  |
| Trastornos del Comportamiento Emocionales de la Infancia y Adolescencia, Tratamiento Nivel Especializado (Trat. Mensual)                  |
| Violencia Intrafamiliar - VIF (trat. Mensual)   |
| Maltrato Infantil (trat. Mensual)   |
| <b>ALCOHOL Y DROGAS</b>   |
| Plan Amb. Básico – OH y Drogas, Trat. Mes   |
| Plan Amb. Intensivo – OH y Drogas, Trat. Mes  |
| Plan Amb. Intensivo - OH y Drogas en Infante Adolescentes (Trat. Mensual)   |
| Plan Amb. Comunitario Infante Adolescentes – OH y Drogas (Trat. Mensual)  |
| <b>PSIQUIATRÍA FORENSE</b>  |
| Peritaje Judicial Psicológico Adultos (por evento)  |
| Peritaje Judicial Psicológico a Menores (Por evento)  |
| <b>COMPONENTE GES</b>   |
| Tratamiento Depresión con Psicosis, Trastorno Bipolar, Alto Riesgo Suicida, o Refractariedad Año 1  |
| Tratamiento Depresión Grave y Tratamiento Depresión con Psicosis, Trastorno Bipolar, Alto Riesgo Suicida, o Refractariedad Año 2          |
| <b>CONSUMO PERJUDICIAL Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS EN MENORES DE 20 AÑOS</b>  |
| Plan Ambulatorio Básico   |
| Plan de Seguimiento   |
| <b>TOTAL SALUD MENTAL</b>   |
| <b>TOTAL GES</b>  |
| <b>TOTAL SALUD MENTAL + GES</b>   |

|   |
|---|
| <b>EXPANSIÓN JULIO A DIC 2013</b>                       |
| <b>TRASTORNO BIPOLAR EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS</b>   |
| <b>Tratamiento Trastorno Bipolar Año 1</b>              |
| <b>Tratamiento Trastorno Bipolar a partir del Año 2</b> |

*En gris programas no desarrollados, por corresponder a actividad no implementada aun, o bien a tratamiento año 2 o seguimiento, en los que se ha iniciado atención durante 2013, y solamente se cuenta con casos en año 1.*

Adicionalmente, se desarrolla programa de evaluación y respuesta a demanda por evaluación desde el Poder Judicial, financiado el Convenio de Ley de Alcoholes, con 22 horas de psicólogo, y Programa Piloto Calle, iniciativa financiada por recursos Ministerio de Desarrollo Social y MINSAL, y que realiza intervención con población identificada por el Ministerio de Desarrollo Social, en algún grado de situación de calle, y con el objetivo de acercar la atención de salud APS y especializada a esta población.

#### **Proyección desarrollo prestaciones 2014**

Se ha determinado desde la Dirección de SSMC, y SENDA, la asignación de recursos 2014 que significarán un nuevo incremento en el tipo de prestaciones y contratación de recursos para su ejecución, incorporando *Programas de Rehabilitación de tipo 1 y 2*, destinados a rehabilitación y reinserción de personas que presentan patología psiquiátrica severa, y *Programa Ambulatorio Intensivo* para atención de adultos que presentan dependencia de sustancias psicoactivas.

Se encuentra en evaluación la factibilidad de implementación de estos programas en su totalidad, respecto de la disponibilidad real de espacio físico con que se contará a contar de 2014, y la fecha de ésta.

## **6. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO**

La participación, como uno de los ejes de la política de salud, busca recoger de la propia población, la visión de cuáles son los factores que afectan su salud, la identificación de los recursos y de las posibles soluciones.

El Diagnóstico Participativo de Salud se presenta como una Co-Construcción entre la comunidad y el equipo de Salud sobre la realidad de salud a nivel local. Constituye una instancia donde dirigentes, líderes, usuarios(as) y equipos de salud pueden expresar su opinión, sus puntos de vista, sus intereses y hacer propuestas y tomar decisiones en forma conjunta.

La incorporación de diagnósticos participativos que recogen la opinión y priorización de salud, desde la perspectiva de la comunidad, contribuye al mejoramiento del quehacer de las acciones de promoción de salud y permite avanzar en la pertinencia de las acciones de salud. La experiencia señala que para obtener mejoría en las condiciones de salud de la población es necesario sumar al diagnóstico técnico, el diagnóstico desarrollado por la comunidad.

Si se quiere integrar el enfoque de género, la visión territorial barrial, la perspectiva intercultural y étnica, entre otros elementos, se requiere escuchar desde los mismos actores cuáles son sus visiones de salud y del sistema sanitario, y como, y con qué intensidad, estos factores se expresan.

En estos diagnósticos es importante colocar sobre la mesa el tema de determinantes sociales, entendiéndose estos, tanto al contexto social como a los procesos mediante los cuales las condiciones sociales se traducen en consecuencias para la salud. Las estructuras y patrones sociales forman u orientan las decisiones y oportunidades de ser saludables de los individuos. La salud deja de ser solamente una responsabilidad individual y se convierte en una responsabilidad social. Bajo esta mirada, se dice que la atención de salud no es la principal fuerza que determina la salud de las personas, sino que es otra determinante social más.

Durante septiembre y octubre del año 2012 se realizó el último diagnóstico participativo en la red de salud comunal y a continuación se presentará un extracto de este, agregándose además las temáticas principales, abordadas por la comunidad en los distintos Cabildos realizados durante este año 2013. También se sumará las principales opiniones recogidas de líderes comunitarios y grupos focales en temáticas de salud, en el contexto de un estudio de la Red Comunal de Salud, efectuado durante los meses de agosto y septiembre del presente año.

### **6.1. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO 2012**

#### **1. Necesidad explícita de información de salud a través de talleres para la comunidad**

En este punto se visualiza que la comunidad necesita un cambio en la manera de recibir la información por parte de los centros de salud. Se insiste en la educación o información cara a cara, en donde el profesional de salud informe a los usuarios sobre los programas y prestaciones de Salud evitando tecnicismos y complementando la información con charlas, talleres, dispositivos de audio, video, medios escritos y un mayor rol de la oficina de la OIRS.

## 2. Énfasis en la Promoción y Prevención de la Salud

Los dirigentes y representantes de la comunidad entienden la relevancia de la promoción de la Salud y lo destacan en cada ámbito del ciclo vital. Como equipo de salud debemos entender este cambio de paradigma como una oportunidad.

También es importante seguir fortaleciendo el trabajo comunitario y el Consejo de Desarrollo Local como Agrupación representativa de la comunidad

## 3. Mejorar el trato a los usuarios

Los usuarios expresan la necesidad de mejorar el trato y acogida en el SOME, puerta de entrada de los centros de Salud. Esta ocupación ya está instalada en los equipos y actualmente es trabajada con la creación de un protocolo de SOME y una mejor gestión de las actividades realizadas en esa unidad.

## 4. Mejoras atención en Estaciones Médicas de Barrio

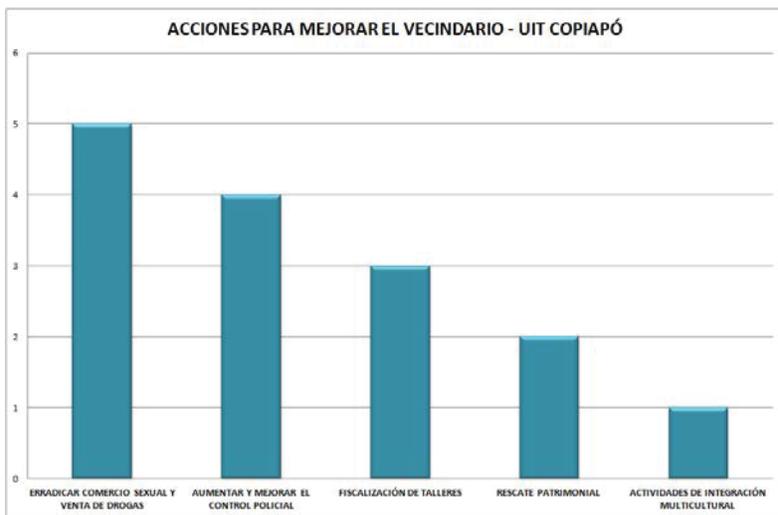
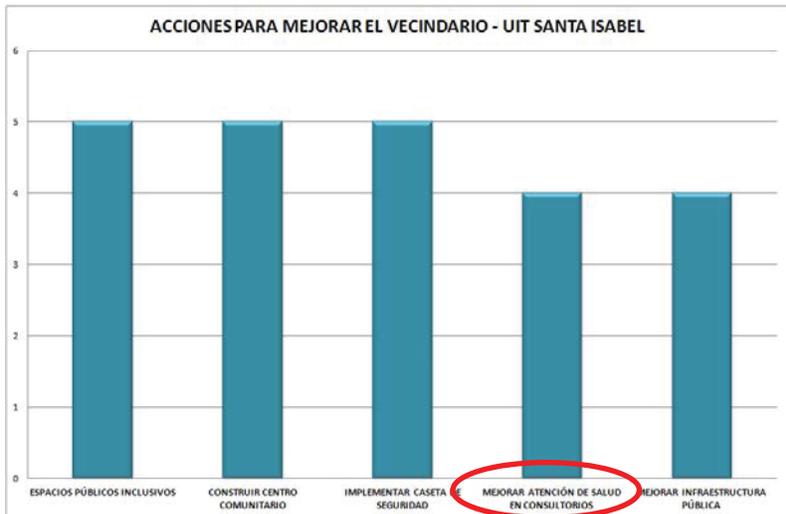
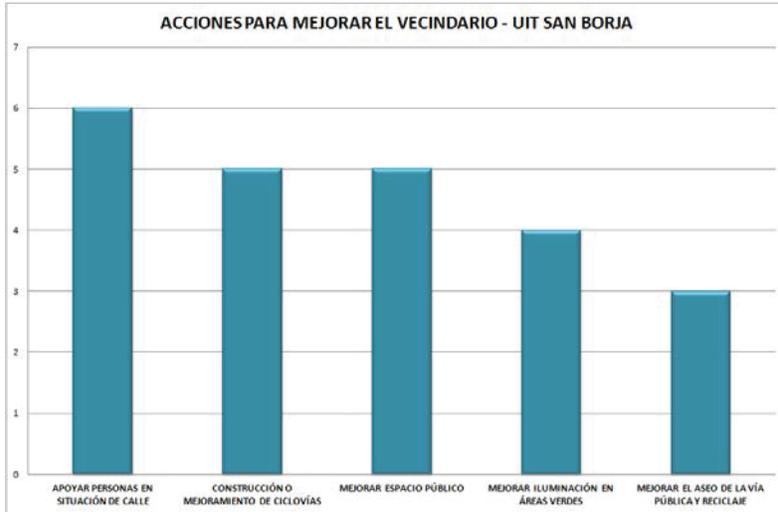
Aumentar su capacidad resolutive. Se deberá realizar un estudio para evaluar la factibilidad de administrar cierto tipo de vacunas en la EMBs, al igual que la entrega de leche para niños y embarazadas.

|                            |   |                               |  |                                     |   |
|----------------------------|---|-------------------------------|--|-------------------------------------|---|
| <b>FAMILIA Y PROMOCIÓN</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Difusión de los centros de atención y las prestaciones que se otorgan con horarios y profesionales que trabajan en los establecimientos</li> <li>• Insuficiente Información sobre GES, enfermedades crónicas, etc.</li> <li>• Falta de charlas educativas en salas de espera, Centros del Adulto Mayor y otros grupos de la comunidad</li> <li>• Escases de áreas verdes, contaminación</li> </ul> | <b>CICLO VITAL DEL NIÑO</b>   |  | <b>CICLO VITAL DEL ADOLESCENTE</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta abordar al pre adolescente junto a sus padres o tutores por medio de charlas</li> <li>• Baja promoción en los colegios para capacitar y educar en distintos temas de salud</li> <li>• Poca prevención del riesgo del embarazo adolescente y riesgos de ITS</li> <li>• Se requiere mayor colaboración con redes de apoyo a adolescentes en problemática</li> <li>• Falta abordar de mejor manera el problema de alcoholismo en los adolescentes</li> </ul>                  |
| <b>MUJER</b>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se necesita mayor difusión de Programas y Talleres</li> <li>• Falta incentivar exámenes de mamografías y PAP</li> <li>• Faltan programas de prevención para el maltrato físico y psicológico de la mujer</li> <li>• Se requieren más horas para oftalmología y entrega de lentes</li> <li>• Es necesario disponer de horas más expeditas para toma de muestras</li> </ul>                          | <b>CICLO VITAL DEL ADULTO</b> |  | <b>CICLO VITAL DEL ADULTO MAYOR</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta recordar telefónicamente al adulto mayor cuando tenga un ahora en el Centro, para prevenir olvidos</li> <li>• Falta dar aviso oportuno cuando el profesional no puede atender</li> <li>• Inoportunidad para obtener una hora, escases de horas médicas</li> <li>• Déficit en la rotulación de medicamentos entregados en bolsas</li> <li>• Falta un mayor apoyo a pacientes postrados</li> <li>• Falta más atención Salud Mental para adultos mayores</li> </ul>           |
| <b>INFRAESTRUCTURA</b>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se requiere mejorar espacios físicos de los centros (accesos, salas de espera)</li> <li>• Falta mejorar los baños públicos, instalar mudadores</li> </ul>  | <b>GENERAL</b>                |  |                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pocas horas para oftalmología y entrega de lentes</li> <li>• Horario reducido para entrega de medicamentos en Estaciones Médicas</li> <li>• Sistema de derivación al hospital, poco expedito</li> <li>• Falta más acceso a atención dental</li> <li>• Falta rotulación de medicamentos (entregados en bolsas)</li> <li>• Poco acceso a atención de salud para personas que trabajan</li> <li>• Es necesario de un sistema de derivación a especialidades más expedito</li> </ul> |

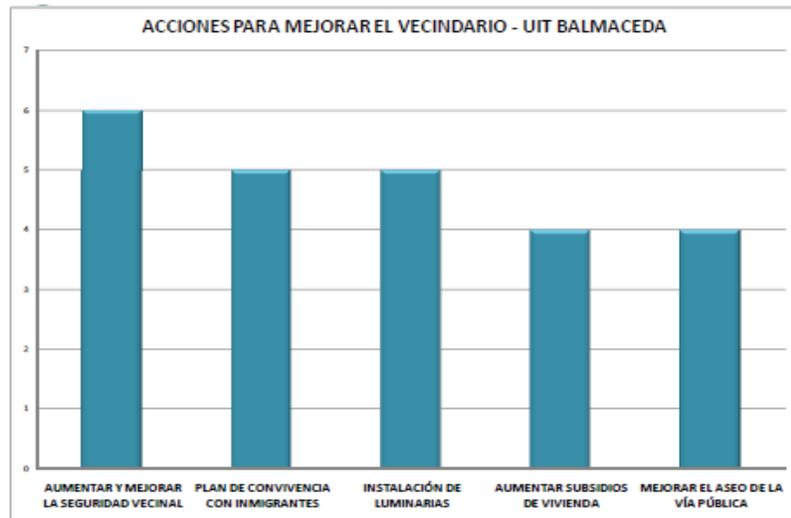
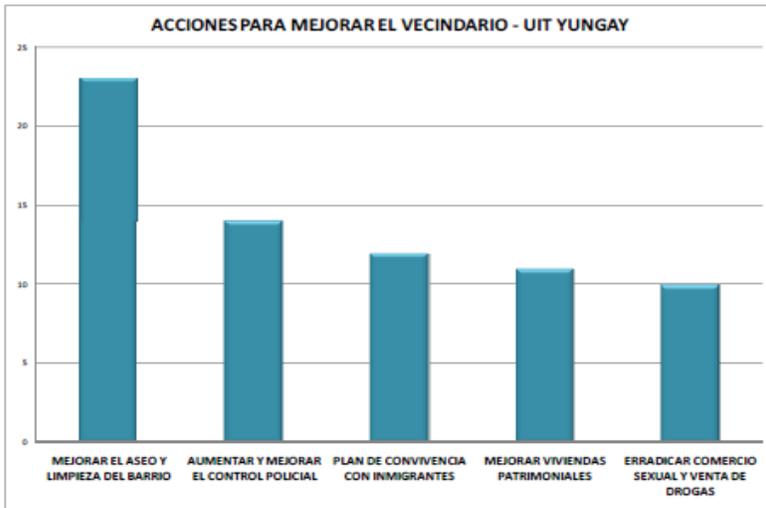
Ilustración 37: Síntesis Diagnóstico Participativo 2012



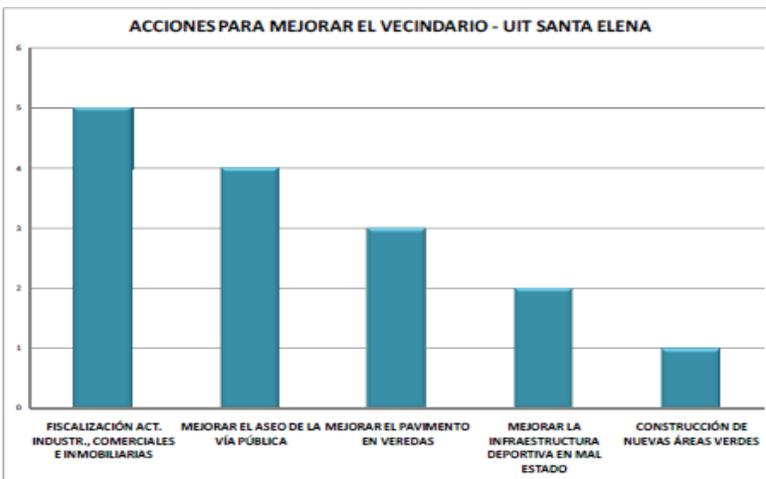
Cabildo N° 1

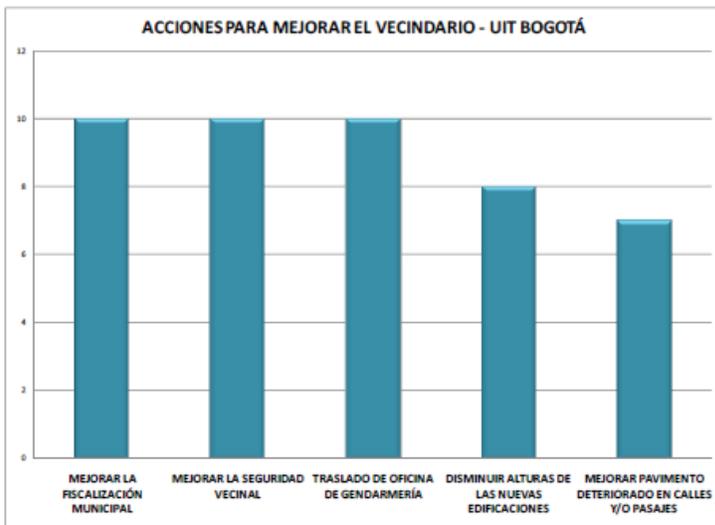
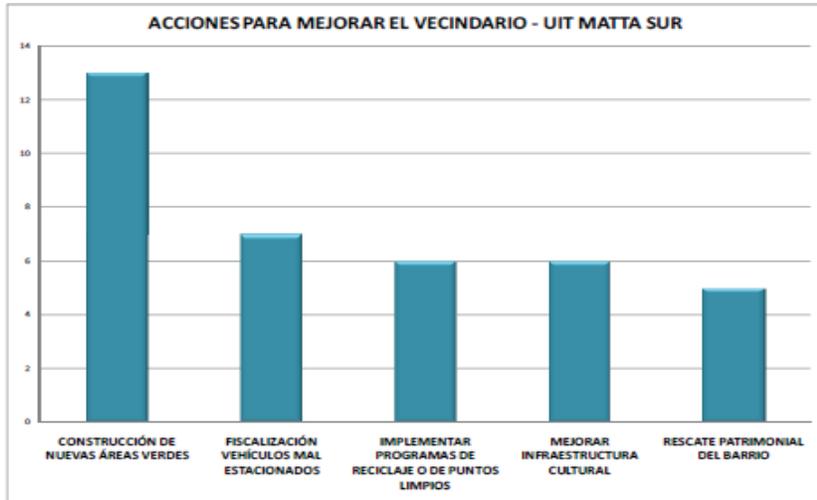


**Cabildo N° 2**

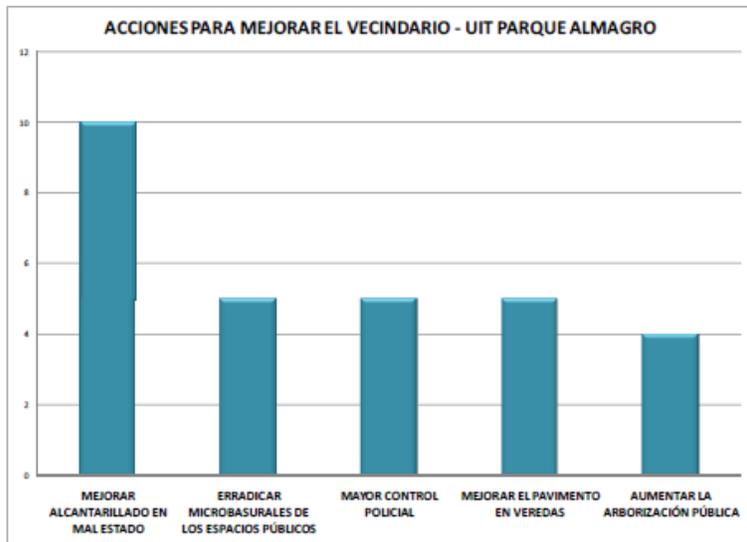


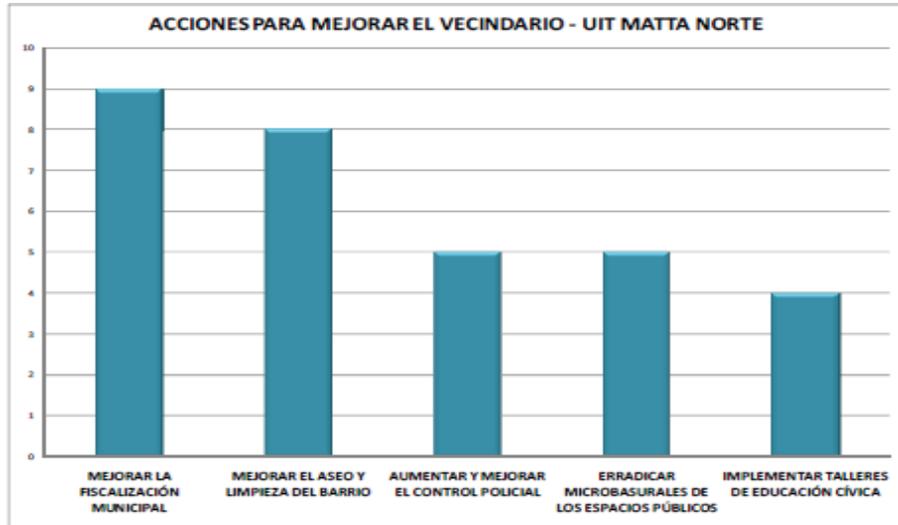
**Cabildo N° 3**



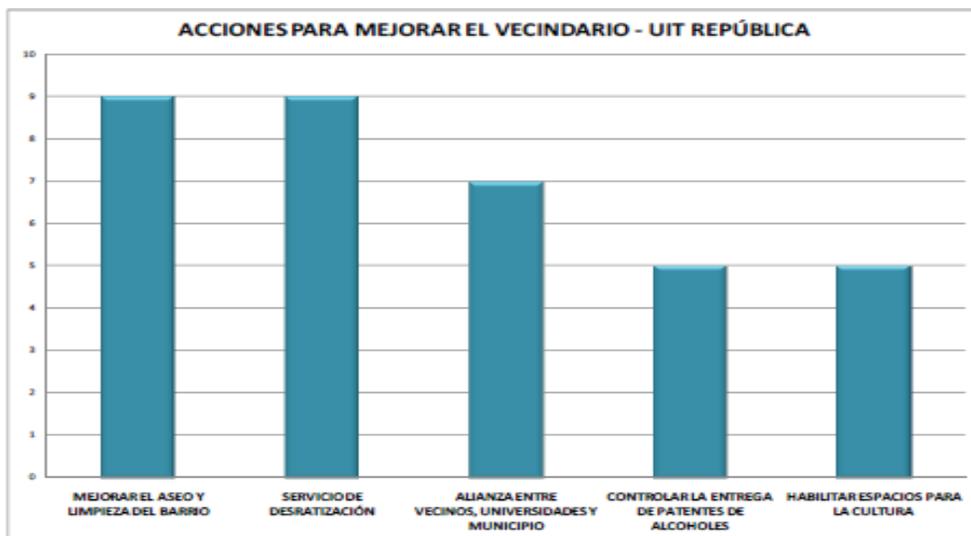
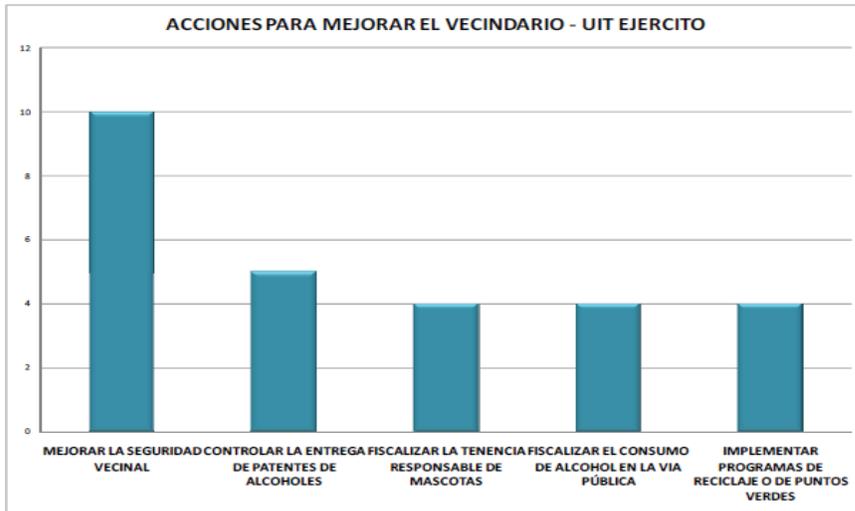


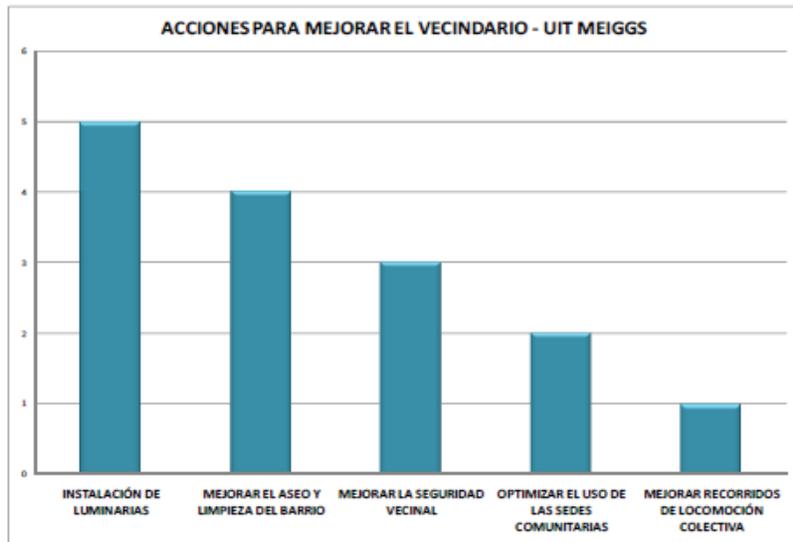
**Cabildo N° 4**



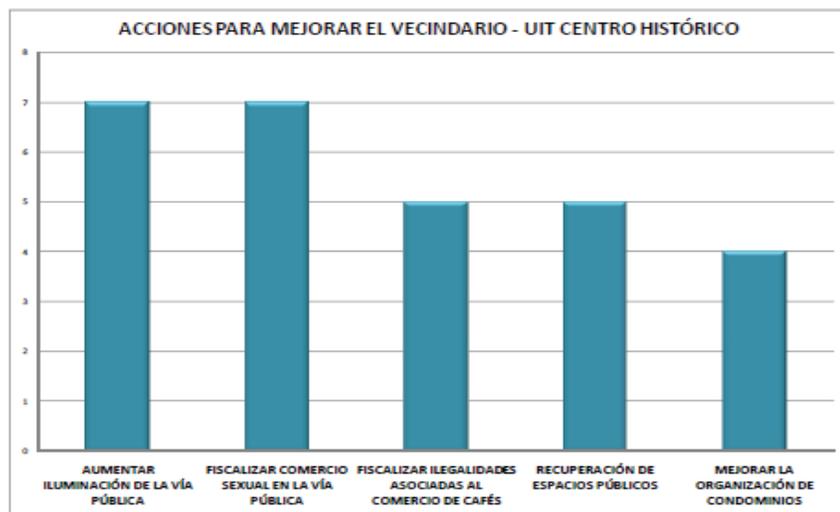
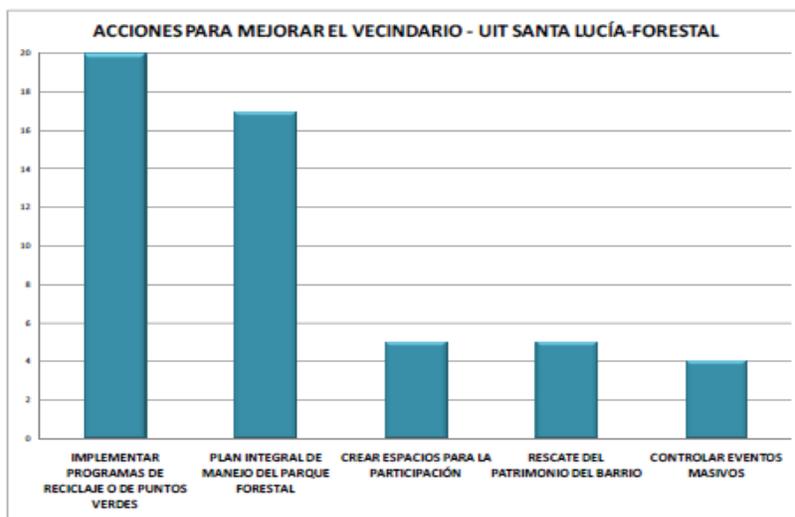


**Cabildo N° 5**

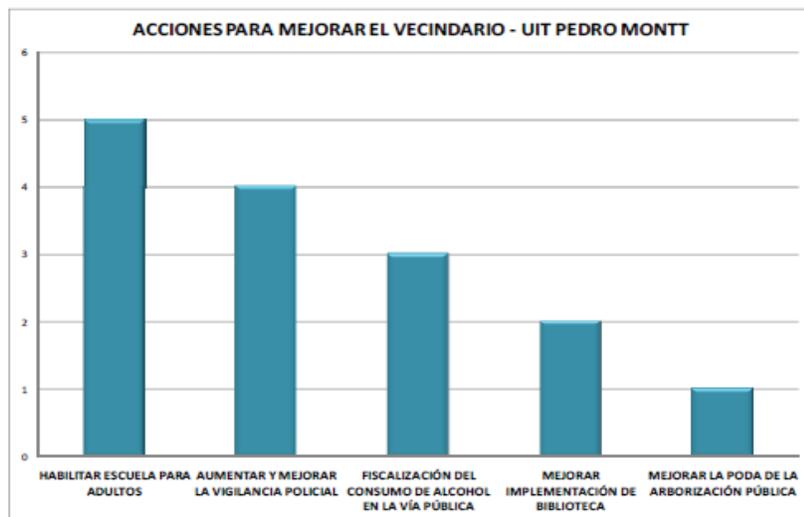
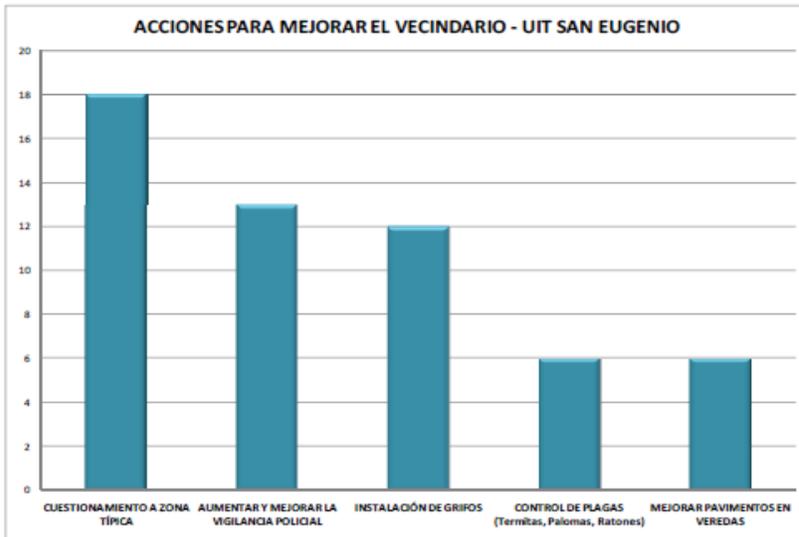
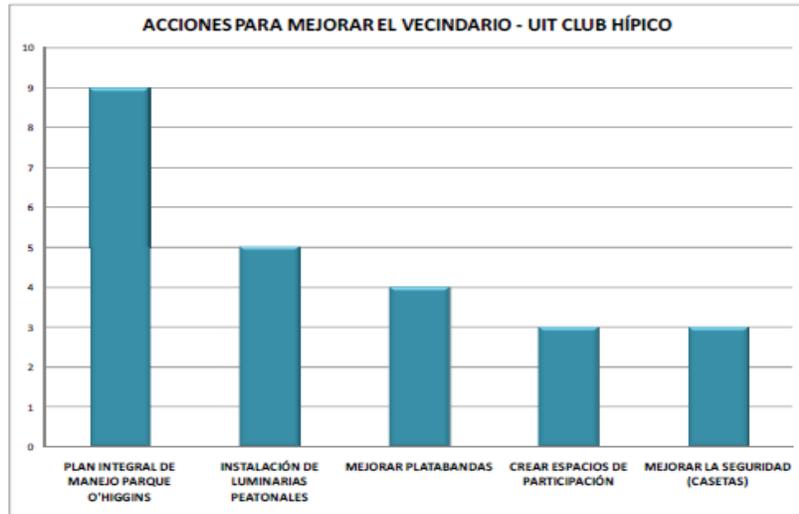


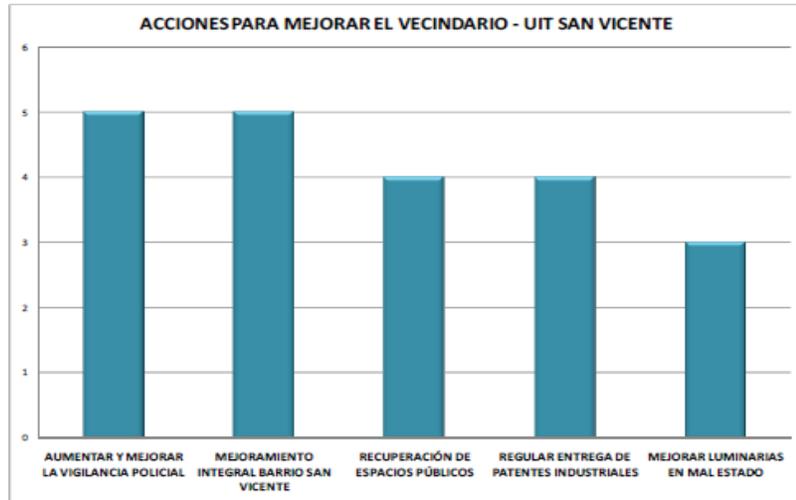


**Cabildo N° 6**

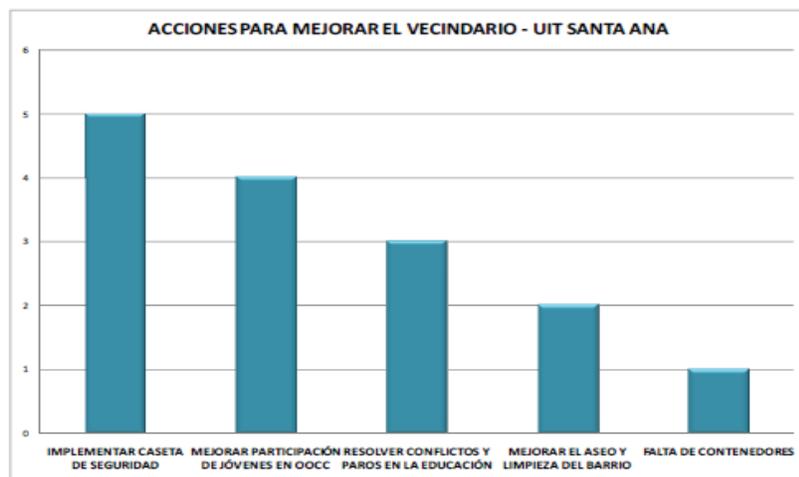
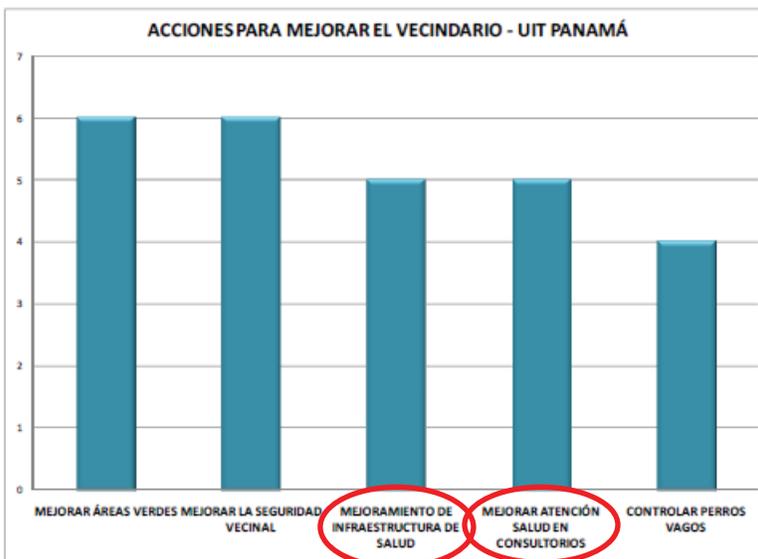


**Cabildo N° 7**

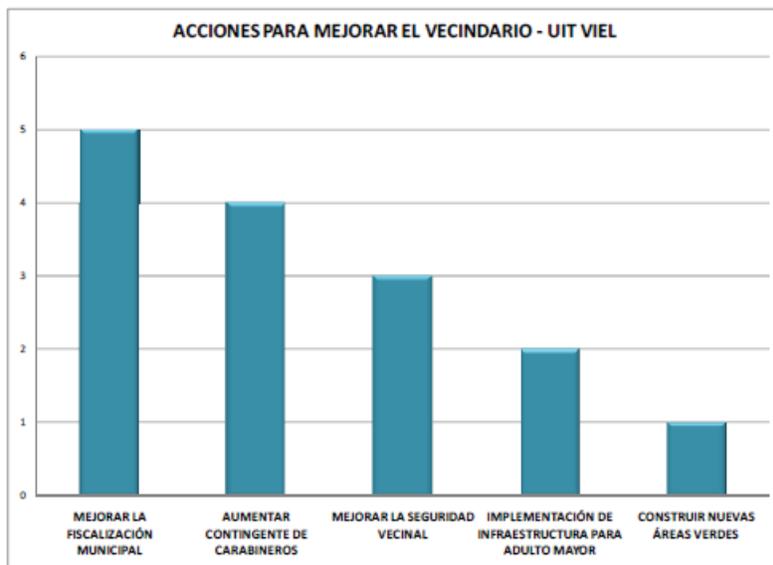
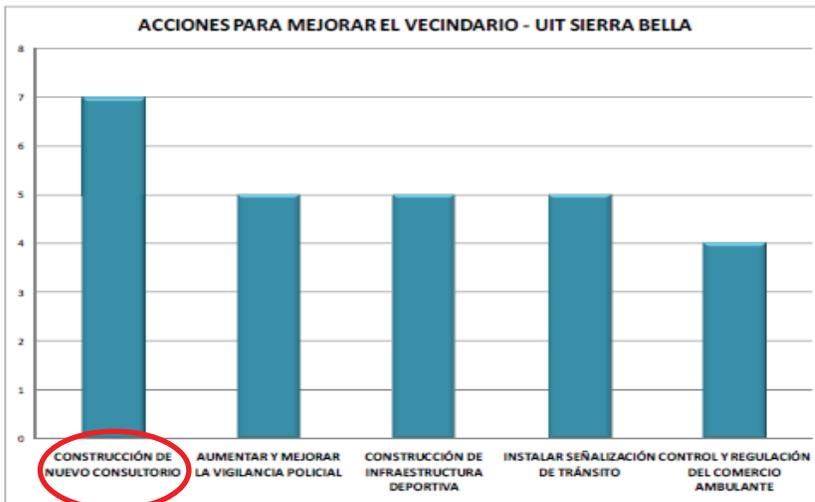
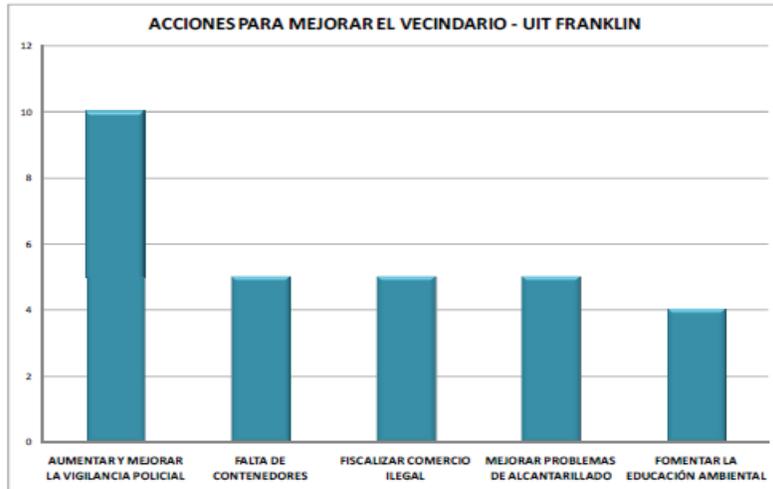


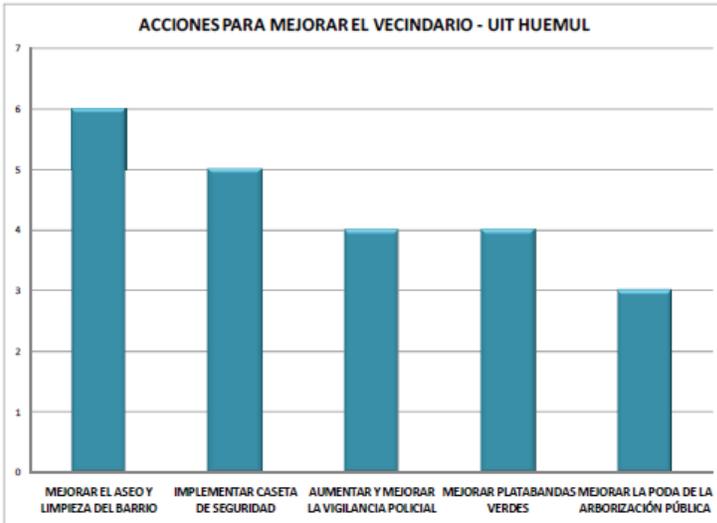


**Cabildo N° 8**



Cabildo N° 9





De los 26 barrios consultados, solo 3 de ellos expresaron como prioridad el tema de salud específicamente, mejoría de la atención y nueva infraestructura. Sin embargo, las otras preocupaciones de los vecinos también impactan en el estado de salud, como es el tema de la seguridad, aseo y alcantarillado, áreas verdes, reciclaje y espacios para la actividad física, que son en definitiva determinantes sociales de la salud. Respecto a la visión de futuro que se quiere, se repiten las mismas palabras de "LIMPIA" "VERDE" "SEGURA":



### 6.3. ESTUDIO DE RED

En el contexto de un estudio llamado “Desarrollo para la Red de Salud en el territorio de la comuna de Santiago”, realizado por una consultora, se entrevistan a 5 grupos de usuarios de la Red Asistencial de la comuna de Santiago, tanto pública como privada, variado en su composición según edad, sexo, tipo de previsión, nacionalidad. Según domicilio se conforman los grupos con el siguiente esquema:

Primer Grupo: Cuadrantes 1 y 2

Segundo Grupo: Cuadrante 3

Tercer Grupo: Cuadrante 4

Cuarto Grupo: Cuadrante 5 y 6

Quinto grupo: Participantes adultos jóvenes de 25 a 40 años, provenientes de los 6 cuadrantes

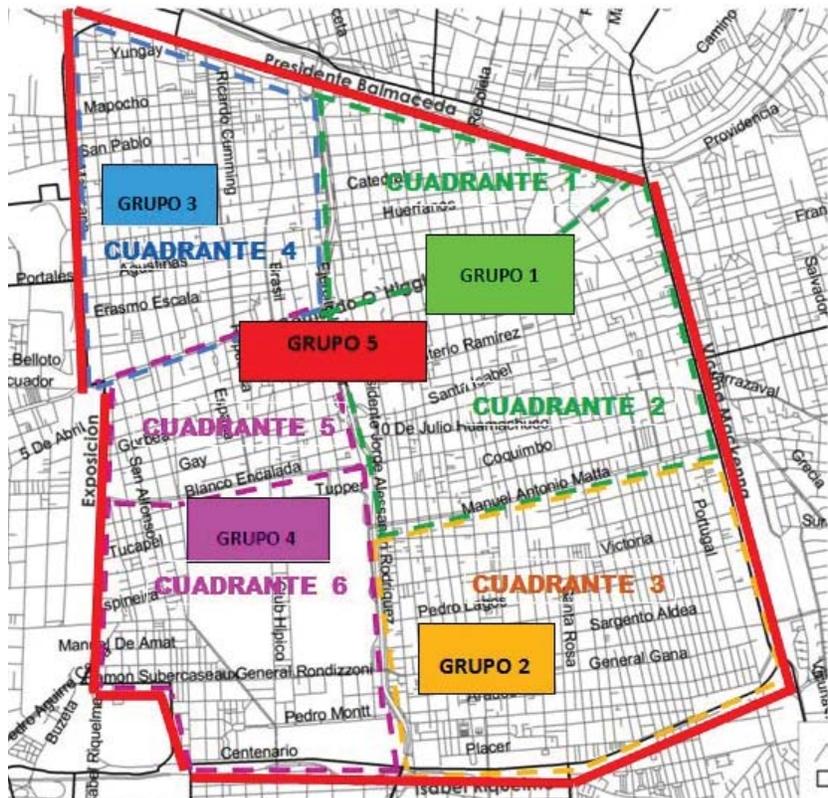


Ilustración 39: Distribución grupos de usuarios entrevistados. Estudio “Desarrollo para la Red de Salud en el territorio de la comuna de Santiago”.

#### Grupo 1

- Este grupo señala algo que aparece también en los otros cuadrantes respecto de las expectativas: tiempos de espera más cortos para ser atendidos y buena calidad de la atención (que esté suficiente tiempo con el paciente, para un buen diagnóstico y que sane)

- Las experiencias se refieren a adultos, adultos mayores y a la atención infantil. Transversalmente a estos grupos etareos, se refieren experiencias de dificultades con la atención, con marcado énfasis en los problemas de largas esperas en los establecimientos, listas de espera y calidad de la atención.
- Las expectativas se refieren a la calidad de la atención: diagnósticos acertados, efectividad terapéutica (que sane), urgencias atendidas con rapidez y calidad. También se refieren al acceso expedito a los exámenes
- Las experiencias de los/as inmigrantes, confirman lo aparecido en otros cuadrantes, donde, salvo excepciones, aparece la precariedad para acceder a la atención de salud, especialmente cuando todavía no legalizan sus papeles y/o carecen de trabajo estable. Aparece aquí una clara necesidad de información y orientación, especialmente durante el primer periodo de llegada, sobre sus derechos y los diversos trámites que deben hacer: dónde y cómo. Incluyendo el tema de la salud.
- Tal como en los grupos de otros cuadrantes la insatisfacción usuaria aparece expresada a través de las experiencias negativas sobre la espera como obstáculo para acceder a la atención, especialistas difícilmente accesibles, atención dental prácticamente no disponible, Asimismo, las demandas a la red señalan también los temas de insatisfacción.
- Paradojalmente, la satisfacción usuaria se produce después de la insatisfacción de esperar largamente.
- La no disponibilidad de atención dental se confirma reiteradamente
- Las experiencias con las Estaciones Médicas de Barrio señalan que fueron mejores en lo que son, en ese contexto, muestran los límites de su resolutivez.

## Grupo 2

- Las experiencias se refieren a adultos y adultos mayores y no a atención infantil reciente, por la composición etarea del grupo.
- Las constataciones sobre insatisfacción usuaria aparecen en lo narrado por los/as participantes, mezcladas con temas como las prolongadas esperas, el mal trato, etc.
- Lo mismo se observa en cuanto a la satisfacción, ya que esta se refiere a que se obtiene buena calidad de atención, pero después de haber vivido las esperas. Hay referencias ocasionales de satisfacción, en algún caso donde la atención fue rápida y además de buena calidad. En cambio hay una referencia a la alta satisfacción con la atención para control del embarazo, y el apoyo educativo para la crianza en el Consultorio 1.
- La no disponibilidad de atención dental aparece en este grupo, y también en los demás cuadrantes, lo que apunta a que se trata de una debilidad general de toda la red.
- Los inmigrantes no presentan consenso sobre sus experiencias, que además son escasas, ya que en este grupo señalan tener buena salud en general. La discriminación es mencionada sobre todo durante el primer tiempo de su llegada a Chile, lo que sugiere, que se da un *aprendizaje cultural de inmigrancia*, durante el cual sufren efectivamente de discriminación, soterrada o manifiesta. Cabe mencionar que en un grupo donde hablan frente a chilenos/as, no son completamente abiertos para expresar con toda crudeza lo vivido, para no desagradar a los chilenos que en ese momento los escuchan, lo que sugiere que esta conducta adaptativa la deben repetir en los espacios sociales cotidianos donde interactúan con chilenos/as, ya que forma parte constante del aprendizaje de inmigrancia observado en el grupo.

- Tampoco el grupo mostró consenso respecto de la calidad de atención y el trato que reciben en el sector privado. Este aspecto no es siempre mejor que en el sector público. Lo que se busca en lo privado es la mayor rapidez de atención, lo que no siempre resulta en una buena calidad de atención y buen trato. Se valora el hecho de que en la atención privada dan más explicaciones de lo que tiene la persona que consulta.
- Las experiencias con las Estaciones Médicas de Barrio muestran que, con el paso del tiempo, ha habido un deterioro de su resolutivez. Incluso cuando en este grupo las comparan con la baja complejidad con que fueron implementadas al inicio.

### Grupo 3

- Los/as pacientes de este sector son derivados en algunos casos al Hospital San Juan de Dios, que está más próximo a su zona de residencia, y en otros al San Borja Arriarán, con traslado más difícil y caro al usar taxi. Las personas del grupo que viven esta situación, señalan no entender ni recibir explicaciones sobre la diferencia de derivación.
- Las experiencias se refieren a adultos y adultos mayores y no a atención infantil reciente, por la composición etarea del grupo
- En el grupo de este cuadrante, claramente las expectativas están dañadas, en primer lugar por la espera en los establecimientos para recibir atención, y en segundo, por experiencias negativas en cuanto al trato y resolutivez, considerada como efectividad en el trabajo clínico (que me solucionen lo que tengo). Esto es lo que se menciona al solicitar al grupo que exprese sus expectativas: Es lógico pensar que también están dañando las expectativas aquellas experiencias negativas relacionadas con: demoras en las interconsultas, listas de espera, falta de acceso a especialistas, problemas con la provisión y precios de los medicamentos.
- Como en los demás cuadrantes, la no disponibilidad de atención dental también aparece en éste, reforzando la idea de una debilidad general de la red.
- La insatisfacción usuaria se evidencia en las narraciones sobre experiencias negativas con las listas de espera, falta de acceso a especialistas, problemas con los precios y el acceso a medicamentos, como se podrá apreciar a continuación, en la transcripción de sus testimonios. Al mismo tiempo, tal como el daño de las expectativas se explica por experiencias anteriores negativas, las demandas a la red señalan también los temas de insatisfacción por experiencias anteriores.
- Hay una marcada expresión de satisfacción con el Consultorio Domeyko. Una mujer inmigrante peruana destaca su muy buena experiencia en ese Consultorio. Los textos que se presentan a continuación, explican el porqué de esta preferencia.
- Los inmigrantes reiteran en este grupo, que es más difícil el período de recién llegados a Chile, especialmente si se enferman con visa de turista. Una inmigrante mujer menciona a los chilenos como racistas.
- Este grupo muestra un conocimiento bastante acabado del "auge y caída" de las Estaciones Médicas de Barrio, y al mismo tiempo de cómo surge el Consultorio Domeyko. Al ser comparados ambos procesos, se produce un juicio claro a favor del modelo Domeyko, como ejemplo de la resolutivez que debiera existir y reproducirse.
- Falta una mejor difusión de la OIRS y la forma de utilizarla. Un uso masivo, permitiría no sólo corregir situaciones anómalas, sino conocer cómo evoluciona la satisfacción usuaria.

#### Grupo 4

- Aparecen aquí algunas opiniones que van más allá de los problemas específicos señalados en los demás cuadrantes. Se refieren a elementos más políticos: personas que tienen ISAPRE como “mal necesario” por el alto costo para sus ingresos, pero que están en contra de ese sistema, y que llegan a declarar que preferirían pertenecer a un sistema público mejorado. Otras personas que están en ISAPRE por temor, por proteger a su familia del riesgo de ser mal atendidos en el sistema público, pero que tampoco “bendicen” el sistema privado, porque sienten que la sociedad los obliga a estar ahí.
- En todo lo referente a las temáticas específicas abordadas en los demás cuadrantes, aquí no aparecen diferencias mayores: largas esperas para la atención pero satisfacción con la posterior calidad de la atención, derivaciones eternas para especialistas, listas de espera con destino incierto en el tiempo, Estaciones Médicas de Barrio de mínima resolutivead, atención dental muy insatisfecha, etc. Se advierten ciertas opiniones no consensuales sobre médicos extranjeros. Hay aquí también demandas al sistema con los mismos contenidos que en los demás cuadrantes. Tampoco aparecen elementos distintos desde el discurso de los inmigrantes.
- La insatisfacción es producto de los mismos problemas señalados en el punto anterior, y reitera lo observado en los demás cuadrantes.

#### Grupo 5

- Llama la atención el énfasis de la discusión grupal sobre la opción ISAPRE versus FONASA. Se advierte, bajo esta discusión, un imaginario social que visualiza un sistema público de salud muy optimizado, lo que hace plantearse la desafiliación de las ISAPRES, para migrar a FONASA. Sienten que hoy la ISAPRE los protege mejor, y a la vez piensan que es un sistema caro que excluye.
- Se advierte un requerimiento de mayor y mejor difusión, a nivel local, de los beneficios y derechos de atención en salud (cuáles son y cómo usarlos) para los diversos grupos de usuarios y usuarias, lo que sugiere la importancia de ejecutar acciones comunicacionales adaptadas a estos grupos.
- No aparece nada distinto en los temas abordados por los otros grupos, en cuanto a las barreras para un acceso fluido a la atención.

## SITUACIÓN DE SALUD COMUNAL

### 1. POBLACIÓN

De acuerdo al censo del año 2002, la población comunal al año 2013 corresponde a 156.049 habitantes. Por otra parte, de acuerdo a FONASA, el año 2012 la comuna de Santiago cuenta con 214.369 beneficiarios del sistema público, y hay un total de 173.315 inscritos en los establecimientos de Atención Primaria de Salud de la comuna (80% de los beneficiarios). La población validada sólo en los establecimientos de salud de dependencia municipal, corresponde a 97.385 usuarios (56% de la población inscrita de la comuna y 45% de la población beneficiaria de la comuna):

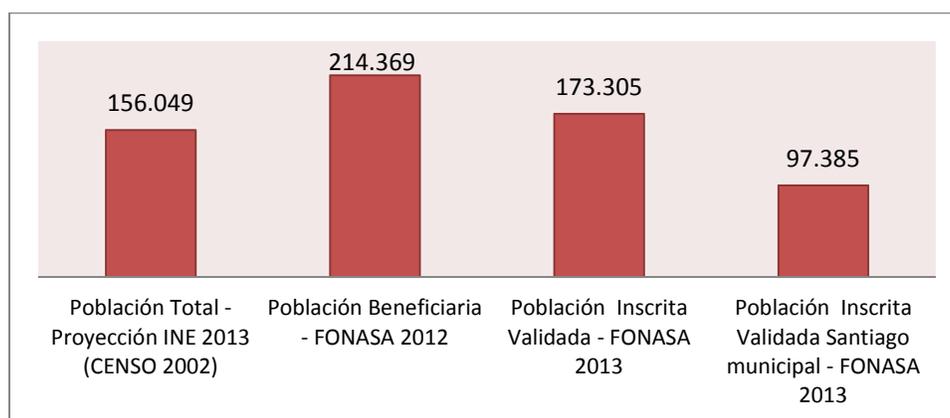


Ilustración 40: Distribución de la Población de la comuna se Santiago

### 2. NATALIDAD Y MORTALIDAD

Las siguientes corresponden a las cifras oficiales de la comuna:

Tabla 18: Tasas de Natalidad y Mortalidad- AÑO 2011. DEIS MINSAL

| INDICADOR  | SANTIAGO | SSMC | RM   | PAÍS |
|--|----------|------|------|------|
| Tasa de Natalidad (Tasa por 1.000 Hbts)                  | 30,6     | 13,3 | 15,2 | 15,1 |
| Tasa de Mortalidad General (Tasa por 1.000 Hbts)         | 9,2      | 4,1  | 5,2  | 5,5  |
| Tasa de Mortalidad Infantil (Tasa por 1.000 N.V.)        | 6,4      | 6,5  | 7,2  | 7,3  |
| Tasa de Mortalidad Neonatal (Tasa por 1.000 N.V.)        | 5,4      | 4,7  | 5,3  | 5,2  |
| Tasa de Mortalidad Neonatal Precoz (Tasa por 1.000 N.V.) | 4,8      | 3,7  | 4,3  | 4,1  |
| Tasa de Mortalidad Postneonatal (Tasa por 1.000 N.V.)    | 1,0      | 1,8  | 1,9  | 2,2  |
| Tasa de Mortalidad Materna (Tasa por 10.000 N.V.)        | 4,0      | 3,2  | 1,9  | 1,8  |
| Índice de SWAROOP (**)                                   | 77,8     | 75,6 | 77,0 | 76,4 |

\*\* Porcentaje de defunciones ocurridas en personas de 60 años y más. Reformulación del índice de Swaroop propuesta por Rodrigues de Paiva; Juliano; Ferreira Novo; Leser Revista. Salud Pública Vol.21 no.2, 1987

La comuna de Santiago presenta una tasa natalidad y una tasa de mortalidad general por sobre la tasa nacional, lo que puede estar relacionado con la alta proporción de población adulta mayor

y en edad joven que reside en la comuna (Proporción adultos mayores: 11% comunal, 8.5% regional y 9% país; Personas entre 25 y 34 años: 25% comunal y 14% regional) y las tasas de mortalidad materna y neonatal son de las más altas de la región, indicando la necesidad de mejorar las coberturas de gestantes durante las primeras semanas de parto. Sin embargo, aquí se hace necesario precisar que estas tasas están sobre estimadas, ya que fueron calculadas con la población comunal estimada para el año 2011, que era de 156.049 habitantes, valor muy por debajo de lo estimado en el último censo 2012, que si bien no es una cifra oficial y está en revisión, alcanzó los 308.027 habitantes.

Tabla 19: Tasa de Mortalidad Infantil por Causa, Año 2011 (Tasa Por 100.000 N.V). DEIS MINSAL

| INDICADOR (POR CIEN MIL NV)               | SANTIAGO | SSMC | REGIÓN | PAÍS |
|---|----------|------|--------|------|
| Síndrome de Muerte Súbita Infantil        | ---      | 6,3  | 11,4   | 14,6 |
| Malformación Congénitas del Corazón       | 19,9     | 25,4 | 64,3   | 71,4 |
| Dificultad Respiratoria del Recién Nacido | 19,9     | 25,4 | 28,4   | 32,6 |

En cuanto a las tasas de mortalidad infantil, la comuna de Santiago se destaca por presentar una baja tasa respecto a la tendencia nacional, lo que da cuenta de la buena cobertura de controles de salud del niño, atención de urgencias y del equipamiento hospitalario.

Tabla 20: Tasa de Mortalidad Por Causas, Año 2011 (Por 100.000 Hab.). DEIS MINSAL

| CAUSA  | SANTIAGO | SSMC | REGIÓN | PAÍS |
|--|----------|------|--------|------|
| Enfermedades Isquémicas del corazón                        | 87,2     | 30,7 | 38,2   | 41,7 |
| Enfermedades Cerebrovasculares                             | 76,2     | 36,4 | 46,6   | 50,6 |
| Infarto agudo al miocardio                                 | 61,6     | 22,3 | 28,5   | 32,4 |
| Diabetes Mellitus  | 41,5     | 20,4 | 22,7   | 19,9 |
| Cirrosis y otras enfermedades del hígado                   | 39,0     | 20,2 | 23,8   | 23,6 |
| Enfermedades Hipertensivas                                 | 32,3     | 13,4 | 22,8   | 20,2 |
| Neumonía   | 32,3     | 13,4 | 16,2   | 18,0 |
| Trastornos mentales orgánicos                              | 31,7     | 11,9 | 15,6   | 12,4 |
| Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón | 28,7     | 13,5 | 17,8   | 16,1 |
| Tumor maligno de la mama                                   | 16,5     | 7,0  | 8,6    | 7,9  |
| Tumor maligno de la próstata                               | 14,0     | 7,5  | 9,8    | 11,3 |
| Infección por VIH/SIDA                                     | 9,8      | 2,9  | 3,1    | 2,7  |
| Tumor maligno de estomago                                  | 1,8      | 1,2  | 2,7    | 4,0  |

Al analizar las causas de mortalidad, es posible observar que a excepción del tumor maligno de estómago, la comuna de Santiago presenta una tasa de mortalidad por sobre la tendencia nacional en todas las causas referidas en la Tabla 20, siendo las principales causas de muerte en la comuna las enfermedades isquémicas del corazón y por enfermedades cerebrovasculares.

### 3. AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS (AVPP)

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 cuando más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida. Se puede calcular la tasa de AVPP que es más fácil de interpretar, dividiendo el total de AVPP entre la población comprendida entre el límite de edad inferior y superior seleccionado, multiplicado por 1000.

Tabla 21: Tasa de Años de vida potenciales perdidos por cada 1.000 habitantes, según sexo, según región y comuna. Chile 2011

| Región / Comuna | Ambos sexos  | Hombres      | Mujeres     |
|-----------------|--------------|--------------|-------------|
| País            | 75,7         | 92,6         | 53,1        |
| RM              | 68,1         | 86,5         | 49,9        |
| Santiago        | <b>100,9</b> | <b>149,3</b> | <b>87,5</b> |

Fuente: DEIS – MINSAL

De los datos se extrae que en relación tanto al país como a la Región Metropolitana, en Santiago existe una mayor proporción de muertes prematuras, si bien, estos datos pueden estar alterados por el error en la estimación de la población comunal y asignación del lugar de defunción en vez de la comuna de residencia. Se observa además que las mujeres viven más que los hombres.

Tabla 22: Años de Vida Potenciales Perdidos por grupos de causas, comuna de Santiago, ambos sexos. Chile 2011

| CIE 10         | CAUSA                             | SANTIAGO |
|----------------|-----------------------------------|----------|
|                | Resto de causas externas          | 1.505    |
| <b>V01-V99</b> | Accidentes de transporte          | 821      |
| <b>X60-X84</b> | Lesiones autoinfligidas           | 957      |
| <b>X85-Y09</b> | Agresiones                        | 907      |
| <b>B20-B24</b> | Enfermedades por VIH              | 597      |
| <b>C00-C97</b> | Tumores malignos                  | 3.890    |
| <b>I00-I99</b> | Enfermedades sistema circulatorio | 3.002    |
| <b>J00-J99</b> | Enfermedades sistema respiratorio | 750      |
|                | Resto de causas                   | 6.522    |

Fuente: DEIS – MINSAL

Respecto a las causas de muerte en la comuna de Santiago, las primeras causas de muerte prematura corresponden a tumores malignos y enfermedades del sistema circulatorio, a lo que siguen las causas externas y accidentes de transporte.

#### 4. AÑOS DE VIDA AJUSTADOS POR DISCAPACIDAD (AVISA)

Los Años de Vida Ajustados por Discapacidad miden la pérdida de salud producto de la enfermedad, discapacidad y muerte, expresada en una unidad de medida común a estos tres estados: el tiempo (medido en años). Esta característica permite 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.

Tabla 23: AVISA ordenados por magnitud de causa específica y sexo. Todas las edades. Chile, 2004

| Ambos Sexos  | AVISA   | Hombres  | AVISA   | Mujeres  | AVISA   |
|--|---------|--|---------|--|---------|
| Enfermedad Hipertensiva del Corazón                  | 257.814 | Enfermedad Hipertensiva del Corazón                  | 134.808 | Enfermedad Hipertensiva del Corazón                  | 123.006 |
| Trastornos depresivos unipolares                     | 169.769 | Dependencia al alcohol                               | 106.739 | Trastornos de las vías biliares y vesícula           | 114.981 |
| Trastornos de las vías biliares y vesícula           | 157.087 | Cirrosis Hepática                                    | 92.393  | Trastornos depresivos unipolares                     | 114.400 |
| Dependencia al alcohol                               | 124.312 | Accidentes de Tránsito                               | 84.367  | Trastornos ansiosos                                  | 52.140  |
| Cirrosis Hepática                                    | 122.088 | Trastornos depresivos unipolares                     | 55.369  | Agresiones   | 51.458  |
| Accidentes de Tránsito                               | 121.643 | Agresiones   | 50.217  | Úlcera péptica                                       | 45.283  |
| Agresiones   | 101.675 | Úlcera péptica                                       | 46.461  | Obesidad   | 37.977  |
| Úlcera péptica                                       | 91.744  | Trastornos de la audición de aparición en la adultez | 43.686  | Accidentes de Tránsito                               | 37.276  |
| Trastornos de la audición de aparición en la adultez | 76.406  | Enfermedad Isquémica del Corazón                     | 42.711  | Diabetes tipo II                                     | 36.807  |
| Diabetes tipo II                                     | 72.230  | Trastornos de las vías biliares y vesícula           | 42.106  | Cataratas  | 36.181  |
| Enfermedades Cerebrovasculares                       | 70.811  | Enfermedades Cerebrovasculares                       | 36.907  | Enfermedades Cerebrovasculares                       | 33.904  |
| Enfermedad Isquémica del Corazón                     | 65.220  | Diabetes tipo II                                     | 35.423  | Trastornos de la audición de aparición en la adultez | 32.720  |
| Trastornos ansiosos                                  | 62.693  | Caidas   | 34.409  | Trastornos de ánimo bipolar                          | 31.105  |
| Cataratas  | 60.590  | Lesiones autoinflingidas                             | 34.352  | Cirrosis Hepática                                    | 29.695  |
| Caidas   | 57.673  | Esquizofrenia  | 26.505  | Infertilidad femenina, masculina y de la pareja      | 28.950  |
| Trastornos de la visión relacionados con la edad     | 54.044  | Trastornos de la visión relacionados con la edad     | 25.914  | Migraña  | 28.347  |
| Esquizofrenia  | 51.624  | Cataratas  | 24.409  | Alzheimer y otras demencias                          | 28.267  |
| Alzheimer y otras demencias                          | 51.204  | Alzheimer y otras demencias                          | 22.937  | Trastornos de la visión relacionados con la edad     | 28.130  |
| Obesidad   | 44.590  | Enfermedad Obstructiva Crónica                       | 21.460  | Esquizofrenia  | 25.119  |
| Trastornos de ánimo bipolar                          | 41.213  | Cáncer gástrico                                      | 20.735  | Escoliosis   | 24.414  |
| Lesiones autoinflingidas                             | 41.161  | Glaucoma   | 19.862  | Edentulismo  | 23.306  |
| Migraña  | 38.481  | Hernia núcleo pulposo                                | 19.259  | Caidas   | 23.264  |
| Glaucoma   | 38.395  | Artrosis   | 15.132  | Enfermedad Isquémica del Corazón                     | 22.509  |
| Enfermedad Obstructiva Crónica                       | 37.816  | Dependencia a Drogas                                 | 14.039  | Artrosis   | 19.471  |
| Hernia núcleo pulposo                                | 36.253  | Insuficiencia Renal Crónica                          | 13.543  | Glaucoma   | 18.533  |

Fuente: Estudio de Carga de Enfermedad y Carga Atribuible, Minsal, Julio 2008

De la tabla se extrae que la principal causa de pérdida de la salud corresponden a enfermedades hipertensivas del corazón, tanto para hombres como para mujeres, lo que explica la importancia de este programa dentro de la programación de la atención de salud.

Un punto a no descuidar corresponde a la dependencia de alcohol en hombres y a la depresión, tanto en hombres como en mujeres, lo que explica la importancia de reforzar los programas de salud mental y el funcionamiento del COSAM. En las mujeres también cobran importancia en la pérdida de la salud los trastornos de las vías biliares y vesícula, lo que implica mejorar la vigilancia y prevención por medio de la aplicación de la garantía GES para personas sintomáticas entre 35 y 49 años.

## 5. PENSIONES DE INVALIDEZ

El número de solicitudes de invalidez ha ido disminuyendo en los últimos años, aproximadamente 45% de las solicitudes de invalidez son otorgadas. En lo que va del año 2013 se han otorgado 6.727 pensiones de invalidez sólo en la Región Metropolitana:

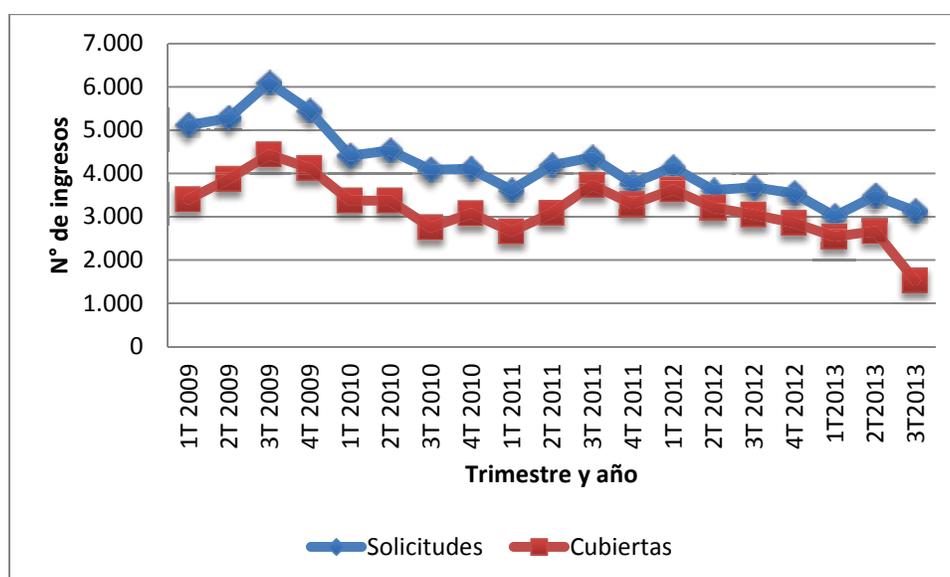


Ilustración 41: Pensiones de invalidez solicitadas y otorgadas por trimestre. Región Metropolitana.  
Fuente: Superintendencia de pensiones.

El número de pensiones otorgadas no es menor, sin duda se debe trabajar en pos de su disminución a través de una mejor calidad de vida de los usuarios.

## 6. ESPERANZA DE VIDA

Tabla 24: Esperanza de Vida (años). Años 1997-2006

| Indicador                                  | SANTIAGO | REGIÓN | PAÍS  |
|--|----------|--------|-------|
| Esperanza de vida al nacer total           | 78,03    | 77,81  | 75,52 |
| Esperanza de vida a los 20 años total      | 59,16    | 59,02  | 56,97 |
| Esperanza de vida al nacer de hombres      | 74,62    | 74,89  | 72,89 |
| Esperanza de vida a los 20 años de hombres | 55,80    | 56,16  | 54,44 |

|   |              |       |       |
|---|--------------|-------|-------|
| <b>Esperanza de vida al nacer de mujeres</b>      | <b>81,58</b> | 80,84 | 78,25 |
| <b>Esperanza de vida a los 20 años de mujeres</b> | <b>62,65</b> | 61,99 | 59,61 |

Fuente: Epidemiología MINSAL-INE/CELADE.

En la comuna de Santiago, la esperanza de vida al nacer es mayor que la de la región y la del país. Lo mismo ocurre con la esperanza de vida a los 20 años, lo que habla de un buen estándar de calidad de vida en la comuna, sin embargo se observa una disminución en la esperanza de vida en hombres una vez cumplidos los 20 años, no así en las mujeres. Se debe trabajar más en la llegada hacia este género, que es el que menos asiste a los sistemas de salud.

## 7. MORBILIDAD

Las siguientes son las causas de egresos hospitalarios según la comuna de residencia de los pacientes:

Tabla 25. Egresos Hospitalarios, Año 2011 (Por 100.000 Hab). DEIS MINSAL

| ENFERMEDAD   | SANTIAGO | SSMC | REGIÓN | PAÍS |
|--|----------|------|--------|------|
| Embarazo, Parto y Puerperio  | 33,1     | 13,2 | 15,8   | 18,7 |
| Enfermedades del Sistema Digestivo   | 19,8     | 7,6  | 9,0    | 11,9 |
| Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas | 18,1     | 6,1  | 7,0    | 8,9  |
| Tumores (neoplasias)   | 14,9     | 5,3  | 6,0    | 6,8  |
| Enfermedades Sistema Respiratorio  | 14,4     | 5,7  | 7,2    | 9,6  |
| Enfermedades Sistema Circulatorio  | 14,2     | 5,5  | 5,7    | 7,3  |
| Trastornos Mentales y del Comportamiento                                       | 4,9      | 1,5  | 1,4    | 1,7  |

Aun cuando la magnitud de las tasas de la comuna pueden estar "infladas" por una subestimación de la población, puede evidenciarse que los principales egresos relacionados con problemas de salud son por enfermedades del sistema digestivo, tumores (neoplasias), enfermedades del sistema circulatorio y respiratorio. Se hace necesario entonces mejorar la vigilancia sobre las enfermedades del sistema digestivo.

Tabla 26: Enfermedades Transmitidas por Los Alimentos (ETA), Accidentes Laborales Notificados Y Enfermedades De Notificación Obligatoria (ENO). DEIS MINSAL

| ENFERMEDAD  | SANTIAGO | RM    |
|---|----------|-------|
| Enfermedades transmitidas por los alimentos, 2012 (N° de brotes, año 2012)  | 26       | 328   |
| Accidentes laborales notificados, 2012 (N° trabajadores accidentados, año 2012)   | 163      | 1.390 |
| Hepatitis tipo A (B15.0 a B15.9) y Hepatitis viral no especificada (B19.0 a B19.9) (Tasa de notificaciones x 100.000 hbtes, 2011) | 6,1      | 3,9   |

|  |       |      |
|--|-------|------|
| Coqueluche (A37.0 a A37.9) (Tasa de notificaciones x 100.000 hbtes, 2011)                  | 34,6  | 15,2 |
| VIH (B20.0 a B24 y Z22.5) (Tasa de notificaciones x 100.000 hbtes, 2011)                   | 351,3 | 38,3 |
| Sífilis (excepto congénita) (A51.0 a A53.9) (Tasa de notificaciones x 100.000 hbtes, 2011) | 83,0  | 19,1 |
| Enfermedad de Chagas (B57.0 a B57.5) (Tasa de notificaciones x 100.000 hbtes, 2011)        | 3,8   | 1,8  |

En cuanto a las enfermedades de notificación obligatoria, también la comuna destaca por una incidencia de casos que está por sobre la tendencia nacional, especialmente en VIH y Sífilis. Una explicación para esto puede ser la población residente en la Ex penitenciaría de Santiago que alcanza a los 7.000 presos, población que se caracteriza por presentar conductas de alto riesgo.

## 8. MORBILIDADES EN ESTABLECIMIENTOS DE APS DE DEPENDENCIA MUNICIPAL

Tabla 27: Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) en la Red de Salud de Santiago, entre el 1 de Enero y 7 de Octubre de 2013. REGISTROS PROPIOS

| ENFERMEDAD               | VIEL     | ORELLANA | ARAUCO   | DOMEYKO   | TOTAL     |
|--------------------------|----------|----------|----------|-----------|-----------|
| Intoxicación Alimentaria |          |          |          | 1         | 1         |
| Parotiditis              |          |          |          | 2         | 2         |
| Sífilis                  | 1        |          |          |           | 1         |
| Sospecha Coqueluche      | 1        |          |          |           | 1         |
| Tuberculosis Pulmonar    | 2        |          |          | 4         | 6         |
| VIH                      | 2        | 1        | 2        | 19        | 24        |
| <b>TOTAL</b>             | <b>6</b> | <b>1</b> | <b>2</b> | <b>22</b> | <b>35</b> |

Los datos comunales tienen relación con el comportamiento de las notificaciones de enfermedades de notificación obligatoria dentro de la red, donde el 69% de las notificaciones realizadas corresponden a casos de VIH y el 31% corresponde a casos de Sífilis.

En cuanto a las consultas de morbilidad generadas en la red de Santiago, la siguiente tabla muestra cuáles son los principales diagnósticos de consulta:

Tabla 28: Diagnósticos médicos entregados en la red de salud de Santiago entre el 01 de enero y el 31 de diciembre de 2013. Registro Ficha Clínica Electrónica.

| CAPÍTULO  | TÍTULO   | TOTAL        | %            |
|---|--|--------------|--------------|
| Enfermedades del sistema respiratorio                         | Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores (J00-J06)                  | 3.179        | 15,3%        |
|   | Enfermedades respiratorias inferiores agudas (J20-J22)                             | 1.495        | 7,2%         |
|   | Enfermedades respiratorias inferiores crónicas (J40-J47)                           | 347          | 1,7%         |
|   | Gripe y Neumonía (J09-J19)   | 274          | 1,3%         |
|   | Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores (J30-J39)                  | 227          | 1,1%         |
|   | Otras enfermedades respiratorias principalmente afectando al intersticio (J80-J84) | 10           | 0,0%         |
|   | Otras enfermedades del sistema respiratorio (J95-J99)                              | 7            | 0,0%         |
|   | Otras enfermedades de la pleura (J90-J94)  | 4            | 0,0%         |
|   | Enfermedades del pulmón debidas a agentes externos (J60-J70)                       | 2            | 0,0%         |
|   | Condiciones supurativas y necróticas del tracto respiratorio inferior (J85-J86)    | 1            | 0,0%         |
|   | <b>TOTAL</b>   | <b>5.546</b> | <b>26,7%</b> |
| Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo | Artropatías (M00-M25)  | 784          | 3,8%         |
|   | Dorsopatías (M40-M54)  | 768          | 3,7%         |
|   | Trastornos de los tejidos blandos (M60-M79)  | 760          | 3,7%         |
|   | Osteopatías y condropatías (M80-M94)   | 91           | 0,4%         |
|   | Trastornos sistémicos del tejido conectivo (M30-M36)                               | 12           | 0,1%         |
|   | Otros trastornos del sistema musculoesquelético y el tejido conectivo (M95-M99)    | 5            | 0,0%         |
| <b>TOTAL</b>  | <b>2.420</b>   | <b>11,6%</b> |              |
| Enfermedades  | Enfermedades endocrinas (E00-E35)  | 969          | 4,7%         |

| CAPÍTULO  | TÍTULO   | TOTAL | %    |
|---|--|-------|------|
| endocrinas,<br>nutricionales y<br>metabólicas   | Trastornos metabólicos (E70-E90)   | 356   | 1,7% |
|   | Enfermedades nutricionales (E40-E68)   | 247   | 1,2% |
|   | TOTAL  | 1.572 | 7,6% |
| Enfermedades del<br>aparato digestivo   | Enfermedades del esófago, estómago y del duodeno (K20-K31)   | 566   | 2,7% |
|   | Otras enfermedades de los intestinos (K55-K63)   | 323   | 1,6% |
|   | Trastornos de la vesícula biliar, del tracto biliar y del páncreas (K80-K87)                       | 170   | 0,8% |
|   | Enteritis y colitis no infecciosas (K50-K52)   | 169   | 0,8% |
|   | Hernias abdominales (K40-K46)  | 114   | 0,5% |
|   | Enfermedades del hígado (K70-K77)  | 62    | 0,3% |
|   | Enfermedades de la cavidad oral, las glándulas salivales y las mandíbulas (K00-K14)                | 25    | 0,1% |
|   | Otras enfermedades del sistema digestivo (K90-K93)   | 10    | 0,0% |
|   | TOTAL  | 1.439 | 6,9% |
| Enfermedades del<br>sistema<br>circulatorio   | Enfermedades hipertensivas (I10-I15)   | 824   | 4,0% |
|   | Enfermedades de vena, vasos linfáticos y nodos linfáticos, no clasificadas en otra parte (I80-I89) | 198   | 1,0% |
|   | Otras formas de cardiopatía (I30-I52)  | 98    | 0,5% |
|   | Enfermedades cerebrovasculares (I60-I69)   | 45    | 0,2% |
|   | Enfermedades cardíacas isquémicas (I20-I25)  | 36    | 0,2% |
|   | Enfermedades de arterias, arteriolas y capilares (I70-I79)   | 21    | 0,1% |
|   | Otros trastornos del sistema circulatorio y trastornos sin especificar (I95-I99)                   | 9     | 0,0% |
|   | Cardiopatías reumáticas crónicas (I05-I09)   | 5     | 0,0% |
|   | Enfermedad cardíaca pulmonar y enfermedades de la circulación pulmonar (I26-I28)                   | 3     | 0,0% |
| TOTAL   | 1.239  | 6,0%  |      |
| Síntomas, signos<br>y hallazgos<br>anormales<br>clínicos y de<br>laboratorio, no<br>clasificados en<br>otra parte | Síntomas generales (R50-R69)   | 309   | 1,5% |
|   | Síntomas de enfermedades digestivas y desórdenes abdominales (R10-R19)                             | 267   | 1,3% |
|   | Síntomas que revelan una enfermedad circulatoria o respiratoria (R00-R09)                          | 178   | 0,9% |
|   | Valores anormales de los parámetros sanguíneos (R70-R79)   | 132   | 0,6% |
|   | Síntomas de enfermedades que afectan al comportamiento y al conocimiento (R40-R46)                 | 89    | 0,4% |
|   | Síntomas de enfermedades urinarias (R30-R39)   | 45    | 0,2% |
|   | Síntomas de enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo (R20-R23)                              | 21    | 0,1% |
|   | Síntomas de enfermedades que afectan la voz y el habla (R47-R49)                                   | 14    | 0,1% |
|   | Síntomas de enfermedades nerviosas y relacionadas con el sistema musculoesquelético (R25-R29)      | 13    | 0,1% |
|   | Valores anormales de los parámetros urinarios (R80-R82)  | 13    | 0,1% |
|   | Causas de muerte (R95-R99)   | 5     | 0,0% |
|   | Hallazgos anormales en el diagnóstico por imagen (R90-R94)   | 2     | 0,0% |
| TOTAL   | 1.088  | 5,2%  |      |
| Ciertas<br>enfermedades<br>infecciosas y<br>parasitarias  | Enfermedades infecciosas intestinales (A00-A09)  | 386   | 1,9% |
|   | Micosis (B35-B49)  | 207   | 1,0% |
|   | Infecciones virales caracterizadas por lesiones de la piel y membranas mucosas (B00-B09)           | 170   | 0,8% |
|   | Otras enfermedades virales (B25-B34)   | 61    | 0,3% |
|   | Pediculosis, acariasis y otras infestaciones (B85-B89)   | 41    | 0,2% |
|   | Otras enfermedades bacterianas (A30-A49)   | 21    | 0,1% |
| Helmintiasis (B65-B83)  | 19   | 0,1%  |      |

| CAPÍTULO  | TÍTULO  | TOTAL | %    |
|---|---|-------|------|
|   | Infecciones con un modo de transmisión predominantemente sexual (A50-A64)               | 19    | 0,1% |
|   | Agentes bacterianos, virales y otros agentes infecciosos (B95-B97)                      | 15    | 0,1% |
|   | Tuberculosis (A15-A19)  | 11    | 0,1% |
|   | Hepatitis viral (B15-B19)   | 7     | 0,0% |
|   | Enfermedades causadas por el Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (B20-B24)       | 3     | 0,0% |
|   | Secuelas de enfermedades infecciosas y parasitarias (B90-B94)                           | 2     | 0,0% |
|   | Enfermedades debidas a protozoarios (B50-B64)   | 2     | 0,0% |
|   | Otras enfermedades debidas a espiroquetas (A65-A69)                                     | 1     | 0,0% |
|   | Otras enfermedades causadas por clamidias (A70-A74)                                     | 1     | 0,0% |
|   | TOTAL   | 966   | 4,6% |
| Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo                                    | Dermatitis y eccema (L20-L30)   | 332   | 1,6% |
|   | Infecciones de la piel y del tejido subcutáneo (L00-L08)                                | 189   | 0,9% |
|   | Trastornos de las faneras (L60-L75)   | 144   | 0,7% |
|   | Otros trastornos de la piel y los tejidos subcutáneos (L80-L99)                         | 134   | 0,6% |
|   | Urticaria y eritema (L50-L54)   | 32    | 0,2% |
|   | Trastornos papuloescamosos (L40-L45)  | 19    | 0,1% |
|   | Trastornos de la piel y los tejidos subcutáneos relacionados con la radiación (L55-L59) | 10    | 0,0% |
|   | Trastornos bullosos (L10-L14)   | 1     | 0,0% |
|   | TOTAL   | 861   | 4,1% |
| Enfermedades del aparato genitourinario   | Otras enfermedades del sistema urinario (N30-N39)                                       | 475   | 2,3% |
|   | Enfermedades de los órganos genitales masculinos (N40-N51)                              | 151   | 0,7% |
|   | Insuficiencia renal (N17-N19)   | 70    | 0,3% |
|   | Litiasis urinaria (N20-N23)   | 54    | 0,3% |
|   | Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos (N70-N77)                  | 32    | 0,2% |
|   | Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos (N80-N98)                | 32    | 0,2% |
|   | Enfermedades de la mama (N60-N64)   | 15    | 0,1% |
|   | Enfermedades glomerulares (N00-N08)   | 10    | 0,0% |
|   | Enfermedades renales tubulo-intersticiales (N10-N16)                                    | 6     | 0,0% |
|   | Otros trastornos del riñón y del uréter (N25-N29)                                       | 3     | 0,0% |
| TOTAL   | 848   | 4,1%  |      |
| Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud | Pruebas para aclarar o investigar problemas de salud (Z00-Z13)                          | 318   | 1,5% |
|   | Consultas (Z70-Z76)   | 311   | 1,5% |
|   | Personas con problemas potenciales psíquicos o psicosociales (Z55-Z65)                  | 78    | 0,4% |
|   | Historias (Z80-Z99)   | 39    | 0,2% |
|   | Intervenciones relativas a la reproducción (Z30-Z39)                                    | 16    | 0,1% |
|   | Personas candidatas a cirugía (Z40-Z54)   | 8     | 0,0% |
|   | Contactos y exposición a enfermedades contagiosas (Z20- Z29)                            | 6     | 0,0% |
|   | TOTAL   | 776   | 3,7% |
| Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa      | Traumatismos en tobillos y pies (S90-S99)   | 116   | 0,6% |
|   | Traumatismos en muñecas y manos (S60-S79)   | 110   | 0,5% |
|   | Traumatismos en rodillas y piernas (S80-S89)  | 104   | 0,5% |
|   | Lesiones por otras causas externas (T66-T78)  | 95    | 0,5% |
|   | Traumatismos de tórax (S20-S29)   | 65    | 0,3% |
|   | Traumatismos de la cabeza (S00-S09)   | 64    | 0,3% |
|   | Traumatismos de los hombros y brazos (S40-S49)  | 38    | 0,2% |

| CAPÍTULO  | TÍTULO  | TOTAL | %    |
|---|---|-------|------|
|   | Traumatismo del abdomen, área lumbosacra y pelvis (S30-S39)   | 23    | 0,1% |
|   | Quemaduras y corrosiones (T20-T32)  | 22    | 0,1% |
|   | Traumatismos del codo y del antebrazo (S50-S59)   | 21    | 0,1% |
|   | Intoxicaciones por fármacos (T36-T50)   | 18    | 0,1% |
|   | Intoxicaciones por sustancias no medicinales (T51-T65)  | 18    | 0,1% |
|   | Complicaciones quirúrgicas (T80-T88)  | 11    | 0,1% |
|   | Complicaciones post-traumáticas no clasificadas en otra parte (T90-T99)   | 9     | 0,0% |
|   | Lesiones múltiples (T00-T07)  | 8     | 0,0% |
|   | Lesiones no clasificadas en cabeza, cuello y otras partes (T08-T14)   | 7     | 0,0% |
|   | Cuerpos extraños en alguna parte del cuerpo (T15-T19)   | 6     | 0,0% |
|   | Complicaciones traumáticas (T79)  | 5     | 0,0% |
|   | Traumatismos de cuello (S10-S19)  | 4     | 0,0% |
|   | TOTAL   | 744   | 3,6% |
| Trastornos mentales y del comportamiento          | Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos (F40-49)                   | 310   | 1,5% |
|   | Trastornos del humor (afectivos) (F30-39)   | 150   | 0,7% |
|   | Trastornos mentales orgánicos, incluidos los trastornos sintomáticos (F00-F09)                                    | 62    | 0,3% |
|   | Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez o en la adolescencia (F90-F98) | 59    | 0,3% |
|   | Trastornos mentales y de comportamiento debidos al consumo de psicotrópicos (F10-F19)                             | 34    | 0,2% |
|   | Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos (F60-69)  | 31    | 0,1% |
|   | Trastornos del desarrollo psicológico (F80-89)  | 22    | 0,1% |
|   | Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos (F50-59)                  | 21    | 0,1% |
|   | Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes (F20-29)   | 18    | 0,1% |
|   | Retraso mental (F70-79)   | 7     | 0,0% |
|   | TOTAL   | 714   | 3,4% |
| Enfermedades del ojo y sus anexos                 | Trastorno de los músculos oculares, de los movimientos binoculares, de la acomodación y la refracción (H49-H52)   | 294   | 1,4% |
|   | Trastornos de la conjuntiva (H10-H13)   | 151   | 0,7% |
|   | Trastornos del cristalino (H25-H28)   | 89    | 0,4% |
|   | Trastornos del parpado, aparato lagrimal y órbita (H00-H06)   | 43    | 0,2% |
|   | Alteraciones visuales y ceguera (H53-H54)   | 24    | 0,1% |
|   | Glaucomas (H40-H42)   | 17    | 0,1% |
|   | Trastornos del coroides y la retina (H30-H36)   | 15    | 0,1% |
|   | Otros trastornos del ojo y anexos (H55-H59)   | 6     | 0,0% |
|   | Trastornos del humor vítreo y del globo ocular (H43-H45)  | 5     | 0,0% |
|   | Trastornos de la esclerótica y de la córnea (H15-H19)   | 4     | 0,0% |
|   | Trastornos del iris y del cuerpo ciliar (H20-H22)   | 1     | 0,0% |
| TOTAL   | 649   | 3,1%  |      |
| Enfermedades del oído y de la apófisis mastoideas | Enfermedades del oído medio y del mastoide (H65-H75)  | 181   | 0,9% |
|   | Otros trastornos del oído (H90-H95)   | 158   | 0,8% |
|   | Enfermedades del oído externo (H60-H62)   | 126   | 0,6% |
|   | Enfermedades del oído interno (H80-H83)   | 100   | 0,5% |
|   | TOTAL   | 565   | 2,7% |
| Enfermedades del sistema nervioso                 | Trastornos episódicos y paroxísticos (G40-G47)  | 209   | 1,0% |
|   | Trastornos de los nervios, de las raíces y de los plexos nerviosos (G50-G59)                                      | 97    | 0,5% |

| CAPÍTULO   | TÍTULO  | TOTAL | %    |
|--|---|-------|------|
|  | Trastornos extrapiramidales y del movimiento (G20-G26)  | 49    | 0,2% |
|  | Polineuropatías y otros trastornos del sistema nervioso periférico (G60-G64)  | 11    | 0,1% |
|  | Otros trastornos del sistema nervioso (G90-G99)   | 5     | 0,0% |
|  | Parálisis cerebral y otros síndromes paralíticos (G80-G83)  | 4     | 0,0% |
|  | Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso (G30-G32)   | 4     | 0,0% |
|  | Enfermedades musculares y de la unión neuromuscular (G70-G73)   | 2     | 0,0% |
|  | Enfermedades desmielinizantes del sistema nervioso central (G35-G37)  | 2     | 0,0% |
|  | Enfermedades inflamatorias del sistema nervioso central (G00-G09)   | 1     | 0,0% |
|  | TOTAL   | 384   | 1,8% |
| Neoplasias   | Neoplasias benignas (D10-D36)   | 131   | 0,6% |
|  | Neoplasias de comportamiento incierto o desconocido (D37-D48)   | 49    | 0,2% |
|  | Neoplasias digestivas (C15-C26)   | 41    | 0,2% |
|  | Neoplasias de piel (C43-C44)  | 22    | 0,1% |
|  | Neoplasias de órganos genitales masculinos (C60-C63)  | 21    | 0,1% |
|  | Neoplasias malignas, declaradas o presuntas de ser primarias de tejidos linfoides, hematopoyéticos o tejidos relacionados (C81-C96) | 15    | 0,1% |
|  | Neoplasias in situ (D00-D09)  | 12    | 0,1% |
|  | Neoplasias malignas secundarias y de enfermedades (C76-C80)   | 9     | 0,0% |
|  | Neoplasias de órganos urinarios (C64-C68)   | 8     | 0,0% |
|  | Neoplasias malignas de mama y de órganos genitales femeninos (C50-C58)  | 8     | 0,0% |
|  | Neoplasias de órganos respiratorios e intratorácicos (C30-C39)  | 7     | 0,0% |
|  | Neoplasias malignas de tiroides, otras glándulas endócrinas y estructuras similares (C73-C75)                                       | 7     | 0,0% |
|  | Labio, cavidad oral y faringe (C00-C14)   | 5     | 0,0% |
|  | Neoplasias malignas del sistema nervioso (C69-C72)  | 2     | 0,0% |
|  | Neoplasias malignas de hueso y cartilago articular (C40-C41)  | 2     | 0,0% |
|  | Neoplasias malignas de tejidos conectivos y blandos (C45-C49)   | 1     | 0,0% |
|  | TOTAL   | 340   | 1,6% |
| PACIENTE SANO  | Paciente Sano   | 182   | 0,9% |
|  | TOTAL   | 182   | 0,9% |
| Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad | Anemias nutricionales (D50-D53)   | 67    | 0,3% |
|  | Aplasia y otras anemias (D60-D64)   | 47    | 0,2% |
|  | Defectos de la coagulación, púrpura y otras afecciones hemorrágicas (D65-D69)   | 15    | 0,1% |
|  | Otras enfermedades de la sangre y los órganos hematopoyéticos (D70-D77)   | 11    | 0,1% |
|  | Ciertos desórdenes que involucran al sistema inmune (D80-D89)   | 3     | 0,0% |
| TOTAL  | 143   | 0,7%  |      |
| Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas   | Malformaciones y deformidades congénitas del sistema osteomuscular (Q65-Q79)  | 90    | 0,4% |
|  | Malformaciones de los órganos genitales (Q50-Q56)   | 15    | 0,1% |
|  | Otras malformaciones del tracto digestivo (Q39-Q45)   | 8     | 0,0% |
|  | Enfermedades congénitas del sistema nervioso (Q00-Q09)  | 7     | 0,0% |
|  | Otras malformaciones congénitas (Q80-Q89)   | 6     | 0,0% |
|  | Malformaciones de los órganos urinarios (Q60-Q64)   | 5     | 0,0% |
|  | Enfermedades congénitas del sistema circulatorio (Q20-Q28)  | 4     | 0,0% |
| Enfermedades congénitas de los ojos, cara y cuello (Q10-Q18)   | 3   | 0,0%  |      |

| CAPÍTULO  | TÍTULO  | TOTAL         | %             |
|---|---|---------------|---------------|
|   | Malformaciones de labios, boca y paladar (Q35-Q38)                                  | 2             | 0,0%          |
|   | Anormalidades cromosómicas no clasificadas en otra parte (Q90-Q99)                  | 1             | 0,0%          |
|   | Enfermedades congénitas del aparato respiratorio (Q30-Q34)                          | 1             | 0,0%          |
|   | TOTAL   | 142           | 0,7%          |
| Causas extremas de morbilidad y de mortalidad         | Caídas y accidentes diversos (W00-X59)  | 75            | 0,4%          |
|   | Efectos secundarios de tratamientos (Y40 - Y98)                                     | 22            | 0,1%          |
|   | Accidentes de transporte (V00-V98)  | 1             | 0,0%          |
|   | TOTAL   | 98            | 0,5%          |
| Embarazo, parto y puerperio                           | Otras enfermedades de la madre que pueden afectar al feto (O20-O29)                 | 33            | 0,2%          |
|   | Enfermedades postparto (O85-O92)  | 8             | 0,0%          |
|   | Otras enfermedades (O95-O99)  | 4             | 0,0%          |
|   | Embarazo que termina en aborto (O00-O08)  | 4             | 0,0%          |
|   | Edema, proteinuria e hipertensión en el embarazo, el parto y el puerperio (O10-O16) | 1             | 0,0%          |
|   | Complicaciones del embarazo y el parto (O60-O75)                                    | 1             | 0,0%          |
|   | TOTAL   | 51            | 0,2%          |
| Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal | Desordenes relacionados con el embarazo (P05-P08)                                   | 9             | 0,0%          |
|   | Enfermedades hematológicas y hemorrágicas durante el periodo perinatal (P50-P61)    | 5             | 0,0%          |
|   | Enfermedades infecciosas del periodo perinatal (P35-P40)                            | 2             | 0,0%          |
|   | Traumatismo durante el parto (P10-P15)  | 2             | 0,0%          |
|   | Otras enfermedades del feto y del recién nacido (P90-P96)                           | 2             | 0,0%          |
|   | Enfermedades respiratorias y cardíacas durante el periodo perinatal (P20-P29)       | 2             | 0,0%          |
|   | TOTAL   | 22            | 0,1%          |
| <b>TOTAL GENERAL</b>                                  |   | <b>20.789</b> | <b>100,0%</b> |

Se aprecia que la principal causa de consulta médica corresponde a enfermedades de las vías respiratorias, de éstas, el 57% corresponde a infecciones agudas de las vías superiores. No obstante, se atienden diagnósticos de toda índole, las Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo corresponden a la segunda causa de consulta, seguido por Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas. Los pacientes sanos alcanzan al 1% de las consultas (182 usuarios). La distribución de diagnósticos según polo de atención es la siguiente:

Tabla 29: Diagnósticos Médicos Entregados en la Red de Salud de Santiago entre el 01 de Enero y 31 de Diciembre de 2013, Según Polo de Atención. Registros Ficha clínica electrónica.

| CAPÍTULO   | ARAUCO | DOMEYKO | ORELLANA | VIEL   | TOTAL  |
|--|--------|---------|----------|--------|--------|
| Enfermedades del sistema respiratorio  | 30,4%  | 28,9%   | 20,5%    | 26,3%  | 26,7%  |
| Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo  | 11,9%  | 10,6%   | 12,0%    | 13,8%  | 11,6%  |
| Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas   | 6,8%   | 6,5%    | 10,2%    | 6,5%   | 7,6%   |
| Enfermedades del aparato digestivo   | 6,7%   | 6,9%    | 6,6%     | 7,9%   | 6,9%   |
| Enfermedades del sistema circulatorio  | 5,4%   | 6,2%    | 6,6%     | 4,9%   | 6,0%   |
| Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte                        | 4,9%   | 5,7%    | 4,1%     | 7,0%   | 5,2%   |
| Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias  | 5,7%   | 3,9%    | 5,0%     | 4,3%   | 4,6%   |
| Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo   | 4,2%   | 4,0%    | 4,4%     | 3,8%   | 4,1%   |
| Enfermedades del aparato genitourinario  | 3,6%   | 3,9%    | 4,6%     | 4,3%   | 4,1%   |
| Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud                                      | 2,0%   | 3,5%    | 6,3%     | 1,9%   | 3,7%   |
| Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa   | 3,6%   | 4,3%    | 2,8%     | 2,8%   | 3,6%   |
| Trastornos mentales y del comportamiento   | 2,8%   | 3,4%    | 3,8%     | 4,1%   | 3,4%   |
| Enfermedades del ojo y sus anexos  | 2,8%   | 2,8%    | 3,7%     | 3,5%   | 3,1%   |
| Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides   | 2,9%   | 2,6%    | 2,6%     | 3,0%   | 2,7%   |
| Enfermedades del sistema nervioso  | 1,7%   | 1,9%    | 1,9%     | 1,9%   | 1,8%   |
| Neoplasias   | 1,6%   | 1,6%    | 1,7%     | 1,6%   | 1,6%   |
| PACIENTE SANO  | 1,3%   | 0,8%    | 0,6%     | 0,9%   | 0,9%   |
| Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad | 0,5%   | 0,5%    | 1,2%     | 0,6%   | 0,7%   |
| Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas   | 0,5%   | 0,9%    | 0,6%     | 0,4%   | 0,7%   |
| Causas extremas de morbilidad y de mortalidad  | 0,4%   | 0,6%    | 0,4%     | 0,3%   | 0,5%   |
| Embarazo, parto y puerperio  | 0,1%   | 0,3%    | 0,4%     | 0,0%   | 0,2%   |
| Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal  | 0,2%   | 0,1%    | 0,0%     | 0,1%   | 0,1%   |
| Total general  | 100,0% | 100,0%  | 100,0%   | 100,0% | 100,0% |

El polo Arauco es donde existe la mayor proporción de consultas médicas por causas respiratorias, en tanto el polo Viel es donde se manifiesta la mayor proporción de enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. Destaca además la alta proporción de enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas en el Polo Orellana.

## 9. INDICADORES DE SALUD, RED APS MUNICIPAL. JUNIO DE 2013

### 9.1. POBLACIÓN BAJO CONTROL EN LA RED DE SALUD MUNICIPAL

A continuación se muestra el número de personas controladas por Programa de Salud según ciclo vital.

Tabla 30: Número de pacientes bajo control según programa de salud del ciclo vital

| PROGRAMA DE SALUD                    | JUN 2011      | JUN 2012      | JUN 2013      | CAMBIO RESPECTO AÑO ANTERIOR |
|--------------------------------------|---------------|---------------|---------------|------------------------------|
| Adultos mayores en control           | 9.442         | 7.593         | 9.275         | 18%                          |
| Programa de regulación de fertilidad | 6.295         | 5.481         | 6.467         | 15%                          |
| Niños en control                     | 4.944         | 4.782         | 5.272         | 9%                           |
| Mujeres en control de climaterio     | 1.977         | 2.770         | 2.797         | 1%                           |
| Gestantes en control                 | 612           | 546           | 623           | 12%                          |
| <b>TOTAL</b>                         | <b>23.270</b> | <b>21.172</b> | <b>24.434</b> | <b>13%</b>                   |

El Programa del Adulto mayor es el que tiene la mayor demanda en la Red y el que presenta un mayor crecimiento respecto del año anterior, seguido por el programa de regulación de la fertilidad.

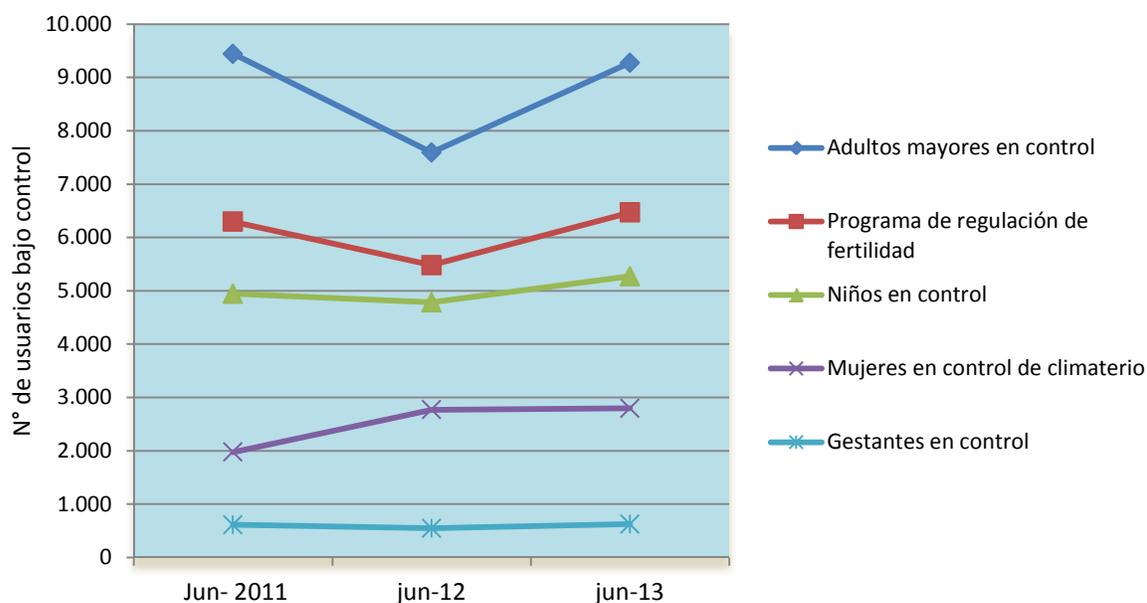


Ilustración 42: Evolución de la población bajo control según ciclo vital, años 2011-2013.

La siguiente corresponde a la población bajo control según problema de salud:

Tabla 31: Número de pacientes bajo control por patología crónica y de salud mental.

| PATOLOGÍA CRÓNICA  | JUN 2011 | JUN 2012 | JUN 2013 | PORCENTAJE DE CAMBIO RESPECTO AL AÑO ANTERIOR |
|--|----------|----------|----------|---|
| Hipertensión   | 12.251   | 12.379   | 14.136   | 12%   |
| Dislipidemia   | 5.019    | 6.251    | 7.936    | 21%   |
| Diabetes Mellitus  | 4.207    | 4.774    | 5.669    | 16%   |
| Obesidad   | 3.560    | 4.179    | 5.020    | 17%   |
| Tabaquismo   | 2.067    | 2.850    | 3.669    | 22%   |
| Depresión  | 1.472    | 1.478    | 1.817    | 19%   |
| Trastorno de Ansiedad  | 1.116    | 1.285    | 1.178    | -9%   |
| Trastorno de personalidad  | 732      | 795      | 683      | -16%  |
| Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicotrópicas | 384      | 497      | 383      | -30%  |
| Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)                                   | 332      | 341      | 386      | 12%   |
| Asma bronquial   | 325      | 392      | 708      | 45%   |
| Artrosis de cadera y rodilla   | 303      | 850      | 1.065    | 20%   |
| Postrado no oncológico   | 257      | 200      | 317      | 37%   |
| Epilepsia  | 116      | 128      | 164      | 22%   |
| Enfermedad de Parkinson  | 50       | 71       | 74       | 4%  |
| Oxígeno dependiente  | 22       | 19       | 32       | 41%   |
| Postrado oncológico  | 13       | 9        | 11       | 18%   |
| Prematuro menor 1500 grs. y menor de 32 semanas                                  | 7        | 1        | 3        | 67%   |
| Alivio del dolor   | 6        | 6        | 13       | 54%   |
| Fibrosis quística  | 2        | 1        | 0        | ---   |

El Programa de Salud Cardiovascular (Hipertensión, Diabetes, Dislipidemia) es el que tiene la mayor demanda en la Red (Debe tomarse en cuenta que una misma persona puede asistir a control por más de una condición crónica). En tanto, respecto al año anterior, han aumentado significativamente el número de pacientes con asma bronquial, pacientes postrados y oxígeno dependientes.

**9.2. ÍNDICES DE ACTIVIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA (IAAPS). SEPTIEMBRE DE 2013**

Tabla 32: Cobertura examen de medicina preventiva (EMP), en hombres de 20 a 44 años.

| POLO     | Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población masculina de 20 a 44 años | Población masculina de 20 a 44 años inscrita, menos población bajo control en Programa Salud Cardiovascular | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|---|---|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 975   | 6.853   | 14,2%                  | 12,1%                  | 18%        |
| ORELLANA | 261   | 2.265   | 11,5%                  | 9,1%                   | 18%        |
| VIEL     | 194   | 2.186   | 8,9%                   | 7,3%                   | 18%        |
| ARAUCO   | 232   | 1.836   | 12,6%                  | 10,9%                  | 18%        |
| TOTAL    | 1.662   | 13.140  | 12,65%                 | 10,55%                 | 18%        |

Tabla 33: Cobertura examen de medicina preventiva (EMP), en mujeres de 45 a 64 años.

| POLO     | Nº Examen de Medicina Preventiva (EMP) realizado en población femenina de 45 a 64 años | Población femenina de 45 a 64 años inscrita, menos población bajo control en Programa Salud Cardiovascular | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|--|--|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 1.086  | 4.538  | 23,9%                  | 21,9%                  | 26%        |
| ORELLANA | 458  | 1.867  | 24,5%                  | 18,0%                  | 26%        |
| VIEL     | 368  | 1.833  | 20,1%                  | 17,4%                  | 26%        |
| ARAUCO   | 315  | 1.429  | 22,0%                  | 18,0%                  | 26%        |
| TOTAL    | 2.227  | 9.667  | 23,0%                  | 19,6%                  | 26%        |

Tabla 34: Cobertura evaluación funcional del adulto de 65 años y más.

| POLO     | Nº de adultos de 65 y más años, con examen de funcionalidad vigente | Nº de adultos de 65 y más años inscritos | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|---|--|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 3.114   | 7.593                                    | 41,01%                 | 36,2%                  | 50%        |
| ORELLANA | 1.983   | 4.348                                    | 45,61%                 | 33,6%                  | 50%        |
| VIEL     | 1.157   | 3.594                                    | 32,19%                 | 24,5%                  | 50%        |
| ARAUCO   | 968   | 2.636                                    | 36,72%                 | 30,0%                  | 50%        |
| TOTAL    | 7.222   | 18.171                                   | 39,74%                 | 32,5%                  | 50%        |

Tabla 35: Ingreso a control embarazo antes de las 14 semanas.

| POLO     | Nº de mujeres embarazadas ingresadas antes de las 14 semanas a control | Total de mujeres embarazadas ingresadas a control | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|--|---|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 491  | 624   | 78,69%                 | 70,0%                  | 80%        |
| ORELLANA | 144  | 173   | 83,24%                 | 63,5%                  | 80%        |
| VIEL     | 104  | 117   | 88,89%                 | 80,4%                  | 80%        |
| ARAUCO   | 120  | 133   | 90,23%                 | 69,4%                  | 80%        |
| TOTAL    | 859  | 1.047   | 82,04%                 | 69,5%                  | 80%        |

Tabla 36: Cobertura de examen de salud del adolescente 10 a 14 años (aplicación ficha CLAP)

| POLO     | Nº de exámenes de salud realizados en adolescentes de 10 a 14 años con ficha CLAP | Población total adolescente 10 a 14 años inscrita | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|---|---|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 230   | 2.808   | 8,19%                  | 8,0%                   | 9,1%       |
| ORELLANA | 101   | 933   | 10,83%                 | 6,5%                   | 9,1%       |
| VIEL     | 79  | 922   | 8,57%                  | 7,2%                   | 9,1%       |
| ARAUCO   | 68  | 762   | 8,92%                  | 6,7%                   | 9,1%       |
| TOTAL    | 478   | 5.425   | 8,81%                  | 7,4%                   | 9,1%       |

Tabla 37: Cobertura altas odontológicas totales en población menor de 20 años.

| POLO     | Nº de altas totales odontológicas en población menor de 20 años | Población total menor de 20 años | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|---|----------------------------------|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 2.116   | 12.760                           | 16,58%                 | 21,1%                  | 26,9%      |
| ORELLANA | 600   | 3.699                            | 16,22%                 | 14,0%                  | 26,9%      |
| VIEL     | 702   | 3.405                            | 20,62%                 | 16,8%                  | 26,9%      |
| ARAUCO   | 749   | 2.925                            | 25,61%                 | 19,0%                  | 26,9%      |
| TOTAL    | 4.167   | 22.789                           | 18,29%                 | 19,0%                  | 26,9%      |

Tabla 38: Cobertura de Evaluación del DSM de Niños/As de 12 A 23 Meses Bajo Control

| POLO     | Niños/as 12 a 23 meses con evaluación de DSM | Nº total Niños/as 12 a 23 meses bajo control | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|--|--|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 2.116  | 12.760                                       | 84,54%                 | 82,6%                  | 95,1%      |
| ORELLANA | 600  | 3.699  | 79,67%                 | 68,6%                  | 95,1%      |
| VIEL     | 702  | 3.405  | 79,59%                 | 54,2%                  | 95,1%      |
| ARAUCO   | 749  | 2.925  | 52,98%                 | 70,7%                  | 95,1%      |
| TOTAL    | 4.167  | 22.789                                       | 78,03%                 | 75,3%                  | 95,1%      |

Tabla 39: Gestión de reclamos respondidos con solución dentro de 20 días hábiles.

| POLO     | Nº total de reclamos respondidos con solución dentro de los plazos legales establecidos (20 días hábiles) | Nº Total de reclamos. | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META MENSUAL |
|----------|---|-----------------------|------------------------|------------------------|--------------|
| DOMEYKO  | 146   | 146                   | 100,0%                 | 100,0%                 | 95%          |
| ORELLANA | 41  | 41                    | 100,0%                 | 100,0%                 | 95%          |
| VIEL     | 17  | 17                    | 100,0%                 | 100,0%                 | 95%          |
| ARAUCO   | 11  | 11                    | 100,0%                 | 100,0%                 | 95%          |
| TOTAL    | 215   | 215                   | 100,0%                 | 100,0%                 | 95%          |

Nota: A la misma fecha del año anterior habían 168 reclamos.

Tabla 40: Cobertura Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 años y más.

| POLO     | Nº de personas con diabetes mellitus 2 bajo control de 15 y más años | Prevalencias estimadas | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|--|------------------------|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 2.358  | 5.006                  | 47,10%                 | 41,6%                  | 50,0%      |
| ORELLANA | 1.610  | 2.270                  | 70,93%                 | 46,1%                  | 50,0%      |
| VIEL     | 1.016  | 1.979                  | 51,34%                 | 36,8%                  | 50,0%      |
| ARAUCO   | 886  | 1.527                  | 58,02%                 | 40,9%                  | 50,0%      |
| TOTAL    | 5.870  | 10.782                 | 54,44%                 | 41,7%                  | 50,0%      |

Tabla 41: Cobertura Hipertensión Arterial primaria o esencial en personas de 15 años y más.

| POLO     | Nº de personas con hipertensión arterial bajo control de 15 y más años | Prevalencias estimadas | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|--|------------------------|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 5.844  | 9.762                  | 59,86%                 | 53,5%                  | 61,0%      |
| ORELLANA | 3.992  | 4.652                  | 85,81%                 | 60,3%                  | 61,0%      |
| VIEL     | 2.580  | 4.008                  | 64,37%                 | 47,8%                  | 61,0%      |
| ARAUCO   | 2.198  | 3.058                  | 71,88%                 | 56,3%                  | 61,0%      |
| TOTAL    | 14.614   | 21.480                 | 68,04%                 | 54,5%                  | 61,0%      |

Tabla 42: Tasa de visita integral.

| POLO     | Nº de visitas integrales realizadas | Nº de familias (población Inscrita/4) | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|-------------------------------------|---------------------------------------|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 2.057                               | 12.134                                | 0,17                   | 0,20                   | 0,25       |
| ORELLANA | 898                                 | 4.684                                 | 0,19                   | 0,11                   | 0,25       |
| VIEL     | 558                                 | 4.187                                 | 0,13                   | 0,14                   | 0,25       |
| ARAUCO   | 405                                 | 3.342                                 | 0,12                   | 0,10                   | 0,25       |
| TOTAL    | 3.918                               | 24.347                                | 0,16                   | 0,15                   | 0,25       |

Tabla 43: Actividad con Garantía Explicita de Salud GES.

| POLO     | Nº casos GES con garantía cumplida | Nº de casos GES | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|------------------------------------|-----------------|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 2.646                              | 2.646           | 100,0%                 | 100,0%                 | 100%       |
| ORELLANA | 1.177                              | 1.177           | 100,0%                 | 100,0%                 | 100%       |
| VIEL     | 705                                | 705             | 100,0%                 | 99,9%                  | 100%       |
| ARAUCO   | 1.105                              | 1.105           | 100,0%                 | 100,0%                 | 100%       |
| TOTAL    | 5.633                              | 5.633           | 100,0%                 | 100,0%                 | 100%       |

*Nota: Existen 1.252 casos GES más que el año pasado a la misma fecha.*

Tabla 44: Disponibilidad de Fármacos Trazadores

| POLO     | N° fármacos trazadores disponibles | N° total fármacos trazadores | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|------------------------------------|------------------------------|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 1                                  | 1                            | 100,0%                 |                        | 100%       |
| ORELLANA | 1                                  | 1                            | 100,0%                 |                        | 100%       |
| VIEL     | 1                                  | 1                            | 100,0%                 |                        | 100%       |
| ARAUCO   | 1                                  | 1                            | 100,0%                 |                        | 100%       |
| TOTAL    | 4                                  | 4                            | 100,0%                 |                        | 100%       |

Tabla 45: Continuidad de Atención. Brindar atención de salud hasta las 20 hrs. de lunes a viernes.

| POLO     | N° establecimientos funcionando de 08 am a 20 hrs. de lunes a viernes y sábados de 9 a 13 hrs. | N° total de establecimientos | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|--|------------------------------|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 1  | 1                            | 100,0%                 |                        | 100%       |
| ORELLANA | 1  | 1                            | 100,0%                 |                        | 100%       |
| VIEL     | 1  | 1                            | 100,0%                 |                        | 100%       |
| ARAUCO   | 1  | 1                            | 100,0%                 |                        | 100%       |
| TOTAL    | 4  | 4                            | 100,0%                 |                        | 100%       |

A nivel de red, a la fecha ya se ha logrado cumplir con 2 indicadores IAAPS (Cobertura ficha CLAP, cobertura de Diabetes Mellitus y cobertura de Hipertensión Arterial). Además, todos los indicadores tienen mejor nivel de cumplimiento respecto a la misma fecha del año anterior, a excepción de las altas odontológicas de menores de 20 años, se deberá trabajar en acciones para el rescate de pacientes y sensibilización tanto en la comunidad como en el equipo de salud para lograr cumplir con ellos.

**9.3. METAS SANITARIAS Y DE MEJORAMIENTO DE LA APS (LEY N° 19.813). SEPTIEMBRE DE 2013**

Tabla 46: Porcentaje de niños y niñas de 12 y 23 meses con riesgo y retraso del DSM, recuperados.

| POLO     | Niños y niñas 12 a 23 meses recuperados del riesgo o retraso Desarrollo Sicomotor | Niños y Niñas entre 12 a 23 meses diagnosticados con riesgo o retraso Desarrollo Sicomotor | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META MENSUAL |
|----------|---|--|------------------------|------------------------|--------------|
| DOMEYKO  | 22  | 29   | 75,86%                 | 91,7%                  | 68%          |
| ORELLANA | 9   | 13   | 69,23%                 | 62,5%                  | 68%          |
| VIEL     | 5   | 8  | 62,50%                 | 66,7%                  | 68%          |
| ARAUCO   | 4   | 9  | 44,44%                 | 36,4%                  | 68%          |
| TOTAL    | 40  | 59   | 67,80%                 | 70,2%                  | 68%          |

Tabla 47: Reducción del número de mujeres de 25 a 64 años Sin PAP Vigente (meta Santiago reducir en un 10% la brecha de cobertura de mujeres sin PAP vigente lograda a Dic. 2012).

| POLO     | N° de mujeres 25 a 64 años inscritas con PAP vigente (informado) al 2011 | N° de mujeres con PAP vigente comprometidas para 2012. | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|--|--|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 5.377  | 7.479  | 71,89%                 | 83,4%                  | 100%       |
| ORELLANA | 2.738  | 2.985  | 91,73%                 | 100,3%                 | 100%       |
| VIEL     | 2.720  | 2.219  | 122,58%                | 91,2%                  | 100%       |
| ARAUCO   | 1.906  | 1.861  | 102,42%                | 93,7%                  | 100%       |
| TOTAL    | 12.741   | 14.544   | 87,60%                 | 89,3%                  | 100%       |

Tabla 48: Cobertura alta odontológica total en adolescentes de 12 años.

| POLO     | N° total adolesc. 12 c/alta odontológica total | N° total adolesc. 12 años inscritos | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|--|-------------------------------------|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 229  | 637                                 | 35,95%                 | 103,04%                | 70%        |
| ORELLANA | 107  | 208                                 | 51,44%                 | 41,50%                 | 70%        |
| VIEL     | 64   | 195                                 | 32,82%                 | 18,02%                 | 70%        |
| ARAUCO   | 84   | 160                                 | 52,50%                 | 79,87%                 | 70%        |
| TOTAL    | 484  | 1.200                               | 40,33%                 | 72,48%                 | 70%        |

Tabla 49: Cobertura alta integral odontológica embarazadas.

| POLO     | N° embarazadas con alta odontológica integral | N° total embarazadas ingresadas (enero a septiembre 2011) | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|---|---|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 358   | 624   | 57,37%                 | 57,6%                  | 62%        |
| ORELLANA | 108   | 173   | 62,43%                 | 59,3%                  | 62%        |
| VIEL     | 78  | 117   | 66,67%                 | 59,8%                  | 62%        |
| ARAUCO   | 92  | 133   | 69,17%                 | 74,1%                  | 62%        |
| TOTAL    | 636   | 1.047   | 60,74%                 | 60,0%                  | 62%        |

Tabla 50: Cobertura alta odontológica total en niños de 6 años inscritos.

| POLO     | N° total niños 6 años c/alta odontológica total | N° total niños 6 años inscritos | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|---|---------------------------------|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 303   | 716                             | 42,32%                 | 79,5%                  | 70%        |
| ORELLANA | 100   | 129                             | 77,52%                 | 71,4%                  | 70%        |
| VIEL     | 45  | 126                             | 35,71%                 | 20,7%                  | 70%        |
| ARAUCO   | 103   | 149                             | 69,13%                 | 107,3%                 | 70%        |
| TOTAL    | 551   | 1.120                           | 49,20%                 | 73,3%                  | 70%        |

Tabla 51: Aumento de la cobertura efectiva de personas de 15 años y más con DM controlada (Meta Santiago incremento de 1% cobertura efectiva (HbA1c &lt; 7%))

| POLO     | N° personas con diabetes de 20 y más años bajo control compensados (HbA1c < 7 ) | N° de diabéticos de 15 años y más, estimados según prevalencia (15-64 años: 10%; 65 y más años: 25%) | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|---|--|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 1.200   | 5.006  | 23,97%                 | 16,8%                  | 18,4%      |
| ORELLANA | 942   | 2.270  | 41,50%                 | 19,7%                  | 29,7%      |
| VIEL     | 564   | 1.979  | 28,50%                 | 14,7%                  | 22,5%      |
| ARAUCO   | 446   | 1.527  | 29,21%                 | 16,4%                  | 24,3%      |
| TOTAL    | 3.152   | 10.782   | 29,23%                 | 17,0%                  | 23,7%      |

Tabla 52: Aumento de la cobertura efectiva de personas de 15 años y más con HTA controlada (Meta Santiago incremento de 2% cobertura efectiva (PA &lt; 1140/90 mm Hg))

| POLO     | N° de pacientes con HTA de 20 y más años bajo control compensados (PA < 135/85 mm Hg) | N° HTA de 15 años y más, estimados según prevalencia (15-64 años: 15,7%; 65 y más años: 64,3%) | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|---|--|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 3.804   | 9.762  | 38,97%                 | 32,6%                  | 29,7%      |
| ORELLANA | 2.780   | 4.652  | 59,76%                 | 39,6%                  | 53,2%      |
| VIEL     | 1.725   | 4.008  | 43,04%                 | 31,2%                  | 36,6%      |
| ARAUCO   | 1.191   | 3.058  | 38,95%                 | 35,6%                  | 37,2%      |
| TOTAL    | 9.500   | 21.480   | 44,23%                 | 34,4%                  | 39,1%      |

Tabla 53: Mantener o disminuir el % promedio nacional de obesidad (de = 0 &lt; a 9,4% en menores de 6 años bajo control).

| POLO     | N° de niños menores de 6 años obesos a dic.10 | Población total de niños < 6 años bajo control | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|---|--|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 200   | 3.075  | 6,50%                  | 6,6%                   | 9,4%       |
| ORELLANA | 43  | 815  | 5,28%                  | 6,2%                   | 9,4%       |
| VIEL     | 30  | 570  | 5,26%                  | 9,5%                   | 9,4%       |
| ARAUCO   | 62  | 607  | 10,21%                 | 10,0%                  | 9,4%       |
| TOTAL    | 335   | 5.067  | 6,61%                  | 7,2%                   | 9,4%       |

Tabla 54: Consejos desarrollo funcionando regularmente con Plan evaluado y ejecutado a Dic.2013

| POLO     | N° establecimientos de salud con Consejo de Desarrollo funcionando regularmente, con Plan evaluado y ejecutado, a DIC. 2013. | N° total de establecimientos de salud de la Comuna. | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|--|---|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 1  | 1   | 100%                   | 100%                   | 100%       |
| ORELLANA | 1  | 1   | 100%                   | 100%                   | 100%       |
| VIEL     | 1  | 1   | 100%                   | 100%                   | 100%       |
| ARAUCO   | 1  | 1   | 100%                   | 100%                   | 100%       |
| TOTAL    | 4  | 4   | 100%                   | 100%                   | 100%       |

Existen 4 indicadores donde el desempeño ha sido menor al año anterior, de éstos, los más preocupantes son Cobertura alta odontológica total en adolescentes de 12 años y Cobertura alta odontológica total en niños de 6 años inscritos.

Por otra parte ya se ha logrado la meta en 3 de los indicadores (cobertura efectiva de diabéticos e hipertensos y porcentaje de niños obesos).

#### 9.4. INDICADORES CUADRO DE MANDO INTEGRAL. ENERO A SEPTIEMBRE DE 2013

Desde el Plan de Salud 2010 se plantearon como meta una serie de indicadores a seguir de manera mensual, todos para cada aspecto del ciclo de vida y en relación con cada uno de los estamentos. La evaluación de éstos a septiembre de 2013 es la siguiente:

Tabla 55: 100% de las personas hipertensas o diabéticas bajo control en PSCV han sido clasificada según etapa enfermedad renal crónica

| POLO     | Pacientes PSCV Controlados Con Tipo De ERC | PACIENTES PSCV DIC 2012 | CUMPLIMIENTO SEPT. 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META MENSUAL |
|----------|--|-------------------------|-------------------------|------------------------|--------------|
| DOMEYKO  | 4.825                                      | 6.172                   | 78%                     | ---                    | 100%         |
| ORELLANA | 3.656                                      | 4.390                   | 83%                     | ---                    | 100%         |
| VIEL     | 2.199                                      | 2.866                   | 77%                     | ---                    | 100%         |
| ARAUCO   | 1.962                                      | 2.223                   | 88%                     | ---                    | 100%         |
| TOTAL    | 12.642                                     | 15.651                  | 81%                     | ---                    | 100%         |

Tabla 56: Aplicar EDP en controles sanos correspondiente a los 8 meses

| POLO     | Nº de niños con aplicación EDP a los 8 meses | PBC niños 0-11 meses | CUMPLIMIENTO SEPT. 2013 | CUMPLIMIENTO SEPTIEMBRE 2012 | META MENSUAL |
|----------|--|----------------------|-------------------------|------------------------------|--------------|
| DOMEYKO  | 452  | 535                  | 84%                     | 67%                          | 90%          |
| ORELLANA | 122  | 151                  | 81%                     | 84%                          | 90%          |
| VIEL     | 67   | 90                   | 74%                     | 82%                          | 90%          |
| ARAUCO   | 94   | 127                  | 74%                     | 51%                          | 90%          |
| TOTAL    | 735  | 903                  | 81%                     | 69%                          | 90%          |

Tabla 57: El 90% de las personas con diabetes tipo 2 bajo control se les realiza una evaluación de los pies.

| POLO     | Nº de pacientes con ev. Pie diabético | PBC diabéticos dic 2012 | CUMPLIMIENTO SEPT. 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|---------------------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 1.591                                 | 2.119                   | 75%                     | ---                    | 10%        |
| ORELLANA | 1.004                                 | 1.369                   | 73%                     | ---                    | 50%        |
| VIEL     | 554                                   | 893                     | 62%                     | ---                    | 50%        |
| ARAUCO   | 380                                   | 738                     | 51%                     | ---                    | 50%        |
| TOTAL    | 3.529                                 | 5.119                   | 69%                     | ---                    | 50%        |

Tabla 58: Realizar visita domiciliaria integral a familias con niños con obesidad entre 1 a 6 años

| POLO     | Nº de Niños con Obesidad con VDI | Nº de Niños Obesos en Control a Diciembre 2012 (PBC Centros) | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|----------------------------------|--|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 105                              | 181  | 58%                    | 30%                    | 20%        |
| ORELLANA | 44                               | 53   | 83%                    | 27%                    | 50%        |
| VIEL     | 16                               | 34   | 47%                    | 20%                    | 50%        |
| ARAUCO   | 17                               | 42   | 40%                    | 10%                    | 50%        |
| TOTAL    | 182                              | 310  | 59%                    | 25%                    | 40%        |

Tabla 59: Realizar consejería breve en tabaquismo a los adolescentes de 12 años que reciben alta odontológica en la Red de Salud Municipal (excluye compra de servicio).

| POLO     | Nº de altas odontológicas | Nº de consejerías breves tabaquismo | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META MENSUAL |
|----------|---------------------------|-------------------------------------|------------------------|------------------------|--------------|
| DOMEYKO  | 182                       | 178                                 | 98%                    | 97%                    | 100%         |
| ORELLANA | 86                        | 81                                  | 94%                    | 45%                    | 100%         |
| VIEL     | 50                        | 50                                  | 100%                   | 100%                   | 100%         |
| ARAUCO   | 73                        | 71                                  | 97%                    | 78%                    | 100%         |
| TOTAL    | 391                       | 380                                 | 97%                    | 84%                    | 100%         |

Tabla 60: Realizar alta odontológica a pacientes de 60 años

| POLO     | Nº De Altas Odontológicas | Total 60 Años Inscritos | Cumplimiento Sept 2013 | Cumplimiento Septiembre 2012 | Meta Anual |
|----------|---------------------------|-------------------------|------------------------|------------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 127                       | 504                     | 25%                    | 23%                          | 50%        |
| ORELLANA | 57                        | 237                     | 24%                    | 35%                          | 50%        |
| VIEL     | 36                        | 175                     | 21%                    | 16%                          | 50%        |
| ARAUCO   | 42                        | 146                     | 29%                    | 24%                          | 50%        |
| TOTAL    | 262                       | 1.062                   | 25%                    | 24%                          | 50%        |

Tabla 61: Aumentar la población de mujeres de 45 a 64 años bajo control en el programa de climaterio

| POLO     | Nº De Mujeres Controladas Ficha Climaterio | Pob. Fem Validada Entre 45 Y 64 Años | Cumplimiento Sept 2013 | Cumplimiento Sept 2012 | Meta Anual |
|----------|--|--------------------------------------|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 649  | 6056                                 | 11%                    | ---                    | 30%        |
| ORELLANA | 681  | 2838                                 | 24%                    | ---                    | 30%        |
| VIEL     | 246  | 2583                                 | 10%                    | ---                    | 30%        |
| ARAUCO   | 364  | 1997                                 | 18%                    | ---                    | 15%        |
| TOTAL    | 1.940                                      | 13.474                               | 14%                    | ---                    | 27%        |

Tabla 62: Mantener espirometría anual en los pacientes bajo control del programa respiratorio ERA

| POLO     | Nº de pacientes en programa era con espirometría anual vigente | Nº total de pacientes en programa ERA | CUMPLIMIENTO SEPT 2013 | CUMPLIMIENTO SEPT 2012 | META ANUAL |
|----------|--|---------------------------------------|------------------------|------------------------|------------|
| DOMEYKO  | 215  | 325                                   | 66%                    | 55%                    | 70%        |
| ORELLANA | 104  | 232                                   | 45%                    | 41%                    | 70%        |
| VIEL     | 104  | 189                                   | 55%                    | 35%                    | 70%        |
| ARAUCO   | 95   | 185                                   | 51%                    | 30%                    | 70%        |
| TOTAL    | 518  | 931                                   | 56%                    | 43%                    | 70%        |

Tabla 63: Realizar examen baciloscopia a la población

| POLO     | Nº de baciloscopías tomadas | Nº de consultas por médico | Nº baciloscopías / 1000 consultas 2013 | Nº baciloscopías / 1000 consultas 2012 | META / 1000 consultas |
|----------|-----------------------------|----------------------------|--|--|-----------------------|
| DOMEYKO  | 1.147                       | 25.510                     | 45,0                                   | 42,4                                   | 60                    |
| ORELLANA | 350                         | 12.207                     | 28,7                                   | 14,0                                   | 60                    |
| VIEL     | 342                         | 8.997                      | 38,0                                   | 21,0                                   | 60                    |
| ARAUCO   | 307                         | 10.697                     | 28,7                                   | 46,8                                   | 60                    |
| TOTAL    | 2.146                       | 57.411                     | 37,4                                   | 32,4                                   | 60                    |

Respecto a la misma fecha del año anterior, se ha logrado un mejor desempeño en todos los indicadores que continúan del periodo anterior, lo que hace suponer que en algún momento se cumplirán las metas internas propuestas por la Dirección de Salud.

### 9.5. TENDENCIA POBLACIÓN INSCRITA

Hasta el año 2012, la cantidad de población inscrita validada por FONASA había ido en un aumento sostenido en el tiempo, sin embargo, en el último corte que validó la población para 2013, los inscritos descendieron 7.694 usuarios:

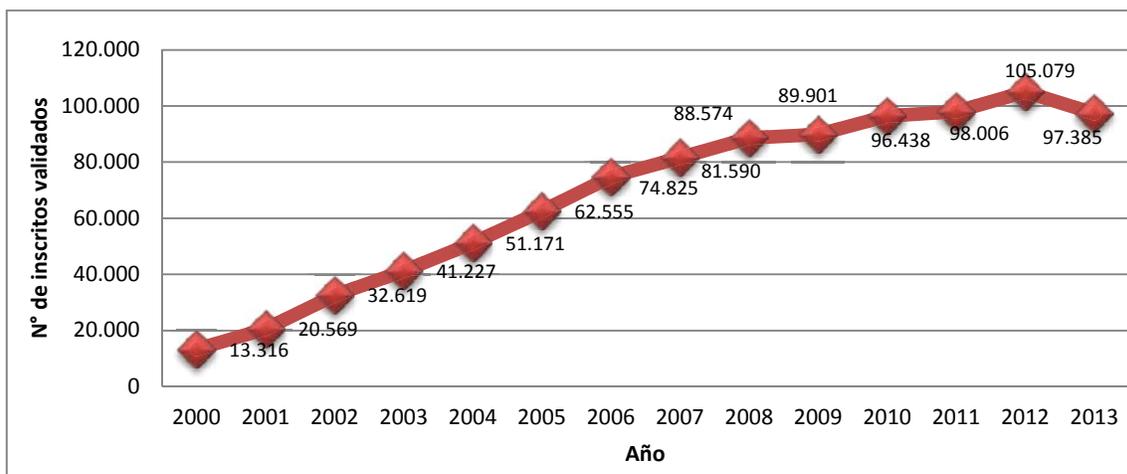


Ilustración 43: Evolución de la población validada FONASA. Red de Salud Municipalidad de Santiago.

Una causa de esto estaría en un error en las estimaciones de población validada por parte de FONASA que habría hecho que se asignara menor población de la que correspondería realmente, es así como el pre corte del mes de mayo entregó un total de 101.058 usuarios validados. A continuación se presenta la evolución de inscritos por establecimiento y polo de atención:

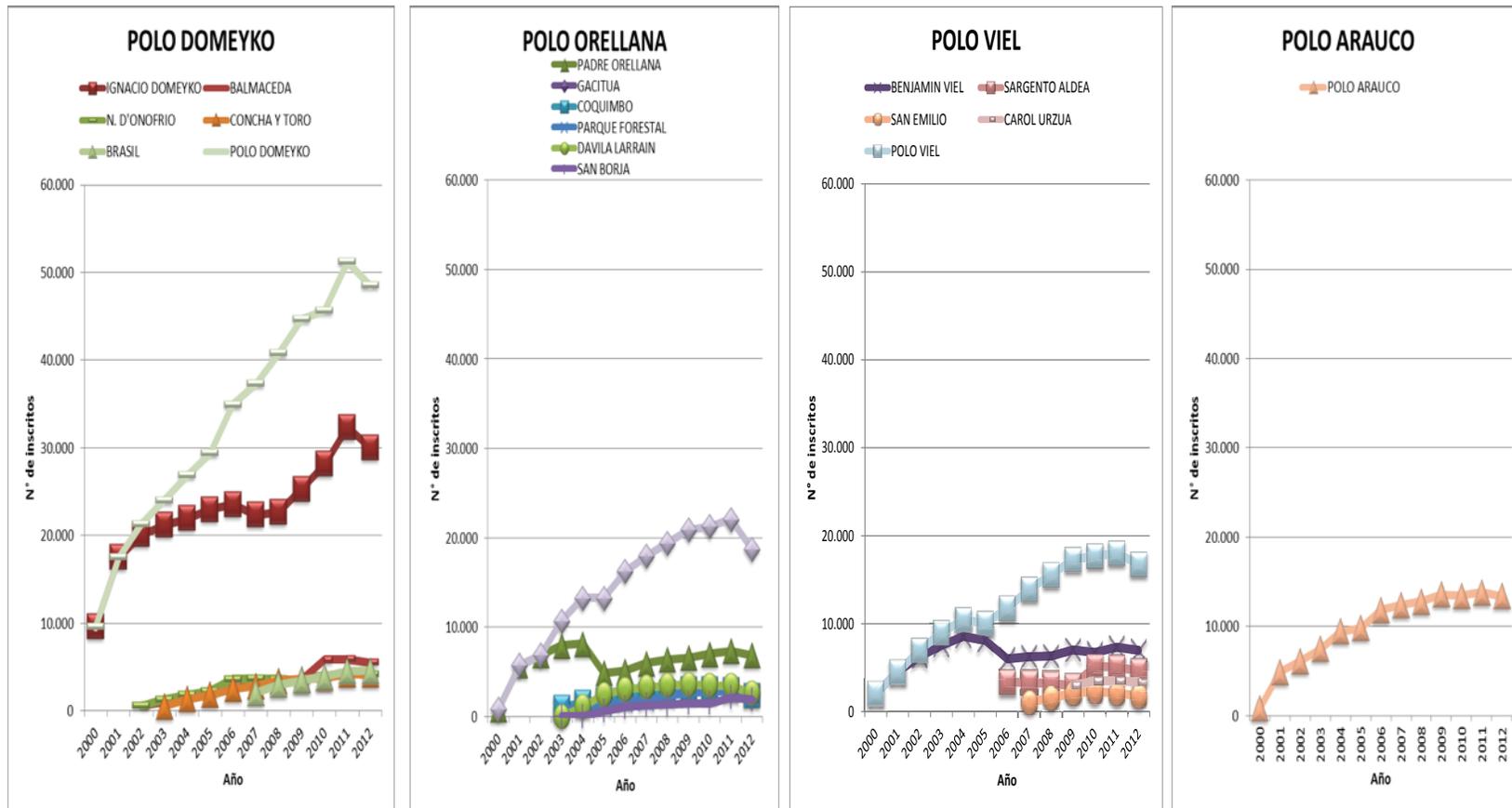


Ilustración 44: Evolución de la población validada FONASA según polo de atención y establecimiento.

Se aprecia que el polo Domeyko es el que tiene la mayor población de inscritos y a la vez el que presenta la mayor pendiente de crecimiento en los últimos años. De igual forma, se observa una gran cantidad de población en la Estación Médica Balmaceda (5.521 usuarios validados el año 2012) población casi similar a la que tiene el centro médico Orellana (6.900 inscritos el año 2012).

---

# Planes de Acción por Polo

## **PLAN DE ACCIÓN POLO DOMEYKO**

### **1. ANTECEDENTES GENERALES.**

En el año 2000, la atención de salud del territorio norponiente de la comuna de Santiago inició el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral con enfoque de Salud Familiar y Comunitario con la fusión de tres consultorios del sector: Consultorio Marta Moya, Consultorio Catedral y Consultorio Luis Roos, dependientes de la Red de Salud Municipal. El fruto de ello fue la apertura, ese año, del Centro de Salud Familiar (CESFAM) Ignacio Domeyko.

Ya en 2001 comenzó la creación de las Estaciones Médicas de Barrio, como una estrategia de acercamiento de la salud a los vecinos, también con énfasis familiar y comunitario.

En la actualidad contamos con la figura de Polo de Atención Domeyko que incluye el CESFAM mismo y cuatro Estaciones Médicas de Barrio, con población asignada y sectorizada con categoría de CESFAM de nivel superior y excelencia.

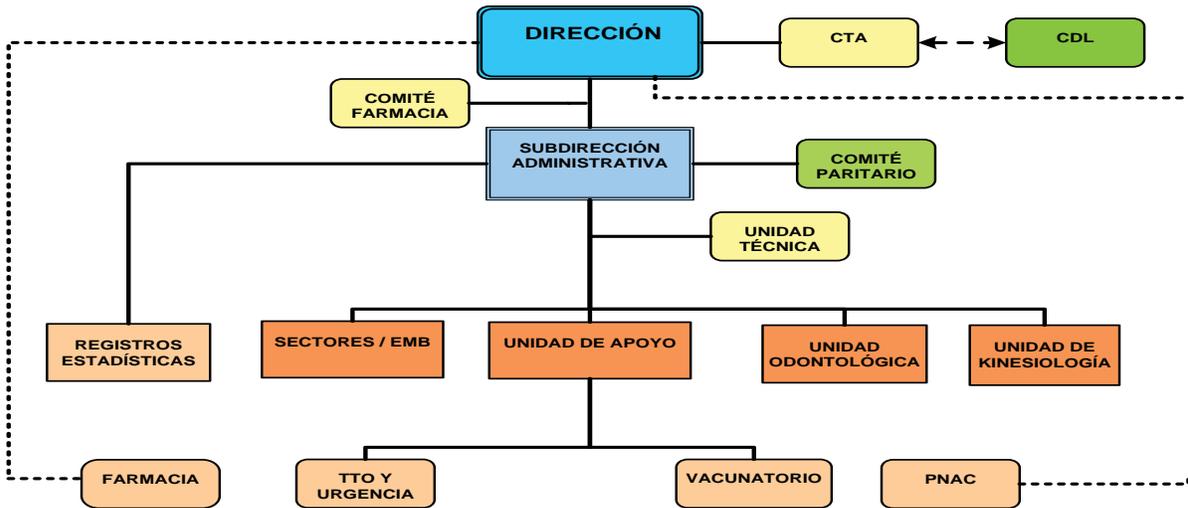
### **2. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN.**

Como se mencionó en párrafo anterior, la estructura actual del Polo Domeyko la conforman el CESFAM Ignacio Domeyko y 4 estaciones médicas de barrio: EMB Balmaceda, EMB Brasil, EMB Concha y Toro y EMB Nicola D'Onofrio. Cada centro brinda atención de salud sectorizada. De esta manera, el CESFAM está organizado en 3 sectores (sector 1, 2 y 3) y cada estación médica se corresponde con un área determinada, con lo cual, en total, el polo consta de 7 territorios o sectores.

Cada sector tiene un equipo de cabecera responsable de su población a cargo, constituido por un jefe de sector y por un conjunto de profesionales y técnicos conformado por médico/a, enfermero/a y técnico paramédico. A ellos se suman nutricionista, matró/a, psicólogo/a, odontólogo/a, asistente social y kinesiólogo/a.

Esta unidad organizacional es dirigida jerárquicamente por la Dirección de Polo, la cual es asesorada por diferentes unidades y profesionales de índole técnica y administrativa. El organigrama siguiente representa lo descrito.

### 2.1. ORGANIGRAMA POLO DOMEYKO



### 3. CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA Y SITUACIÓN DE SALUD

Algunas características demográficas y de situación de salud específicas y relevantes del polo son las siguientes:

#### 3.1. POBLACIÓN INSCRITA VALIDADA:

La población inscrita validada en todo el polo alcanza a los 48.000 usuarios (2º corte 2012). La población femenina es mayor en los rangos etáreos 20 a 44 años y 65 y más años, siendo la situación inversa para los demás grupos de edad.

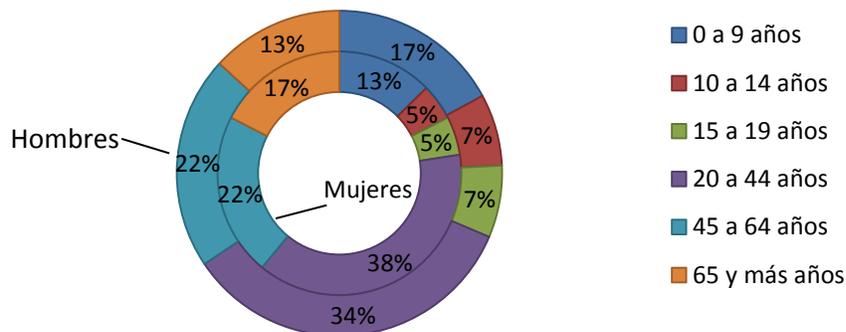


Ilustración 45: Distribución etárea según segundo corte FONASA 2012, Polo Domeyko

### 3.2. PORCENTAJE DE MIGRANTES

El POLO Domeyko concentra el 16.2 % de población extranjera en el entendido de que se consideran a todos quienes dijeron tener otra nacionalidad, similar situación presentan las comunas vecinas, en este momento superados solo por la comuna de Independencia.

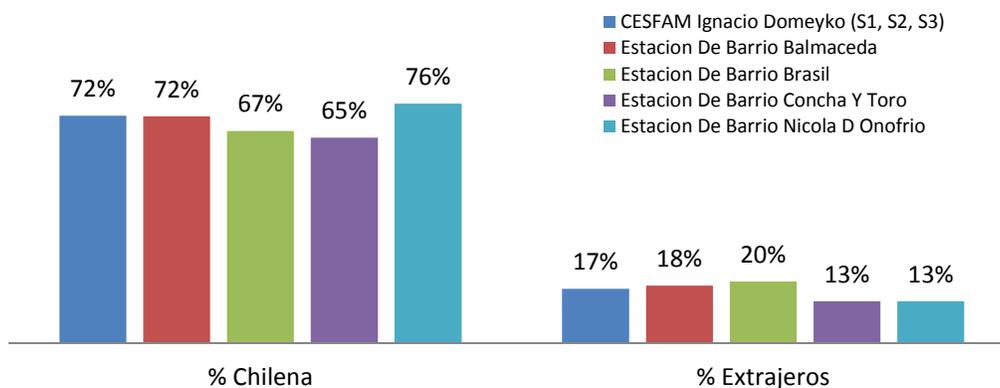


Ilustración 46: Porcentaje de población extranjera inscrita según establecimiento de Atención. Base de datos de Rezebra a octubre de 2013.

Nuestra población a cargo está sobredimensionada respecto a la planta física existente, la cual está concebida para 20.000 inscritos y hoy día contamos con 30.018 en el centro más 18.516 en Estaciones Médicas de Barrio que acuden al CESFAM a distintas prestaciones como atención dental, kinésica, vacunatorio y otras.

Esta situación genera una demanda que supera en algunos servicios nuestra capacidad de respuesta, la brecha más importante está relacionada con la atención kinésica y dental. En la primera se encuentra un profesional en horario vespertino de forma permanente y en la parte dental adquirimos un 4° sillón este año y mantenemos convenio externo con U. de Chile.

Estamos en fase de licitación de la construcción de un 2° piso en el CESFAM y el inicio de la obra de un nuevo CESFAM en el sector como solución definitiva al problema de infraestructura insuficiente. Esta hoy día es la principal brecha que tenemos y que es transversal a todo nuestro quehacer como CESFAM.

### 3.3. SITUACIÓN DE SALUD DEL POLO

#### Problemas de salud relevantes

Se ha ido identificando un aumento de la incidencia de Tuberculosis en la población de nuestro radio de acción. Actualmente contamos con 14 casos bajo control, en 2012 el promedio fue de 7 casos, por tanto, se muestra un incremento del 100 %.

Se aumentó la pesquisa a 61% vs 44 % el año anterior. Cabe señalar que se diagnosticaron 5 pacientes con baciloscopia positiva en el centro Domeyko y se realizaron actividades de pesquisa a grupos de riesgo en la comunidad.

Contamos con un equipo de trabajo consolidado, capacitado y con horas asignadas para tales efectos.

Tabla 64: Población En Control Programa De Salud Cardiovascular (PSCV)

|   |                                       | TOTAL   |         |
|---|---------------------------------------|---------|---------|
| NUMERO DE PERSONAS EN PSCV  |                                       | 6.608   |         |
| CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR                                 | BAJO                                  | 582     |         |
|   | MODERADO                              | 3.965   |         |
|   | ALTO                                  | 1.101   |         |
|   | MUY ALTO                              | 960     |         |
| PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA) | HIPERTENSOS                           | 5.612   |         |
|   | DIABETICOS                            | 2.253   |         |
|   | DISLIPIDEMICOS                        | 3.049   |         |
|   | TABAQUISMO                            | 1.407   |         |
|   | OBESIDAD                              | 1.903   |         |
|   | ANTECEDENTES DE INFARTO (IAM)         | 193     |         |
|   | ANTECEDENTES DE ENF. CEREBRO VASCULAR | 265     |         |
| POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR                 |                                       |         |         |
| CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD  | TOTAL                                 |         |         |
|   | AMBOS SEXOS                           | Hombres | Mujeres |
| AUTOVALENTE SIN RIESGO  | 2.438                                 | 879     | 1.559   |
| AUTOVALENTE CON RIESGO  | 1.057                                 | 345     | 712     |
| RIESGO DE DEPENDENCIA   | 473                                   | 138     | 335     |
| SUBTOTAL (EFAM)   | 3.968                                 | 1.362   | 2.606   |
| DEPENDIENTE LEVE  | 377                                   | 99      | 278     |
| DEPENDIENTE MODERADO  | 105                                   | 34      | 71      |
| DEPENDIENTE GRAVE   | 43                                    | 11      | 32      |
| DEPENDIENTE TOTAL   | 69                                    | 18      | 51      |
| SUBTOTAL (INDICE BARTHEL)   | 594                                   | 162     | 432     |
| TOTAL ADULTOS MAYORES EN CONTROL  | 4.562                                 | 1.524   | 3.038   |

Referente a la población bajo control del PSCV las coberturas según prevalencia de HTA y DM en personas mayores de 15 años se encuentran por debajo de la meta anual a Septiembre, sin embargo superior a los resultados 2012 en igual periodo.

Se encuentran en funcionamiento una serie de estrategias al respecto donde adquiere relevancia la realización de EMPA a usuarios de centros laborales del sector, atenciones espontáneas con horas protegidas al respecto, rescate y derivación de todas las unidades a los sectores correspondientes, difusión en la comunidad.

El examen de funcionalidad del adulto mayor ha experimentado un aumento en las coberturas de cumplimiento y además se encuentra en funcionamiento una estrategia de trabajo con los AM autovalentes con riesgo para retrasar o detener su dependencia, la UGM (unidad geriátrica móvil) que está enfocada a este grupo con tareas específicas.

Tabla 65: Población en Control Otros Programas

| PROGRAMAS  | TOTAL |         |         |
|--|-------|---------|---------|
|  | TOTAL | Hombres | Mujeres |
| SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVA RECURRENTE (SBOR)       | 110   | 58      | 52      |
| ASMA BRONQUIAL   | 283   | 99      | 184     |
| ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)         | 155   | 58      | 97      |
| PREMATURO MENOR 1500 GRS. Y MENOR DE 32 SEM.           | 0     | 0       | 0       |
| OXIGENO DEPENDIENTE                                    | 10    | 4       | 6       |
| FIBROSIS QUÍSTICA                                      | 0     | 0       | 0       |
| EPILEPSIA  | 87    | 51      | 36      |
| ENFERMEDAD DE PARKINSON                                | 27    | 10      | 17      |
| ARTROSIS DE CADERA Y RODILLA                           | 403   | 80      | 323     |
| ALIVIO DEL DOLOR                                       | 10    | 4       | 6       |
| ONCOLÓGICA   | 4     | 0       | 4       |
| NO ONCOLÓGICA  | 134   | 43      | 91      |
| CON ESCARAS (*)  | 5     | 1       | 4       |
| TOTAL PERSONAS   | 89    | 27      | 62      |
| TOTAL PERSONAS CON ESCARAS                             | 4     | 2       | 2       |
| TOTAL PERSONAS CON CUIDADOR QUE RECIBE APOYO MONETARIO | 47    | 19      | 28      |

#### 4. ACTIVIDADES Y PRESTACIONES.

Nuestras prestaciones han experimentado un crecimiento a pesar del déficit de infraestructura actual. Las estaciones médicas de barrio presentan limitaciones en sus plantas físicas que impiden realizar procedimientos complejos y los usuarios deben trasladarse al centro base. En el contexto del polo, esta situación ocurre para la atención dental, de sala IRA/ERA, sala PAME, inmunizaciones y entrega de alimentos a población infantil y embarazadas. La atención de cirugía menor de la red se concentra en el CEFAM Domeyko, por lo que este es el centro

receptor de las derivaciones. En este polo también se realizan atenciones de Medicina Integrativa, las cuales son efectuadas en el CESFAM y en las EMB Balmaceda y Nicola D'Onofrio.

| TIPO DE CENTRO | ESTABLECIMIENTO | PRESTACIONES |                |            |                  |             |               |            |          |          |           |             |             |                   |                 |                        |
|----------------|-----------------|--------------|----------------|------------|------------------|-------------|---------------|------------|----------|----------|-----------|-------------|-------------|-------------------|-----------------|------------------------|
|                |                 | AT. MÉDICA   | AT. ENFERMERÍA | AT. DENTAL | AT. NUTRICIONIST | AT. MATRONA | AT. PSICÓLOGO | AT. SOCIAL | SALA IRA | SALA ERA | SALA PAME | VACUNATORIO | ALIM. NIÑOS | ALIM. EMBARAZADAS | ALIM. AD. MAYOR | ATENCIÓN ESPECIALISTAS |
| CESFAM         | Ignacio Domeyko | ✓            | ✓              | ✓          | ✓                | ✓           | ✓             | ✓          | ✓        | ✓        | ✓         | ✓           | ✓           | ✓                 | ✓               | ✓                      |

## 5. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.

Nuestro funcionamiento como Centro de Salud cuenta con la participación activa de la comunidad. El Consejo de Desarrollo Local desarrolla anualmente un plan de trabajo diseñado con el equipo de salud. Somos centro de salud abierto a la comunidad realizando múltiples actividades locales con jardines y colegios, otros departamentos municipales, representantes de pueblos originarios y población general.

Tabla 66: Actividades comunitarias realizadas año 2013. Polo Domeyko

| Actividades Realizadas  | Fecha      |
|---|------------|
| Reunión CDLS directiva elaboración plan de trabajo 2013         | 29-05-2013 |
| Reunión CDLS directiva presentación plan de trabajo             | 05-06-2013 |
| Reunión ampliada Asamblea general más directiva CDLS            | 12-06-2013 |
| Reunión CDLS directiva  | 19-06-2013 |
| Operativo de salud N° 1 junta de vecinos Yungay                 | 22-06-2013 |
| Reunión extraordinaria tema interno directiva CDLS              | 03-07-2013 |
| Reunión CDLS en junta de vecinos Brasil                         | 17-07-2013 |
| Asistencia Aniversario Club de Abstemios                        | 20-07-2013 |
| Charla N° 1 tema Auge Junta de vecinos Portales                 | 24-07-2013 |
| Participación CDLS Cabildo municipal                            | 27-07-2013 |
| Reunión CDLS directiva  | 14-08-2013 |
| Reunión CDLS directiva  | 21-08-2013 |
| Participación en Actividad integración Municipal CDLS con Stand | 25-08-2013 |
| 2° Reunión ampliada Asamblea general y directiva CDLS           | 09-09-2013 |
| 2° Charla Junta de vecinos Centenario, tema: oferta municipal   | 03-10-2013 |

Tabla 67: Actividades comunitarias pendientes año 2013. Polo Domeyko

| Actividades Pendientes                                       | Fecha            |
|--|------------------|
| Operativo Salud más actividad en terreno                     | 26-10-2013       |
| 3° Charla Junta de vecinos Brasil                            | Por definir Nov. |
| Actividad Masiva juntas de vecinos CDLS, Gestión comunitaria | 23-11-2013       |
| Evaluación y elaboración plan de trabajo 2014                | Dic. 2013        |
| Reuniones mensuales Sep., Oct., Nov. y Dic.                  | Por definir      |



## 6. PLAN DE SALUD 2014 POLO DOMEYKO

La prioridad de cada problema está clasificada como: A: alta; M: Media; B: Baja

| Ciclo Vital: MUJER-PERINATAL  |   |  |   |  |         |                 |                       |                      |
|---|---|--|---|--|---------|-----------------|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES  | RR.HH   | MONITOREO       | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| <b>PROMOCION</b>  |   |  |   |  |         |                 |                       |                      |
| Falta de conocimiento y autocuidado durante el proceso de gestación y puerperio <b>PM</b> | Aumentar el número de mujeres con capacidad de autocuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante | Taller de 4 sesiones para gestantes y/o acompañantes   | 60% de gestantes en control participan en taller  | (N° de gestantes que ingresan a talleres grupales/ número total de gestantes que ingresan a control prenatal)x100              | Matrona | REM A27 mensual |                       |                      |
| Déficit en la participación del padre u otra persona significativa <b>PA</b>              | Estimular el apego y crianza del hijo facilitando que las mujeres sean acompañadas por su pareja u otra persona al control prenatal.                | Difusión por medios locales y redes comunitarias de promoción de salud, de los derechos de la mujer durante la gestación, con énfasis en el derecho de ser acompañada en sus controles prenatales y en el parto. | 30 % de mujeres asisten a control es prenatales acompañadas por sus parejas o personas significativas | (N° de controle prenatales con acompañante/ n° total de controles prenatales)x100  | Matrona | Rem A01         |                       |                      |
| <b>PROMOCION</b>  |   |  |   |  |         |                 |                       |                      |
| patologías preexistentes asociadas con el parto prematuro <b>PB</b>                       | Detectar factores de riesgo en mujeres que planifican embarazo que puedan condicionar a un parto prematuro  | Control preconcepcional  | 2% de las mujeres en edad fértil.   | N° de control es preconcepcionales / N de mujeres en edad fértil)x100  | Matrona | REM A 01 P1     |                       |                      |
| Prevalencia de depresión en el embarazo <b>PA</b>   | Detección de depresión en el embarazo   | Aplicar escala de Edimburgo (EPDS) en el ingreso a segundo control prenatal  | 100% de las gestantes al ingreso o segundo control prenatal con aplicación de escala de Edimburgo     | (N° de gestantes al ingreso o segundo control , con puntajes según pauta aplicada/N° total de ingresos a control prenatal)x100 | Matrona | Rem 03          |                       |                      |

| Ciclo Vital: MUJER-PERINATAL   |   |  |  |   |                          |                       |                       |                      |
|--|---|--|--|---|--------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES   | RR.HH                    | MONITOREO             | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
|  |   | En gestantes que presenten puntajes superiores al punto de corte 11/12 repetir EPDS en el próximo control prenatal | el 100% de las gestantes que presentan puntaje de corte 11/12, se repite aplicación de EPDS en el siguiente control prenatal | (N° de gestantes que se repite la EPDS en el siguiente control/total de gestantes con puntaje superiores al punto de corte 11/12)x100   | Matrona                  | Rem 03                |                       |                      |
| Mayor morbimortalidad en mujeres y niños con riesgo psicosocial alto <b>PA</b> | Apoyar a mujeres puérperas con riesgo psicosocial alto durante el embarazo                  | Visita domiciliaria integral (VDI) a puérperas y familia con riesgo psicosocial alto priorizadas por el equipo     | 50% de puérperas de riesgo psicosocial alto (más de 2 puntos EPSA) con VDI   | N° de VDI realizadas a familias con puérperas de riesgo psicosocial alto (más de 2 puntos EPSA)/ N° total de familias con puérperas de riesgo psicosocial alto (más de 2 puntos EPSA) | Asistente social-matrona | REM A 26              |                       |                      |
|  |   |  |  |   |                          |                       |                       |                      |
| Prevalencia de malnutrición por exceso en gestantes <b>PA</b>                  | Vigilar el aumento de peso durante la gestación en embarazadas por malnutrición por exceso  | Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso  | 40% de cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por exceso  | (N° de gestantes con malnutrición por exceso bajo control con consulta nutricional/N° total de gestantes con malnutrición por exceso)x100   | Nutricionista            | Rem P01 sección E y D |                       |                      |
| Prevalencia de malnutrición por déficit en gestantes <b>PB</b>                 | Vigilar el aumento de peso durante la gestación en embarazadas por malnutrición por déficit | Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit   | 70% de cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por déficit   | (N° de gestantes con malnutrición por déficit bajo control con consulta nutricional/N° total de gestantes con malnutrición por déficit)x100   | Nutricionista            | Rem P01 sección E y D |                       |                      |

| Ciclo Vital: MUJER-PERINATAL                               |   |  |  |   |               |                                   |                       |                      |
|--|---|--|--|---|---------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES   | RR.HH         | MONITOREO                         | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| Prevalencia de malnutrición por exceso postparto <b>PM</b> | Recuperar el estado nutricional pre gestacional de la mujer al 8° mes postparto | Evaluación del estado nutricional de la mujer al 3° y 8°mes postparto.   | Lograr un 60% de la población de mujeres con sobrepeso y obesidad en el control del 8° mes postparto recuperen su estado nutricional pregestacional.             | N° de mujeres con sobrepeso y obesidad que recuperaron su estado nutricional pregestacional al 8° mes/N° total de mujeres con sobrepeso y obesidad controladas al 8° mes postparto. | Nutricionista | Rem 03 sección F REM P1 Sección D |                       |                      |
| Transmisión vertical de VIH <b>PA</b>                      | Disminuir la transmisión vertical de VIH  | En control prenatal:<br>Solicitud de examen VIH con información y orientación<br>· Entrega de resultado con consejería | 100% de las gestantes que acceden a control de embarazo reciben información orientación e indicación de examen de VIH y consejería post test de detección de VIH | (N° de gestantes en control que se le indica el examen VIH/N° total de gestantes en control en el mismo periodo)x100  | Matrona       | REM A19<br>REM 11                 |                       |                      |
|  |   |  |  | (N° de gestantes que reciben consejería post test de detección de VIH/N° total de gestantes en control en el mismo periodo)x100   | Matrona       | REM A19<br>REM 11                 |                       |                      |
|  |   | Tamizaje para VIH durante el embarazo  | 100% de las embarazadas que ingresan a control acceden a tamizaje de VIH   | (N° total de exámenes para VIH procesados de muestras tomadas a gestantes/N° total de ingresos prenatales)x100  | Matrona       | REM 05<br>REM A11                 |                       |                      |

| Ciclo Vital: MUJER-PERINATAL                      |   |   |  |  |         |   |                       |                      |
|---|---|---|--|--|---------|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES  | RR.HH   | MONITOREO                                   | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| Transmisión vertical de VIH <b>PA</b>             | Disminuir la transmisión vertical de VIH                            | Visita domiciliaria a gestantes en proceso de confirmación diagnóstica de VIH que estén inasistentes a control prenatal, asegurando la confidencialidad | 100% de las gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas-citadas | (N° de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes, citadas a control /N° de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes a control )x100 | Matrona | REM A 19<br>REM A11                         |                       |                      |
|   |   | Visita domiciliaria a gestantes VIH (+) inasistentes a control prenatal, asegurando confidencialidad  | 100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control prenatal son visitadas-citadas                | (N° de gestantes VIH (+) que no asisten a control prenatal visitadas-citadas/N° de gestantes VIH(+) inasistentes a control prenatal)x100   | Matrona | SIN REM ,<br>SOLO<br>REGISTRO<br>LOCAL      |                       |                      |
|   |   | Derivación de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal al centro de atención VIH   | 100% de las gestantes VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al programa VIH    | (N° de gestantes VIH+ derivadas al programa VIH/N° total de gestantes VIH+)x100  | Matrona | SIN REM SOLO<br>REGISTRO<br>LOCAL           |                       |                      |
| Baja cobertura de atención ginecológica <b>PB</b> | Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital      | Control preventivo de salud integral ginecológica   | El 20% con control de salud integral ginecológica  | (N° de mujeres con control preventivo ginecológico/ N° total de mujeres mayor a 10 años inscritas y validadas)   | Matrona | REM 01                                      |                       |                      |
| Consumo de alcohol en gestantes <b>PB</b>         | Aumentar la detección del consumo de riesgo de alcohol en gestantes | Aplicar AUDIT en las gestantes en control prenatal  | 100% de las gestantes en control prenatal tienen AUDIT aplicado                                  | (N° de gestantes bajo control con AUDIT aplicado/ N° total de gestantes bajo control prenatal )x100  | Matrona | REM A05<br>SECCION K<br>REM 01<br>SECCION A |                       |                      |

| Ciclo Vital: MUJER-PERINATAL  |  |  |  |  |           |  |                       |                      |
|---|--|--|--|--|-----------|--|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES  | RR.HH     | MONITOREO                                    | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| Prevalencia en el consumo de drogas en la gestante <b>PA</b>        | Aumentar la detección del consumo de drogas en la gestante   | Aplicar la evaluación psicosocial abreviada (EPSA) al as gestantes en control prenatal | 100% de las gestantes en control prenatal con EPSA aplicado                      | (N° de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado/ N° total de gestantes en control)X100  | Matrona   | REM A03<br>SECCION G<br>REM A01<br>SECCION A |                       |                      |
| Prevalencia de depresión postparto <b>PM</b>                        | Aumentar la detección de la depresión postparto  | Aplicar la pauta de Edimburgo a los 2 y 6 meses post parto                             | 100% de las madres se les aplica pauta de Edimburgo a los 2 y 6 meses post parto | (N° de madres a los 2 y 6 meses post parto con aplicación de escala de Edimburgo/N° total de madres con control post parto a los 2 y 6 meses | Enfermera | REM A03<br>SECCION H<br>REM A01<br>SECCIÓN A |                       |                      |
| Baja adherencia de los padres a los controles prenatales. <b>PM</b> | 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 una actividad anual de difusión en cada uno de los centros de salud.    | N° de actividades de difusión realizadas   | Matrona   | Rem 19,<br>Sección B.1.<br>celdas L98        |                       |                      |

| Ciclo Vital: INFANTIL  |  |  |   |   |                             |           |                       |                      |
|--|--|--|---|---|-----------------------------|-----------|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES   | RR.HH                       | MONITOREO | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| (B) Alta prevalencia de malnutrición asociada a malos hábitos alimentarios | Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludable y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital. | Consejerías (consejo breve) de actividad física y de hábitos alimentarios saludables entregada a niñas(os) menores de 10 años, basados en la Guía para una vida saludable. | 1% de niñas(os) bajo control que reciben consejería individual de actividad física y de hábitos alimentarios saludables | (N° de consejerías en hábitos alimentarios saludables y actividad física entregadas a niñas(os) menores de 10 años/N° de niñas(os) menores de 10 años bajo control) | Nutricionist a<br>Enfermera | REM A 19A |                       |                      |

| Ciclo Vital: INFANTIL  |  |  |  |   |  |   |                       |                      |
|--|--|--|--|---|--|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES   | RR.HH  | MONITOREO   | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| (M)Alta prevalencia de malnutrición asociada a malos hábitos alimentarios Y sedentarismo | Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludable y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital. | Consulta nutricional al 5 mes y 20 días de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6° mes de vida, según las Guías de Alimentación del niño(a) menor de 2 años hasta la adolescencia. |  | (población con consulta nutricional al 5° mes y 20 días) /Total población normal bajo control entre 5 y 11 meses) X 100   | Nutricionista  | REM P2 Sección E y A.   |                       |                      |
|  |  | Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según las Guías de Alimentación del niño(a) menor de 2 años hasta la adolescencia.                                   | 25%de niñas(os) con estado nutricional normal reciben consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.                                       | (población con consulta nutricional a los 3 años y 6 meses/Total población normal bajo control entre 24 y 47 meses) X 100   | Nutricionista  | REM P2 Sección A yE   |                       |                      |
|  | Lograr lactancia materna exclusiva en niñas(os) hasta el sexto 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 del niño(a).   | 60% la lactancia materna exclusiva en niñas(os) hasta el sexto mes de vida.  | (N° de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva en el control de salud del sexto mes de vida/N° de lactantes con control de salud al día al sexto mes de vida) X100.                   | Enfermera Matrona Nutricionista                            | REM A03   |                       |                      |
| (M) Alta prevalencia de deficiencias del desarrollo integral relacionados con la crianza | Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.               | Taller educativo de habilidades parentales con metodología "Nadie es perfecto" a madres y/o madres de niños(as) menores de 72 meses bajo control.  | 4 talleres de "Nadie es perfecto" iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas(os) menores de 72 meses por facilitador vigente | (N° de talleres de "Nadie es perfecto" iniciados, entregados a padres, madres o cuidadores de niñas(os) menores de 72 meses por facilitador vigente/ N  total de facilitadores del Polo) X 100. | Profesionales de salud facilitadores capacitados del Polo. | Sistema de registro monitorio del CHCC. (Modulo nadie es perfecto). |                       |                      |

| Ciclo Vital: INFANTIL  |  |  |   |   |  |   |                       |                      |
|--|--|--|---|---|--|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES   | RR.HH  | MONITOREO   | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
|  |  |  | 3% de padres, madres y/o cuidadores de niñas(os) menores de 72 meses bajo control ingresen a los talleres con metodología nadie es perfecto.  | (N° de padres, madres y/o cuidadores de niñas(os) menores de 72 meses bajo control que ingresan a los talleres con metodología nadie es perfecto/ N° total de niñas (os) menores de 72 meses bajo control) x 100. | Profesionales de salud facilitadores capacitados del Polo. | Sistema de registro monitorio del CHCC. (Modulo nadie es perfecto). REM P2 Sección A. |                       |                      |
|  | Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niños y niñas  | Educación grupal relacionado con DPM.  | 10% de niños 2,6 en talleres de educación grupal.   | N° de niños que ingresan a educación grupal de 2,6 años/n° de niños de esta edad bajo control. X 100  | Equipo sala de estimulación                                | REM A 27 sección A  |                       |                      |
|  |  | Talleres a madres, padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 1 año, acerca de prevención de IRA. | Realizar al menos 2 talleres en la comunidad en prevención de IRA.  | (N° de madres, padres y/o cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA /N° total de niños(as) menores de 1 año bajo control) X 100.  | Personal de salud de los centros del Polo.                 | REM A 27 sección A. REM P2 Sección A.   |                       |                      |
| (A)Alteraciones del crecimiento y del desarrollo del niño(a) y enfermedades prevalentes. | Fortalecer el control de salud del niño(a) con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral. | Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 10 días de vida.                  | 75 % puérperas y recién nacidos antes de los 10 días de vida, que reciben atención integral, apoyo para el fomento en la seguridad del apego, fomento de la lactancia materna exclusiva y refuerzo en el uso de implementos PARN. | (N° de puérperas y recién nacidos con control integral de salud antes de los 10 días de vida/ N° total de partos) X 100.INDICADOR CHCC: LA META PABDS ES DE UN 70% Y EL POLO LOGRA A AGOSTO UN 51%                | Matronas   | REM A 01<br>REM 05  |                       |                      |

| Ciclo Vital: INFANTIL |           |  |  |   |            |   |                       |                      |
|-----------------------|-----------|--|--|---|------------|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA              | OBJETIVOS | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES   | RR.HH      | MONITOREO   | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
|                       |           | Detección Precoz e displasia de caderas en niñas(os) menores de 4 meses.   | 100 % de niñas (os) que acuden a control de 2 meses son derivados a examen radiológico de caderas  | (N° de niñas(os) de 2 meses de edad derivadas a examen radiológico de caderas /N° total de niñas(os) de 3 a 5 meses de edad bajo control) X 100.                      | Enfermera. | SIGGES<br>REM P2<br>Sección A<br>INDICADOR DE CONVENIO                  |                       |                      |
|                       |           | Control de salud de los 4 y 12 meses con aplicación de pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre/padre o figura significativa. | 60 % aplicación de pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre/padre o figura significativa en el control de salud de los 4 y 12 meses de edad | (N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada al grupo de 4 meses / por el N° total de niñas(os) de 4 y 12 meses bajo control) X 100 | Enfermera  | REM A03<br>sección A<br>REM P<br>Sección A.<br>-----<br>----<br>REM A03 |                       |                      |
| (A)                   |           | Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de desarrollo sicomotor.   | 92 % de niñas(os) de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo sicomotor (e el control de salud).   | N° de aplicaciones del test de evaluación del desarrollo sicomotor a los niñas(os) de 8 meses / N° total de niñas(os) de 8 meses bajo control) X 100.                 | Enfermera  | REM A03<br>sección B<br>REM P2<br>Sección A                             |                       |                      |
| (M)                   |           | Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo sicomotor  | 90% niñas (os) que se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses.  | (N° de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses / N° de niñas(os) de 12 a 17 meses bajo control ) X 100.                                      | Enfermera  | REM A03<br>sección A<br>REM P2<br>sección A.                            |                       |                      |
| (M)                   |           | Control de salud a los 15 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo sicomotor  | 30 % niñas (os) que se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses.   | N° de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses / N° de niñas(os) de 12 a 17 meses bajo control) X 100.  | Enfermera  | REM A03<br>sección A<br>REM P2<br>sección A.                            |                       |                      |

| Ciclo Vital: INFANTIL                       |  |  |   |  |                   |   |                       |                      |
|---|--|--|---|--|-------------------|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA                                    | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES  | RR.HH             | MONITOREO   | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| (A)   |  | Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo sicomotor.                | 95.1 % niñas(os) de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo sicomotor (en el control de salud). | N° de aplicaciones del test de evaluación del desarrollo sicomotor realizada al grupo de 18 a 23 meses / N° total de niñas(os) de 18 a 23 meses bajo control) X100 | Enfermera         | REM A03 sección A<br>REM P2 sección A.            |                       |                      |
| (M)   |  | Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo psicomotor | 50 %Niñas (os) e 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud                                  | N° de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 24 a 47 meses / N° de niñas(os) de 24 a 47 meses bajo control) X 100.                                     | Enfermera         | REM A03 sección A<br>REM P2 sección A.            |                       |                      |
| (A)   |  | Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor                | 30%niñas(os) de 36 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (en el control de salud).    |  | Enfermera         | REM A03 sección A<br>REM P2 sección A.            |                       |                      |
| (A) Prevalencia de enfermedades infecciosas | Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles | Administración de la 3° dosis de vacuna pentavalente en niñas(os) menores de 1 año de vida.          | Cobertura de vacunación.  |  | enfermera y TENS. | Sistema informático<br>REM-RNI<br>Proyección INE. |                       |                      |
|   |  | Administración de la 3° dosis de vacuna neumocica conjugada durante el primer año de vida.           | Cobertura de vacunación.  |  | enfermera y TENS. | Sistema informático<br>REM-RNI<br>Proyección INE  |                       |                      |
|   |  | Administración de la 1° dosis de vacuna tres vírica durante el primer año de vida.                   | Cobertura de vacunación.  | ( N° de vacunas trivirica, 1° dosis, administrada durante el primer año de vida / N° total de niñas(os) con 1 año de vida) X 100                                   | enfermera y TENS. | Sistema informático<br>REM-RNI<br>Proyección INE  |                       |                      |

| Ciclo Vital: INFANTIL   |  |  |  |   |                               |  |                       |                      |
|---|--|--|--|---|-------------------------------|--|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES   | RR.HH                         | MONITOREO  | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
|   | Mejorar y mantener la salud bucal de niñas(os) en edad parvularia y escolar. | Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de niñas(os) de 2, 4 y 6 años. | 100% de altas odontológicas de niñas(os) de 2, 4 y 6 años han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o Técnico paramédico de Odontología. | (N° de niñas(os) de 2, 4, y 6 años con Educación individual con instrucción de Técnica de cepillado/ Total de niños(as) de 2, 4 y 6 años con alta odontológica total)x100 | Odontólogo y Asistente Dental | REM A09 Sección B o J (se encuentran agrupados por grupos etáreos, lo que no permite seleccionar edades específicas) |                       |                      |
| (M)Prevalencia de patologías o factores de riesgo en población infantil | Favorecer la adherencia y cobertura al control de Salud Infantil.            | Control de salud a niñas(os) de 2 y 3 años inscrito en establecimiento de salud.                                 | 30 % de controles de salud realizados a niñas(os) de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el período)  | (N° de controles de salud de niñas(os) de 24 a 47 meses/N° total de niñas(os) de 24 a 47 meses Bajo Control)x100  | Enfermera                     | REM A01 Sección B<br>REM P2 Sección A  |                       |                      |
|   |  | Control de salud a niñas(os) de 4 y 5 años inscrito en establecimiento de salud.                                 | 20 % de controles de salud realizados a niñas(os) de 48 a 71 meses según estándar (2 controles en el período).   | (N° de controles de salud de niños(as) de 48 a 71 meses/N° total de niños de 48 a 71 meses bajo control)x100  | Enfermera                     | REM A01 Sección B<br>REM P2 Sección A  |                       |                      |
| (B)   |  | Control de salud de niñas y niños de 6 a 9 años  | 10% de controles de salud realizados a niñas y niños de 6 a 9 años(al menos un control en el período)  | (N° de controles de salud de niños(as) de 6 a 9 años/N° total de niñas(os) de 6 a 9 años Bajo Control)x100  | Enfermera                     | REM A01 Sección B<br>REM P2 Sección A  |                       |                      |
| (M)   |  | Control de salud de niñas y niños de 24 a 71 meses   | 15% de controles de salud realizados a niñas y niños de 24 a 71 meses  | (N° de niñas(os) de 24 a 71 meses Bajo Control /N° Total de niñas(os) de 24 a 71 mes )x100  | Enfermera                     | REM P2 Sección F y A   |                       |                      |

| Ciclo Vital: INFANTIL                              |  |   |   |  |   |  |                       |                      |
|--|--|---|---|--|---|--|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES  | RR.HH                                     | MONITOREO                              | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| (A) Pesquisa de enfermedades respiratorias         | Contribuir a la disminución de morbimortalidad en menores de 1 año por IRA   | Visitas Domiciliarias realizadas a familias de niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía grave | Realizar Visita Domiciliaria Integral al 100% de las familias con niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía grave. | (N° de Visitas Domiciliarias Integrales de las familias con niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía grave/N° total de niñas y niños menores de 7 meses con score de riesgo del IRA grave)x100 | Enfermera, Asistente Social, Kinesiólogo. | REM A23 Sección M<br>REM P 2 Sección D |                       |                      |
| (M) Alto índice de caries en la población infantil | Mejorar y mantener la salud bucal de niñas(os) en edad parvularia, mediante medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia. | Atención Odontológica integral a niñas(os) en edad parvularia.  | 30% de cobertura en altas odontológicas totales en niños(as) de 2 años inscritos y validados                                    | (N° de niñas(os) de 2 años con alta odontológica total/N° total de niñas(os)de 2 años inscritos validados)x100   | Odontólogo                                | REM A09 Sección C                      |                       |                      |
|  |  |   | 30% de cobertura en altas odontológicas totales en niños(as) de 4 años inscritos y validados                                    | (N° de niñas(os) de 4 años con alta odontológica total/N° total de niñas(os)de 4 años inscritos validados)x100   | Odontólogo                                | REM A09 Sección C                      |                       |                      |
|  |  | Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 y 4 años  | 100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 2 y 4 años de edad                                  | (N° de niñas(os) de 2 y 4 años con registro de CEO/N° total de niñas(os) de 2 y 4 años con registro odontológico)x100  | Odontólogo                                | REM A09 Sección C                      |                       |                      |
| (A)  | Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niñas(os) de 6 años(GES Salud Oral Integral para niñas(os) de 6 años)  | Atención odontológica integral a niñas(os) de 6 años  | 70% de cobertura en altas odontológicas totales en niñas(os) de 6 años, inscritos y validados.                                  | (N° de niñas(os) de 6 años con alta odontológica total/N° total de niñas(os) de 6 años inscritos y validados)x100  | Odontólogo                                | REM A09 Sección C                      |                       |                      |

| Ciclo Vital: INFANTIL   |  |  |   |  |               |  |                       |                      |
|---|--|--|---|--|---------------|--|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES  | RR.HH         | MONITOREO                                    | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
|   |  | Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 6 años.  | 100% de los ingresos a tratamiento odontológicos tiene registro CEO a los 6 años de edad.   | (N° de niñas(os) de 6 años con registro de CEO/N° total de niñas(os) de 6 años con ingreso)x100  | Odontólogo    | REM A09 Sección C                            |                       |                      |
| (A) Alta prevalencia de obesidad infantil                                       | Contribuir a la disminución de la prevalencia de malnutrición por exceso (obesidad) en la población de niñas(os) mayores de 1 año y menores de 10 años | Visita Domiciliaria Integral realizada a familias de niños(as) mayores de 1 año y menores de 10 años con malnutrición por exceso (obesidad); según las normas vigentes           | 10% de niños mayores de 1 año y menores de 10 años bajo control con mal nutrición por exceso (obesidad) que reciben consulta nutricional se les realiza Visita Domiciliaria Integral. | (N° de niños(as) mayores de 1 año y menores de 10 años con malnutrición por exceso (obesidad) con Visita Domiciliaria Integral/N° total de niños(as) mayores de 1 año y menores de 10 años que reciben Consulta Nutricional)x100           | Nutricionista | REM 26 Sección A<br>REM A01 Sección C y CMI. |                       |                      |
| (A) Prevalencia de alteraciones del desarrollo psicomotor en población infantil | Disminuir el porcentaje de niñas(os) con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor.   | Actividades de estimulación en el CESFAM o en la Comunidad; en sala de estimulación, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria. (Ludoteca no es intervención). | 80% de niñas(os) que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación del DSM                                  | (N° de niñas(os) menores de 4 años con rezago en su desarrollo sicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/N° total de niñas(os) menores de 4 años detectados con rezago en la primera evaluación de desarrollo sicomotor) X100 | Enfermera     | REM A03 Sección C y B                        |                       |                      |

| Ciclo Vital: INFANTIL |   |  |   |   |                        |   |                       |                      |
|-----------------------|---|--|---|---|------------------------|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA              | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES   | RR.HH                  | MONITOREO   | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
|                       |   |  | 80 % de niñas(os) con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidades de estimulación del DSM.                          | (N° de niñas(os) menores de 4 años con déficit en su desarrollo sicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación /N° total de niñas(os) menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación del DSM) X 100  | Educadora de Párvulos. | REM A03   |                       |                      |
|                       |   | Reevaluación de niñas(os) con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo sicomotor. | 75% de las niñas(os) detectados con déficit en su desarrollo sicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas(os). | (N° de niñas(os) diagnosticadas con déficit en su desarrollo sicomotor en las evaluaciones s de 8, 18 y 36 meses recuperadas(os) / N° total de niñas y niños diagnosticados con déficit en su desarrollo sicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses) X 100 | Enfermera              | REM A03   |                       |                      |
| (A)                   | Disminuir el porcentaje de niñas(os) con déficit o rezago de su desarrollo sicomotor. | Visita domiciliaria integral   | 70% de niñas(os) menores de 5 años diagnosticados con déficit (riesgo y retraso) en su DSM recibe al menos 2 VDI.                   | (N° de VDI realizadas a familias con niñas(os) con déficit de DSM/N° total de niñas(os) menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo sicomotor) X 100  | Equipo de salud        | REM A 26<br>Sección A<br>REM P2<br>sección C<br>INDICADOR<br>CHCC |                       |                      |

| Ciclo Vital: INFANTIL  |  |  |   |  |                               |   |                       |                      |
|--|--|--|---|--|-------------------------------|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES  | RR.HH                         | MONITOREO                               | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| (M)  | Disminuir brecha de derivación a confirmación diagnóstica de depresión a madres con screening positivo (escala de Edimburgo) | Ingreso a confirmación diagnóstica   | 100% de madres con screening de depresión positivo a los 2 y 6 meses postparto derivadas a confirmación diagnóstica   | (N° de mujeres con screening positivo derivadas a confirmación diagnóstica/N° total de mujeres evaluadas)x100  | Enfermera                     | SIGGES                                  |                       |                      |
| (A) Alta prevalencia de enfermedades respiratorias (IRA)   | Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen IRA baja                                | Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA baja en menores de 5 años | 100% en niños menores de 5 años atendidos antes de 24 horas luego de derivación médica por IRA baja.  | (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)x100 | Kinesiólogo                   | SIGGES                                  |                       |                      |
| PROMOCION  |  |  |   |  |                               |   |                       |                      |
| (A) Disminución de niños alimentados por lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de vida.        | 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 una actividad anual de difusión en el Polo Domeyko.  | N° de actividades de acogida realizadas/ Total de actividades programadas  | Matrona<br>Enfermera          | Rem 19, Sección B.1. celdas L110        |                       |                      |
| (A) Existencia de desigualdades que afectan el proceso de desarrollo psicosocial de los niños y niñas. | 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 | 3 actividades comunitarias sugeridas en la guía, según realidad local. Entre los temas sugeridos están: Promoción de Derechos de niños y 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  | Psicólogo<br>Asistente Social | Rem 19, sección B.1. celda L 106 a k109 |                       |                      |
|  |  |  |   |  | Odontólogos                   |   |                       |                      |

| Ciclo Vital: INFANTIL   |   |   |   |  |  |   |                       |                      |
|---|---|---|---|--|--|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES  | RR.HH  | MONITOREO   | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| (A)<br>Altas tasas de obesidad, sedentarismo y tabaquismo en Chile                              | Promover acciones de EVS y del desarrollo integral de niños y niñas   | Actividades educativas con apoyo de la Guía para una vida saludable I y II (en establ. educacionales y espacios comunitarios) | 5 actividades comunitarias sugeridas en la guía, según realidad local (escuelas saludables)                                 | Total de actividades comunitarias realizadas/ Total de actividades sugeridas en la guía programadas              | Nutricionista  | Rem 19, Sección B.1. celda D106 a F 106 + D108 a F109 |                       |                      |
| (A)<br>Altas tasas de obesidad, sedentarismo y tabaquismo en Chile                              | Promover que las niñas y niños participen en actividades grupales vinculadas a alimentación saludable y/o actividad física                      | Actividades de difusión de la oferta pública existente  | Realizar una actividad anual de difusión en cada uno de los centros de salud.   | Nº de actividades grupales en las que participan niños vinculadas a alimentación saludable y/o actividad física  | Equipo Vida Sana<br>Profesor Educación Física.                                 | Rem 19 sección B.1. celdas D110 + E110                |                       |                      |
| (B)<br>Altas tasas de obesidad, sedentarismo y tabaquismo en Chile                              | Favorecer la adquisición de hábitos de alimentación saludables, de AF y evitar el tabaquismo, de forma precoz como factores protectores de ECNT | Consejerías en EVS, actividad física y tabaquismo a padres de niños inscritos menores de 10 años                              | Realizar 5 consejería individual en EVS y AF, para padres de niños menores de 10 años, en cada uno de los centros de salud. | Total de padres de niños menores de 10 años participan en consejerías / Total de padres de niños inscritos * 100 | Nutricionista<br>Kinesiólogo<br><br>Enfermera                                  | Rem 19 sección A.1. celadas D12 al D41                |                       |                      |
| (B)<br>Alta prevalencia de trastornos emocionales y conductuales en la población infantojuvenil | 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/ Nºtalleres convenios* 100 (7)                      | Psicólogos/<br>Asistente Social/<br>Educadora de párvulos sala de Estimulación | Rem 19  |                       |                      |
| (B)<br>Alta prevalencia de trastornos emocionales y conductuales en la población infantojuvenil | 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/ Nºtalleres convenios* 100 (7)                      | Psicólogos/<br>Asistente Social/<br>Educadora de párvulos sala de Estimulación | Rem 19  |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE   |   |   |  |  |   |  |                       |                      |
|--|---|---|--|--|---|--|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES  | RR.HH                                   | MONITOREO  | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| <b>PREVECION</b>   |   |   |  |  |   |  |                       |                      |
| Baja cobertura de controles de salud adolescente.                                  | Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente  | Control de salud integral Joven Sano a adolescentes de 10 a 19 años. (10 A 14 AÑOS 9,1% IAAPS)                | 9,1 % de los controles a adolescentes 10-14 años.2 % de controles a adolescentes 15-19 años.   | (N° de controles realizados, según grupo etareo /N° total de adolescentes inscritos de dichos gruposx100   | Enfermera Matrona y otros profesionales | REM A 01 Sección G<br>REM 01 Sección I<br>REM F 01 |                       |                      |
| Problema de salud con GES  | Detectar signos y síntomas de cáncer de alta incidencia en adolescentes.  | Control de salud integral "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años.  | 100% de adolescentes con sospecha de cáncer, derivados a especialista.   | (N° de adolescentes, según sexo, derivados a especialista con sospecha de cáncer de alta prevalencia/N° total de controles de salud integral "joven Sano" realizados) x100 | Medico Enfermera Matrona                | SIGGES Registro Nacional de Cáncer Infantil        |                       |                      |
| Alta prevalencia de enfermedades bucodentarias en población adolescente.           | Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas. | Educación individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de adolescentes de 12 años. | 100% de las altas odontológicas a los 12 años han recibido educación en técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontóloga. | (N° de adolescentes de 12 años con educación en técnica de cepillado /N° total de adolescentes de 12 años con alta odontológica)x100                                       | Odontólogo                              | REM A09 sección B o J.                             |                       |                      |
| Incremento de los embarazos en adolescentes y de las conductas sexuales de riesgo. | Aumentar el número de consejería en SSR con enfoque de género.  |   | Aumentar en un 10 % el número de consejerías en salud sexual reproductiva otorgadas a adolescentes hombres y mujeres en espacio amigable, respecto al 2013.      | (N° consejerías en SSR realizadas en espacio amigable / N° consejerías línea base 2013) x100   | Matrona                                 | REM A 19.  |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE   |  |  |  |  |         |                      | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
|--|--|--|--|--|---------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES  | RR.HH   | MONITOREO            |                       |                      |
|  |  |  | 100% de adolescentes pesquisados con conducta sexual de riesgo en control de salud integral (CJS) reciben consejería.  | (N° de consejerías en SSR realizadas / N° consejerías línea base 2013)x100   | Matrona | REM A 19 sección A 1 |                       |                      |
|  |  | Consejería para la regulación de la fertilidad en adolescentes mujeres y hombres que lo soliciten. | 100% de consejerías en regulación de fertilidad realizadas en espacio amigable según demanda espontanea, a adolescentes mujeres y hombres que ingresan a regulación de fertilidad. | (N° de consejerías en regulación de fertilidad realizadas en espacio amigable a adolescentes por sexo que ingresan a regulación de fecundidad / N° total de adolescentes que ingresan a regulación de fecundidad) x100 | Matrona | REM A 19 sección A 1 |                       |                      |
| Alta incidencia de embarazo adolescente y sus riesgos asociados. | Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual activa. | Control de regulación de fertilidad  | 100% de los adolescentes hombres y mujeres que solicitan un método anticonceptivo, ingresan a control de regulación de fertilidad.   | (N° adolescentes bajo control con método anticonceptivo, según sexo / N° total de población bajo control de regulación de fertilidad) x 100  | Matrona | REM P1 sección A.    |                       |                      |
| Alta incidencia de embarazo adolescente y sus riesgos asociados. | Educación entorno al embarazo en adolescentes menores de 19 años (10 a 14 y de 15 a 19 años)                             | Consejería en salud sexual y reproductiva.   | 100% de adolescentes según sexo que solicitan y que ingresan a planificación reciben Consejería SSR.   | (N° de consejería en salud sexual reproductiva realizadas a adolescentes, según sexo/N° total consejerías en salud sexual reproductiva planificadas) x100  | Matrona | REM A19 Sección A. 1 |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE                                      |  |  |   |   |                          |   |                       |                      |
|---|--|--|---|---|--------------------------|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES   | RR.HH                    | MONITOREO   | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
|   | Educación entorno al embarazo en adolescentes menores de 19 años (10 a 14 y de 15 a 19 años)                     | Consejería en regulación de fertilidad   | 100% de adolescentes que solicitan regulación de fertilidad, según sexo recibe consejería en salud sexual reproductiva. | (N° de consejerías en regulación de fertilidad realizada a adolescentes, según sexo / N° total consejerías en regulación de fertilidad planificadas) x 100. | Matrona                  | REM A 19 Sección A.1                                    |                       |                      |
| Incremento de la prevalencia de infección VIH en adolescentes | Aumentar el número de adolescentes informados sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo. | Consejería en prevención del VIH/SIDA e ITS.   | 100% de adolescentes bajo control en regulación de fertilidad reciban consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS.       | (N° consejerías en SSR realizadas/N° de adolescente bajo control en regulación de fertilidad) x100  | Matrona                  | REM A19 Sección A.1                                     |                       |                      |
|   | Aumentar el N° de adolescentes madres en control de fertilidad para prevenir 2do embarazo adolescente            | Visita domiciliaria integral (VDI) con foco en prevención de segundo embarazo en adolescentes gestantes.   | al menos 1 visita domiciliaria integral al 100% adolescentes gestantes con foco en prevención de 2° embarazo.           | (N° de visita domiciliaria integral (VDI) realizadas, en adolescentes gestantes/N° de adolescentes gestantes) x 100   | Matrona Asistente Social | REM A26 sección A<br>REM P01 Sección C<br>Programa CHCC |                       |                      |
|   |  | Control de regulación de fertilidad (entrega de métodos anticonceptivos y de anticoncepción de emergencia) | 80% de adolescentes madres en control de fertilidad.  | (N° de adolescentes madres en control de regulación de fertilidad/población bajo control en regulación de fecundidad) x100                                  | Matrona                  | REM A04 sección C<br>REM P01 Sección A                  |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE                         |  |  |   |  |               |                   | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
|--|--|--|---|--|---------------|-------------------|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES  | RR.HH         | MONITOREO         |                       |                      |
| Alta prevalencia de malnutrición en adolescentes | Vigilar el Peso durante la gestación, en embarazadas menores de 20 años con malnutrición por exceso y mal nutrición por déficit. | Consulta nutricional de gestantes menores de 10 a 19 años con malnutrición por exceso. | 50% cobertura de consulta nutricional en gestantes menores de 10 a 19 años con malnutrición por exceso. | (N° de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional/N° total de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso bajo control) x 100            | Nutricionista | REM P01 sección E |                       |                      |
|  |  | Consulta nutricional de gestantes de 15 años con malnutrición por déficit              | 100% cobertura de consulta nutricional en gestantes menores de 15 años con malnutrición por déficit.    | (N° de gestantes menores de 15 años con malnutrición por déficit bajo control, con consulta nutricional / N° total de gestantes menores de 15 años con malnutrición por déficit bajo control) x 100. | Nutricionista | REM P01 sección E |                       |                      |
| Alta prevalencia de malnutrición en adolescentes | Vigilar el peso durante la gestación, en embarazadas menores de 20 años con malnutrición por exceso y malnutrición por déficit   | Consulta nutricional de gestantes de 15 a 19 años con malnutrición por déficit.        | 50% de cobertura de consulta nutricional en gestantes de 15 a 19 años con malnutrición por déficit.     | (N° de gestantes de 15 a 19 años con malnutrición por déficit bajo control, con consulta nutricional/N° total de gestantes menores de 15 a 19 años con malnutrición por déficit bajo control) x 100  | Nutrición     | REM P01 sección E |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE  |   |  |   |  |   |                         | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
|---|---|--|---|--|---|-------------------------|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES  | RR.HH   | MONITOREO               |                       |                      |
|   | Disminuir la incidencia de adolescentes con diagnóstico de malnutrición por exceso. (*) En los que tengan Vida Sana | Seguimiento en adolescentes con malnutrición por exceso, con educación alimentaria-nutricional y actividad física. | 50% de adolescentes que asisten regularmente al programa vida sana mejoran su Z score, al 4° control.       | (N° de adolescentes que asisten regularmente al programa Vida sana y que mejoran el Z score al 4° control/N° total de adolescentes con 4° control realizado) x 100                               | Nutricionist a vida sana<br>Profesor de ed. Física  | Página Web<br>vida sana |                       |                      |
|   |   |  | 60% de los adolescentes que asiste regularmente a programa vida sana mejora condición física al 4° control. | (N° de adolescentes que asiste regularmente a programa vida sana y que mejora condición física al 4° control. / N° de adolescentes con 4° control realizado) x 100                               | Nutricionist a vida sana<br>Profesor de Ed. Física. | Página Web<br>vida sana |                       |                      |
| Alta prevalencia de alteración de la salud mental en los adolescentes | Detección Precoz de problemas y trastornos mentales en adolescentes.  | Detección de depresión en adolescentes   | 100% de adolescentes diagnosticados son derivados a programa de depresión.                                  | (N° de adolescentes que se derivan al programa de depresión / N° de adolescentes diagnosticados con depresión) x 100   | Medico  | SIGGES                  |                       |                      |
| Alta prevalencia de alteración de la salud mental en los adolescentes | Detección Precoz de problemas y trastornos mentales en adolescentes.  | Consulta médica para diagnóstico de depresión  | 100% de adolescentes con sospecha de depresión son derivados a consulta médica para diagnóstico e ingreso.  | (N° de adolescentes con puntaje positivo cuestionario de depresión son derivados para confirmación diagnóstica / N° total de adolescentes con puntaje positivo cuestionario de depresión) x 100. | Medico  | Sujeto a cambio de REM  |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE  |  |   |   |   |  |  | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
|---|--|---|---|---|--|--|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES   | RR.HH  | MONITOREO                                |                       |                      |
|   |  | Intervención preventiva (o intervención breve)  | 80% de los adolescentes inscritos y con consumo de riesgo de alcohol (AUDIT entre 8 y 15) reciben intervención preventiva o intervención breve.   | (N° de adolescentes inscritos y con consumo de riesgo de alcohol (AUDT entre 8 y 15) que reciben intervención preventiva / N° total de adolescentes inscritos) x 100  | Equipo de salud (Matrona, Enfermera , Asistente social, Nutricionista) | REM A03 Sección J (AUDIT 8 y 15)         |                       |                      |
|   |  | Derivación asistida para evaluación clínica.  | 100% de adolescentes inscritos y con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más) reciben derivación asistida para evaluación clínica en el programa integral de salud mental APS. | (N° de adolescentes inscritos y con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más) que reciben derivación asistida para evaluación clínica en programa integral de salud mental de APS / N° total de adolescentes inscritos) x 100 | Equipo de salud (Matrona, Enfermera , Asistente social, Nutricionista) | REM A03 Sección J                        |                       |                      |
| <b>TRATAMIENTO</b>  |  |   |   |   |  |  |                       |                      |
| Alta prevalencia de alteración de la salud mental en los adolescentes | Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales. | Pesquisa y derivación a adolescentes con consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas. | 100% de adolescentes pesquisados son derivados a nivel secundario, para recibir tratamiento según guía clínica.   | (N° de adolescentes derivados con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas /N° total de adolescentes pesquisados)x 100  | Medico Psicólogo   | SIGGES REM 05 Seccion K REM 05 Seccion M |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE  |           |  |   |  |                     |                            | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
|---|-----------|--|---|--|---------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES  | RR.HH               | MONITOREO                  |                       |                      |
| Alta prevalencia de alteración de la salud mental en los adolescentes |           | Tratamiento integral en atención primaria o derivación a especialidad cuando corresponda, a adolescentes con diagnóstico de depresión. | 100% de adolescentes con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave, reciben tratamiento integral en GES depresión.                                | N° de adolescentes inscritos con diagnóstico de depresión , leve, moderada o grave, que reciben tratamiento Integral en GES depresión/ N° de adolescentes inscritos) x 100                                 | Medico<br>Psicólogo | SIGGES<br>REM 05<br>REM P6 |                       |                      |
| Alta prevalencia de alteración de la salud mental en los adolescentes |           |  | 100% de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad. | (N° de adolescentes inscritos con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida, que inician tratamiento y son derivados a especialidad/N° de adolescentes inscritos) | Medico<br>Psicólogo | SIGGES<br>REM 05<br>REM P6 |                       |                      |
| Alta prevalencia de alteración de la salud mental en los adolescentes |           | Derivación efectiva de adolescentes con síntomas presuntivos de un primer episodio de EQZ.   | 100% de adolescentes con sospecha de esquizofrenia son derivados a psiquiatra.  | (N° adolescentes inscritos con sospecha de primer episodio EQZ derivados a psiquiatra/N° total de adolescentes inscritos) x100   | Medico<br>Psicólogo | SIGGES<br>REM 05<br>REM P6 |                       |                      |
| Alta prevalencia de alteración de la salud mental en los adolescentes |           | Aumentar la cobertura de atención a adolescentes con diagnóstico de depresión  | Aumentar el número de adolescentes en tratamiento por depresión.  | (N° de adolescentes que ingresan a tratamiento por depresión/N° total de adolescentes con diagnóstico de depresión)x100  | Medico<br>Psicólogo | SIGGES<br>REM 05<br>REM P6 |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE  |   |   |   |   |   |   | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES   | RR.HH                                   | MONITOREO   |                       |                      |
| Alta prevalencia de enfermedades buco dentarias en población adolescente. | Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internación para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas. | Atención odontológica integral a adolescentes de 12 años.                                   | 70% de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años, inscritos validados.  | (N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica / N° total de adolescentes de 12 años inscritos y validados) x100  | Odontólogo                              | Rem 09 sección C SIGGES   |                       |                      |
|   |   | Evaluación del estado de salud bucal de la población de 12 años.                            | ≥100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro COP a los 12 años de edad.  | (N° de adolescentes de 12 años con registro de COP/N° total de adolescentes de 12 años con ingreso a tratamiento)x 100  | Odontóloga                              | REM A09 Sección C.  |                       |                      |
| Alta prevalencia de problemas respiratorios en adolescentes               | Incrementar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios.   | Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento de Asma bronquial | Aumentar el bajo control de la población adolescente en el programa IRA.  | (población adolescente bajo control actual/población adolescente bajo control año anterior x100   | Medico                                  | REM P3 (2014-2013)  |                       |                      |
|   | Mejorar la calidad de atención en población adolescente crónica respiratoria bajo control en programa IRA   | Categorizar por severidad a adolescentes crónicos respiratorios.                            | 100% de adolescentes bajo control en sala IRA con categorización de severidad por capacidad funcional.  | (N° de adolescentes con categorización de severidad/N° total de adolescentes bajo control en sala IRA)x100  | Medico                                  | Solo existe registro en ficha clínica sobre severidad de pctes. |                       |                      |
| Aumento de Prevalencia de enfermedades cardiovasculares en adolescentes.  | Aumentar la cobertura efectiva de hombres y mujeres de 10 a 19 años de Hipertensión (presión arterial inferior a 140/90 mm Hg en el último control)   | Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento.   | Al menos 3% de incremento de cobertura efectiva de los hombres y mujeres de 15 a 19 años hipertensos con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respecto al año anterior. | (N° de hombres y mujeres de 15 a 19 años con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/N° total de hombres y mujeres de 15 a 19 años hipertensas esperadas según prevalencia) x100 | Médicos<br>Enfermeras<br>Nutricionistas | REM P04 Sección B   |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE   |   |  |  |   |   |  |                       |                      |
|--|---|--|--|---|---|--|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES   | RR.HH                                     | MONITOREO  | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
|  | Aumentar la cobertura efectiva de hombres y mujeres de 10 a 19 años con Hb1Ac<7% en el último control.  | Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento.  | Al menos 2% de incremento de cobertura efectiva de los hombres y mujeres de 15 a 19 años diabéticos con Hb1Ac<7% respecto al año anterior.             | (N° de hombres y mujeres de 15 a 19 años diabéticos con Hb1Ac<7% / N° de hombres y mujeres de 10 a 19 años diabéticos esperados según prevalencia)x100  | Médicos<br>Enfermeras<br>Nutricionistas   | REM P04<br>Sección B.<br>Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010. |                       |                      |
| <b>PROMOCION</b>   |   |  |  |   |   |  |                       |                      |
| Alta prevalencia de factores de riesgo en adolescentes de 10 a 14 años que asisten a establecimientos educacionales. | Fortalecer las habilidades parentales. Y las redes familiares y comunitarias como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10-14 años | Educación grupal de habilidades parentales a familias de adolescentes de 10 a 14 años.                             | 1 taller semestral, que permita establecer línea de base para trabajar.  | (N° talleres realizados / N° talleres planificados) x 100   | Equipos de promoción- Psicólogo A. Social | REM 06<br>Sección C 2<br>REM 19<br>Sección B1                                |                       |                      |
| Incremento de los embarazos en adolescentes y de las conductas sexuales de riesgo.                                   | Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención del embarazo adolescente y el VIH-SIDA e ITS.  | Realizar consejería en salud sexual reproductiva y/o en prevención de VIH e ITS.                                   | 100% de los adolescentes que asisten a control y solicitan orientación reciben consejería en salud sexual reproductiva y/o en prevención de VIH e ITS. | (N° de consejerías de salud sexual reproductiva y/o en prevención de embarazo adolescentes, VIH e ITS realizadas / N° de adolescentes que solicitan orientación consejerías de salud sexual reproductiva y/o en prevención de embarazo adolescente y el VIH e ITS x100) | Matronas                                  | REM A19<br>Sección A1  |                       |                      |
| Alta prevalencia de tabaquismo en adolescentes   | Fortalecer el desarrollo de conductas anti tabáquicas en adolescentes   | Ejecutar consejería breve anti tabáquica a todas las consultas y controles respiratorios de salud del adolescente. | 100% de las consultas y controles respiratorios de salud del adolescente con consejería breve anti tabaco.   | (N° de consejerías breve anti tabáquicas realizadas/N° total de consultas y controles respiratorios de salud del adolescente realizados) x100   | Medico<br>Kinesiólogo                     | REM A19<br>Sección A 1<br>REM A23<br>Sección C,D,E.                          |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE                       |   |   |   |  |                 |                     | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
|--|---|---|---|--|-----------------|---------------------|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA                                       | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES  | RR.HH           | MONITOREO           |                       |                      |
|  | Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco                | Implementar actividades de consejería breve en tabaco en adolescentes durante la atención odontológica.   | 90% de los adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben consejería breve en tabaco (CBT)   | (N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben CBT/ total de adolescentes de 12 años con alta odontológica total)x 100                             | Odontólogos     | REM A09 Sección B.1 |                       |                      |
| (A) Aumento de la obesidad en los adolescentes | Promover estilos de vida saludable en población de adolescentes escolares | Implementar talleres para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación saludable y antitabaquismo, en establecimientos educacionales, espacios comunitarios y/o establecimientos de salud. | Realizar 5 talleres en Establecimientos Educacionales, para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación saludable y antitabaquismo, en establecimientos educacionales, espacios comunitarios y/o establecimientos de salud. | (N° de talleres realizados en establecimientos que cuentan con espacios amigables / N° de talleres planificados establecimientos que cuentan con espacios amigables) x 100 | Equipo de Salud | REM A27 sección A   |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE   |   |   |  |  |                            |                      | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
|--|---|---|--|--|----------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES  | RR.HH                      | MONITOREO            |                       |                      |
| (A) Aumento de trastornos nutricionales, bullying y riesgo suicida en la población escolar | Fortalecer estrategia de establecimientos educaciones promotores de salud                 | Implementar intervención comunitaria, a diferentes establecimientos educacionales para detección precoz en escolares con trastornos nutricionales, bullying o riesgo suicida. | 10% de establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud que reciben intervención comunitaria, dirigida a funcionarios, para entregar herramientas sobre detección tempranamente de problemas y trastornos mentales, bullying y riesgo suicida | (N° de establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud que reciben intervención comunitaria, dirigida a funcionarios/ N° total de establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educaciones promotores de salud) x 100 | Psicólogo Asistente Social | REM 19 Sección B 1   |                       |                      |
| (A) Alta prevalencia de embarazo adolescente   | Educar entorno al embarazo en adolescentes menores de 19 años (10 a 14 y de 15 a 19 años) | Consejería en salud sexual y reproductiva.  | 100% de adolescentes de que solicitan Consejería SSR, según sexo recibe consejería en salud sexual reproductiva.   | (N° de consejería en salud sexual reproductiva realizadas a adolescentes, según sexo/N° total consejerías en salud sexual reproductiva planificadas) x100  | Matrona                    | REM A19 Sección A.1  |                       |                      |
|  | Educar entorno al embarazo en adolescentes menores de 19 años (10 a 14 y de 15 a 19 años) | Consejería en regulación de fertilidad  | 100% de adolescentes de que solicitan regulación de fertilidad, según sexo recibe consejería en salud sexual reproductiva.   | (N° de consejerías en regulación de fertilidad realizada a adolescentes, según sexo / N° total consejerías en regulación de fertilidad planificada) x 100.   | Matrona                    | REM A 19 Sección A.1 |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE   |  |  |   |  |         |                     |                       |                      |
|--|--|--|---|--|---------|---------------------|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS                    | METAS   | INDICADORES  | RR.HH   | MONITOREO           | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| (A) Alta prevalencia de enfermedades de trasmisión sexual en los adolescente | Aumentar el número de adolescentes informados sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo. | Consejería en prevención del VIH/SIDA e ITS. | 100% de adolescentes bajo control en regulación de fertilidad reciban consejería en prevención de VIH/SIDA e ITS. | (N° consejerías en SSR realizadas/N° de adolescente bajo control en regulación de fertilidad) x100 | Matrona | REM A19 Sección A.1 |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADULTO  |  |  |   |  |                                    |   |                       |                      |
|--|--|--|---|--|------------------------------------|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES  | RR.HH                              | MONITOREO   | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| B: Alta prevalencia de morbilidad por tabaquismo en población adulta | Fomentar la disminución y abstinencia del consumo de tabaco en adultos | Realizar consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles respiratorios del adulto | 20%de las consultas y controles respiratorios de adultos de 20 a 64 años con consejería breve antitabaco. | N° de consejerías breves antitabaco realizadas / N° total de consultas y controles respiratorios realizados) x 100 | Medico<br>Kinesiólogo<br>Enfermera | REM A23 Sección L1, A, B,C,D y E SUJETO A CAMBIO REM 2014 |                       |                      |

| PREVENCIÓN   |   |   |   |   |                                |  |  |  |
|--|---|---|---|---|--------------------------------|--|--|--|
| A:Alta prevalencia de enfermedades crónicas no detectadas en la población adulta | Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbilidad a través del Examen de Medicina Preventivo del adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años. | Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo.   | 25% de cobertura de empa                              | N° de EMPA realizados a población adulta beneficiaria / Población Total adulta beneficiaria x 100.                          | Enfermera<br>Nutricionist<br>a | REM A02 Sección B Población beneficiaria |  |  |
|  |   | Realizar examen de medicina preventiva del adulto focalizado en hombres en edad productiva aplicando pauta de protocolo | 18% de cobertura de EMP en hombres en edad productiva | N° de EMPA realizados a población adulta masculina en edad productiva / Población Total adulta masculina beneficiaria x 100 | Enfermera<br>Nutricionist<br>a | Rem A02 sección A                        |  |  |

| Ciclo Vital: ADULTO   |   |   |  |  |                                      |   |                       |                      |
|---|---|---|--|--|--------------------------------------|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES  | RR.HH                                | MONITOREO   | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| A: Alta morbimortalidad en hombres por patología cardiovascular | Optimizar número de usuarios, particularmente hombres, que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular. | Control de salud cardiovascular   | 10% de cobertura de hombres bajo control en el PSCV.   | (N° de hombres controlados en el PSCV / Población Total adulta masculina beneficiaria) x 100   | Medico<br>Enfermera<br>Nutricionista | REM P4<br>Sección A<br>Población adulta masculina beneficiaria                            |                       |                      |
| A: Alta mortalidad en hombres por patología cardiovascular      | Detección de personas hipertensas compensadas con riesgo CV alto y muy alto.  | Control de salud cardiovascular   | 20% de cobertura de personas con hipertensión compensadas bajo Control   | (N° de personas hipertensas con riesgo CV alto y muy alto compensadas / N° total de personas hipertensas con riesgo CV alto y muy alto) x 100                                      | Medico<br>Enfermera<br>Nutricionista | REM P4<br>Sección B y A   |                       |                      |
| A: Alta morbimortalidad por patología cardiovascular            | Detección de personas con diabetes compensadas con riesgo CV alto o muy alto.   | Control de salud cardiovascular   | 10 %de personas con diabetes compensadas bajo control.   | N° de personas diabéticas con riesgo CV alto y muy alto compensadas / N° total de personas dm 2 con riesgo CV alto y muy alto x 100  | Medico<br>Enfermera<br>Nutricionista | REM P4<br>Sección B y A   |                       |                      |
| A: Alta morbimortalidad por patología cardiovascular            | Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.                      | Control de salud cardiovascular.<br>Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año. | 80 % de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido 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 al corte x 100 | Medico<br>Enfermera<br>Nutricionista | REM P4<br>Sección B y A   |                       |                      |
| A: Alta morbimortalidad por patología cardiovascular            | Pesquisa de personas entre 20 y 64 años con hipertensión arterial   | Detección de personas hipertensas a través del EMP  | 61% de cobertura de personas adultas con hipertensión  | N° de personas adultas con hipertensión, bajo control / N° total personas adultas hipertensas esperados según prevalencia x 100  | Enfermera<br>Nutricionista           | REM P4<br>Sección A<br>Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (15,7%) |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADULTO   |   |   |   |  |                 |   |                       |                      |
|---|---|---|---|--|-----------------|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES  | RR.HH           | MONITOREO   | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| A: Alta morbimortalidad por patología cardiovascular        | Pesquisa de personas entre 20 y 64 años con diabetes tipo 2.  | Pesquisa de personas con diabetes tipo 2 a través del EMP   | 50%cobertura de personas adultas con diabetes tipo 2.   | Nº de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control / Nº total de personas adultas con diabetes tipo 2 esperados según prevalencia x 100   | Enfermera       | REM P4 Sección A Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%) |                       |                      |
| A: Alto índice de amputación por pie diabético              | Prevenir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes   | Control de salud Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona con diabetes, de acuerdo a las OT del MINSAL vigentes              | El 90% de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas a PSCV se les realiza examen de los pies, clasificación del riesgo de ulceración e intervención educativa correspondiente | Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control x 100 | Enfermera       | REM P4 Sección C y A  |                       |                      |
| A: Alta morbimortalidad por patología cardiovascular        | Prevenir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes   | Control de salud Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona con diabetes, de acuerdo a las OT del MINSAL vigentes              | 100%de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas  | Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado / Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100    | Enfermera       | REM P4 Sección C  |                       |                      |
| M: Alta incidencia de tuberculosis en la comuna de Santiago | Pesquisa de tuberculosis en personas de 15-64 años que presenten síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días. | Examen de baciloscopia en personas de 15 a 64 años, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días | Tasa de 50 x 1000baciloscopias por consultas de morbilidad general de personas de 15 a 64 años  | Nº de baciloscopias de diagnóstico realizadas personas 15 a 64 años / Nº total de consultas de morbilidad) x 100   | Equipo de salud | REM A10 Sección A REM A04 Sección A                                       |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADULTO                                     |  |  |  |   |                                      |   |                       |                      |
|---|--|--|--|---|--------------------------------------|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS                                  | METAS  | INDICADORES   | RR.HH                                | MONITOREO   | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| A: Alta prevalencia de VIH/SIDA/ITS                     | Mantener el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo. | Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS                | 90%consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas                               | Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas / Nº total de consejería en actividades de promoción y prevención x100  | Consejeras                           | REM A19 Sección A1 SUJETO A CAMBIO REM 2014   |                       |                      |
| B: Alta incidencia de riesgo de consumo de alcohol      | Optimizar la detección y prevenir el consumo de riesgo de alcohol en adultos.  | Aplicación de AUDIT en Examen de Medicina Preventiva (EMP) | 10% de las personas de 20 a 64 años se aplica instrumento AUDIT                                  | Nº de personas de 20 a 64 años con EMP realizado que se les aplica AUDIT/ Nº total de personas de 20 a 64 años inscritos con EMP realizado) x 100                                   | Enfermera<br>Nutricionista           | REM A03, Sección J Población de 20 a 64 años SUJETO CAMBIO BIO REM 2014             |                       |                      |
| TRATAMIENTO   |  |  |  |   |                                      |   |                       |                      |
| A: Alta morbimortalidad por patologías cardiovascular   | cobertura efectiva de personas hipertensas de 20 a 64 años   | Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento               | 50% de pacientes hipertensos de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg | Nº de personas hipertensas de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg / Nº total de personas hipertensas de 20 a 64 años esperadas según prevalencia x 100 | Medico<br>Enfermera<br>Nutricionista | REM P4 Sección B Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (15,7%) |                       |                      |
| A: Alta morbimortalidad por patologías cardiovasculares | cobertura efectiva de personas con DM2 de 20 a 64 años   | Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento               | 30% de pacientes bajo control de 20-64 años con DM2 (HbA1c < 7%)                                 | Nº de personas con diabetes de 20 a 64 años con HbA1c < 7% según último control / Nº total de personas de 20 a 64 años con DM2 esperados según prevalencia x 100                    | Medico<br>Enfermera<br>Nutricionista | REM P4 Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%)           |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADULTO  |   |  |   |   |                                      |  |                       |                      |
|--|---|--|---|---|--------------------------------------|--|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS                                | METAS   | INDICADORES   | RR.HH                                | MONITOREO  | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| A: Alta morbimortalidad por patologías cardiovasculares            | Optimizar la compensación en personas diabéticas de 20 a 64 años con riesgo cardiovascular alto y muy alto              |  | 35 %de las personas con diabetes de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c<7%, y PA <130/80mm Hg bajo control en PSCV. | Nº personas con diabetes de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7% y PA < 130/80 mmHg, en el último control, de la población bajo control en PSCV / Nº total de personas con diabetes de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto al corte de bajo control en PSCV) x 100. | Medico<br>Enfermera<br>Nutricionista | REM P4<br>Sección B y A  |                       |                      |
| M: Pesquisa en etapas tardías de ca de mama                        | Prevenir las muertes de mujeres por cáncer de mama  | Mamografía a mujeres de 50 a 54 años AUGE                | 50% mamografía en mujeres de 50 a 54 años   | Nº de mujeres de 50 a 54 años con mamografía vigente/ Nº total de mujeres de 50 a 54 años inscritas) x100   | Medico<br>Matrona                    | Rem P12<br>Sección C<br>Población de mujeres de 50 a 54 años               |                       |                      |
| M: Alta mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres adultas    | Prevenir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino  | PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años AUGE y EMPA | 50% de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años   | Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente / Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas) x 100  | Matrona                              | Citoexpert<br>REM P12<br>Sección A<br>Población de mujeres de 25 a 64 años |                       |                      |
| B: Alta prevalencia de patologías bucodentales en población adulta | Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años (GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años | Atención odontológica integral del adulto de 60 años.    | 25% de cobertura en altas totales odontológicas en adultos de 60 años inscritos validados   | Nº de Altas totales odontológicas de adultos de 60 años total / Total de adultos de 60 años inscritos y validados) x100   | Odontólogo                           | REM A09<br>Sección C<br>Población de 60 años inscritos validados           |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADULTO                              |   |   |  |  |  |   |  |                      |
|--|---|---|--|--|--|---|--|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES  | RR.HH  | MONITOREO   | ANÁLISIS CUANTITATIVO                                      | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| B: Alta prevalencia de patología de salud mental | Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias | Atención a personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias                           | 10 % en ingreso a tratamiento de personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.               | Nº de personas entre 20 y 64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales / (Nº total de personas entre 20 y 64 años inscritas) x 100                                    |  | REM A05 Población de 20 a 64 años inscritas.                                      |  |                      |
| B: Alta prevalencia de patología de salud mental | Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias | Atención a personas entre 20 y 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más). | 5% de ingreso a tratamiento de personas de 20-64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT 16 puntos y mas) | Nº de personas de 20 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia (AUDIT de 16 puntos o más) / Nº total de personas de 20 a 64 años inscritas) x 100 |  | REM A03 Sección Población de 20 a 64 años inscrita REM A 05 Sección K y sección M |  |                      |
| PROMOCION  |   |   |  |  |  |   |  |                      |
| (A) Aumento de la población sedentaria           | Difundir a la comunidad alimentación saludable y ejercicio físico regular.  | Actividad de difusión con la comunidad y/o intersector  | Realizar 3 actividades con la comunidad y el intersector, de difusión de alimentación saludable y actividad física             | Nº de actividades realizadas con la comunidad / Total de actividades programadas   | Nutricionista - Prof. Ed. Física - Técnicos Enfermería | Rem 19, sección B.1. celdas D98 a E98   |  |                      |
| (B) Aumento de violencia de género y VIF         | 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 el intersector, de difusión de factores protectores en Violencia Intrafamiliar         | Nº de actividades realizadas con la comunidad / Total de actividades programadas (7)   | Psicólogo  | Rem 19, sección B.1. celdas D98 a E98   | Actividades Comunitarias convenio Programa de Salud Mental |                      |
|  |   |   |  |  |  | Registro enviado por el SSMC. Planilla PRAPS                                      |  |                      |

| Ciclo Vital: ADULTO   |   |  |  |  |   |   |                       |                      |
|---|---|--|--|--|---|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES  | RR.HH   | MONITOREO   | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
|   | Favorecer adquisición de factores protectores frente a la Violencia de género | Intervenciones comunitarias en Violencia Intrafamiliar con agrupaciones de autoayuda | Realizar 1 actividad con mujeres gestantes que participan en talleres del CHCC                                     | Nº de actividades realizadas en taller ChCC/ Total de actividades convenidas (7)                   | Psicólogos/ Asistente Social                  | Rem 19, sección B.1. celdas D98 a E98<br>Actividades Comunitarias convenio Programa de Salud Mental<br><br>Registro enviado por el SSMC. Planilla PRAPS |                       |                      |
| (B)<br>Alta prevalencia de enfermedades no transmisibles en la población adulta | Favorecer la salud sexual y reproductiva como factor protector de ENT         | Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva a adultos de 20 a 64 años inscritos       | Realizar 20 consejerías individuales en Salud Sexual y reproductiva, adultos 20 -64 años, en los centros de salud. | Total de personas adultas de 20 a 64 años con consejería individual en salud Sexual y reproductiva | Matrona                                       | Rem 19 sección A celdas G42 a H47   |                       |                      |
|   | Favorecer la adquisición de EVS, AF y tabaquismo como factor protector de ENT | Consejerías en EVS, AF y tabaquismo a adultos de 20 a 64 años inscritos.             | Realizar 10 consejerías individuales en EVS, AF y tabaquismo, adultos 20-64 años, en los centros de salud.         | Total de personas adultas de 20 a 64 años con consejería individual en EVS, AF y tabaquismo        | Nutricionista -<br>Kinesiólogo -<br>Enfermera | Rem 19 sección A.1. celdas G12 a H41  |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADULTO  |   |   |  |   |                                       |  |                       |                      |
|--|---|---|--|---|---------------------------------------|--|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES   | RR.HH                                 | MONITOREO                              | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| (B)<br>Aumento de descompensaciones de patologías respiratoria en programa ERA | 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 | Kinesiólogo                           | Rem 19 sección B.1. celda F110         |                       |                      |
| (A)<br>Baja cobertura de EMPA  | 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   | Enfermera<br>Nutricionista<br>Matrona | Rem 19, sección B.1. celdas g98 + g100 |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADULTO MAYOR                                       |  |  |  |   |                                     |                    |                       |                      |
|---|--|--|--|---|-------------------------------------|--------------------|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES   | RR.HH                               | MONITOREO          | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| <b>PREVENCION</b>   |  |  |  |   |                                     |                    |                       |                      |
| A: Alta prevalencia de adultos mayores en riesgo de dependencia | Prevenir la dependencia en las personas de 65 años y más con factores de riesgo detectados en EMPAM. | Realización del EMPAM  | 50% de la población adulto mayor con aplicación de EMPAM             | Nº de personas de 65 y más años con EMPAM vigente / Población inscrita de 65 y más años)x100  | Enfermeras                          | REM A02 Sección B. |                       |                      |
| A: Alta prevalencia de adultos mayores en riesgo de dependencia | Optimizar la detección oportuna de personas de 65 años y más identificados en riesgo psicosocial.    | Detección de factores de riesgo psicosocial en personas de 65 años y más en la realización de EMPAM. | 90% de adultos mayores con sospecha maltrato con visita domiciliaria | Nº de personas mayores de 65 años con VD por sospecha de maltrato/ Nº de personas mayor de 65años evaluados POR sospecha de maltrato. bajo control)x100 | Asistente Social y equipo de salud. | REM P5 A-sección C |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADULTO MAYOR   |  |   |  |   |  |   | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUANTITATIVO |
|---|--|---|--|---|--|---|-----------------------|-----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES   | RR.HH                                    | MONITOREO   | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUANTITATIVO |
| A: Alta incidencia de tuberculosis en la comuna de Santiago                                   | Pesquisa de Tuberculosis en las personas de 65 años y más que presenten síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días. | Baciloscopia en el 100% de personas de 65 años y más con síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días. | Tasa de 50 x 1000 consultas de morbilidad de personas de 15 y más años | Nº de baciloscopias de diagnóstico realizadas a personas de 65 años y más / Nº total de consultas   | Equipo De salud                          | REM A10<br>Sección A<br>REM A04<br>Sección A  |                       |                       |
| M: Alta morbimortalidad por enfermedades respiratorias crónicas en personas de 65 años y más. | Optimizar la pesquisa de usuarios crónicos respiratorios en personas de 65 años y más.   | Detección oportuna y confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica a usuarios de 65 años y más (patologías asma, EPOC, y otras respiratorias crónicas).                  | 4% la población de 65 años y más bajo control en el programa ERA.      | Población de 65 años y más bajo control anual / Población de 65 años y más inscrita validada x 100 (Patologías Asma, EPOC, y otras respiratorias crónicas). | Medico                                   | REM P3<br>Sección A<br>SUJETO A<br>CAMBIO REM 2014  |                       |                       |
|   | Administrar vacuna neumocócica polisacárida 23 valente en los usuarios de 65 años de edad  | Administración de la vacuna neumocócica polisacárida a los usuarios de 65 años de edad.   | 50% de la cobertura de vacunación de la Red de Salud Santiago          | Nº de personas de 65 años vacunadas / Nº Total de personas de 65 años inscrita y validada en la red de salud Santiago)x100                                  | Tens                                     | Registro Nacional de Inmunización. Población inscrita validada en la Red de Salud Santiago. |                       |                       |
| B: Malnutrición del adulto mayor  | Mantener cobertura de personas de 70 y más años que retiran PACAM  | Talleres de demostración de preparación de alimentos  | 35% de las personas de 70 años y más retiran PACAM                     | Nº de personas de 70 años y más que reciben PACAM /Nº total de personas de 70 años y más bajo control x 100   | Tens<br>bodega<br>leche<br>Nutricionista | Rem D 16<br>Rem P 05<br>sección A   |                       |                       |

| Ciclo Vital: ADULTO MAYOR  |   |  |   |   |                                      |  | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUANTITATIVO |
|--|---|--|---|---|--------------------------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES   | RR.HH                                | MONITOREO  | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUANTITATIVO |
| A: Alta prevalencia de morbimortalidad por patologías cardiovasculares                                 | Pesquisa de personas de 65 años y más con hipertensión a través del EMPAM y consulta de morbilidad  | Detección de personas hipertensas a través del EMPAM y consulta de morbilidad y otros en adultos de 65 años y más    | 61% de personas adultos mayores con hipertensión arterial   | N° de personas de 65 y más años con hipertensión bajo control en PSCV/N° total de personas de 65 años y más hipertensos esperados según prevalencia x 100                                   | Medico<br>Enfermera<br>Nutricionista | Rem P 04 sección A Población estimada según prevalencia Estudio FasceE. 2007 (64,3%) |                       |                       |
| A: Alta prevalencia de morbimortalidad por patologías cardiovasculares                                 | Optimizar la cobertura de personas de 65 años y más con diabetes tipo 2   | Detección de personas con DM2 a través del EMPAM, consulta de morbilidad y otros en adultos de 65 años y mas         | 50% de las personas de 65 años y más con DM 2 bajo control  | N° de personas de 65 años y más con DM2, bajo control en PSCV/N° total de personas de 65 años y más diabéticos esperados según prevalencia x 100  | Medico<br>Enfermera<br>Nutricionista | REMP04; SecciónA, FyG Población estimada según prevalencia ENS2009-2010 (25%)        |                       |                       |
| A: Alta prevalencia de insuficiencia renal crónica en población adulta mayor en control cardiovascular | 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 | Identificar y clasificar Enfermedad Renal Crónica a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular | 75 % de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica | 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)X100 | Medico<br>Enfermera<br>Nutricionista | REM MP4 sección A  |                       |                       |
| <b>TRATAMIENTO</b>   |   |  |   |   |                                      |  |                       |                       |
| A: Alta morbimortalidad por patología cardiovascular en población adulta mayor                         | Optimizar cobertura efectiva de personas de 65 años y más con PA inferior a 140/90 mmHg en el último control.   | Control de salud cardiovascular  | 55% de cobertura efectiva de personas de 65 años y más hipertensos con PA < 140/90.                                   | N° de personas de 65 años y más hipertensas con presión arterial bajo 140/90 mmHg/N° total de personas de 65 años y más hipertensas esperadas según prevalencia ENS2009-2010)x100           | Medico<br>Enfermera<br>Nutricionista | REMP04; SecciónB Población estimada según prevalencia ENS2011 (64,3%)                |                       |                       |

| Ciclo Vital: ADULTO MAYOR  |   |  |  |   |                                      |   |                       |                       |
|--|---|--|--|---|--------------------------------------|---|-----------------------|-----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES   | RR.HH                                | MONITOREO   | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUANTITATIVO |
| A: Alta morbimortalidad por patología cardiovascular en población adulta mayor | Optimizar cobertura efectiva de personas de 65 años y más conHb1Ac<7% en el último control. | Control de salud cardiovascular  | 42% de cobertura efectiva de personas de 65 años y más diabéticos conHb1Ac<7%  | N° de personas de 65 años y más diabéticos conHb1Ac<7%/N° total de personas diabéticas esperadas según prevalencia ENS2009-2010)x100  | Medico<br>Enfermera<br>Nutricionista | REMP04;<br>SecciónB<br>Población estimada según prevalenciaE NS2009-2010(25%) |                       |                       |
| Alta morbimortalidad por patología cardiovascular en población adulta mayor    | Mejorar la calidad atención de las personas de 65 años y más DM2 bajo control en el PSCV    | Detección de personas DM2 de 65 años y más bajo control con riesgo de ulceración o amputación del pie. | 90% de las personas de 65 años y más DM2 bajo control han sido evaluadas y clasificadas según nivel de riesgo de ulceración o amputación del pie en los últimos 12 meses | N° de personas 65 años y más DM2 que han sido evaluadas según nivel de riesgo de ulceración o amputación del pie en los últimos 12 meses/N° total de personas de 65 años y más DM2 bajo control en PSCV.                      | Enfermera                            | Rem P 4<br>Sección C y A  |                       |                       |
|  |   | Manejo avanzado de úlceras activas en personas DM2   | 100% de las personas de 65 años y más DM2 bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.   | N° de personas de 65 años y más DM2 bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/N° total de personas de 65 años y más DM2 ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses)x 100 | Enfermera                            | Rem P 4<br>Sección C y A  |                       |                       |
|  |   | Examen de fondo de ojo a los 12 meses del ingreso al PSCV por diabetes                                 | 20 % de las personas de 65 años y más diabéticas a los 12 meses desde su ingreso tienen un examen de fondo de ojo  | N° de personas de 65 años y más diabéticas ingresadas al PSCV con fondo de ojo realizado a los 12 meses /N° total de personas de 65 años y más bajo control en el PSCV por diabetes) x 100                                    | Medico                               | Rem P 4<br>Sección C y A<br>Rem A 05<br>sección G                             |                       |                       |

| Ciclo Vital: ADULTO MAYOR                                |  |   |  |   |  |   | ANÁLISIS CUANTITATIVO                        | ANÁLISIS CUANTITATIVO |
|--|--|---|--|---|--|---|--|-----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES   | RR.HH  | MONITOREO   | ANÁLISIS CUANTITATIVO                        | ANÁLISIS CUANTITATIVO |
| M: Alto riesgo de adultos mayores con dependencia        | Atención integral de las personas de 65 años y más con dependencia moderada, con demencia y/o en riesgo psicosocial. | Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con personas de 65 años y más con dependencia moderada.                 | 20 % de las familias con personas de 65 años y más con dependencia moderada con VDI.   | (Número de VDI a familias con personas de 65 años y más con dependencia moderada / N° total de personas de 65 años y más con dependencia moderada)x 100 | Enfermera<br>Kinesiólogo<br>Asistente social | Rem A26 sección A<br>SUJETO A<br>CAMBIO REM 2014  |  |                       |
| PROMOCION  |  |   |  |   |  |   |  |                       |
| B: Alta incidencia de riesgo de consumo de alcohol       | Optimizar la detección y prevenir el consumo de riesgo de alcohol en adultos mayor de 65 años y mas                  | Aplicación de AUDIT en Examen de Medicina Preventiva del adulto mayor (EMPAM)   | 10% de las personas de 65 años y más se aplica instrumento AUDIT   | N° de personas de 65 años y más con EMPAM realizado que se les aplica AUDIT/ N° total de personas de 65 años y más                                      | Enfermera                                    | REM A03, Sección J Población de 20 a 64 años  |  |                       |
| (B) Alta prevalencia de sedentarismos en el Adulto mayor | 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 una actividad de difusión en los centros de salud.  | N° de reuniones de difusión con la comunidad para comprometerlos en prácticas de actividad física en el centro o en otras redes                         | Equipo de salud                              | Además de llevará registro local de las asistencias y compromisos suscritos por los AM. |  |                       |
|  |  |   | 1 grupo de adultos mayores por centro de salud (15 usuarios en cada uno), realizando actividad física regular. monitoreo en rezebra. | N° de adultos/as mayores que al momento del censo se encuentran en actividad física/ N° Total de AM inscritos)*100                                      | Kinesiólogo<br>Prof. Educación Física        | Prof. Ed física - Equipo salud  | Rem P05, sección D / Pobl. Inscrita validada |                       |

| Ciclo Vital: ADULTO MAYOR   |           |  |   |   |  |  | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUANTITATIVO |
|---|-----------|--|---|---|--|--|-----------------------|-----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES   | RR.HH                                  | MONITOREO  | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUANTITATIVO |
| (A)<br>Alta prevalencia de enfermedades crónicas                                    |           | Fortalecer los EVS y el autocuidado de los AM  | Realizar 20 consejerías individuales para adultos mayores en EVS, Actividad física y tabaquismo, en cada uno de los centros de salud. | Nº de personas mayores de 65 años con consejerías individuales en actividad física, en Evs y tabaquismo / Nºtotal de AM inscritos ) * 100 | Nutricionist a- kinesiólogo- Enfermera | Rem 19, Sección A.1. celdas i12 a i41  |                       |                       |
| (A)<br>Falta de conocimiento y mitos en relación a la sexualidad en el adulto mayor |           | Promover la sexualidad activa en los AM  | Realizar 10 consejerías en salud Sexual para adultos mayores de 65 años.  | Nº de personas mayores de 65 años consejerías en Salud Sexual/ Total de adultos mayores de 65 años inscritos * 100                        | Matrona                                | Rem 19, Sección A.1. celdas i42 a i47  |                       |                       |
|   |           | Promover la sexualidad activa en los AM  | 2 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  | Psicólogos/ Matrona                    | Rem 19, Sección B.1. celdas i110   |                       |                       |
| (A)<br>Baja cobertura de EMP en el Adulto Mayor                                     |           |  | Al menos una Actividad de difusión por centro de salud.   | Nº de actividades de difusión de la importancia del EMPAM con la comunidad  | Enfermera                              | Rem 19, Sección B.1. celda G110  |                       |                       |
|   |           | Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMP en el AM como acción de detección precoz del riesgo | Incrementar al menos en 1 punto porcentual respecto a la línea base del año anterior  | Nº de adultos/as mayores autovalentes bajo control/ Nº total de AM bajo control) * 100  | Enfermera                              | REM P05, sección A Este es el indicador que figura en el doc. De Orientaciones para la Programación en red |                       |                       |

| Ciclo Vital: ADULTO MAYOR  |           |   |  |   |                    |  |                       |                       |
|--|-----------|---|--|---|--------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES   | RR.HH              | MONITOREO  | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUANTITATIVO |
| (B)<br><br>Baja participación social del Adulto Mayor                    |           | Fortalecer la participación de los AM en redes sociales como factores protectores psicosociales | 2 Actividades de difusión de oferta de actividades grupales para el AM por centro de salud.    | Nº de actividades de difusión sobre la importancia de participación en redes sociales como factores protectores sicosociales y que se comprometen a participar en redes | Técnico Enfermería | Rem 19, sección B.1. celda G102<br>Además de llevará registro local de las asistencias y compromisos suscritos por los AM. |                       |                       |
| (A) Aumento de enfermedades asociadas al cuidador de pacientes postrados |           | Promover Cuidado del cuidador   | Actividades grupales de "cuidadores", para favorecer adquisición de estrategias de autocuidado | 1 ciclos (5 Talleres grupales)  | Equipo de salud    | Rem 19   |                       |                       |
|  |           |   |  | Numero de ciclos de talleres/Número de talleres programados   |                    | Equipo de Sector   |                       |                       |
|  |           |   |  |   |                    | Registro REM   |                       |                       |

| Ciclo Vital: REHABILITACION   |   |   |  |  |   |                                      |                       |                      |
|---|---|---|--|--|---|--------------------------------------|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES  | RR.HH   | MONITOREO                            | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| Estrés del cuidador   | Prevenir el estrés del cuidador de personas con dependencia severa.                                   | Realizar Talleres destinados a entregar herramientas de cuidado a los cuidadores.   | 10 % de las actividades de educación grupal y promoción y trabajo intersectorial se orientan al cuidado de los cuidadores. | Nº Total de actividades de cuidado a los cuidadores/ total de actividades promoción y trabajo Intersectorial + total actividades educación grupal) x 100 | Equipo de Salud   | REM 28 sección K<br>REM 19?          |                       |                      |
| Funcionalidad en personas con enfermedades crónicas osteomusculares | Prevenir y/o retardar la Discapacidad en grupos de personas con enfermedades crónicas osteomusculares | Realizar Talleres destinados a entregar herramientas a las personas con problemas crónicos osteomusculares, a objeto de prevenir y/o retardar la discapacidad | 5 % de las actividades de Educación Grupal para personas con problemas crónicos osteomusculares.                           | Nº Total de actividades Grupales para personas con problemas crónicos osteomusculares / total de actividades grupales.                                   | Kinesiólogos<br>s Profesor Ed. Fisica<br>Médico<br>Fisiatra | REM 28 sección J<br>REM 19 sección A |                       |                      |

| Ciclo Vital: REHABILITACION   |   |   |  |  |              |                             |                       |                      |
|---|---|---|--|--|--------------|-----------------------------|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES  | RR.HH        | MONITOREO                   | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| Atención de Pacientes con patologías osteomusculares.                                   | Favorecer la rehabilitación física de personas en situación de discapacidad osteomuscular transitoria, leve y moderada.   | Otorgar las atenciones kinésicas pertinentes que requieran las personas en situación de discapacidad osteomuscular transitoria, leve, moderada. | Al menos el 60% de los pacientes derivados a rehabilitación física reciben atención.   | Total de pacientes atendidos en rehabilitación física / total de pacientes derivados a rehabilitación física                               | Kinesiólogos | P 8<br>REM 28<br>(talleres) |                       |                      |
| Visita domiciliaria integral a pacientes con discapacidad severa.                       | Realizar visitas domiciliarias integrales para evaluar el entorno familiar y habitacional de las personas en situación de discapacidad severa y realizar adecuaciones e intervenciones individuales y/o familiares pertinentes. | Visita Domiciliaria Integral kinésica   | 100% visitas domiciliarias integrales realizadas por kinesiólogos a usuarios con discapacidad severa.  | Total de visitas domiciliarias integrales realizadas a usuarios con discapacidad severa / total de solicitud de VD integral por el equipo. | kinesiólogo  | REM 28                      |                       |                      |
| Favorecer la inclusión social de personas en situación de discapacidad leve a moderada. | Favorecer que las personas en situación de discapacidad leve a moderada, atendidas en APS, logren el máximo de autonomía e independencia (inclusión social)   | Trabajar con Plan de Tratamiento consensuado, entre paciente y terapeuta, con objetivos terapéuticos definidos.                                 | Al menos 50% de las personas con discapac. L-M que ingresan a rehabilitación física, reciben alta posterior al cumplimiento de los objetivos terapéuticos. | (Nº Total de Egresos con inclusión social / Total de egresos) x 100  | kinesiólogo  | REM 28 sec B y C            |                       |                      |

| Ciclo Vital: SALUD FAMILIAR  |  |  |       |  |   |  |                       |                      |
|--|--|--|-------|--|---|--|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS | INDICADORES  | RR.HH   | MONITOREO  | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| A: Falta de contacto con familias intervenidas de niños y niñas <4 años con RDSM. Falta de seguimiento del equipo            | Conocer entorno familiar para lograr la recuperación de estos niños y niñas                        | Realizar visita integral con estudio de familia a familias con niños y niñas menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor                   | 100%  | N° de niños y niñas < 4 años diagnosticados con déficit en su DSM recibe 2 o más visitas domiciliarias integrales/Total de niños y niñas < 4 años diagnosticados con déficit en su DSM x 100 | Enfermeras y Asistentes sociales              | Mensualmente se revisan fichas clínicas de niños y niñas con déficit DSM revisando estudios de familia |                       |                      |
| M: Falta de contacto con familias con RN prematuro. Falta de conocimiento de protocolo de atención de estos RN por el equipo | Conocer las condiciones físicas de vivienda y entorno familiar del paciente prematuro              | Realizar visita integral a familia con RN prematuros   | 100%  | N° de RN prematuros con visita domiciliaria / Total de RN prematuros X 100   | Algún integrante del equipo de salud          | Mensualmente se revisan fichas clínicas de niños prematuros  |                       |                      |
|  |  | Realizar estudios de familia con RN prematuros   | 80%   | N° de RN prematuros con visita domiciliaria y estudio de familia / Total de RN prematuros con visita domiciliaria X 100  | Algún integrante del equipo de salud          | Mensualmente se revisan fichas clínicas de niños prematuros revisando estudios de familia              |                       |                      |
| B: Falta de contacto con familias de niños y niñas < 6 meses con riesgo IRA grave  | Conocer las condiciones de vivienda y entorno familiar del paciente con riesgo IRA grave < 6 meses | Realizar visita integral a familias con niños y niñas menores de 6 meses con riesgo IRA grave déficit en su desarrollo psicomotor                        | 90%   | N° de niños y niñas < 6 meses BC con visita domiciliaria/Total de niños y niñas < 6 meses BC con riesgo de IRA grave x 100   | Kinesiólogo Asistente Social Enfermera Médico | Mensualmente se revisan fichas clínicas de niños con riesgo IRA grave                                  |                       |                      |
|  |  | Realizar visita integral con estudio de familia a familias con niños y niñas menores de 6 meses con riesgo IRA grave déficit en su desarrollo psicomotor | 70%   | N° de niños y niñas < 6 meses BC con visita domiciliaria y estudio de familia /Total de niños y niñas < 6 meses BC con riesgo de IRA grave con visita domiciliaria x 100                     | Kinesiólogo Asistente Social Enfermera Medico | Mensualmente se revisan fichas clínicas de niños con riesgo IRA grave revisando estudios de familia    |                       |                      |

| Ciclo Vital: SALUD FAMILIAR                          |   |   |       |  |   |   | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
|--|---|---|-------|--|---|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS | INDICADORES  | RR.HH                                   | MONITOREO   |                       |                      |
| M: Obesidad Infantil                                 | Conocer las condiciones de vivienda y entorno familiar de niños < 6 años obesos | Realizar visita integral a familias con niños y niñas menores de 6 años obesos                        | 25%   | N° de niños y niñas < 6 años obesos BC con visita domiciliaria/Total de niños y niñas < 6 años obesos BC x 100   | Nutricionista                           | Mensualmente se revisan fichas clínicas de niños < 6 años obesos  |                       |                      |
|  |   | Realizar visita integral con estudio de familia a familias con niños y niñas menores de 6 años obesos | 10%   | N° de niños y niñas < 6 años obesos BC con VDI y estudio de familia /Total de niños y niñas < 6 años obesos BC con visita domiciliaria x 100                               | Nutricionista                           | Mensualmente se revisan fichas clínicas de niños < 6 años obesos revisando estudios de familia                  |                       |                      |
| A: Alto consumo de Oh y drogas en adolescentes (GES) | Conocer entorno familiar para lograr la recuperación de estos adolescentes      | Realizar estudios de familia a jóvenes entre 10 y 19 años con consumo problemático de Oh y drogas     | 50%   | N° de adolescentes con consumo problemático de OH y drogas que tienen estudio de familia/ N° total de detectados adolescentes con consumo problemático de OH y drogas x100 | Asistente Social<br>Psicóloga<br>Médico | Revisión de fichas clínicas de adolescentes con consumo perjudicial de Oh y drogas revisando estudio de familia |                       |                      |
| A: Embarazo adolescente                              | Conocer entorno familiar psicosocial de la adolescente y futura familia del RN  | Realizar visitas domiciliarias a adolescentes embarazadas   | 50%   | N° de VDI a embarazadas adolescentes/ Total de adolescentes embarazadas detectadas x 100   | Matrona                                 | Revisión de fichas clínicas de las visitas domiciliarias de embarazadas adolescentes                            |                       |                      |
|  |   | Realizar estudio de familia a adolescentes embarazadas con visita domiciliaria realizada              | 20%   | N° de VDI con estudios de familia de embarazadas adolescentes/ Total de adolescentes embarazadas con VDI x 100   | Matrona                                 | Revisión de fichas clínicas de las visitas domiciliarias con estudio de familia de embarazadas adolescentes     |                       |                      |

| Ciclo Vital: SALUD FAMILIAR   |  |  |       |  |                                    |  |                       |                      |
|---|--|--|-------|--|------------------------------------|--|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS | INDICADORES  | RR.HH                              | MONITOREO  | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
| Embarazada con riesgo según EPSA  | Conocer entorno familiar psicosocial de la embarazada para intervención posterior                  | VDI a gestante con riesgo psicosocial según EPSA                         | 100%  | N° de gestantes en riesgo psicosocial con VDI/ N° total de gestante en riesgo evaluadas con EPSA x 100                     | Matrona Asistente Social Psicóloga | Revisión de VDI en fichas clínicas de gestantes en riesgo según EPSA                 |                       |                      |
|   |  | Estudios de familia a gestante con riesgo psicosocial según EPSA con VDI | 20%   | N° de gestantes en riesgo psicosocial con estudio de familia/ N° total de gestante en riesgo con VDI x 100                 | Matrona Asistente Social Psicóloga | Revisión de estudios de familia en fichas clínicas de gestantes en riesgo según EPSA |                       |                      |
| Baja adherencia y descompensación de patología de base de pacientes con riesgo CV alto y muy alto en PSCV | Aumentar cobertura y compensación a través del autocuidado de pacientes crónicos CV                | VDI a pacientes con riesgo CV alto y muy alto                            | 10%   | N° de pacientes con riesgo alto y muy alto en PSCV con VDI/ N° total de pacientes con riesgo alto y muy alto en PSCV x 100 | Enfermera Medico TENS              | Revisión de VDI en ficha clínica a paciente con riesgo alto y muy alto en PSCV       |                       |                      |
| Aumento de la incidencia anual de personas con TBC en Polo Domeyko  | Conocer entorno familiar de pacientes con TBC para evitar abandonos y transmisión de la enfermedad | VDI a pacientes con TBC  | 100%  | N° de pacientes TBC con VDI/ N° de pacientes TBC BC x 100  | TENS Enfermera                     | Revisión de VDI en ficha clínica de paciente TBC                                     |                       |                      |
|   |  | Estudios de familia a pacientes TBC de mayor riesgo psicosocial          | 10%   | N° de pacientes TBC con estudio de familia/ N° de pacientes TBC con VDI x 100  | TENS Enfermera                     | Revisión de VDI en ficha clínica de paciente TBC                                     |                       |                      |
| (B) Complicaciones por postración de la población adulto mayor  | Conocer las condiciones del postrado severo  | VDI a familias con integrante adulto mayor postrado severo               | 100%  | N° de pacientes adulto mayor postrado severo con VDI/ N° de pacientes adulto mayor postrado severo x 100                   | Equipos de salud                   | Revisión de fichas clínicas de pacientes adulto mayor                                |                       |                      |

| Ciclo Vital: SALUD FAMILIAR |   |   |  |   |                  |   | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
|-----------------------------|---|---|--|---|------------------|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA                    | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES   | RR.HH            | MONITOREO   |                       |                      |
|                             | Disminuir complicaciones por postración                 | Estudio de familia a familia con integrante adulto mayor postrado severo con VDI                      | 10%  | N° de pacientes adulto mayor postrado severo con estudio de familia/ N° de pacientes adulto mayor postrado severo con VDI x 100 | Equipos de salud | Revisión de fichas clínicas de pacientes adulto mayor |                       |                      |
| Disfunción familiar         | Aumentar número de familias con clasificación de riesgo | Aplicación cartola familiar con pauta de riesgo a nuevas familias focalizadas según criterios locales | 20% de familias con aplicación de pauta de riesgo (aplicación de cartola familiar) | N° de familias evaluadas/ N° de familias inscritas x 100  | Equipos de salud | REM P06   |                       |                      |
|                             | Aumentar el número de estudios de familia               | Realizar estudios de familia según protocolo  | 12 estudios de familia por sector o equipo al año                                  | N° de estudios de familias por sector   | Equipos de salud | REM P06   |                       |                      |
|                             | Aumentar el número de VDI                               | Realizar VDI a familias con aplicación de pauta de riesgo según protocolo                             | 50 VDI por año por sector o equipo territorial                                     | N° de VDI por sector  | Equipos de salud | REM 26  |                       |                      |

## PLAN DE ACCIÓN POLO ARAUCO.

### 1. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN.

El Polo Arauco está conformado sólo por el CESFAM Arauco, en el cual se conforman dos sectores: el Azul, con una población de 7.065 personas y el Verde con 7.588 (información actualizada a 2013 desde base de datos Rezebra). El CESFAM Arauco lleva un año de funcionamiento, y se formó por la fusión de 3 centros: el Centro de Salud San Vicente y las estaciones médicas de barrio Arauco y Pedro Montt. La organización de este Polo está dada por:

- Directora de Polo
- Subdirectora Administrativa
- Coordinadora Médica
- Jefes de Sector

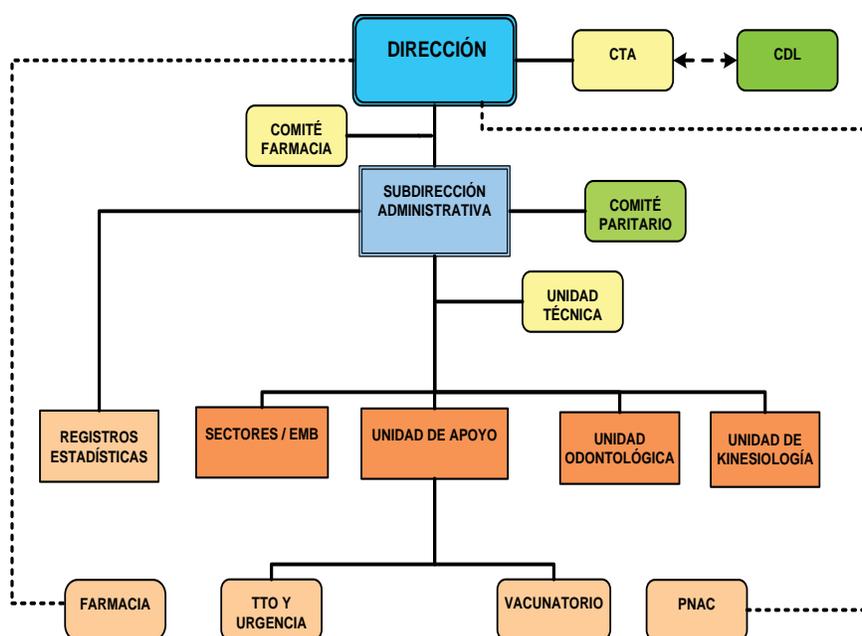


Ilustración 47: Organigrama Polo Arauco

### 2. CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA Y EPIDEMIOLÓGICA.

La población inscrita validada de acuerdo al último corte FONASA 2012 es de 13.368 personas, siendo la población Infantil de 0 a 9 años de un 10,8%, población adolescente de 10 a 19 años de un 12,2%, población adulta de 20 a 64 años de un 53,1% y la población adulto mayor de un 19,7%. Si comparamos con la población inscrita en la red municipal de Santiago, podemos analizar que la población infantil y adulta es levemente menor que la población infantil y adulta de la red (12,8% y 57,2% respectivamente), sin embargo tenemos una mayor población adolescente y adulta mayor en comparación con la red municipal (11,6% Y 18,4% respectivamente)

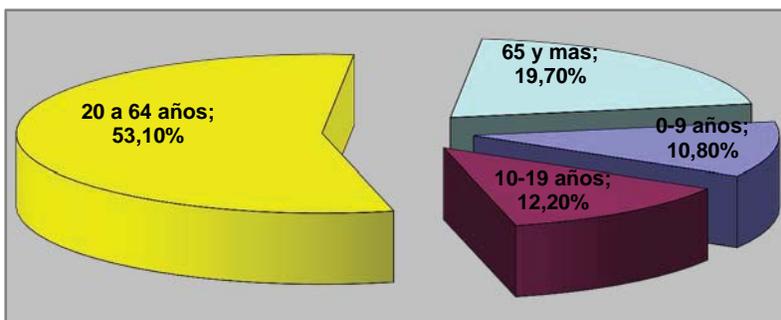


Ilustración 48: Poblacion Inscrita Validad 2° Corte Fonasa 2012 CES Arauco por Grupos de edad.

De acuerdo al análisis por sexo tenemos la población del CES Arauco validada correspondiente a mujeres en un 56,9% de la población y un 43,1% de hombres.

Si analizamos la proporción según sexo de la población del CES ARAUCO de acuerdo a los grupos etáreos tenemos que la población infantil de 0 a 9 años, 45,4% son mujeres y el 44,2% son hombres, variando esta proporción en los adolescentes los cuales tenemos un 51,5% de hombres inscritos y un 48,5% de mujeres. En la población adulta esta proporción se revierte siendo la población femenina (51,5%) mayor que la población masculina (48,5%); en la población adulta mayor la proporción según sexo se hace mas acentuada siendo de 62,9% población femenina y un 37,1% masculina.

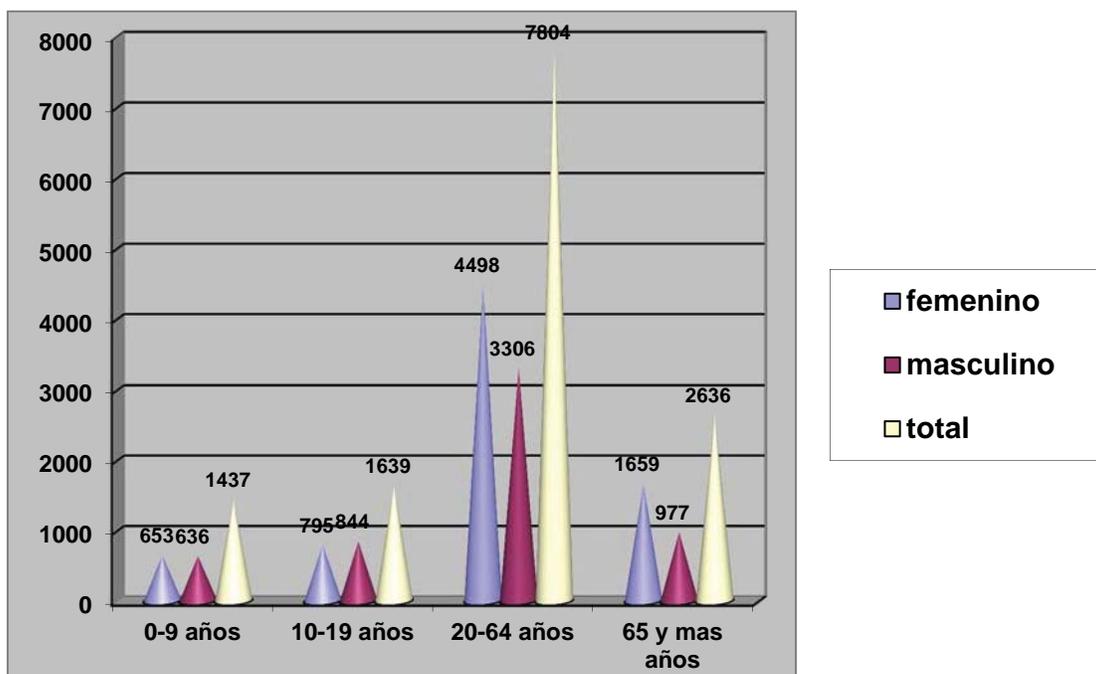


Ilustración 49: Distribución población polo Arauco según grupo de edad y sexo.

## 2.1. NIVEL EDUCACIONAL DE LA POBLACION DEL CES ARAUCO

Del análisis de la distribución de la población del Ces Arauco según nivel educacional, podemos determinar que el 25,7% tiene estudios completos, (enseñanza media, técnica, universitarios) el 13,3% con enseñanza media incompleta y un 11,1 % de enseñanza básica completa, el analfabetismo alcanza un 0,8%:

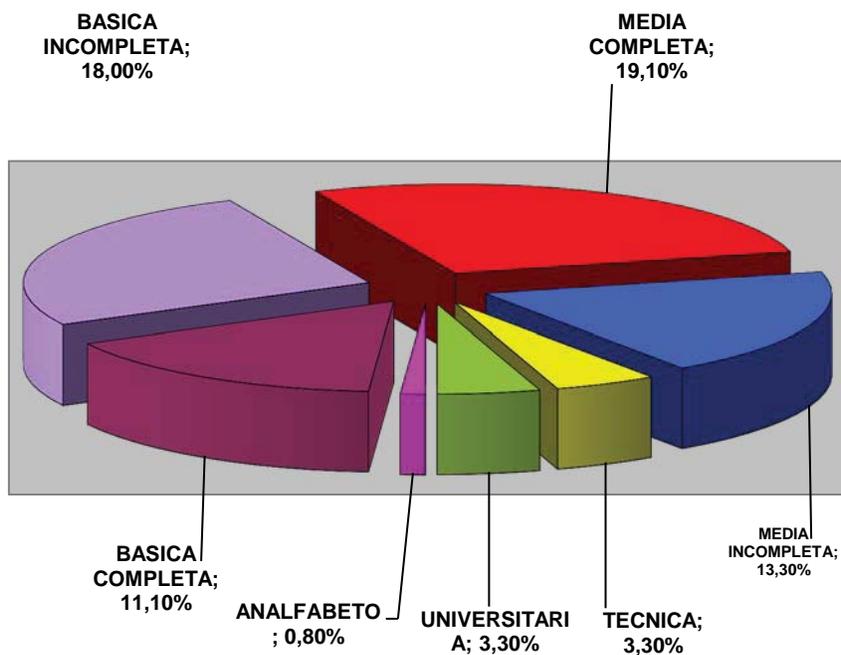


Ilustración 50: Distribución de la Poblacion del CES Arauco según Nivel Educativo. Fuente: ficha electrónica de inscripción rezebra. Reporte de Septiembre 2013

Es necesario tener en cuenta para el abordaje de la población y la formas de comunicación con ellos.

## 2.2. SITUACION PREVISIONAL DE LA POBLACION DEL CES ARAUCO

La distribución previsional de la población del CES Arauco mayoritariamente es fonasa B con un 34,2 %, y fonasa A con un 28,3%:

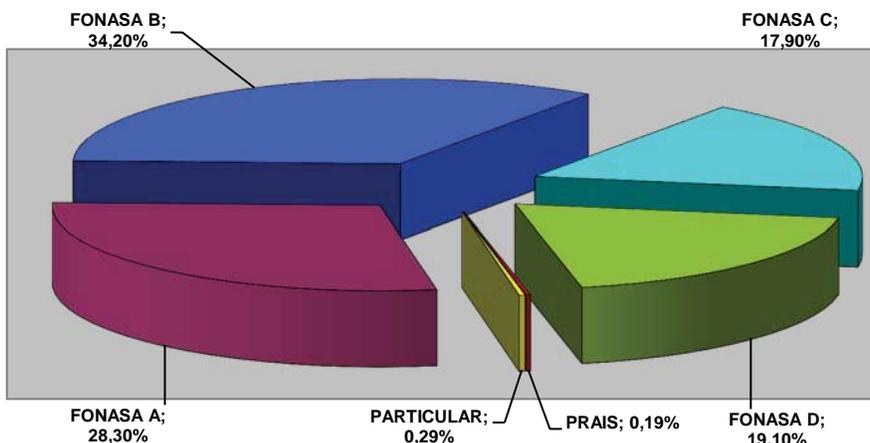


Ilustración 51: Situación previsional de la población inscrita. CES Arauco. Fuente ficha electrónica de inscripción rezebra. Reporte de Septiembre 2013

### 2.3. POBLACIONDE MIGRANTES

En cuanto a la población migrante según su nacionalidad en el Ces Arauco un 91,6 % son Chilenos(as) y un 5% son extranjeros(as), de los cuales un 3,16% son de nacionalidad peruana. Según el análisis de distribución de la migración en el CES ARAUCO se puede ver que del total de extranjeros del ces Arauco la nacionalidad peruana equivale a un 59,6% siguiendo argentina 4,48% ecuatorianos 0,78 y bolivianos 0,19%, es importante además determinar que hay un 26,5% de otras nacionalidades latinoamericanas , pero que no podemos definir debido al sistema de registro de rezebra que no lo tiene consignados. Adema un 8,38 de migrantes de otras nacionalidades

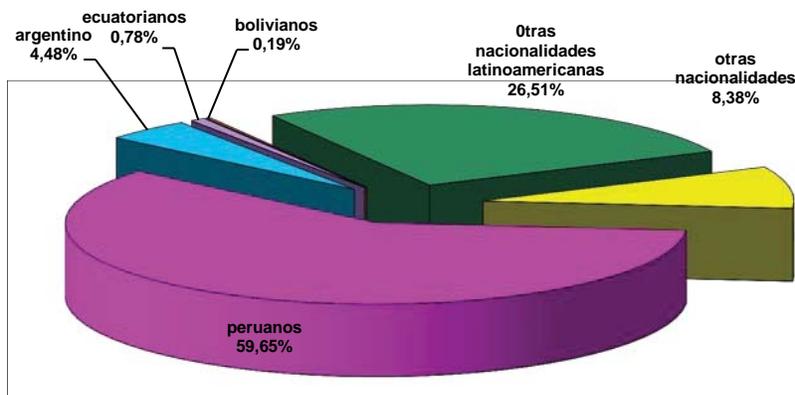


Ilustración 52: Distribución de Migrantes de acuerdo a Nacionalidad Según Registro Ficha Electronica Rezebra de la Población Inscrita 2013. Fuente Ficha Electrónica Rezebra.

### 3. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL CES ARAUCO

Tabla 68: Población en Control del Programa De Salud Cardiovascular y adultos mayores. CES Arauco. Junio 2013

|   |                                       | TOTAL   |         |
|---|---------------------------------------|---------|---------|
| NUMERO DE PERSONAS EN PSCV  |                                       | 2499    |         |
| CLASIFICACIÓN DEL RIESGO CARDIOVASCULAR                                 | BAJO                                  | 234     |         |
|   | MODERADO                              | 1477    |         |
|   | ALTO                                  | 416     |         |
|   | MUY ALTO                              | 372     |         |
| PERSONAS BAJO CONTROL SEGÚN PATOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO (EXISTENCIA) | HIPERTENSOS                           | 2114    |         |
|   | DIABETICOS                            | 856     |         |
|   | DISLIPIDEMICOS                        | 1166    |         |
|   | TABAQUISMO                            | 548     |         |
|   | OBESIDAD                              | 379     |         |
|   | ANTECEDENTES DE INFARTO (IAM)         | 92      |         |
|   | ANTECEDENTES DE ENF. CEREBRO VASCULAR | 88      |         |
| POBLACIÓN EN CONTROL PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO MAYOR                 |                                       |         |         |
| CONDICIÓN DE FUNCIONALIDAD  | TOTAL                                 |         |         |
|   | AMBOS SEXOS                           | Hombres | Mujeres |
| AUTOVALENTE SIN RIESGO  | 490                                   | 219     | 271     |
| AUTOVALENTE CON RIESGO  | 459                                   | 147     | 312     |
| RIESGO DE DEPENDENCIA   | 67                                    | 23      | 44      |
| SUBTOTAL (EFAM)   | 1016                                  | 389     | 627     |
| DEPENDIENTE LEVE  | 264                                   | 72      | 192     |
| DEPENDIENTE MODERADO  | 22                                    | 4       | 18      |
| DEPENDIENTE GRAVE   | 6                                     | 1       | 5       |
| DEPENDIENTE TOTAL   | 28                                    | 10      | 18      |
| SUBTOTAL (INDICE BARTHEL)   | 320                                   | 87      | 233     |
| TOTAL ADULTOS MAYORES EN CONTROL  | 1336                                  | 476     | 860     |

Tabla 69: Población Bajo Control Otros Programas Junio 2013 Ces Arauco

| PROGRAMAS  | TOTAL |         |         |
|--|-------|---------|---------|
|  | TOTAL | Hombres | Mujeres |
| SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVA RECURRENTE (SBOR)       | 54    | 30      | 24      |
| ASMA BRONQUIAL   | 159   | 77      | 82      |
| ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)         | 12    | 5       | 7       |
| PREMATURO MENOR 1500 GRS. Y MENOR DE 32 SEM.           |       |         |         |
| OXIGENO DEPENDIENTE                                    | 3     |         | 3       |
| FIBROSIS QUÍSTICA                                      |       |         |         |
| EPILEPSIA  | 21    | 8       | 13      |
| ENFERMEDAD DE PARKINSON                                | 8     | 3       | 5       |
| ARTROSIS DE CADERA Y RODILLA                           | 80    | 22      | 58      |
| ALIVIO DEL DOLOR                                       |       |         |         |
| ONCOLÓGICA   | 3     | 1       | 2       |
| NO ONCOLÓGICA  | 31    | 10      | 21      |
| CON ESCARAS (*)  | 3     | 1       | 2       |
| TOTAL PERSONAS   |       |         |         |
| TOTAL PERSONAS CON ESCARAS                             |       |         |         |
| TOTAL PERSONAS CON CUIDADOR QUE RECIBE APOYO MONETARIO |       |         |         |

Los problemas más relevantes de salud a nivel local son:

- Problemas de salud de naturaleza cardiovascular (HTA, DM, dislipidemias)
- Enfermedades y trastornos de salud mental
- Obesidad infantil
- Déficit del DSM en población infantil
- Cáncer

#### 4. ACTIVIDADES Y PRESTACIONES.

En el Polo Arauco se dan las prestaciones de atención Médica, Enfermería, Nutricional, Matrona, Psicóloga, Trabajadora Social, Kinesiología, Dental, Rayos Dentales, así como también la entrega de Alimentos y medicamentos. Además se cuenta con un grupo de Becados del SSMC de las siguientes Especialidades: Pediatría, Medicina Interna y Ginecología.

Hasta la fecha todavía se deriva a los usuarios a Cirugía Menor al Polo Domeyko, pero se espera que desde 2014 esta prestación sea otorgada en el nuestro. Además se debe recordar que para el Programa de Inmunización todavía nos proporciona ayuda el Consultorio N° 5. Otras derivaciones que realizamos a nuestros usuarios son al COSAM y UAPO.

## 5. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.

Las Acciones ejecutadas en el CES Arauco durante el año 2013 en Espacios de Participación Comunitaria son:

1. **Voluntariado:** Las voluntarias realizan controles de signos vitales, y participan generando un enlace entre usuarios y la comunidad, además de visitar a los vecinos que requieran alguna atención por parte del equipo de salud.
2. **Espacio de salud intercultural:** Se consolidó un espacio Intercultural Mapuche, en donde se promueve y se hace el llamado al Pueblo Mapuche, y a los interesados en participar en actividades de Salud. Dicho espacio se desarrolla los días jueves durante el día.
3. **Consejo integral de Salud Vecinal:** Instancia de participación y colaboración ciudadana que busca acuerdos y compromisos entre usuarios y equipos del CES Arauco para lograr mejoramientos y propuestas de trabajo del consejo a la dirección (promoción y prevención).

Espacios de Promoción y Prevención al año 2013:

1. Dentro de la matriz de cuidados de salud, el CES divide a la población en etapas según el ciclo vital:
  - a. **Salud Materna y Perinatal:** Busca estimular apego y crianza del hijo o hija, fomentando que las mujeres sean acompañadas por su pareja u otra persona a los controles prenatales.
  - b. Salud Infantil:
    - i. Fomentar la lactancia materna y una adecuada derivación, en casos de problemas de salud de la madre y su recién nacido(a); promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niños y niñas.
    - ii. Promover acciones de EVS y del desarrollo integral de niños y niñas.
    - iii. Promover que las niñas y niños participen en actividades grupales vinculadas a alimentación saludable y/o actividad física.
    - iv. Favorecer la adquisición de hábitos de alimentación saludables, de AF y evitar el tabaquismo, de forma precoz como factores protectores de ECNT.
    - v. Favorecer el autocuidado (Ges preventivo) de la salud bucal de niños y niñas 4-5 años.
  - c. Salud del Adolescente:
    - i. Fortalecer el Autocuidado como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10 a 19 años.
    - ii. Favorecer la adquisición de EVS tempranamente como factores protectores.
  - d. Salud del Adulto:
    - i. Favorecer adquisición de factores protectores frente a la Violencia de genero
    - ii. Favorecer la salud sexual y reproductiva como factor protector.
    - iii. Favorecer la adquisición de EVS, AF y tabaquismo como factor protector de ENT.
  - e. Salud del Adulto Mayor, familia y cuidadores:
    - i. Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor.
    - ii. Promover Cuidado del cuidador.

## 6. PLAN DE SALUD 2014 POLO ARAUCO

La prioridad de cada problema está clasificada como: A: alta; M: Media; B: Baja

| Ciclo Vital: SALUD MATERNO – INFANTIL<br>PROMOCION                               |   |  |  |   |         |  |   |  |
|--|---|--|--|---|---------|--|---|--|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES   | RR.HH   | MONITOREO                                  | ANALISIS CUANTITATIVO   | ANALISIS CUALITATIVO   |
| Conocimiento de las gestantes en autocuidado, parto y crianza<br><br>PRIORIDAD A | Aumentar el número de mujeres con capacidad de autocuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante | Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes   | 80% de gestantes en control participan en taller para gestantes.   | (N° de gestantes que ingresan a talleres grupales/N° total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100 | Matrona | REM A 27 numerador A05 denominador Es PADB | Evaluación en Agosto 2013 es de un 56% por lo que se determina la meta de llegar a un 80% en el año 2014. | Para el cumplimiento de esta meta se implementaran estrategias de difusión, llamado telefónico de recordatorio de citación, taller en horario extendido,   |
| Integración de la pareja o persona significativa al control prenatal<br><br>(A)  | Estimular el apego y crianza del hijo facilitando que mujeres sean acompañadas por su pareja u otra persona al control prenatal                     | Difusión por medios locales y las redes comunitarias de promoción de salud, de los derechos de la mujer durante la gestación, con énfasis en el derecho a estar acompañadas con su pareja o persona significativas | El 40% de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus parejas o personas significativas | N° de controles prenatales con acompañantes/N° Total de controles prenatales realizados) x 100              | Matrona | REM A01 (meta PADB)                        | Cumplimiento a Agosto 2013 30% meta cumplida por lo que se aumenta a 40% año 2014                         | Difusión en los controles de embarazo para que sean acompañadas por sus parejas o personas significativas han sido efectivas para el cumplimiento de esta meta por lo que se decide el aumentar el porcentaje de esta. |

| Ciclo Vital: SALUD MATERNO – INFANTIL<br>PROMOCION                                      |  |   |  |  |                              |  |   |  |
|---|--|---|--|--|------------------------------|--|---|--|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES  | RR.HH                        | MONITOREO                              | ANALISIS CUANTITATIVO   | ANALISIS CUALITATIVO   |
| Ocurrencia de parto prematuro y patologías asociadas con el embarazo de alto riesgo (A) | Prevenir ocurrencia del parto prematuro (guía GES 2010)                                      | Control preconcepcional   | 1% de las mujeres en edad fértil   | N° de controles preconcepcionales /N° total de mujeres en edad fértil inscritas) x 100   | Matrona                      | REM A01<br>Población inscrita validada | Cumplimiento a agosto 2013 0,5%, por lo que se aumenta a 1% de control preconcepcional de las mujeres en edad fértil año 2014, con incremento del 1 punto porcentual anual. | Derivación del equipo de salud de las mujeres en edad fértil que manifiestan el deseo de concebir a consejería preconcepcional   |
| Depresión en el embarazo (A)  | Detección de depresión en el embarazo(según protocolo)                                       | Aplicar escala de Edimburgo (EPDS) en el ingreso segundo control prenatal   | 100% de gestantes al ingreso o segundo control prenatal con aplicación de escala de Edimburgo  | N° de gestantes al ingreso o segundo control, con puntajes según pauta aplicada/ N° total de ingresos a control prenatal) x 100        | Matrona                      | REM A03                                | Cumplimiento del 100% de la aplicación de la escala de Edimburgo al ingreso del control prenatal.   | Aplicación y registro de la escala de Edimburgo y derivación de acuerdo a protocolo establecido  |
|   |  | En gestantes que presentan puntajes superiores al punto de corte 11/12, repetir aplicación de la EPDS entre 2 – 4 semanas | El 100% de gestantes que presentan puntajes superiores al punto de corte 11/12, se repite la aplicación de la EPDS entre 2 - 4 semanas | (N° de gestantes que se repite la EPDS en el siguiente control/total de gestantes con puntaje superiores al punto de corte 11/12) x100 | Matrona y Trabajadora Social | REM 03                                 | Lo visualizado en el 2013 se logró un 3% de la meta siendo está muy insuficiente a lo requerido   | Problema de registro en el REM que impiden tener un dato fidedigno, se establecerá estrategia de apoyo a la evaluación por trabajadora social y establecimiento de de registro local para visualización del dato real. |
| Prevalencia de Infecciones respiratorias agudas en la población infantil (M)            | Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el periodo de gestación | Taller a madre desde el periodo de gestación.   | El 30% de las gestantes reciben educación grupal en prevención de IRA  | N° de gestantes que ingresan a educación grupal en prevención de IRA / N° total de gestantes bajo control ) x 100                      | Kinesiólogo                  | REM A27<br>Sección A                   | Indicador no presente en el 2013 por lo que no se tiene datos   | Implementación de taller de ira en el taller a gestantes del parto y la crianza  |

| Ciclo Vital: SALUD MATERNO – INFANTIL<br>PROMOCION                            |  |   |   |  |  |                          |  |  |
|---|--|---|---|--|--|--------------------------|--|--|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES  | RR.HH                                      | MONITOREO                | ANALISIS CUANTITATIVO  | ANALISIS CUALITATIVO   |
| Morbimortalidad en mujeres y niños con riesgo psicosocial alto<br>PRIORIDAD A | Apoyar a mujeres puérperas que han presentado condiciones de riesgo Psicosocial alto durante el embarazo | Visita domiciliaria integral (VDI) a puérperas y familia con riesgo psicosocial alto , según evaluación realizada por el equipo de cabecera | 50% de puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial alto reciben visita domiciliaria Integral | N° de familias con puérperas que presentaron riesgo psicosocial alto con VDI realizada / N° total de familias con puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial alto) x 100 | Asistente social-<br>Matrona-<br>Enfermera | REM A 26                 | Indicador no evaluado en año 2013, por lo que no tenemos datos   | Estrategias para el logro de esta meta, coordinando acciones por el equipo, incorporando a las actividades de evaluación y análisis familiar por os equipos del sector |
| Malnutrición de la embarazada (M)   | Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por exceso              | Consulta nutricional de gestantes con mal nutrición por exceso  | 40% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con mal nutrición por exceso                               | (N° de gestantes con malnutrición por exceso bajo control con consulta nutricional/N° total de gestantes con mal nutrición por exceso) x 100   | nutricionista                              | REM P01<br>Sección E Y D | Respecto al año 2013 se realizó un 16% de cobertura de consulta nutricional en gestantes, visualizándose problemas de registro de la información del REM P01<br><br>Brecha: 31 embarazadas con malnutrición por exceso | Recurso nutricional con déficit de horas para el polo.<br><br>Problema de registro Rem p01.<br><br>Evaluación trimestral para mejoramiento de esta meta                |

| Ciclo Vital: SALUD MATERNO – INFANTIL<br>PROMOCION                     |  |  |   |  |                                 |   |   |  |
|--|--|--|---|--|---------------------------------|---|---|--|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES  | RR.HH                           | MONITOREO   | ANALISIS CUANTITATIVO   | ANALISIS CUALITATIVO   |
| Malnutrición de la embarazada<br>PRIORIDAD A                           | Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por déficit | Consulta nutricional de gestantes con mal nutrición por déficit      | 100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con mal nutrición por déficit                   | (N° de gestantes con malnutrición por déficit bajo control con consulta nutricional/N° total de gestantes con mal nutrición por déficit) x 100 | nutricionista                   | REM P01<br>Sección E Y D<br><br>Evaluación trimestral             | Respecto al año 2013 se realizó un 9% de cobertura de consulta nutricional en gestantes, visualizándose problemas de registro de la información del REM P01 | Recurso nutricional con déficit de horas para el polo.<br><br>Problema de registro rem p01<br><br>Priorización de La consulta nutricional de las gestantes con malnutricion por déficit.<br><br>Mejorar registro REMPO1 por nutricionista  |
| Prevalencia de la mal nutrición por exceso en púerperas del 8° mes (M) | Recuperar el estado nutricional pregestacional de la mujer, al 8° mes post parto (EINCV)     | Evaluación del estado nutricional de la mujer, al 8° mes post parto. | Mantener o disminuir a 20% la población de mujeres con sobrepeso y obesidad en el 8° mes post parto | (N° de mujeres con obesidad y sobrepeso en el control 8° mes post parto/ N° total de mujeres controladas de 8° mes postparto ) x 100           | Nutricionista<br>a<br>Enfermera | REM 03 sección F<br>REM p1 sección D<br><br>Evaluación trimestral | Sin datos de evaluación 2013  | Recurso nutricional con déficit de horas para el polo<br>Problemas de registro en REM<br><br>Estrategias de evaluación en los controles de control niño sano de los 8 meses de las púerperas del 8° mes y derivación oportuna a nutrición. |

| Ciclo Vital: SALUD MATERNO – INFANTIL<br>PROMOCION |  |   |   |  |         |   |   |                      |
|--|--|---|---|--|---------|---|---|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES  | RR.HH   | MONITOREO   | ANALISIS CUANTITATIVO   | ANALISIS CUALITATIVO |
|  | Aumentar el número de mujeres en edad fértil que ingresan y se controlan en su regulación de fecundidad con enfoque de riesgo biopsicosocial | Ingreso y control, según criterios de elegibilidad. Enfoque de riesgo biopsicosocial  | Aumentar un 5% en ingresos de mujeres a control de regulación de fertilidad según criterios de elegibilidad y enfoque de riesgo biopsicosocial                                    | (N° de mujeres en edad fértil que ingresan a control de regulación de la fertilidad según criterio de elegibilidad / N° Total de mujeres en edad fértil) x 100   | Matrona | REM P1<br><br>Evaluación trimestral   | Cobertura Junio 2013 es un 36.3 % de las mujeres en edad fértil, en control de regulación de fertilidad |                      |
| Existencia de transmisión vertical de VIH (A)      | Disminuir la transmisión vertical del VIH  | Control de Salud a Gestantes :<br><input type="checkbox"/> Solicitud de exámenes de VIH con información y orientación.<br><input type="checkbox"/> Entrega de resultado con consejería. | 100% de las gestantes que acceden a consulta/control embarazo que reciben información, orientación e indicación de examen de VIH, y consejería post test de detección de VIH/SIDA | N° de gestantes en control que se le indica el examen VIH/ N° total de gestantes en control en el mismo período) x 100<br><br>(N° de gestantes que reciben consejería post - test de detección VIH / N° total gestantes que acceden a Test de detección VIH) x 100 | Matrona | REM A19<br>REM A11<br>Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA  |   |                      |
|  |  | Tamizaje para VIH durante el embarazo   | 100% de las embarazadas que ingresan a control acceden a tamizaje para VIH  | (N° total de exámenes para VIH procesados de muestras tomadas a la madre en el control prenatal / N° total de ingresos a control prenatal) x 100   | Matrona | REM A05<br>REM A11<br>Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA  |   |                      |
|  |  | Visita domiciliaria a gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH que están inasistentes a control de embarazo, asegurando la Confidencialidad.                           | 100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas –citadas.  | (N° gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes, citadas a control/ N° de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes a control) x 100   | Matrona | Registros de actividad:<br>-Por establecimiento y Consolidado del Servicio de Salud. Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA |   |                      |

| Ciclo Vital: SALUD MATERNO – INFANTIL<br>PROMOCION      |   |   |  |   |           |  |  |   |
|---|---|---|--|---|-----------|--|--|---|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES   | RR.HH     | MONITOREO  | ANALISIS CUANTITATIVO  | ANALISIS CUALITATIVO  |
|   |   | Derivación de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal al Centro de Atención de VIH. | 100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al programa VIH. | Nº de gestantes VIH (+) derivadas al programa VIH/ Nº Total de gestantes VIH (+) x 100  | Matrona   | REM A05 Registros locales de derivación                  |  |   |
| Morbimortalidad ginecológica durante el ciclo vital (M) | Atención integral de salud Ginecológica durante el ciclo vital. | Control preventivo de salud Integral ginecológica.  | El 15 % de las mujeres tendrán acceso a control de salud integral ginecológica           | (Nº de mujeres en control preventivo ginecológico /Nº total de mujeres mayor a 10 años inscrita y validada) x 100                                   | Matrona   | REM A01 Población inscrita validada                      |  |   |
|   | Aumentar la detección del consumo de drogas en gestantes.       | Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal           | 90% de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado.                                  | Nº de gestantes en control prenatal con puntaje EPSA /Nº total de gestante en control prenatal ) x 100  | Matrona   | REM A03 Sección G<br>REM A01 Sección A                   | (indicador PADB Meta cumplida, 100% de las gestantes con EPSA aplicado | Evaluación EPSA integrada al control de las gestantes y derivación oportuna a intervención por el equipo de salud |
|   | Aumentar la detección de Depresión Postparto.                   | Aplicar Pauta de Edimburgo a los 2 y 6 meses post parto.                                      | 100% de las madres se les aplica EDPE a los 2 y 6 meses post parto.                      | (Nº de madres a los 2 y 6 meses post parto con aplicación de Escala de Edimburgo / Nº total de madres con control posparto a los 2 y 6 meses) x 100 | Enfermera | REM A03 Sección H<br>REM A01 Sección A<br><br>trimestral |  |   |

| Ciclo Vital: SALUD MATERNO – INFANTIL<br>TRATAMIENTO |  |  |  |   |                          |  |   |  |
|--|--|--|--|---|--------------------------|--|---|--|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES   | RR.HH                    | MONITOREO                                      | ANALISIS CUANTITATIVO   | ANALISIS CUALITATIVO   |
|  | Seguimiento de gestantes con riesgo psicosocial. | Visita Domiciliaria Integral a familia con gestantes en riesgo psicosocial, según evaluación | 70% de las gestantes con riesgo psicosocial con VDI. | (Nº de gestantes en riesgo psicosocial con VDI realizada/ Nº Total gestantes en riesgo psicosocial evaluadas por el equipo de cabecera) x 100 | Matrona-Asistente Social | REM A26<br>REM P1<br><br>Evaluación trimestral | Meta cumplida<br><br>Cumplimiento de la meta 88%<br>Meta CHCC 1,5 VDI a gestantes con riesgo biopsicosocial | Incorporación de las gestantes con riesgo biopsicosocial a evaluación familiar, y a trabajo del equipo del sector. |

| Ciclo Vital: SALUD MATERNO – INFANTIL  |  |   |  |   |            |  |  |  |
|--|--|---|--|---|------------|--|--|--|
| TRATAMIENTO  |  |   |  |   |            |  |  |  |
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES   | RR.HH      | MONITOREO                                    | ANALISIS CUANTITATIVO  | ANALISIS CUALITATIVO   |
|  |  |   |  |   |            |  |  | estrategia de motivación del equipo psicosocial a vistas domiciliarias integrales a gestantes.                                     |
| Prevalencia de tabaquismo en mujeres gestantes, como factor de riesgo en el parto prematuro y restricción del crecimiento intrauterino (A) | Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a.   | Consejería Breve en Tabaco (CBT).   | ≥ 30% de las gestantes con alta odontológica reciben CBT.  | N° de gestantes con alta odontológica total que reciben CBT/ N° Total de altas odontológicas de embarazadas) x100   | Odontólogo | REM A09 Sección B                            | Realizar 38 consejeria breves tabaco a gestante                        | Implementación de la consejeria breve tabaco al ingreso de la atención de las gestantes  |
| Prevalencia de infecciones buco dentarias para partos prematuros, abortos espontáneos (A)  | Protección y Recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada). | Atención odontológica integral a la embarazada                                      | 62% de cobertura en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas al programa prenatal en el establecimiento | (N° de altas odontológicas totales en embarazada/total de gestantes ingresadas a programa prenatal)X100   | Odontólogo | REM A09 sección C<br>REM A05 sección A       | Meta cumplida, obteniendo un 70% de altas odontológicas a octubre 2013 | Derivación efectiva a control odontológico de las gestante, entrega de citación inmediata, priorización de la atención a gestantes |
| Transmisión vertical de la sífilis (A)   | Disminuir la transmisión vertical de la sífilis.   | Tamizaje para sífilis durante el embarazo.  | 100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis. | (N° total de VDRL o RPR de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / N° de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación) x100 | matrona    | REM A11<br>REM A05                           | Sin datos en evaluación 2013   | Problemas de registros en unidad de estadísticas<br><br>Realizar estrategias e registros local de evaluación mensual               |
|  |  | Administración de tratamiento inicial para sífilis en gestantes con VDRL o RPR (+). | 100% de las gestantes con VDRL o RPR (+) reciben tratamiento inicial para sífilis.                                   | (N° gestantes con VDRL o RPR (+) reciben tratamiento inicial para sífilis/N° de gestantes con serología + para sífilis  | Medico     | Registro de control prenatal (tarjetero APS) | Sin datos en evaluación 2013   | Realizar estrategias e registros local de evaluación mensual   |

| Ciclo Vital: SALUD MATERNO – INFANTIL   |   |   |   |  |         |  |  |  |
|---|---|---|---|--|---------|--|--|--|
| TRATAMIENTO   |   |   |   |  |         |  |  |  |
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES  | RR.HH   | MONITOREO                                | ANALISIS CUANTITATIVO  | ANALISIS CUALITATIVO   |
|   |   | Derivación de mujeres en que se ha detectado VDRL o RPR (+) en el control prenatal. | 100% de mujeres con VDRL o RPR (+) en el control prenatal son ingresadas al programa ITS. | (N° de gestantes con VDRL o RPR (+) ingresadas al programa ITS/N° Total de gestantes con VDRL o RPR (+) derivadas al programa ITS) x 100 | Matrona | REM A05 Registros locales de derivación. | Sin datos en evaluación 2013   | Realizar estrategias e registros local de evaluación mensual   |
| Baja Cobertura del control de salud de la mujer en edad del climaterio<br>PRIORIDAD A | Aumentar la cobertura del control de salud de la mujer en etapa de climaterio (45 a 64 años). | Control de salud integral de la mujer en etapa de Climaterio.                       | Cobertura de un 30% en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio.        | (N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio/N° de población inscrita de 45 a 64 años) x 100                       | Matrona | REM P1<br>Evaluación trimestral          | Meta cumplida<br>Cobertura en control de climaterio 21.7% a Noviembre 2013<br><br>Brecha: 166 mujeres en etapa de climaterio | Continuar implementación de tarjetero de climaterio<br>Estrategia de derivación y de control efectivas para el ingreso de las mujeres en etapa de climaterio |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE                                   |  |  |   |  |                      |   |  |   |
|--|--|--|---|--|----------------------|---|--|---|
| PROMOCION  |  |  |   |  |                      |   |  |   |
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES  | RR.HH                | MONITOREO                                   | ANALISIS CUANTITATIVO  | ANALISIS CUALITATIVO  |
| Morbimortalidad en población adolescente<br>PRIORIDAD ALTA | Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención del embarazo adolescente y el VIH-SIDA e ITS. | Realizar consejería en salud sexual reproductiva y/o en prevención de VIH e ITS. | 5% de la población adolescente de 15 a 19 años con consejerías en salud reproductiva y/o en prevención de VIH e ITS | (N° de consejerías de salud sexual reproductiva y/o en prevención de embarazo adolescente, VIH e ITS realizadas/ N° de adolescentes de 15 a 19 años) x 100 | Matrona<br>Enfermera | REM A19 Sección A1<br>Evaluación trimestral | Meta a octubre 2013 de 40 consejerías en población de 15 a 19 años correspondiendo a 2,5% de cobertura de adolescentes consejería SSR y / o prevención VIH – ITS<br><br>BRECHA: 40 adolescentes con consejería SSR | Proceso de análisis del programa adolescente y estrategia a desarrollar en el 2014 para su mejor implementación y de mejoramiento de acceso y actividades de promoción. |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE  |   |  |  |  |                 |   |   |  |
|---|---|--|--|--|-----------------|---|---|--|
| PROMOCION   |   |  |  |  |                 |   |   |  |
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES  | RR.HH           | MONITOREO   | ANALISIS CUANTITATIVO   | ANALISIS CUALITATIVO   |
| Alta Prevalencia de consumo de tabaco en adolescentes (A)                         | Fortalecer el desarrollo de conductas antitabáquica en adolescentes.                    | Ejecutar consejería breve Antitabaco a todas las consultas y controles respiratorios de salud del adolescente.   | 100% de las consultas y controles respiratorios de salud del adolescente con consejería breve antitabaco.  | (Nº de consejerías breve antitabáquicas realizadas/Nº total de consultas y controles respiratorios de salud del adolescente realizados) x 100  | Kinesiólogo     | REM A19 Sección A<br>REM A23 Sección C, D, E                                      | Sin datos año 2013  |  |
|   |   | Implementar actividades de Promoción antitabáquica en establecimientos educacionales y otros espacios.   | 5 actividades de promoción antitabáquica en establecimientos educacionales y otros espacios.   | (Nº actividades de promoción antitabáquicas realizadas/Nº total de actividades de promoción antitabáquica planificadas) x 100  | Equipo de Salud | REM A19 Sección B.1   |   |  |
|   | Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco.                             | Implementar actividades de consejería breve en tabaco en adolescentes durante la atención odontológica.  | 100% de los adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaco (CBT).  | (Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben CBT/ Total de adolescentes de 12 años con alta odontológica total) x 100  | odontólogo      | REM A09 Sección B.1<br><br>Evaluación mensual CMI (cuadro de mando integral)      | Meta a octubre 2013 99%, faltan 2 adolescentes con consejería al alta odontológica                    | Se realiza citación a los adolescentes que faltaba las consejería, obteniendo el 100%                        |
| Alta prevalencia de factores de riesgo en población adolescente (M)               | Fortalecer estrategia de Establecimientos educacionales promotores de salud.            | Implementar Intervención comunitaria, a diferentes establecimientos educacionales para detección precoz en escolares con trastornos nutricionales, bulling o riesgo suicida. | 10% de Establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud que reciben intervención comunitaria, dirigida a funcionarios, para entregar herramientas sobre detección tempranamente de problemas y trastornos mentales, bulling y riesgo suicida. | (Nº de establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud que reciben intervención comunitaria, dirigida a funcionarios /Nº total de establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud) x 100 | Equipo de salud | REM A19 Sección B1<br>Registro SEREMI   | El año 2013 se realizó en 1 establecimiento a funcionarios en temas nutricionales.                    | Se establece estrategia de abordaje de la población adolescente a nivel de las escuelas por parte del equipo |
| Alta prevalencia de factores de riesgo en población adolescente<br>PRIORIDAD ALTA | Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente. | Control de Salud integral "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años.   | 20% de adolescentes de 10 a 19 años con controles De salud integral  | (Nº de controles realizados/ Nº de población adolescentes de 10 a 19 años) x 100   | enfermera       | REM A01 Sección G<br>REM A03 Sección I<br>REM F01<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014 | Meta año 2013 cobertura de 11,5% a octubre 2013<br><br>Brecha: 198 control joven sano de 10 a 19 años | Implementación del año 2013 de convenio de atenciónal al adolescente   |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE  |   |   |  |  |                       |  |   |  |
|---|---|---|--|--|-----------------------|--|---|--|
| PROMOCION   |   |   |  |  |                       |  |   |  |
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES  | RR.HH                 | MONITOREO                                      | ANALISIS CUANTITATIVO   | ANALISIS CUALITATIVO   |
| Prevalencia en población adolescente de violencia (abuso, maltrato o VI (M)F) | Detección y primera respuesta en adolescente víctimas de violencia (abuso sexual, maltrato o VIF.   | Detección y primera respuesta en prestaciones y actividades habituales de atención de esta población.         | 100 % de adolescentes detectados/as con situaciones de violencia reciben primera respuesta.  | (Nº de adolescentes, según sexo detectados reciben primera respuesta /Nº total de adolescentes con situación de violencia) x 100   | Equipo de salud       | REM A05 Sección K<br>Evaluación trimestral     | Se requiere de registro local de las atenciones de primera respuesta y derivaciones a tratamiento   |  |
| Prevalencia de cáncer en adolescentes (M)                                     | Detectar signos y síntomas de cáncer de alta incidencia en adolescentes.  | Control de Salud integral "Joven Sano" a Adolescentes de 10 a 19 años.  | >90% de adolescentes con sospecha de cáncer, derivados a especialista.   | (Nº de adolescentes, según sexo, derivados a especialista con sospecha de cáncer de alta prevalencia /Nº total de controles de Salud integral "Joven Sano" Realizados) x 100 | Medico                | SIGGES<br>Registro Nacional de Cáncer Infantil |   |  |
| Alta prevalencia de enfermedades bucodentarias en población adolescente (A)   | Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas. | Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de adolescentes de 12 años. | 100% de altas odontológicas a los 12 han recibido educación en técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología. | (Nº de adolescentes de 12 años con educación en técnica de cepillado / Nº total de adolescentes de 12 años con alta odontológica) x 100                                      | Odontólogo<br>Tecnico | REM A09 Sección B o J<br>Evaluación mensual    | Meta cumplida 100% a octubre 2013   | Dotación buena de odontólogos<br>Actividad preventiva incorporada al control del alta del adolescente.<br>Motivación del equipo dental en la promoción y prevención de las enfermedades bucodentarias. |
| Embarazo adolescente ITS en población adolescente (A)                         | Aumentar el número de Adolescentes que acceden a Consejería en SSR con enfoque de género.   | Consejería en Salud Sexual Y Reproductiva.  | Aumentar en un 10% Línea base 2012 el número de consejerías en Salud Sexual Reproductiva otorgadas a adolescentes hombres y mujeres.                     | (Nº Consejerías en SSR realizadas / Nº Consejerías línea base 2013) x 100  | Matrona'<br>Enfermera | REM A19<br>Evaluación mensual                  | Meta a octubre 2013 de 40 consejería en población de 15 a 19 años correspondiendo a 2,5% de cobertura de adolescentes consejería SSR<br><br>BRECHA: 191 adolescentes con consejería SSR | Proceso de análisis del programa adolescente y estrategia a desarrollar en el 2014 para su mejor implementación y de mejoramiento de acceso y actividades de promoción.                                |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE   |   |   |   |  |               |  |  |   |
|--|---|---|---|--|---------------|--|--|---|
| PROMOCION  |   |   |   |  |               |  |  |   |
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES  | RR.HH         | MONITOREO                                  | ANALISIS CUANTITATIVO  | ANALISIS CUALITATIVO  |
| Alta prevalencia de embarazo adolescente y riesgos asociados (A) | Disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 19 años (10 a 14 y 15 a 19 años).                                 | Consejería en regulación de fertilidad.   | Aumentar en un 10% línea base 2013 el número de consejerías en regulación de fertilidad otorgadas a adolescentes hombres y mujeres. | (Nº de consejerías en regulación de fertilidad realizadas a adolescentes, según sexo / Nº total consejerías en regulación de fertilidad planificadas) x 100  | Matrona'      | REM A19 Sección A.1                        | Meta 2013 cumplida 289 consejerías de regulación de fertilidad correspondiendo a 12,4% de cobertura<br><br>Realización de 318 consejería de regulación de fertilidad | Proceso de análisis del programa adolescente y estrategia a desarrollar en el 2014 para su mejor implementación y de mejoramiento de acceso y actividades de promoción.                             |
| Alta prevalencia de malnutrición en adolescentes (A)             | Vigilar el peso durante la gestación en embarazadas menores de 20 años con malnutrición por exceso y malnutrición por déficit | Consulta nutricional de gestantes menores de 10 a 19 años con malnutrición por exceso | 50% Cobertura de consulta nutricional en gestantes menores de 10 a 19 años con malnutrición por exceso                              | (Número de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso BC) x 100                   | Nutricionista | REM P01 Sección E SUJETO A CAMBIO REM 2014 | Datos escasos en p01, que no dan cuenta de la realidad.<br><br>Problemas de registro rem p01 entregados nutricionales  | Recurso nutricional con déficit de horas para el polo.<br><br>Priorización de La consulta nutricional de las gestantes con malnutrición por Exceso<br><br>Mejorar registro REMPO1 por nutricionista |
|  |   | Consulta nutricional de gestantes menores de 15 años con malnutrición por déficit.    | 100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes menores de 15 años con malnutrición por déficit.                                | (Número de gestantes menores de 15 años con malnutrición por déficit bajo control, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes menores de 15 años con malnutrición por déficit bajo control) x 100 | Nutricionista | REM P01 Sección E SUJETO A CAMBIO REM 2014 |  | Recurso nutricional con déficit de horas para el polo.<br><br>Problema de registro rem p01<br><br>Priorización de La consulta   |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE  |  |   |   |  |                              |   |                       |   |
|---|--|---|---|--|------------------------------|---|-----------------------|---|
| PROMOCION   |  |   |   |  |                              |   |                       |   |
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS                       | METAS   | INDICADORES  | RR.HH                        | MONITOREO   | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO  |
|   |  |   |   |  |                              |   |                       | nutricional de las gestantes con malnutrición por déficit.<br><br>Mejorar registro REMP01 por nutricionista |
| Alta prevalencia de adolescentes con problemas y trastornos de salud mental (A) | Detección precoz de problemas y trastornos mentales en adolescentes. | Detección de depresión en adolescentes.         | 100% de adolescentes diagnosticados son ingresados programa de depresión.   | (Nº de adolescentes que ingresan al programa de depresión / Nº I de adolescentes diagnosticados con depresión) x 100   | medico                       | SIGGES  |                       |   |
|   |  | Consulta médica para diagnóstico de depresión.  | 100% de adolescentes con sospecha de depresión reciben consulta médica para diagnóstico.  | (Nº de adolescentes con puntaje positivo cuestionario de Depresión que reciben consulta médica para diagnóstico / Nº Total de Adolescentes con puntaje positivo cuestionario de depresión) x 100 | medico                       | SUJETO A CAMBIO REM 2014                                  |                       |   |
|   |  | Intervención Preventiva (o Intervención Breve). | 80% de los adolescentes con consumo de riesgo de alcohol (AUDIT entre 8 y 15) reciben intervención preventiva (o intervención breve). | (Nº de adolescentes con consumo de riesgo de alcohol (AUDIT entre 8 y 15) que reciben intervención preventiva / Nº total de adolescentes con consumo de riesgo de alcohol) x 100                 | Asistente social             | REM A03 Sección J (AUDIT 8-15) Programa Vida Sana Alcohol |                       |   |
|   | Detección precoz de problemas y trastornos mentales en adolescentes. | Derivación asistida para evaluación clínica.    | 100% de adolescentes inscritos y con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o                       | (Nº de adolescentes inscritos y con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más)  | Trabajadora social psicóloga | REM A03 Sección J Programa Vida Sana Alcohol              |                       |   |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE  |  |   |   |  |             |   |  |   |
|---|--|---|---|--|-------------|---|--|---|
| PROMOCION   |  |   |   |  |             |   |  |   |
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES  | RR.HH       | MONITOREO   | ANALISIS CUANTITATIVO  | ANALISIS CUALITATIVO  |
|   |  |   | más) reciben derivación asistida para evaluación clínica en el programa integral de salud mental en APS.  | que reciben derivación asistida para evaluación clínica en programa integral de salud mental en APS / N° total de adolescentes inscritos) x 100  |             |   |  |   |
| Morbimortalidad por enfermedades respiratorias crónicas em adolescentes (M) | Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por enfermedades respiratorias crónicas. | Visitas Domiciliarias integral realizada por kinesiólogo(a) en familias con adolescentes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas o con requerimientos especiales (POA, asistencia ventilatoria no invasiva AVNI, asistencia ventilatoria invasiva AVI). | Aumentar en 30% la cobertura de visitas domiciliarias integrales a adolescentes portadores de enfermedades crónicas severas o con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI). | (N° de Visitas Domiciliarias Integrales de las familias adolescentes de 10 a 19 años con enfermedades crónicas severas o con requerimientos especiales / N° total adolescentes entre 10 y 19 años con enfermedades crónicas severas o con requerimientos especiales) x 100 | kinesiologo | REM A23 Sección M<br>REM P3 Sección A<br><br>SUJETO A<br>CAMBIO REM<br>2014 | Sin datos de evaluación en el año 2013   |   |
| Alta prevalencia de consumo de alcohol y drogas (A)                         | Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.   | Tratamiento integral según Guía Clínica GES a adolescentes con consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas.   | 90% de los adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia reciben tratamiento en GES.  | (N° de adolescentes inscritos con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas que reciben tratamiento en GES / N° total de adolescentes inscritos) x 100  |             | SIGGES<br>Población Inscrita<br>validada                                    | Registro local de IC de derivación y seguimiento de los adolescentes derivados a tratamiento |   |
|   |  | Tratamiento integral según Guía Clínica GES a adolescentes con consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas.   | 100% de los adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas reciben tratamiento en GES.   | (N° de adolescentes inscritos con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas que reciben tratamiento en GES / N° total de adolescentes inscritos) x 100  |             | SIGGES<br>Población Inscrita<br>validada                                    | Registro local de IC de derivación y seguimiento de los adolescentes derivados a tratamiento | Seguimiento de adolescentes derivados a tratamiento a cosam |
|   |  | Tratamiento integral en Atención Primaria o derivación a especialidad cuando corresponda, a adolescentes con diagnóstico de depresión.  | 100% de adolescentes con diagnóstico de Depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral en GES Depresión.   | (N° de adolescentes inscritos con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave que reciben tratamiento integral en GES Depresión/ Total de  |             | SIGGES<br>REM 06<br>REM P6  | Registro local de IC de derivación y seguimiento de los adolescentes derivados a tratamiento | Seguimiento de adolescentes derivados a tratamiento a cosam |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE  |           |   |   |  |   |                             |  |   |
|---|-----------|---|---|--|---|-----------------------------|--|---|
| PROMOCION   |           |   |   |  |   |                             |  |   |
| PROBLEMA  | OBJETIVOS | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES  | RR.HH   | MONITOREO                   | ANALISIS CUANTITATIVO  | ANALISIS CUALITATIVO  |
|   |           |   |   | adolescentes inscritos) x 100  |   |                             |  |   |
|   |           |   | 100% de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad.   | (Nº de adolescentes inscritos con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida, que inician tratamiento y son derivados a especialidad / Nº de adolescentes inscritos) x 100   |   | SIGGES<br>REM 06 REM P6     | Registro local de IC de derivacion y seguimiento de los adolescentes derivados a tratamiento | Seguimiento de adolescentes derivados a tratamiento a cosam   |
| Morbimortalidad por trastornos de salud mental y problemas de consumo de alcohol y drogas<br>PRIORIDAD ALTA |           | Visita Domiciliaría Integral y/o Consejería Familiar para completar Evaluación diagnóstica y realizar intervención psicosocial familiar/ ambiental. | 30% de familias de adolescentes en tratamiento por depresión, consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas, reciben VDI y/o Consejería familiar. | (Nº de adolescentes en tratamiento por depresión o por consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas cuyas familias reciben VDI y/o Consejería familiar/Nº total de adolescentes en tratamiento por depresión o por consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas) x 100 | Equipo de salud   | SIGGES                      | Registro de cartolas familiares  | Fortalecimiento Del modelo de salud familiar y del trabajo de equipo en La evaluación e intervención familiar         |
|   |           | Derivación efectiva de adolescentes con síntomas presuntivos de un primer episodio de EQZ.  | 100% de adolescentes con sospecha de esquizofrenia son derivados a psiquiatra.  | (Nº adolescentes inscritos con sospecha de primer episodio EQZ derivados a psiquiatra/ Nº Total de adolescentes inscritos) x 100   | medico  | SIGGES<br>REM A06<br>REM P6 |  |   |
|   |           | Aumentar la cobertura de atención a adolescentes con diagnóstico de depresión.  | Aumentar el número de adolescentes en tratamiento por depresión.  | (Nº de adolescentes que ingresan a tratamiento por depresión / Nº total de adolescentes con diagnóstico de depresión) x 100  | Enfermera<br>Psicóloga<br>Matrona<br>Trabajadora social<br>medico | SIGGES                      |  | fortalecimiento Del control sano adolescente , mejorando La detección de sintomatología depresiva en los adolescentes |

| Ciclo Vital: ADULTO PREVENCIÓN  |  |  |   |   |   |   |   |   |
|---|--|--|---|---|---|---|---|---|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES   | RR.HH                                   | MONITOREO   | ANALISIS CUANTITATIVO   | ANALISIS CUALITATIVO  |
| Alta prevalencia de factores de riesgo cardiovasculares e la población adulta (A)                   | Promover el autocuidado en las personas de 20 años y más.  | Reuniones con la comunidad para difundir prácticas de alimentación saludable y de actividad física.                      | 5 actividades con la comunidad de difusión de prácticas de autocuidado (alimentación saludable, actividad física) | (Nº de actividades de difusión en estilos de vida y autocuidado realizadas a personas adultas / N° total de actividades programadas) x100 | EQUIPO DE SALUD                         | REM A27   |   |   |
| Prevalencia de morbimortalidad por tabaquismo en población adulta (A)                               | Fomentar la disminución y abstinencia del consumo de tabaco en adultos.  | Realizar consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles respiratorios del adulto.                      | 100% de las consultas y controles respiratorios de adultos de 20 a 64 años con consejería breve antitabaco.       | (Nº de consejerías breves antitabaco realizadas / N° total de consultas y controles respiratorios realizados) x 100                       | KINESIOLOGO<br>MEDICO<br>ENFERMERA      | REM A23 Sección L1, A, B,C,D y E<br>SUJETO A CAMBIO<br>REM 2014                                 | Meta 2013 (50%) consejerías antitabaco en adultos con alto riesgo de descompensación en ptes. respiratorios , logrado 134% (38 consejerías) | Buena derivación a consejerías antitabaco de los pacientes respiratorios<br><br>Motivación del equipo |
| Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles no detectadas en la población adulta (A) | Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años. | Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo.  | Incrementar en un 20% la cobertura de EMPA respecto a lo realizado el año anterior. (IAAPS)                       | (Nº de EMPA realizados a población adulta beneficiaria/Población Total adulta beneficiaria) x 100.  | Enfermera                               | REM A02 Sección B Población beneficiaria<br><br>Evaluación mensual                              | Cobertura 2013 12,2 %   | Se han establecido varias estrategias par el aumento de esta meta , inasistencia importante           |
|   |  | Realizar examen de medicina preventiva del adulto focalizado en hombres en edad productiva aplicando pauta de protocolo. | 18% de cobertura EMP en hombres de 20 a 44 años   | (Nº de EMPA realizados a población masculina adulta de 20 a 44 años / Población Total adulta masculina de 20 a 44 años) x 100             |   | REM A02 Sección B Población masculina beneficiaria en edad productiva<br><br>Evaluación mensual | Meta 2013 a octubre 2013 cobertura 10,1%<br><br>Realización de 810 EMP a hombres de 20 a 44 años  |   |
| Alta morbimortalidad en hombres por patología cardiovascular (A)                                    | Aumentar el número de usuarios, particularmente hombres, que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular.  | Control de Salud Cardiovascular.   | Aumentar en un 10% respecto al año anterior la cobertura de hombres bajo control en el PSCV.                      | (Nº de hombres controlados en el PSCV / Población Total adulta masculina beneficiaria)x 100   | Médicos<br>Enfermeras<br>nutricionistas | REM P4 Sección A Población adulta masculina beneficiaria  |   |   |

| Ciclo Vital: ADULTO<br>PREVENCIÓN                |  |                                  |   |  |                                      |                      |  |                      |
|--|--|----------------------------------|---|--|--------------------------------------|----------------------|--|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS        | METAS   | INDICADORES  | RR.HH                                | MONITOREO            | ANALISIS CUANTITATIVO  | ANALISIS CUALITATIVO |
|  | Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 20 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular. | Control de Salud Cardiovascular. | 100% de las personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular de 20 y más años bajo control, está en tratamiento con AAS y estatinas. | (N° de personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses / N° total de personas bajo control con antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte)x 100. | medico                               | REM P4 Sección B y A |  |                      |
| Alta morbilidad por patología cardiovascular (A) | Aumentar el N° de personas hipertensas compensadas con riesgo CV alto y muy alto.  | Control de Salud Cardiovascular. | Aumentar en un 5% respecto al año anterior la cobertura de personas con hipertensión compensadas bajo control.  | (N° de personas hipertensas con riesgo CV alto y muy alto compensadas / N° total de personas con riesgo CV alto y muy alto) x 100  | Medico<br>Enfermera<br>Nutricionista | REM P4 Sección B y A | Compensación a 6/2013 de hta es de un 56.3%.<br>Se debe hacer seguimiento de los ptes con riesgo alto y muy alto con compensación<br>Se realizara línea Base |                      |
|  | Aumentar el N° de personas con diabetes compensadas con riesgo CV alto o muy alto.   | Control de Salud Cardiovascular. | Aumentar 3% respecto al año anterior la cobertura de personas con diabetes compensadas bajo control.  | (N° de personas diabéticas con riesgo CV alto y muy alto compensadas / N° total de personas con riesgo CV alto y muy alto) x 100   | Medico<br>Enfermera<br>Nutricionista | REM P4 Sección B y A | Compensación diabéticos 52.1%<br><br>Se debe hacer seguimiento de los ptes con riesgo alto y muy alto con compensación<br>Se realizara línea Base            |                      |

| Ciclo Vital: ADULTO |  |   |  |  |                                      |   |   |  |
|---------------------|--|---|--|--|--------------------------------------|---|---|--|
| PREVENCIÓN          |  |   |  |  |                                      |   |   |  |
| PROBLEMA            | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES  | RR.HH                                | MONITOREO   | ANALISIS CUANTITATIVO   | ANALISIS CUALITATIVO                                       |
|                     | Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo. | Control de salud cardiovascular:<br>Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año. | 100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido 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 al corte) x 100 | medico                               | REM P4 Sección B y A  | Se mantiene meta del 100% de ERC en las personas diabéticas e hipertensas bajo control. | Estrategias de abordaje de los inasistentes a control pSCV |
|                     | Aumentar cobertura de personas entre 20 y 64 años con hipertensión arterial.                     | Detección de personas hipertensas a través del EMP en consulta de morbilidad.   | Aumentar un 15 % la cobertura de personas adultas con hipertensión (IAAPS)   | (N° de personas adultas con hipertensión, bajo control / N° total personas adultas hipertensas esperados según prevalencia) x 100  | Medico<br>Enfermera<br>Nutricionista | REM P4 Sección A Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (15,7%) |   |  |
|                     | Aumentar la cobertura de personas entre 20 y 64 años con diabetes tipo 2.                        | Pesquisa a través del EMP en consulta de morbilidad.  | Aumentar en un 5% la cobertura de personas adultas con diabetes tipo 2 respecto al año anterior. (usar IAAPS)                | (N° de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control / N° total de personas adultas con diabetes tipo 2 esperados según prevalencia) x 100                                       |                                      | REM P4 Sección A Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%)           |   |  |

| Ciclo Vital: ADULTO<br>PREVENCIÓN  |   |  |  |  |                  |   |   |   |
|--|---|--|--|--|------------------|---|---|---|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES  | RR.HH            | MONITOREO   | ANALISIS CUANTITATIVO   | ANALISIS CUALITATIVO  |
|  | Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.   | Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona con diabetes, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.                                | El 90% de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas a PSCV se les realiza examen de los pies, clasificación del riesgo de ulceración e intervención educativa correspondiente.   | (Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x 100 | Medico enfermera | REM P4 Sección C y A  | Cobertura de evaluación del pie diabético a noviembre 2013 es de un 69% | Estrategias de derivación, por el equipo. Manejo de las inasistencias de los diabéticos a control. Incorporar la evaluación del pie al médico del equipo. |
|  |   |  | 100% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.   | (Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado / N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100     | Enfermera        | REM P4 Sección C  |   |   |
| Alta prevalencia de tuberculosis en la población de Santiago<br>PRIORIDAD ALTA | Pesquisa de Tuberculosis en las personas de 15 a 64 años que presenten síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días. | Examen de baciloscopia en personas de 15 a 64 años, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días. | Tasa de 50 baciloscopias por 1000 consultas (indicador programa de TBC) en personas de 15 a 64 años con síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días. | (Nº de baciloscopias de diagnóstico realizadas personas 15 a 64 años / N° total de consultas de morbilidad de 15 a 64 años x 100   | Equipo de salud  | REM A10 Sección A<br>REM A04 Sección A<br>Indicador de programa TBC | Tasa a noviembre e baciloscopia es de 31.5                              | Motivación al equipo para la solicitud.   |

| Ciclo Vital: ADULTO PREVENCIÓN                     |  |  |   |   |                                |   |                       |                      |
|--|--|--|---|---|--------------------------------|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS                                  | METAS   | INDICADORES   | RR.HH                          | MONITOREO   | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
| Prevalencia de morbimortalidad asociada al VIH (A) | Garantizar la realización del examen de detección de VIH SIDA a personas de 20 y más años que lo solicitan voluntariamente o por indicación médica según criterios clínicos y/o epidemiológicos. | Consejería post test para examen de detección de VIH/SIDA. | 100% de los test de Elisa para VIH se realizan con consejería post test.  | (Nº de consejería post test de VIH realizadas en personas de 20 y más años / Nº total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100 | Consejera VIH                  | REM A19 Sección A.2<br>REM A11 Sección C1 y C2        |                       |                      |
|  | Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.   | Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.               | Aumentar en un 20% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas con respecto al año anterior. | (Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas / Nº total de consejería en personas adultas   | Medico<br>Enfermera<br>Matrona | REM A19 Sección A1<br><br>SUJETO A CAMBIO<br>REM 2014 |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADULTO TRATAMIENTO                       |   |   |  |   |                                      |   |                       |                      |
|---|---|---|--|---|--------------------------------------|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS                     | METAS  | INDICADORES   | RR.HH                                | MONITOREO   | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
| Alta morbimortalidad por patología cardiovascular (A) | Aumentar la cobertura efectiva de personas hipertensas de 20 a 64 años. | Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento. | Al menos 3% de incremento de cobertura efectiva de los hipertensos de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respecto al año anterior. | (Nº de personas hipertensas de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg / Nº total de personas hipertensas de 20 a 64 años esperadas según prevalencia) x 100 | Medico<br>Enfermera<br>nutricionista | REM P4 Sección B Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (15,7%) |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADULTO TRATAMIENTO                       |   |  |   |   |                                      |  |   |  |
|---|---|--|---|---|--------------------------------------|--|---|--|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES   | RR.HH                                | MONITOREO  | ANALISIS CUANTITATIVO   | ANALISIS CUALITATIVO   |
| Alta morbimortalidad por patología cardiovascular (A) | Aumentar la cobertura efectiva de personas con DM2 de 20 a 64 años.   | Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento.  | Incrementar en un 2% la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años con DM2 (HbA1c<7%) respecto de lo logrado el año anterior.                                 | (N° de personas con diabetes de 20 a 64 años con HbA1c <7% según último control / N° total de personas de 20 a 64 años con DM2 esperados según prevalencia x 100  | Medico<br>Enfermera<br>nutricionista | REM P4 Sección B<br>Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%)       |   |  |
|   | Aumentar la cobertura de atención a pacientes en domicilio portadores de enfermedades respiratorias crónica severa y usuarios con requerimientos especiales (POA,) de 20 a 64 años. | Visita domiciliaria de profesional a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severa y usuarios con requerimientos especiales (POA,) de 20 a 64 años. | 100% la cobertura de visitas a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, de 20 a 64 años. | (N° de visitas domiciliarias realizadas a pacientes de 20 a 64 años con enfermedad respiratoria crónica severa y usuarios con requerimientos especiales (POA)/N° total de pacientes de 20 a 64 años con enfermedades respiratorias crónicas severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, bajo control) x 100 | Kinesiólogo                          | REM 23 Sección M<br>REM P3 Sección A<br><br>SUJETO A CAMBIO<br>REM 2014            |   |  |
|   | Aumentar la detección y prevenir el consumo de riesgo de alcohol en adultos.  | Aplicación de AUDIT en Examen de Medicina Preventiva (EMP)   | 70% de las personas de 20 a 64 años se aplica instrumento AUDIT   | (N° de personas de 20 a 64 años con EMP realizado que se les aplica AUDIT / N° total de personas de 20 a 64 años inscritos con EMP realizado) x 100   | enfermera                            | REM A03, Sección J<br>Población de 20 a 64 años<br><br>SUJETO A CAMBIO<br>REM 2014 | Aplicación de audit al 100 % de los pacientes con consumo de alcohol en el empa durante el año 2013 | Audit incorporado en ficha electrónica del examen preventivo |

| Ciclo Vital: ADULTO TRATAMIENTO  |   |   |   |  |                    |  |  |                      |
|--|---|---|---|--|--------------------|--|--|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS                                 | METAS   | INDICADORES  | RR.HH              | MONITOREO  | ANALISIS CUANTITATIVO  | ANALISIS CUALITATIVO |
|  |   | Intervención preventiva (o intervención breve).           | 80% de los adultos con detección de consumo de riesgo (AUDIT entre 8 y 15) reciben intervención preventiva. | (N° de adultos inscritos con consumo de riesgo (AUDIT entre 8 y 15) que reciben intervención preventiva / N° total de adultos inscritos) x 100 | Trabajadora social | REM A03, Sección J Población de 20 a 64 años<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014 |  |                      |
| Alta prevalencia de VIH en la comuna de Santiago y comorbilidad asociada (A) | Vigilancia de tuberculosis en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH.  | Examen de baciloscopia.                                   | 100% de adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH con examen BK realizado.                            | (N° de BK de diagnóstico realizadas a personas de 15 a 64 años / N° total de consultas médicas por patologías respiratorias y/o VIH) x100      | Equipo de salud    | REM A10 Sección A<br>REM A04 Sección A                                       |  |                      |
| Alta mortalidad por cáncer mama en mujeres adultas (A)                       | Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.                            | Mamografía a mujeres de 50 a 54 años AUGE.                | Incrementar 10% con respecto año anterior la cobertura de mamografía en mujeres de 50 a 54 años.            | (N° de mujeres de 50 a 54 años con mamografía vigente/ N° total de mujeres de 50 a 54 años inscritas) x100                                     | matrona            | Rem P12 Sección C Población de mujeres de 50 a 54 años                       | Cobertura de mx de junio 32013 es de 61.2% de las mujeres de 50 a 54 años            |                      |
|  | Mejorar la cobertura de mujeres mayores de 40 años que se realizan el ex. De MX | Mamografía a mujeres de 40 años y mas                     | Incrementar 10% con respecto año anterior la cobertura de mamografía en mujeres de 40 años y mas            | (N° de mujeres de 40 y más años con mamografía vigente/ N° total de mujeres de 40 y más años inscritas) x100                                   | Matrona            | Rem P12 Sección C Población de mujeres de 40 y más años                      | Cobertura de mujeres de 40 y más años con mx vigente a junio del 2013 es de un 27.1% |                      |
| Alta mortalidad por cáncer cervico uterino en mujeres adultas (A)            | Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino.                  | PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años AUGE y EMPA. | Reducir en un 20% la brecha de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años.                               | (N° de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente / N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas) x 100  |                    | Citoexpert REM P12 Sección A Población de mujeres de 25 a 64 años            | Meta año 2013 cumplida mas del 100 % de la brecha                                    |                      |

| Ciclo Vital: ADULTO TRATAMIENTO   |   |   |   |   |   |  |                       |                      |
|---|---|---|---|---|---|--|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES   | RR.HH                                     | MONITOREO  | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
| Prevalencia de morbimortalidad de enfermedades respiratorias crónicas en población adulta (M) | Incrementar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios.   | Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica.                                   | Aumentar en 10% la población bajo control de 20 a 64 años en el Programa ERA. (Asma, EPOC y otras respiratorias crónicas).  | ((Población adulta de 20 a 64 años bajo control actual – Población adulta de 20 a 64 años bajo control año anterior) / Población adulta de 20 a 64 años bajo control año anterior ) x 100 |   | REM P3(2013-2012)<br>REM P3 2012<br>Sección A<br><br>SUJETO A CAMBIO<br>REM 2014 |                       |                      |
|   | Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.  | Categorizar por severidad a pacientes crónicos respiratorios.   | 100% de adultos de 20 a 64 años bajo control en sala ERA con categorización de severidad por capacidad funcional.           | (Nº de adultos de 20 a 64 años con categorización de severidad / Nº total de adultos de 20 a 64 años bajo control en sala ERA) x 100  | kinesiólogo                               | REM P3 Sección A<br><br>SUJETO A CAMBIO<br>REM 2014                              |                       |                      |
|   | Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años (GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años). | Atención odontológica integral del adulto de 60 años.   | 50 % de cobertura en altas totales odontológicas en adultos de 60 años inscritos validados.                                 | (Nº de Altas totales odontológicas de adultos de 60 años total / Total de adultos de 60 años inscritos y validados) x100  | odontólogos                               | REM A09 Sección C<br>Población de 60 años inscritos validados                    |                       |                      |
| Prevalencia de problemas y trastornos mentales en población adulta PRIORITY ALTA              | Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.    | Aumentar la cobertura de atención a personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias. | Aumentar en 15% el ingreso a tratamiento de personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias. | (Nº de personas entre 20 y 64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales /Nº total de personas entre 20 y 64 años inscritas) x 100  | medico<br>psicóloga<br>trabajadora social | REM A05<br>Población de 20 a 64 años inscritas                                   |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADULTO<br>TRATAMIENTO |           |   |   |   |   |   |                       |                      |
|------------------------------------|-----------|---|---|---|---|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA                           | OBJETIVOS | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES   | RR.HH                                     | MONITOREO                                     | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
|                                    |           | Aumentar la cobertura de atención a personas entre 20 y 64 años con depresión leve, moderada o grave. | Aumentar en 15% el ingreso a tratamiento de personas entre 20 y 64 años con depresión leve, moderada o grave. | Nº de personas entre 20 y 64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve, moderada o grave / Nº personas entre 20 y 64 años inscritas) x 100 | medico<br>psicóloga<br>trabajadora social | SIGGES<br>Población de 20 a 64 años inscritas |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADULTO   |   |  |  |   |                   |                      |   |   |
|---|---|--|--|---|-------------------|----------------------|---|---|
| TRATAMIENTO   |   |  |  |   |                   |                      |   |   |
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES   | RR.HH             | MONITOREO            | ANALISIS CUANTITATIVO   | ANALISIS CUALITATIVO  |
| <p>Dificultad en la posibilidad de brindar un tratamiento permanente a pacientes con patologías de salud mental en el CES, debido a Escasez de horas profesionales</p> <p>Pacientes con dificultad para desarrollar un motivo de consulta personal que implique un trabajo terapéutico</p> <p>Pacientes con escasa adherencia a intervenciones o tratamientos individuales</p> <p>Pacientes con poca capacidad de mentalización y autoanálisis, con tendencia a la actuación</p> <p><b>PRIORIDAD ALTA</b></p> | <p>Promover el tratamiento integral de pacientes con sintomatología ansiosa y / o depresiva en que los síntomas están condicionados por rasgos de personalidad problemáticos, mediante la participación en taller grupal.</p> <p>Objetivos específicos:<br/>                     Crear un espacio grupal de contención y apoyo psicológico para los pacientes de APS, centrado en la psicoeducación<br/>                     Fortalecer el reconocimiento de los principales síntomas y conflictos de los pacientes. Fortalecer la comprensión de éstos en relación a su historia y relaciones interpersonales.<br/>                     Elaborar grupalmente nuevas estrategias para enfrentar y resolver conflictos. Empoderar al paciente respecto de su propio tratamiento, de la evolución de su sintomatología y resolución de conflictos</p> | <p>Funcionamiento continuo de talleres grupales para pacientes con sintomatología ansiosa y / o depresiva en que los síntomas están condicionados por rasgos de personalidad problemáticos en el CES, entre los meses de abril y noviembre 2014.</p> | <p>Funcionamiento continuo de talleres grupales para pacientes con sintomatología ansiosa y / o depresiva en que los síntomas están condicionados por rasgos de personalidad problemáticos en el CES, entre los meses de abril y noviembre 2014.</p> | <p>N° de talleres realizados / N° talleres planificados x 100</p> | <p>psicólogas</p> | <p>REM 19 y/o 27</p> | <p>Verificación de realización de talleres de frecuencia semanal entre los meses de abril a noviembre 2014.</p> | <p>Evaluación cualitativa al finalizar cada taller de acuerdo a los objetivos planteados.</p> |

| Ciclo Vital: ADULTO TRATAMIENTO |  |  |   |   |       |   |                       |                      |
|---------------------------------|--|--|---|---|-------|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA                        | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES   | RR.HH | MONITOREO   | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
|                                 |  | Visita Domiciliaria Integral para completar evaluación diagnóstica por depresión y realizar intervención psicosocial familiar/ ambiental cuando corresponda. | 30% de familias con miembro con Depresión ingresado a tratamiento, reciben VDI y/o Consejería familiar.   | (N° de personas de 20 a 64 años en tratamiento por depresión que reciben visitas domiciliarias / N° total de personas de 20 a 64 años en tratamiento por depresión) x 100           |       | SIGGES<br>REM P6 Sección A                              |                       |                      |
|                                 | Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias. | Aumentar la cobertura de atención a personas entre 20 y 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más).                 | Aumentar en 15% el ingreso a tratamiento de personas de 20 a 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más). | (N° de personas de 20 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia (AUDIT de 16 puntos o más) / N° total de personas de 20 a 64 años inscritas) x 100 |       | REM A03 Sección J<br>Población de 20 a 64 años inscrita |                       |                      |

| Ciclo Vital: SALUD ADULTO MAYOR PROMOCION  |   |   |   |  |             |  |                       |                      |
|--|---|---|---|--|-------------|--|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES  | RR.HH       | MONITOREO  | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
| Alta incidencia de consumo de tabaco en las personas mayores de 65 años<br><br>PRIORIDAD A | Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco en las personas de 65 años y más | Realizar consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles respiratorios de las personas de 65 años y más. | 100% de las consultas y controles respiratorios de las personas de 65 años y más con consejería breve antitabaco. | (N° de consejerías breves antitabaco realizadas a personas de 65 años y más/ N° total de consultas y controles respiratorios realizados) x 100 | Kinesiólogo | REM A23 Sección L1, A, B, C, D, E<br><br>SUJETOACAMBIO<br>REM 2014 |                       |                      |

| Ciclo Vital: SALUD ADULTO MAYOR<br>PROMOCION |   |   |  |  |                 |  |                       |                      |
|--|---|---|--|--|-----------------|--|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA                                     | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES  | RR.HH           | MONITOREO                                    | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
|  | Promover el Envejecimiento activo y Autocuidado en las personas de 65 años y más. | Reuniones con la comunidad Para difundir Prácticas de alimentación saludable y de actividad física. | Incrementar al menos en 5 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior. | (N° de personas de 65 años y más que al momento de corte 2012, se encuentran en actividad física/ N° Total de personas de 65 años Y más inscritos) x 100 | Equipo de Salud | REM P5 Sección Población inscrita validada   |                       |                      |
|  |   |   |  | (N° de consejerías individuales en actividad física realizadas a personas de 65 y más años/ N° total de AM inscritos)x 100                               | Equipo de Salud | REMA19 Sección A Población inscrita validada |                       |                      |
|  |   |   |  | (N° de consejerías individuales en estilos de vida y autocuidado realizadas a personas de 65 y más años/ N° total de AM inscritos)x 100                  | Equipo de Salud | REMA19 Sección A Población inscrita validada |                       |                      |

| Ciclo Vital: SALUD ADULTO MAYOR<br>PREVENCION                    |  |  |  |   |            |  |                       |                      |
|--|--|--|--|---|------------|--|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS                                      | METAS  | INDICADORES   | RR.HH      | MEDIO DE VERIFICACIÓN  | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
| Alta prevalencia de adultos mayores en riesgo de dependencia (A) | Prevenir la dependencia en las personas de 65 años y más con factores de riesgo detectados en el EMP del Adulto mayor. | Realización de Examen de Medicina Preventiva del adulto mayor. | Incrementar a lo menos en un 15% el EMP del AM respecto al año anterior. | (N° de personas de 65 y más años con examen de medicina preventiva vigente/ Población inscrita de 65 y más años)x 100 | Enfermeras | REM A02 Sección B Población inscrita de 65 y más años validada |                       |                      |

| Ciclo Vital: SALUD ADULTO MAYOR                                  |  |  |   |  |                       |   |                       |                      |
|--|--|--|---|--|-----------------------|---|-----------------------|----------------------|
| PREVENCION   |  |  |   |  |                       |   |                       |                      |
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES  | RR.HH                 | MEDIO DE VERIFICACIÓN   | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
| Alta prevalencia de adultos mayores en riesgo de dependencia (A) | Brindar atención integral y oportuna a las personas de 65 años y más Identificadas en riesgo psicosocial.  | Intervención Preventiva o Terapéutica en personas de 65 años y más con sospecha de maltrato según protocolo local.                                       | 100% de las personas de 65 años y más detectadas con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda. | (N° de personas de 65 años y más bajo control con sospecha de maltrato/N° de población inscrita validada de 65 años y más) x 100   | Trabajadoras Sociales | REM P5 Sección C Población de 65 años y más inscrita validada |                       |                      |
|  |  | Intervención Preventiva o Terapéutica en las personas de 65 años y más y sus familias que presentan consumo o riesgo de consumir alcohol u otras drogas. | 100% de las personas de 65 años y más detectadas con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda. | (N° de personas de 65 años y más bajo control con consumo o en riesgo de consumir alcohol u otras drogas /N° de población de 65 años y más inscrita) x 100                                   | Trabajadoras Sociales | REM P6 Sección A Población de 65 años y más inscrita validada |                       |                      |
|  | 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.                         | 100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.            | (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) x 100 | Médico                | REM P4 Sección A  |                       |                      |

| Ciclo Vital: SALUD ADULTO MAYOR |  |                                  |   |   |        |   |                       |                      |
|---------------------------------|--|----------------------------------|---|---|--------|---|-----------------------|----------------------|
| PREVENCION                      |  |                                  |   |   |        |   |                       |                      |
| PROBLEMA                        | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS        | METAS   | INDICADORES   | RR.HH  | MEDIO DE VERIFICACIÓN                           | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
|                                 | Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan microalbuminuria (RAC ≥ 30 mg/grs.).                   | Control de Salud Cardiovascular. | 100% de las personas diabéticas de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan microalbuminuria está en tratamiento con IECA o ARA II.                   | (N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con microalbuminuria 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 microalbuminuria al corte) x 100   | Médico | REM P4 Sección B<br>SUJETO A CAMBIO<br>REM 2014 |                       |                      |
|                                 | Reducir el riesgo de Reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 65 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular. | Control de Salud Cardiovascular. | 100% de las personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular de 65 y más años bajo control en PSCV, está en tratamiento con AAS y estatinas. | (N° de personas de 65 años y más con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses / N° total de personas de 65 años y más bajo control en PSCV con el antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) x 100 | Médico | REM P4 Sección B y A                            |                       |                      |

| Ciclo Vital: SALUD ADULTO MAYOR                              |   |   |  |   |                 |  |                       |                      |
|--|---|---|--|---|-----------------|--|-----------------------|----------------------|
| PREVENCION   |   |   |  |   |                 |  |                       |                      |
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES   | RR.HH           | MEDIO DE VERIFICACIÓN                    | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
| Alta incidencia de tuberculosis en la comuna de Santiago (A) | Pesquisa de Tuberculosis en las personas de 65 años y más que presenten síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días | Examen de baciloscopia en personas de 65 años y más, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios a laño por 10 días. | Baciloscopia en el 100% de personas de 65 años y más con síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días | Nº de baciloscopías de diagnóstico realizadas personas de 65 años y mas/ Nº total de consultas de morbilidad) x 100 | Equipo de Salud | REMA10 Sección A<br>REMA04 Sección A     |                       |                      |
|  |   |   |  | Nº de bacilos copias de diagnóstico realizadas en personas de 65 años y más/ Nº total de controles de salud) x 100  |                 | REMA10 Sección A<br>REMA01 Sección B     |                       |                      |
|  | Aumentar cobertura de Vacuna neumocócica polisacárida 23 Valente en los usuarios de 65 años de edad.  | Administración de una dosis de vacuna neumocócica polisacárida a los usuarios de 65 años de edad.   | Meta 100 % de población inscrita.  | (Nº de personas de 65 años vacunadas / Nº Total de personas de 65 años de la comuna) x 100                          | Enfermera       | REM C13<br>Población inscrita validada   |                       |                      |
|  | Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.   | Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM.<br><br>Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM.                                  | Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.  | (Nº de personas de 70 años y más que reciben PACAM/Nº total de personas de 70 años y más bajo control) x 100        | Nutricionista   | REM D16<br>Sección B<br>REM P5 Sección A |                       |                      |

| Ciclo Vital: SALUD ADULTO MAYOR   |  |  |  |  |                                      |  |                       |                      |
|---|--|--|--|--|--------------------------------------|--|-----------------------|----------------------|
| PREVENCION  |  |  |  |  |                                      |  |                       |                      |
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES  | RR.HH                                | MEDIO DE VERIFICACIÓN  | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
| Alta prevalencia de morbimortalidad por patologías cardiovasculares (A) | Aumentar la cobertura de personas de 65 años y más con hipertensión arterial.    | Detección de personas hipertensas a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.                  | Incrementar a lo menos en un 5% la cobertura de personas de 65 años y más con hipertensión arterial respecto al año anterior.              | (N° de personas de 65 años y más con hipertensión, bajo control en PSCV/ N° total personas de 65 años y más hipertensos esperados según prevalencia) x 100 | Médico<br>Enfermera<br>Nutricionista | REM P4 Sección A<br>Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%) |                       |                      |
| Alta prevalencia de morbimortalidad por patologías cardiovasculares (A) | Aumentar la cobertura de personas de 65 años y más con diabetes tipo 2.          | Detección de las personas de 65 años y más con DM2 a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros. | Incrementar lo menos en un 5% la cobertura de la población de 65 años y más con diabetes tipo 2 bajo control con respecto al año anterior. | (N° de personas de 65 años y más con DM2, bajo control en PSCV/N° total de personas de 65 años y más diabéticos esperados según prevalencia) x 100         | Médico<br>Enfermera<br>Nutricionista | REM P4 Sección A<br>Población estimada Según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)           |                       |                      |
|   | Facilitar el examen para el Diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más. | Realizar examen para VIH a personas de 65 años y más que lo requiera.                                  | Establecer línea base de personas de 65 años y más con examen de VIH.  | (N° total de exámenes para VIH realizados en personas de 65 años y más/ N° total de personas de 65 años y más en control) x 100                            | Equipo de Salud                      | REM A11 Sección B2<br>REM P5 Sección A<br>SUJETO ACAMBIO<br>REM 2014                   |                       |                      |

| Ciclo Vital: SALUD ADULTO MAYOR |  |  |   |   |             |  |                       |                      |
|---------------------------------|--|--|---|---|-------------|--|-----------------------|----------------------|
| PREVENCION                      |  |  |   |   |             |  |                       |                      |
| PROBLEMA                        | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES   | RR.HH       | MEDIO DE VERIFICACIÓN  | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
|                                 | Prevenir dependencia en Personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en EMPAM.   | Realizar control de Seguimiento a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y con riesgo de dependencia por un profesional del equipo de salud dentro de los primeros 6 meses realizado EMPAM. | 20% de las personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia, cuentan con control de seguimiento efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el EMPAM.                | (N° de personas de 65 años y más con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de seguimiento efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el EMPAM/ N° de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con EMPAM vigente) x 100   | Enfermeras  | REM A01 Sección C<br>REM A02 Sección E.1<br><br>SUJETO ACAMBIO<br>REM 2014 |                       |                      |
|                                 | Aumentar la cobertura de atención en domicilio a personas de 65 años y más, portadores de enfermedades respiratorias crónica severa y usuarios con requerimientos especiales (POA,). | Visitas domiciliarias a personas de 65 años y más portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA,).   | Establecer línea base e incrementar en 15% la cobertura de visitas a personas de 65 años y más portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA,). | (N° de visitas domiciliarias realizadas a personas de 65 años y más con enfermedad respiratorio crónico severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, / N° total de personas de 65 años y más con enfermedades respiratorias crónicas severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, bajo control) x 100 | Kinesiólogo | REM A23<br><br>REM P3<br><br>SUJETO A CAMBIO<br>REM 2014                   |                       |                      |

| Ciclo Vital: SALUD ADULTO MAYOR   |   |   |  |   |                                      |  |                       |                      |
|---|---|---|--|---|--------------------------------------|--|-----------------------|----------------------|
| TRATAMIENTO   |   |   |  |   |                                      |  |                       |                      |
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES   | RR.HH                                | MEDIO DE VERIFICACIÓN  | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
| Alta morbimortalidad por patología cardiovascular en población adulta mayor (A) | Aumentar la cobertura efectiva de personas de 65 años y más con PA inferior a 140/90 mmHg en el último control. | Control de Salud Cardiovascular.  | A lo menos un 3% de incremento de cobertura efectiva de personas de 65 años y más hipertensas con PA < 140/90 respecto al año anterior.  | (N° de personas de 65 años y más hipertensas con presión arterial bajo 140/90mmHg/N° total de personas de 65 años y más hipertensas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100   | Medico<br>Enfermera<br>nutricionista | REM P04 Sección B<br>Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007(64,3%) |                       |                      |
| Alta morbimortalidad por patología cardiovascular en población adulta mayor (A) | Aumentar la cobertura efectiva de personas de 65 años y más con Hb1Ac < 7% en el último control.                | Control de Salud Cardiovascular.  | A lo menos un 2% de incremento de cobertura efectiva de personas de 65 años y más diabéticos con Hb1Ac < 7% respecto al año anterior.  | (N° de personas de 65 años y más diabéticos con Hb1Ac < 7%/N° total de personas diabéticas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100  | Medico<br>Enfermera<br>nutricionista | REM P04 Sección B<br>Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)          |                       |                      |
|   | Mejorar la calidad de atención de las personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV.             | Detección de personas diabéticos de 65 y más años bajo control con riesgo de ulceración o amputación del pie. | 60% de las personas de 65 años y más diabéticos bajo control han sido evaluadas y clasificadas según nivel de riesgo de ulceración o amputación del pie en los últimos 12 meses. | (N° de personas de 65 años y más diabéticos que han sido evaluados según nivel de riesgo de ulceración o amputación de pie) en los últimos 12 meses/N° Total de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso al programa al corte) x 100 | Enfermeras                           | REMP4 Sección Cy A   |                       |                      |

| Ciclo Vital: SALUD ADULTO MAYOR TRATAMIENTO |  |   |  |   |                                     |  |                       |                      |
|---|--|---|--|---|-------------------------------------|--|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA                                    | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES   | RR.HH                               | MEDIO DE VERIFICACIÓN                                    | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
|   |  | Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos). | 100% de las personas de 65 años y más diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.                                      | (N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/N° total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses)x 100. | Enfermeras                          | QUALIDIAB-Chile<br>REMP4SecciónCy A                      |                       |                      |
|   |  | Examen de Fondo de ojo a los 6 meses del ingreso al PSCV por diabetes.  | Al 80 % de las personas de 65 años y más diabético a los 6 meses desde su ingreso al PSCV tienen un examen de fondo de ojo.                                | (N° de personas de 65 años y más diabéticos ingresadas al PSCV con fondo de ojo realizado a los 6 meses /N° total de personas de 65 años y más bajo control en el PSCV por diabetes)x 100   | Médico                              | REMP4SecciónCy A<br>REM A05 Sección G<br>QUALIDIAB-Chile |                       |                      |
|   | Brindar atención integral y oportuna a personas de 65 años y más con problemas o trastornos mentales y sus familias. | Intervención Terapéutica en alcohol y drogas a las personas de 65 años y más.   | 90 % de las personas de 65 años y más con consumo perjudicial o dependencia de alcohol reciben intervención terapéutica o son derivados según corresponda. | (N° de personas de 65 años y más inscritas y con consumo perjudicial o dependencia reciben intervención terapéutica o son derivados / N° total de personas de 65 años y más inscritas) x100   | Psicólogas<br>Trabajadoras Sociales | REM A05 Sección M<br>REM P6 Sección A                    |                       |                      |

| Ciclo Vital: SALUD ADULTO MAYOR TRATAMIENTO |   |  |  |   |  |   |                       |                      |
|---|---|--|--|---|--|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA                                    | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES   | RR.HH                                  | MEDIO DE VERIFICACIÓN                         | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
|   |   |  | 90 % de las personas de 65 años y más con consumo perjudicial o dependencia a drogas reciben intervención terapéutica o son derivados según corresponda. | (N° de personas de 65 años y más inscritas y con consumo perjudicial o dependencia a drogas que reciben intervención terapéutica o son derivados/N° total de personas de 65 años y más inscritas) x100                        | Psicólogas<br>Trabajadoras<br>Sociales | REM A05 Sección M<br>REM P6 Sección A         |                       |                      |
|   |   | Tratamiento y seguimiento a personas de 65 años y más con depresión.   | 100% de personas de 65 años y más con depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento según algoritmo GPC.  | (N° de personas de 65 años y más ingresadas por depresión que reciben tratamiento en GES/N° de personas de 65 años y más inscritas) x 100   | Médico<br>Psicólogas                   | SIGGES<br>REM P6 Sección A                    |                       |                      |
|   | Incrementar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios en personas de 65 años y más. | Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica a usuarios de 65 años y más. | Aumentar en 10% la población de 65 años y más bajo control en el Programa ERA.   | (Población de 65 años y más bajo control actual - Población de 65 años y más bajo control año anterior) / Población de 65 años y más bajo control año anterior) x 100 (Patologías Asma, EPOC, y otras respiratorias crónicas) | Médico<br>Kinesiólogo                  | REM P3 Sección A<br>SUJETOACAMBIO<br>REM 2014 |                       |                      |

| Ciclo Vital: SALUD ADULTO MAYOR                    |   |   |   |   |   |  |                       |                      |
|--|---|---|---|---|---|--|-----------------------|----------------------|
| TRATAMIENTO  |   |   |   |   |   |  |                       |                      |
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES   | RR.HH   | MEDIO DE VERIFICACIÓN                          | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
|  | Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control de 65 y más años.                                   | Categorizar por severidad a usuarios crónicos respiratorios de 65 y más años.   | 100% de personas de 65 años y más bajo Control en sala ERA con categorización de severidad por capacidad funcional.                     | (N° de personas de 65 años y más con categorización de severidad /N° total de personas de 65 años y más bajo control en sala ERA) x100  | Kinesiólogo                                       | REMP3 Sección A<br><br>SUJETO ACAMBIO REM 2014 |                       |                      |
|  | 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. | 100% de los adultos mayores de 65 años y más, atendidos antes de las 24 horas luego de derivación médica por NAC de manejo ambulatorio. | (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) x100 | Kinesiólogo                                       | SIGGES   |                       |                      |
| Alto riesgo de adultos mayores con dependencia (M) | Atención integral de la persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos), con demencia y/o en riesgo psicosocial. | Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los Severos).     | 100% de las familias con persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos) con VDI.                                      | (Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos) / N° total de persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos) x 100                                       | Enfermera<br>Kinesiólogo<br>Trabajadoras Sociales | RemA26 Sección A                               |                       |                      |

| Ciclo Vital: ESTRATEGIAS TRANSVERSALES DE REHABILITACION TRATAMIENTO , REHABILITACION |  |  |   |  |                 |                       |                       |                      |
|---|--|--|---|--|-----------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES  | RR.HH           | MEDIO DE VERIFICACIÓN | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
|   | Mantener la atención a personas en situación de discapacidad permanente y transitoria, leve, moderada  | Realizar el proceso de rehabilitación, logrando funcionalidad, independencia en las actividades de la vida diaria. | Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson, secuela de AVE,TEC,LM otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular | (PsD con Parkinson, secuela de AVE,TEC; LM otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular/Total Ingresos ) x 100               | Kinesiólogo     | REM A 28              |                       |                      |
|   | Abordara las personas y/o Sus familias con Consejería Individual o Familiar, con el objetivo de resolverlos problemas planteados por ellos entorno a dificultades surgidas por la situación de discapacidad. | Consejería individual y Consejería familiar.   | 5% de las actividades Realizadas como Intervención corresponden a consejerías individuales y/o familiares.                | (Nº total de consejerías individuales y familiares/ Nº total de consejerías individuales y familiares+ Total de Procedimientos)x 100 | Equipo de Salud | REM A28               |                       |                      |

## PLAN DE ACCIÓN POLO VIEL

### 1. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

El polo Viel está constituido por el Centro de Salud (CES) Benjamín Viel y 3 estaciones médicas de barrio. Estas son: EMB Carol Urzúa, EMB Sargento Aldea y EMB San Emilio. Sus límites geográficos son:

- Por el Norte Av. Matta
- Al Sur Calle Placer
- Poniente Av. Viel
- Oriente Calle Sta. Rosa

Si bien el CES Benjamín Viel no tiene la certificación de Centro de Salud Familiar, actualmente funciona bajo el Modelo de Atención Integral con enfoque de Salud Familiar y Comunitario. De esta manera cuenta con un sector, al que se unen los territorios de las restantes estaciones que conforman el Polo, alcanzando un total de 4 sectores.

El equipo de salud se compone de un grupo directivo conformado por la Dirección, Subdirección Administrativa, Coordinación Técnica y comités asesores, un equipo de atención de cabecera multidisciplinario y un equipo en tareas de apoyo a los procesos clínicos. El siguiente es el organigrama del Polo:

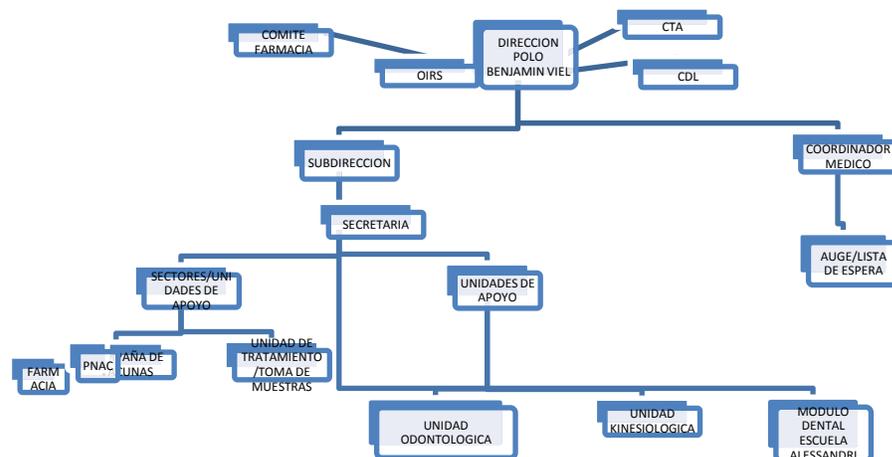


Ilustración 53: Estructura organizacional Polo Viel

### 2. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS.

De acuerdo a corte de Octubre de 2012, la población validada del Polo Viel alcanza a las 17.366 personas. De estas, el mayor porcentaje corresponde al grupo de población adulta (19 – 64

años) con un 59,1%. Es destacable también la proporción de adultos mayores de 65 años, con un 20,7%. El siguiente gráfico muestra la información completa.

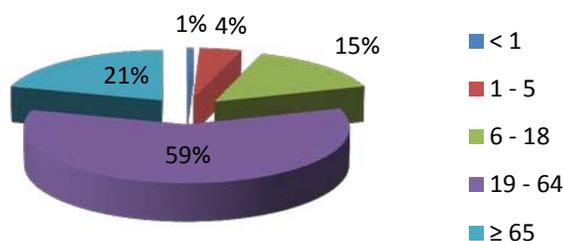


Ilustración 54: Distribución de edad. Polo Viel

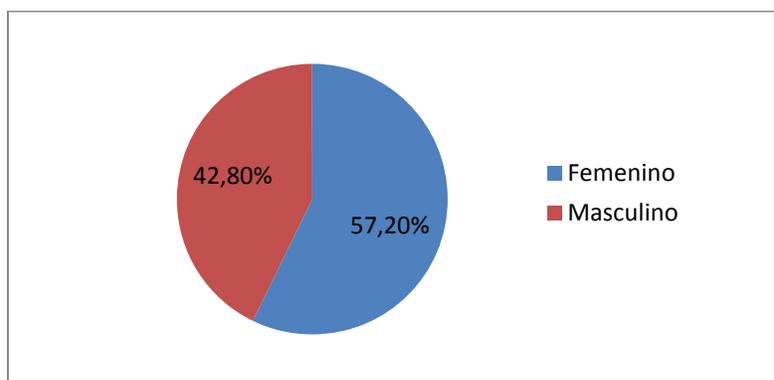


Ilustración 55: Distribución de edad y sexo en Polo Viel

La distribución por sectores (CES y Estaciones medicas) es la siguiente:

Tabla 70: Distribución de número de inscritos según sector Polo Viel

| Centro             | N° de inscritos | %          |
|--------------------|-----------------|------------|
| CES Benjamín Viel  | 6.972           | 42.1       |
| EMB Sargento Aldea | 4.631           | 27.6       |
| EMB Carol Urzúa    | 3.344           | 19.9       |
| EMB San Emilio     | 1.802           | 10.7       |
| <b>Total</b>       | <b>16.749</b>   | <b>100</b> |

Respecto a la población de migrantes, la de nacionalidad peruana es la de mayor representación. Muy por debajo se sitúan las de nacionalidad argentina, en 2° lugar, y la ecuatoriana en 3°. La siguiente tabla muestra dicha distribución.

Tabla 71: Distribución de población extranjera. Polo Viel

| Sector   | Argentina | Bolivia | China | Coreana | Cubana | Ecuatoriana | Europea | Peruana |
|----------|-----------|---------|-------|---------|--------|-------------|---------|---------|
| B Viel   | 21        | 2       | 2     | 2       | 0      | 8           | 3       | 236     |
| C Urzúa  | 3         | 3       | 1     | 1       | 0      | 0           | 1       | 221     |
| S Emilio | 5         | 1       | 0     | 0       | 1      | 0           | 1       | 33      |
| S Aldea  | 11        | 0       | 0     | 0       | 0      | 4           | 1       | 100     |
| TOTAL    | 40        | 6       | 3     | 3       | 1      | 12          | 6       | 590     |

El Polo Viel, realiza sus atenciones siguiendo los lineamientos del Ministerio de Salud. De acuerdo a ello, se ejecutan acciones bajo el marco de los distintos programas de salud del ciclo vital y programas asociados a patologías crónicas, como el cardiovascular. Se presentan a continuación, datos relevantes de algunos de estos programas:

Tabla 72: Distribución de población infantil bajo control según edad. Polo Viel

| EDAD         | Nº DE NIÑOS |
|--------------|-------------|
| 0-11 MESES   | 107         |
| 12- 23 MESES | 98          |
| 24-47 MESES  | 164         |
| 48-71 MESES  | 148         |
| 6 A 9 AÑOS   | 33          |
| TOTAL        | 550         |

Tabla 73: Población bajo control del Programa cardiovascular, según riesgo cardiovascular

| RIESGO CV | Nº DE PERSONAS |
|-----------|----------------|
| BAJO      | 305            |
| MODERADO  | 1.854          |
| ALTO      | 464            |
| MUY ALTO  | 409            |
| TOTAL     | 3032           |

Tabla 74: Población de adultos mayores, según funcionalidad

| Funcionalidad | Autovalentes | Con Riesgo | Severo |
|---------------|--------------|------------|--------|
| Hombre        | 144          | 122        | 18     |
| Mujer         | 208          | 301        | 38     |
| Total         | 352          | 423        | 56     |

Tabla 75: Población de mujeres con PAP vigente

| Edad  | Pap Vigente |
|-------|-------------|
| 25-49 | 1.564       |
| 50-64 | 1.156       |

|              |       |
|--------------|-------|
| <b>Total</b> | 2.720 |
|--------------|-------|

Tabla 67: Poblacion bajo control en los diferentes programas

| PROGRAMA   | TOTAL |
|--|-------|
| SÍNDROME BRONQUIAL OBSTRUCTIVA RECURRENTE (SBOR) | 29    |
| ASMA BRONQUIAL                                   | 107   |
| ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)   | 94    |
| EPILEPSIA  | 20    |
| ENFERMEDAD DE PARKINSON                          | 20    |
| ARTROSIS DE CADERA Y RODILLA                     | 241   |
| PERSONAS CON DEPENDENCIA LEVE                    | 123   |
| PERSONAS CON DEPENDENCIA SEVERA                  | 60    |

### 3. ACTIVIDADES Y PRESTACIONES.

En el Polo Viel se realizan las prestaciones propias de la Atención Primaria, sin embargo, en los sectores que corresponde a las Estaciones Médicas de Barrio, se hace necesario derivar al Centro de Salud Benjamin Viel a los usuarios que requieren de algunas prestaciones de salud como odontología y kinesioterapia respiratoria y la entrega de los alimentos del Programa Nacional de Alimentación Complementaria ya que están centralizados.

Además, debemos derivar a centros de la red municipal como el CESFAM Ignacio Domeyko a pacientes con requerimiento de cirugía menor y al CESFAM Arauco para prestaciones de kinesioterapia motora, como también a otros centros pertenecientes al SSMC como es el Consultorio N° 1 y al Hospital San Borja Arriarán. Otros centro a los que derivamos a nuestros usuarios son al COSAM y UAPO en caso de ser necesario.

### 4. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.

Se trabaja con centros educacionales del sector, consejo local de salud, Organizaciones territoriales y Funcionales.

#### 1.- Promoción:

- a) Escuelas: Estrategia EGO realizada en Escuela Santiago de Chile y Liceo Brasil. Además en estas mismas instituciones se realizan talleres de sexualidad y prevención alcoholismo.
- b) Jardines infantiles: Se realizan actividades de prevención en salud oral, realizado, principalmente, por Módulo Junaeb.
- c) Comunidad: En el Polo Viel se realiza como actividad con la comunidad una Caminata mensual, enfocado a conocer y valorar el entorno de Barrio Viel. Además se realizan

talleres de actividad física según programación en el Gimnasio Santiago y Centro Comunitario Carol Urzua, lo que se está organizando para Estación Médica San Emilio.

Otra de las actividades con la comunidad es la formación y capacitación de un grupo de pueblos originarios.

Por último, también se realizan Talleres de Medicina alternativa impartidos por Dra. Alonso según demanda comunitaria.

## 2.- Participación:

- a) Consejo Local de salud con representación de : junta vecinos N° 11, comité Matta Viel, comité adelanto Viel, Club Gymkata, Junta vecinos Mireya Pinto, condominio Mc Clure, Colegio Santa Cruz, CAM Los Caminantes, Voluntariado Viel, Voluntariado Tocando Tu Puerta, catequistas parroquia Chiloé, vecinos colaboradores de S. Aldea. Se realizan reuniones mensuales con acta que se envía al SSMC.
- b) Grupo de pueblos originarios Viel (Monitora Maclovia Queupuan) con reuniones programadas
- c) Taller tejiendo lazos de Viel, originado de un grupo de psicoterapia con reuniones semanales.
- d) Comité OIRS: con participación de directora de polo, encargada participación, encargadas de sector, 3 representantes de la comunidad, 1 representante de los funcionarios. Reuniones programadas cada 4 meses.
- e) Participación según solicitud en la mesa barrial Viel en formación post-cabildos.

Cabe destacar que para la confección del Plan de Salud 2014 se analizaron los cumplimientos del año 2013, encontrando algunos de los objetivos con cumplimientos bajos, lo cual se considero para la realizar la nueva programación, analizando y dando a conocer algunos de los motivos por los cuales, en nuestro sector, no se cumplen.

**5. PLAN DE SALUD 2014 POLO VIEL**

| Ciclo Vital: Salud Materno Perinatal  |   |   |  |   |   |                                     |                       |   |
|---|---|---|--|---|---|-------------------------------------|-----------------------|---|
| PROBLEMA[2]   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS                             | METAS  | INDICADORES   | RR.HH   | MEDIO DE VERIFICACIÓN               | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO  |
| <b>PROMOCIÓN</b>  |   |   |  |   |   |                                     |                       |   |
| Falta de conocimientos y capacidad de crianza de los padres o cuidadores (A)            | Aumentar el número de mujeres con capacidad de Auto cuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante. | Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes. | 80 % gestantes participen en al menos 1 sesión   | (N° de gestantes que participan en al menos una sesión/ N° total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100 | Matrona<br><br>Psicóloga A. Social<br>Kinesióloga | REM A27<br><br>Indicador CHCC       | Trimestral            | Dificultad de acceso a taller por distancia entre estaciones médicas. Falta de lugar adecuado para la realización del taller. Horario |
| Déficit del apego seguro (A)  | Estimular el apego y crianza del hijo facilitando que mujeres sean acompañadas por su pareja u otra persona al control Prenatal, según su decisión    | Solicitar acompañante para control prenatal           | 30% de mujeres que asisten a controles prenatales son acompañadas por sus parejas o personas significativas. | (N° de controles prenatales con acompañante/ N° Total de controles prenatales realizados) x 100                   | Equipo de salud.                                  | REM A27<br>REMA01<br>Indicador CHCC | Trimestral            | Horarios no compatibles con trabajo del acompañante   |
| <b>PREVENCIÓN</b>   |   |   |  |   |   |                                     |                       |   |
| Ocurrencia de parto prematuro y patologías asociadas con el embarazo de alto riesgo (A) | Prevenir ocurrencia del Parto Prematuro (Guía GES 2010).  | Fomento y difusión del Control Preconcepcional.       | 0.5 % de las mujeres en edad fértil.   | (N° de controles preconcepcional es /N° total de mujeres en edad fértil inscritas)*100                            | Matrona y equipo de salud                         | REM A01                             | Trimestral            | Baja tasa de natalidad. Mejorar Registro  |

| Ciclo Vital: Salud Materno Perinatal                   |   |  |   |   |         |                       |                       |   |
|--|---|--|---|---|---------|-----------------------|-----------------------|---|
| PROBLEMA[2]  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES   | RR.HH   | MEDIO DE VERIFICACIÓN | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO  |
|  | Detectar precozmente factores de riesgo de parto prematuro y/o patologías asociadas a la gestación. | Derivar precozmente a alto riesgo obstétrico de nivel secundario las gestantes con Factores de riesgo de parto prematuro y/o patologías asociadas a la gestación, según guía GES.                      | 100% de gestantes que presentan factores de riesgo de parto prematuro y/o patologías asociadas a la gestación en forma precoz a nivel secundario. | (N° de gestantes con riesgo de parto prematuro y/o patologías asociadas a la gestación derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo de parto prematuro y/o patologías asociadas a la gestación) * 100 | Matrona | REM A 05              | Trimestral            | Considerar registro e información mensual de las matronas<br>Mejorar registro de la Interconsulta<br>Bajo control en Nivel Secundario |
| Alta prevalencia de depresión asociada al embarazo (A) | Detección de Depresión en el Embarazo (según protocolo)   | Aplicar Pauta de Edimburgo en el ingreso o segundo control prenatal En gestantes que presenten puntajes superiores al punto de corte 11/12, repetir la aplicación de la EPDS entre 2-4 semanas después | El 100% de las gestantes al ingreso o segundo control prenatal.   | (N° de gestantes al ingreso o segundo control, con puntajes según pauta aplicada/N° total de ingresos a control prenatal) * 100   | Matrona | REM A03               | Mensual               | Mejorar registro<br>Registro local<br><br>Aplicar segunda evaluación en EE mayor a 11   |
|  |   |  | El 100 % de gestantes que presentan puntajes superiores al punto de corte 11/12, se repite la aplicación de la EPDS entre 2-4 semanas después     | (N° de gestantes que se repite la EPDS, 2 a 4 semanas después/Total gestantes con puntajes superiores al punto de corte 11/12) * 100  | Matrona | REM A03               | Mensual               |   |

| Ciclo Vital: Salud Materno Perinatal               |   |  |  |   |   |                         |                       |   |
|--|---|--|--|---|---|-------------------------|-----------------------|---|
| PROBLEMA[2]  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES   | RR.HH   | MEDIO DE VERIFICACIÓN   | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO  |
|  | Derivación y seguimiento a gestantes con 13 o + puntos distinto a Cero en pregunta 10 en la escala de Edimburgo | Derivar a consulta médica a gestantes con 13 o más puntos o pregunta 10 distinto a 0 para confirmación diagnóstica y realizar seguimiento. | El 100% de las gestantes con estas características son derivadas a Médico. | Nº de gestantes con 13 o más puntos o con puntaje distinto a 0 en pregunta nº 10 en EE derivada a consulta médica para confirmación diagnóstica/(Nº total de gestantes con EE aplicada con 13 o más puntos)x100 | Matrona   | REM A03                 | Mensual               |   |
| Gestantes con factores de riesgo psicosociales (A) | Apoyar a puérperas que han presentado condiciones de riesgo Psicosocial durante el embarazo                     | Aplicar EPSA a gestantes en control Prenatal   | 90% de las gestantes en Control Prenatal con Epsa Aplicado                 | Nº de Gestantes Prenatal con EPSA Aplicado/ Nº total de Gestantes*100   | Matrona   | REM A03, REM A01 y CHCC | Trimestral            | Registro local  |
|  |   | VDI al 90% de PP y familia con riesgo Psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera                                    | 70 % de PP con riesgo psicosocial reciben VDI                              | Nº familias con PP que en la gestación presentaron riesgo psicosocial con VDI realizada/Nº total de familias con PP que en la gestación presentaron riesgo Psicosocial x100                                     | Matrona, Enfermera, A. Social, Psicóloga y TENS | REM A26 y P1            | Junio y Diciembre     | Embarazadas durante la gestación presentan EPSA (-) en segunda aplicación, y gestantes y puérperas que se trasladan |
| Obesidad y sobrepeso en el Embarazo (A)            | Vigilar el aumento de peso durante la gestación en embarazadas con mal nutrición                                | Consulta nutricional de la gestante por malnutrición   | 40% Cobertura consulta nutricional en gestantes                            | Nº gestantes con mal nutrición, con consulta nutricional/(Nº total de gestantes con malo nutrición)x100   | Nutricionista                                   | P01 sección D y E       | Junio y Diciembre     | Inasistencia a control nutricional, mala adherencia a indicación nutricional  |

| Ciclo Vital: Salud Materno Perinatal          |  |  |   |   |                   |                            |                       |  |
|---|--|--|---|---|-------------------|----------------------------|-----------------------|--|
| PROBLEMA[2]                                   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES   | RR.HH             | MEDIO DE VERIFICACIÓN      | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO   |
| Mal nutrición post parto (M)                  | Recuperar el EN pregestacional al 8vo mes post parto | Consulta nutricional desde el primer mes post parto                            | Mantener o disminuir al 30 % de mujeres con sobrepeso y obesidad.   | Nº de mujeres con obesidad y sobrepeso en el control 8vo mes post parto/Nº total de mujeres controlada en el 8vo mes post partox100       | Nutricionista     | REM A03 sección F          | Trimestral            | Inasistencia a control nutricional, mala adherencia a indicaciones nutricionales |
| Existencia de transmisión vertical de VIH (A) | Disminuir la transmisión vertical del VIH            | Orientación y educación sobre VIH pre test y consejería post test a gestantes. | 100% de las gestantes que acceden al test de detección reciben orientación y educación pre test y consejería post test de detección de VIH/SIDA | (Nº de actividades de orientación y educación pre test VIH en gestantes/ Nº total gestantes que acceden a Test de detección de VIH) *100  | Matrona           | REM A 19 a                 | Junio y Diciembre     | No todas las gestantes acceden al examen. Cierre de encuentro como consejería    |
|   |  | Tamizaje para VIH durante el embarazo.   | 90% de las embarazadas que ingresan a control acceden a tamizaje para VIH   | (Nº de gestantes que acceden al examen / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal) *100   | Matrona           | Plataforma Sur-VIH REM A11 | Junio y Diciembre     | No todas las gestantes acceden al examen   |
| Depresión post parto (A)                      | Aumentar la detección de depresión post parto        | Aplicar pauta de Edimburgo en control diada, a los 2 y 6 meses post parto      | 100% de las madres se les aplica EDPE en la diada, a los 2 y 6 meses post parto   | (nº de madres en la diada a los 2, y 6 meses post parto con EDPE/Nº total de madres con control post parto en la diada , 2 y 6 meses)x100 | Matrona Enfermera | REM A03, A01               | Junio y Diciembre     |  |

| Ciclo Vital: Salud Materno Perinatal               |  |  |  |  |         |                                    |                       |   |
|--|--|--|--|--|---------|------------------------------------|-----------------------|---|
| PROBLEMA[2]  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES  | RR.HH   | MEDIO DE VERIFICACIÓN              | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO  |
| Gestantes con depresión (A)                        | Derivación y seguimiento a madres con puntaje mayor a 11 o puntaje distinto a 0 en pregunta N°10 en la Escala Edimburgo. | Derivar a consulta médica a madres con puntaje mayor a 11 o distinto a 0 en pregunta 10 en la Escala de Edimburgo para confirmación diagnóstica y realizar seguimiento.  | El 100% de las madres con puntaje mayor a 11 o distinto a 0 en pregunta N° 10 en la Escala de Edimburgo, son derivadas a consulta médica para confirmación diagnóstica y realizando seguimiento. | (N° de madres con puntaje mayor a 11 o puntaje distinto a 0 en pregunta N°10 en la Escala Edimburgo, derivadas a consulta médica para confirmación / N° total de madres con Escala de Edimburgo aplicada con puntaje mayor a 11 o puntaje distinto a 0 en pregunta N°10) x 100 | Matrona | REM A03                            | Junio y Diciembre     |   |
| <b>TRATAMIENTO</b>                                 |  |  |  |  |         |                                    |                       |   |
| Falta de apego adecuado entre la madre y el RN (A) | Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido.                       | Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 10 días de vida en este centro de salud.<br>Entregar atención de salud integral , apoyo para una vinculación y apego seguro, fomentar la lactancia materna y derivación por problema de salud de la madre y su hijo/a recién nacidos/as.<br>Considerar éste control madre – hijo por matrona como urgencia – dejar cupos liberados para absorber la Demanda estimada. | 75 % puérperas y recién nacidos antes de los 10 días de vida, que reciben atención integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.  | (N° de puérperas y recién nacido con control de salud integral de salud antes de los siete días de vida / N° total de partos) x 100  | Matrona | REM A01<br><br>REM A05<br><br>CHCC | Junio y Diciembre     | Usuaris que se controlan de manera particular, RN hospitalizados. |

| Ciclo Vital: Salud Materno Perinatal  |  |   |  |   |            |                       |                       |   |
|---|--|---|--|---|------------|-----------------------|-----------------------|---|
| PROBLEMA[2]   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES   | RR.HH      | MEDIO DE VERIFICACIÓN | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO  |
|   |  | Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido entre 11 y 28 días de vida en este centro de salud. | 75% puérperas y recién nacidos entre 8 y 28 días de vida que reciben control de salud integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva. | (N° de puérperas y recién nacido con control integral de salud entre los 8 y 28 días de vida / N° total de partos) x 100  | Matrona    | REM A01 REM A05 CHCC  | Junio y Diciembre     | Usuarías que se controlan de manera particular  |
| Tabaquismo en embarazada (A)  | Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a.   | Consejería Breve en Tabaco (CBT).   | ≥ 30% de las gestantes con alta odontológica reciben CBT.  | (N° de gestantes con alta odontológica total que reciben CBT/ N° Total de altas odontológicas de embarazadas) x100  | Odontólogo | REM A09 Sección B     | Junio y Diciembre     |   |
| Alta prevalencia de patología bucodentales en mujeres embarazadas y patologías perinatales relacionadas (A) | Protección y recuperación de la salud bucodental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada) | Atención odontológica integral a la embarazada  | 65% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento.                                  | (N° de altas odontológica totales en embarazadas/ total de gestantes ingresadas a programa prenatal) * 100  | Odontólogo | REM A09 y A05         | Junio y Diciembre     | Falta de adherencia, pérdida de hora a controles, mejorar derivación. Atención Extrasistema |
| Transmisión vertical de Sífilis (A)   | Disminuir la transmisión vertical de la sífilis.   | Tamizaje para sífilis durante el embarazo.  | 100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis                                    | (N° total de VDRL o RPR de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / N° de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación) x100 | Matrona    | REM A11 , REM 05      | Junio y Diciembre     | Optimizar coordinación en la toma de muestra.   |

| Ciclo Vital: Salud Materno Perinatal                   |  |   |   |   |         |                       |                       |                                       |
|--|--|---|---|---|---------|-----------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| PROBLEMA[2]  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES   | RR.HH   | MEDIO DE VERIFICACIÓN | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO                  |
|  |  | Derivación de mujeres en que se ha detectado VDRL o RPR (+) en el control prenatal. | 100% de mujeres con VDRL o RPR (+) en el control prenatal son ingresadas al programa ITS. | (N° de gestantes con VDRL o RPR (+) ingresadas al programa ITS/N° Total de gestantes con VDRL o RPR (+) derivadas al programa ITS) x 100. | Matrona | REM A05               | Junio y Diciembre     |                                       |
| Ausencia de control en mujer en edad de climaterio.(M) | Aumentar la cobertura del control de salud de la mujer en etapa de climaterio (de 45 a 64 años). | Control de salud integral de la mujer en etapa de climaterio.                       | 28% de cobertura en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio.           | (N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio/N° de población inscrita de 45 a 64 años) x 100                        | Matrona | REM P1                | Junio y Diciembre     | Tarjetero de climaterio reciente 2012 |

| Ciclo Vital: INFANTIL PROMOCIÓN                                |  |  |   |   |  |                       |                       |  |
|--|--|--|---|---|--|-----------------------|-----------------------|--|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES   | RR.HH  | MEDIO DE VERIFICACIÓN | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO   |
| Alta prevalencia de estilos no saludables en niños y niñas (A) | Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niñas y niños. | Actividades de promoción de salud según plan de Promoción Comunal                  | Realizar a lo menos 4 actividades anuales que fomenten el desarrollo infantil en 3 establecimientos educacionales del sector. | (Número de actividades realizados /Numero de Actividades Programadas.)*100<br><br>(Número de Escuelas Intervenidas /Numero de Escuelas Programadas)*100 | Enfermera<br>Nutricionista<br>Médico<br>Terapeuta en actividad física<br>Psicólogo<br>TENS<br>Asistente social | REM A19a Sección B1   | Semestral             | Paro en recintos educacionales<br>Poca colaboración de los equipos de educación.<br><br>Falta de horas de psicólogo infantil |
|  |  | Realizar talleres con estrategias Escuela Saludables (EGO) en entorno educacional. | Intervenir a lo menos dos establecimientos educacionales con estrategia EGO   | Número de Acciones de estrategia EGO realizada/N° de Acciones estipuladas   | Nutricionista<br>Terapeuta en actividad física.<br>Encargada de promoción                                      |                       |                       |  |

| Ciclo Vital: INFANTIL PROMOCIÓN |   |   |  |   |   |                       |                       |  |
|---------------------------------|---|---|--|---|---|-----------------------|-----------------------|--|
| PROBLEMA                        | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES   | RR.HH   | MEDIO DE VERIFICACIÓN | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO   |
| Malnutrición Infantil (A)       | Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital. | Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir al 6º mes, según las Guías de Alimentación del Niño(a) Menor a 2 Años hasta la Adolescencia. | 50% de niñas y niños bajo control reciben consulta nutricional al 5º mes de vida.              | (Población con consulta nutricional al 5º mes / Total Población BC entre 5 y 11 meses) x 100  | Nutricionista                                   | REM P2 Sección E y A  | Mensual               | Inasistencia de pacientes<br>Continuidad en atención de nutricionista  |
|                                 |   | Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.                      | 25% de niñas y niños bajo control reciben consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida. | (Población con consulta a los 3 años y 6 meses / Población normal bajo control entre 24 y 47 meses/2) x 100   | Nutricionista                                   | REM P2 Sección E y A  | Mensual               | Inasistencia de pacientes<br>Continuidad de horas nutricionista  |
|                                 | Lograr lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida.   | Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva, fomentar uso de cojin de lactancia, evaluar y reforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud de la niña y niño.                                   | 60% de niñas y niños con lactancia Materna exclusiva hasta hasta el 6 mes de vida              | (Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva en el control de salud del sexto mes de vida / Nº de lactantes con control de salud al día al sexto mes de vida) x 100 | Nutricionista<br>Medico<br>Enfermera<br>Matrona | REM A03               | Mensual               | Alta tasa de control en extrasistema , generando indicaciones contradictorias. Desde clinicas y hospitales se promueve lactancia artificial. |

| Ciclo Vital: INFANTIL PROMOCIÓN                                      |  |   |   |  |                                |                       |                       |  |
|--|--|---|---|--|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES  | RR.HH                          | MEDIO DE VERIFICACIÓN | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO                                       |
| Ambientes con presencia infantil contaminados con humo de tabaco.(M) | Contribuir a la promoción de ambientes libres de contaminación por humo de tabaco, en especial los espacios habitados por niñas y niños (establecimientos educacionales, salud y hogares). | Talleres de Sensibilización en centros educacionales<br><br>Acciones del día sin fumar en establecimientos educacionales y de salud del Polo Viel | Realizar a lo menos 2 actividades que contribuyan a impulsar los ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en establecimientos educacionales y salud | (N° de Talleres de Sensibilización realizados /N° Talleres de sensibilización Programados)*100<br>(N° de Acciones de Sensibilización realizadas /N° Acciones de sensibilización Programados)*100 | Equipo de salud de cada sector | REM A19a Sección B1   | Semestral             | Problemas de coordinación con establecimiento educacional. |

| Ciclo Vital: INFANTIL PREVENCIÓN   |  |   |  |   |                    |   |                       |  |
|--|--|---|--|---|--------------------|---|-----------------------|--|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES   | RR.HH              | MEDIO DE VERIFICACIÓN   | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO   |
| Alta prevalencia de deficiencias en el desarrollo integral relacionados con la crianza (A) | Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en 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 72 meses bajo control | Promedio de 4 talleres de "Nadie es Perfecto" iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses | (N° talleres Ejecutados/N° Talleres Planificados)*100 | Facilitadores CHCC | Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo<br><br>(Módulo Nadie es Perfecto) REM A27 | Trimestral            | El número de sesiones es excesivos para mantener la adherencia al taller NEP |

| Ciclo Vital: INFANTIL PREVENCIÓN  |  |  |  |  |   |  |                       |  |
|---|--|--|--|--|---|--|-----------------------|--|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES  | RR.HH                                     | MEDIO DE VERIFICACIÓN  | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO   |
|   |  |  | 5% de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control ingresen a los talleres con metodología Nadie es Perfecto. | (N° de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control que ingresan a los talleres con metodología Nadie es Perfecto/ N° total de Padres o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control) x 100 | Facilitadores CHCC                        | Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo<br><br>REM P2 Sección A<br>REM A27 | Trimestral            | Baja adherencia de Padres o cuidadores para asistir a la totalidad sesiones planificadas                 |
|   |  | Talleres a madres, padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 1 año, acerca de prevención de IRA. | Realizar a lo menos 1 taller de prevención IRA a madres, padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 1 año.                                | (N° Talleres Realizados/ N° Talleres Planificados) x 100   | Kinesióloga IRA<br><br>Médico<br><br>TENS | REM A27 Sección A<br><br>REM P2 Sección A  | Trimestral            | Baja asistencia de padres a talleres. Falta de espacio para realizar talleres por infraestructura actual |
| Alteraciones del crecimiento y del desarrollo del niño y enfermedades prevalentes (A) | Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades | Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial.                   | 90% niñas/os de 1 mes de edad BC con protocolo neurosensorial aplicado.  | (N° de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes / N° Total de niñas y niños de 1 mes bajo control) x 100   | Medico                                    | REM A03 Sección A<br>REM P2 Sección A<br>Indicador Chile Crece Contigo                   | Mensual               | Inasistencia a controles Realizan controles en Extrasistema  |

| Ciclo Vital: INFANTIL PREVENCIÓN |   |   |  |   |                     |   |                       |   |
|----------------------------------|---|---|--|---|---------------------|---|-----------------------|---|
| PROBLEMA                         | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES   | RR.HH               | MEDIO DE VERIFICACIÓN                     | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO  |
|                                  | prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años. |   | 100% niñas/os de 1 mes de edad con protocolo neurosensorial alterado y derivado.           | (N° niñas y niños de 1 mes con evaluación neurosensorial y derivado según protocolo / N° total de niñas y niños de 1 mes con evaluación neurosensorial anormal) x 100 | Medico              | REM A03                                   | Mensual               | Inasistencia a controles                                    |
|                                  |   | Detección precoz de displasia de caderas en las niñas y niños menores de 4 meses.   | 100% de las niñas y niños de 2 meses de edad son derivadas a examen radiológico de cadera. | (N° de niñas y niños de 2 meses de edad derivadas a examen radiológico de caderas / N° total de niñas y niños de 2 a 5 meses de edad bajo control) x 100              | Enfermera<br>Medico | SIGGES<br><br>REM P2 Sección A            | Mensual               | Inasistencia a controles Realizan controles en Extrasistema |
|                                  |   | Control de salud a los 4 y a los 12 meses con aplicación de pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre/ padre o figura significativa | 60% de los niños BC con pauta aplicada   | (N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada al grupo de 4 meses/ N° total de niñas y niños 4 meses bajo control) x 100             | Enfermera           | REM A03 Sección A<br><br>REM P2 Sección A | Mensual               | Inasistencia a controles Realizan controles en Extrasistema |

| Ciclo Vital: INFANTIL PREVENCIÓN |           |  |  |   |           |   |                       |                          |
|----------------------------------|-----------|--|--|---|-----------|---|-----------------------|--------------------------|
| PROBLEMA                         | OBJETIVOS | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES   | RR.HH     | MEDIO DE VERIFICACIÓN                     | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO     |
|                                  |           | Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor                   | 90% niñas/os de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (en el control de salud).  | N° de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor a niños y niñas a los 8 meses/ N° total de niñas y niños 8 meses bajo control) x 100 | Enfermera | REM A03 Sección B<br><br>REM P2 Sección A | Mensual               | Inasistencia a controles |
|                                  |           | Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor. | 90% niñas y niños que se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses.                           | (N° de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses / N° total de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control) x 100                | Enfermera | REM A03 Sección A<br><br>REM P2 Sección A | Mensual               | Inasistencia a controles |
|                                  |           | Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor.                 | 90% niñas/os de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (en el control de salud). | (N° Aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 meses / N° total de niñas y niños de 18 meses bajo control) x 100     | Enfermera | REM A03 Sección A<br><br>REM P2 Sección A | Mensual               | Inasistencia a controles |
|                                  |           | Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor.  | 50% niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud.                          | (N° de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses / N° total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control) x 100             | Enfermera | REM A03 Sección A<br><br>REM P2 Sección A | Mensual               |                          |

| Ciclo Vital: INFANTIL PREVENCIÓN                                      |  |  |  |   |   |  |                                      |  |
|---|--|--|--|---|---|--|--------------------------------------|--|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES   | RR.HH   | MEDIO DE VERIFICACIÓN                                  | ANALISIS CUANTITATIVO                | ANALISIS CUALITATIVO                           |
|   |  | Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. | 40% niñas/os de 36 meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud. | (N° de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 36 meses / N° Total de niñas y niños de 36 meses bajo control) x 100  | Enfermera   | REM A03 Sección A<br><br>REM P2 Sección A              | Mensual                              |  |
| Alta prevalencia de trastornos metabólicos y malnutrición infantil(A) | Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en niñas y niños de 6 a 10 años. | Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/as entre 6 a 10 años                        | 50% de niñas/os entre 6 a 10 años mejoran su Z score de IMC al término de la intervención de PVS.          | (N° de niñas/os que ingresa a programa/ N° Total de niños bajo control) x 100<br><br>(N° de niñas/os que Mejoran su Zscore de IMC/ N° de niñas/os que ingresa a programa) x 100                           | Nutricionista<br>Terapeuta en actividad física<br>Medico<br>Psicólogo | Registro Programa Vida Sana - Obesidad Convenio REM A5 | De acuerdo a la duración de convenio | Poca adherencia a las actividades del programa |
|   |  |  | 60% de niñas/os entre 6 a 10 años mejoran su condición física.   | (N° de niños/as entre 6 y 10 años que participan del PVS y que mejoran su condición física al 4 mes de intervención / N° total de niñas/os participantes en el PVS entre 6 a 10 años bajo control ) x 100 | Nutricionista<br>Terapeuta en actividad física<br>Medico<br>Psicólogo | Registro Programa Vida Sana - Obesidad Convenio REM 5  | 4 Mes de ejecución del Programa      | Poca adherencia a las actividades del programa |

| Ciclo Vital: INFANTIL PREVENCIÓN  |   |   |   |  |                                 |                                       |                       |   |
|---|---|---|---|--|---------------------------------|---------------------------------------|-----------------------|---|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES  | RR.HH                           | MEDIO DE VERIFICACIÓN                 | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO  |
|   | Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia y escolar.<br>Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil. | Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de niñas/os de 2, 4 y 6 años. | 100% de altas odontológicas de niñas/os de 2, 4 y 6 años han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología. | (Nº de niñas/os de 2, 4 y 6 años con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado/ total de niños/as de 2, 4 y 6 años con alta odontológica) x 100 | Odontólogo<br>Técnico<br>Dental | REM A09 Sección B o J                 | Mensual               | Inasistencias a controles<br>Coordinacion con centros educacionales y módulo JUNAEB |
| Prevalencia de patologías o factores de riesgo en población infantil(A) | Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.   | Control de salud a niñas y niños de 2 y 3 años Bajo Control   | 1 Control Anual   | Número de niños de 2 y 3 años/<br>Número Total de niños de 2 y3 años bajo control  | Enfermera                       | REM A01                               | Trimestral            | Atención en el Extrasistema   |
|   |   | Control de salud a niñas y niños de 4 y 5 años bajo control.  | Mantener la cobertura de controles de salud realizados a niñas y niños de 4 a 5 años según estándar.  | (Nº de controles de salud de niños de 48 a 71 meses / Nº total de niños de 48 a 71 meses bajo control) x 100   | Enfermera                       | REM A01 Sección B<br>REM P2 Sección A | Mensual               | Inasistencias a controles   |
|   |   | Control de salud a niñas y niños de 6 a 9 años.   | 70% de controles de salud realizados a niñas y niños de 6 a 9 años bajo control (al menos 1 controles en el periodo).   | (Nº de controles de salud de niños de 6 a 9 años / Nº total de niñas y niños de 6 a 9 años bajo control)   | Enfermera                       | REM A01 Sección B<br>REM P2 Sección A | Mensual               | Inasistencia a controles  |

| Ciclo Vital: INFANTIL<br>PREVENCIÓN |  |   |   |  |                 |                                       |                       |   |
|-------------------------------------|--|---|---|--|-----------------|---------------------------------------|-----------------------|---|
| PROBLEMA                            | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES  | RR.HH           | MEDIO DE VERIFICACIÓN                 | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO                      |
|                                     |  | Control de salud a niñas y niños de 24 a 71 meses.  | Mantener la cobertura del control de salud de niñas y niños de 24 a 71 meses.                                 | (N° de niñas y niños de 24 a 71 meses asistente a control / N° de niñas y niños de 24 a 71 meses bajo control) x 100   | Enfermera       | REM P2 Sección F y A                  | Mensual               | Inasistencia a controles                  |
|                                     | Contribuir a la disminución de morbilidad en menores de 1 año por IRA. | Visitas Domiciliarias realizadas a familias de niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderada y grave. | Mantener visitas de las familias con niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderada y grave. | (N° de Visitas Domiciliarias Integrales de las familias con niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave / N° total niñas y niños menores de 7 meses con score de riesgo de IRA moderado y grave) x 100 | Equipo de salud | REM A23 Sección M<br>REM P2 Sección D | Mensual               | Falta de coordinación del equipo de salud |

| Ciclo Vital: INFANTIL<br>PREVENCIÓN |   |  |   |   |                 |                                       |                       |                                  |
|-------------------------------------|---|--|---|---|-----------------|---------------------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| PROBLEMA                            | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES   | RR.HH           | MEDIO DE VERIFICACIÓN                 | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO             |
|                                     | Contribuir a la disminución de la morbilidad por enfermedades respiratorias crónicas. | Visitas Domiciliarias integrales incluyendo kinesiólogo, a familias con niñas y niños portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI). | 100% de visitas domiciliarias integrales a pacientes portadores de enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI). ( | (N° de Visitas Domiciliarias Integrales de familias con niñas y niños menores de 10 años con enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI) / N° total niñas y niños menores de 10 años bajo control con enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI) x 100 | Equipo de salud | REM A23 Sección M<br>REM P3 Sección A | Trimestral            | Coordinación del equipo de salud |

| Ciclo Vital: INFANTIL TRATAMIENTO                 |  |   |  |  |   |                       |                       |                           |
|---|--|---|--|--|---|-----------------------|-----------------------|---------------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES  | RR.HH   | MEDIO DE VERIFICACIÓN | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO      |
| Alto índice de caries en la población infantil(A) | Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia, mediante medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia. | Atención odontológica integral a niñas y niños en edad parvularia.  | Lograr ≥ 40% de cobertura en altas odontológicas totales en los niñas/os de 2 años, inscritos y validados. | (Nº de niñas/os de 2 años con alta odontológica total / Nº total de niñas/os de 2 años inscritos y validados) x 100    | Odontólogo  | REM A09 Sección C     | Mensual               | Falta de sillón dental    |
|   |  |   | Lograr ≥ 40% de altas odontológicas totales en niñas/os de 4 años, inscritos y validados.                  | (Nº de niñas/os de 4 años con alta odontológica total/ Nº Total de niñas/os de 4 años inscritos y validados) x 100     | Odontólogo  | REM A09 Sección C     | Mensual               | Actualizar base de datos. |
|   |  | Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 y 4 años.   | ≥ 100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 2 y 4 años de edad           | (Nº de niñas/os de 2 y 4 años con registro de CEO / Nº total de niñas/os de 2 y 4 años con ingreso odontológico) x 100 | Odontólogo  | REM A09 Sección C     | Mensual               |                           |
|   |  | Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niñas y niños de 6 años (GES Salud Oral Integral para niñas y niños de 6 años). | Atención odontológica integral a niñas y niños de 6 años.  | ≥ 75% de cobertura en altas odontológicas totales en niñas y niños de 6 años, inscritos y validados.                   | (Nº de niñas/os de 6 años con alta odontológica total / Nº total de niñas/os de 6 años inscritos y validados) x 100 | Odontólogo            | REM A09 Sección C     |                           |
|   | Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 6 años.  |   | ≥ 100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 6 años de edad.              | (Nº de niñas/os de 6 años con registro de CEO / Nº total de niñas/os de 6 años con ingreso) x 100                      | Odontólogo  | REM A09 Sección C     |                       |                           |

| Ciclo Vital: INFANTIL<br>TRATAMIENTO  |   |  |   |  |               |  |                       |   |
|---|---|--|---|--|---------------|--|-----------------------|---|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES  | RR.HH         | MEDIO DE VERIFICACIÓN                                    | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO  |
| Alta prevalencia de obesidad infantil (A)                                       | Detener el aumento de la prevalencia de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) y otros factores de riesgo cardiovascular en la población de niñas y niños mayores de 1 mes y menores de 10 años. | Evaluación nutricional a niñas/os mayores de 1 mes y menores de 10 años con malnutrición por exceso; según la Normas Nutricionales vigente.                | 70% de cobertura niñas/os mayores de 1 mes y menores de 10 años bajo control con malnutrición por exceso que reciben Evaluación nutricional.                        | (N° de niños/as mayores de 1 mes y menores 10 años con malnutrición por exceso con consulta nutricional/ N° Total de niños/as menores de 10 años con malnutrición por exceso bajo control) x 100   | Nutricionista | REM P2 Sección A   | Mensual               | Falta de horas de nutricionista<br>Inasistencia a controles |
| Prevalencia de alteraciones del desarrollo psicomotor en población infantil (A) | Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor.  | Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad; en sala de estimulación, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria. | 80 % de niñas y niños que en una primera evaluación presentan riesgo o rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación del DSM. | (N° de niñas/os menores de 4 años con riesgo o rezago en su desarrollo psicomotor ingresados a alguna modalidad de estimulación/ N° total de niñas/os menores de 4 años detectados con riesgo o rezago en la primera evaluación desarrollo psicomotor) x 100 | Enfermera     | REM A03 Sección C y B<br>Indicadores Chile Crece Contigo | Mensual               | Inasistencia a los controles                                |

| Ciclo Vital: INFANTIL TRATAMIENTO |  |  |  |  |                       |  |                       |                              |
|-----------------------------------|--|--|--|--|-----------------------|--|-----------------------|------------------------------|
| PROBLEMA                          | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES  | RR.HH                 | MEDIO DE VERIFICACIÓN                    | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO         |
|                                   |  |  | 80% de niñas/os con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidades de estimulación del DSM.                               | (N° de niñas y niños menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ N° total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación desarrollo psicomotor) x 100                        | Educadora de párvulos | REM A03<br>Indicador Chile Crece Contigo | Mensual               | Inasistencia a los controles |
|                                   | Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor. | Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor. | 60% de los niñas y niños detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os. | (N° de niñas y niños diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas(os) / N° total de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses) x 100 | Enfermera             | REM A03                                  | Mensual               | Inasistencia a los controles |

| Ciclo Vital: INFANTIL  |   |   |   |   |                 |  |                       |                              |
|--|---|---|---|---|-----------------|--|-----------------------|------------------------------|
| TRATAMIENTO  |   |   |   |   |                 |  |                       |                              |
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES   | RR.HH           | MEDIO DE VERIFICACIÓN  | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO         |
|  |   |   | 50 % de los niñas y niños detectados con retraso en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os.                  | (N° de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas(os) / N° total de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses) x 100 | Enfermera       | REM A03  | Mensual               | Inasistencia a los controles |
|  |   | Visita domiciliaria integral.   | 100% de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor recibe al menos 2 visitas domiciliarias | (N° de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño con déficit de DSM / N° total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor) x 100   | Equipo de salud | REM A26 Sección A<br>REM P2 Sección C<br>Indicador Chile Crece Contigo | Trimestral            | Recurso Humano Disponible    |
| Baja tasa de controles de salud de pacientes crónicos respiratorios infantiles (A) | Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios bajo control. | Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica. | Aumentar en 10% la población bajo control infantil en el Programa IRA. Línea de Base 2013 (36 pacientes bajo control)                                     | (Población infantil bajo control actual – Población infantil bajo control año anterior) / (Población infantil bajo control año anterior ) x 100   | Equipo de Salud | REM P3(2013) Sección A<br>REM P3(2012) Sección A                       | Mensual               |                              |

| Ciclo Vital: INFANTIL |   |   |   |  |                                |                       |                       |   |
|-----------------------|---|---|---|--|--------------------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| TRATAMIENTO           |   |   |   |  |                                |                       |                       |   |
| PROBLEMA              | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES  | RR.HH                          | MEDIO DE VERIFICACIÓN | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO  |
|                       | Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control en Programa IRA.    | Categorizar por severidad a pacientes crónicos respiratorios.   | 100% de niñas y niños bajo control en sala IRA con categorización de severidad.                     | (N° de niñas y niños con categorización de severidad / N° total de niñas y niños bajo control en sala IRA) x 100   | Medico IRA                     | REM P3 sección A      | Mensual               |   |
|                       | 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 medica por IRA Baja en menores de 5 años. | 80% en niños menores de 5 años atendidos antes de 24 horas luego de derivación medica por IRA Baja. | (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) x 100 | Médico y Kinesiólogo IRA, SOME | SIGGES                | Mensual               | Los cuidadores no solicitan hora a kinesiólogo cuando son derivadas sino cuando a ellos les sirve. Los pacientes evaluados en extensión horaria los días viernes o sábado o en servicio de urgencia, acceden a kinesiólogía el día lunes siguiente (72 horas) |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE   |   |   |  |   |  |  |                       |                                    |
|--|---|---|--|---|--|--|-----------------------|------------------------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES   | RR.HH  | MEDIO DE VERIFICACIÓN                          | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO               |
| <b>PROMOCIÓN</b>   |   |   |  |   |  |  |                       |                                    |
| Alta prevalencia de conductas de riesgo en población adolescente relacionado a consumo de alcohol, drogas, actividad sexual, tabaquismo y alimentación poco saludable. (A) | Promover estilos de vida saludable en población de adolescentes escolares | Implementar talleres para fortalecer factores protectores que incorporen temas de actividad física, alimentación saludable, sexualidad responsable, tabaco y alcohol. | Realización de 2 talleres en establecimientos educacionales del sector Viel. | N° de Talleres realizados por Establecimiento educacional/ N° de talleres Programados | Matrona, psicólogo, asistente social, nutricionista, médico. Equipo de salud | REM 19, REM A27 sección A. Chile Crece Contigo | Semestral.            | Coordinación con establecimientos. |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE   |  |  |  |  |  |                       |                       |  |
|--|--|--|--|--|--|-----------------------|-----------------------|--|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES  | RR.HH  | MEDIO DE VERIFICACIÓN | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO                               |
| Prevalencia de infección por VIH en población adolescente. A.                | Promover la detección precoz de la infección por VIH en adolescentes de 14 a 19 años.  | Consejería para promover el examen del VIH a todo adolescente que haya iniciado actividad sexual que consulte en el centro de salud. | 100% de adolescentes que consultan por planificación familiar, que han iniciado vida sexual, reciben consejería en toma de examen de VIH.              | N° de consejerías realizadas/ N° total de adolescentes con vida sexual activa que consultan x 100.                               | Matrona, médicos, enfermera, asistencia social, psicólogo. | REM A19 sección A1.   | Semestral.            | Registros adecuados informe encargada de promoción |
| PREVENCION   |  |  |  |  |  |                       |                       |  |
| Baja consulta espontánea del adolescente a controles preventivos. (M)        | pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente   | Control de salud "joven sano" anual a adolescentes de 10 a 14 años.  | 14% cobertura de control se salud adolescente de 10 a 14 años en población bajo control  | N° de adolescentes de 10 a 14 años con control de salud/ N° de adolescentes inscritos de 10 a 14 años.                           | Matrona, enfermera.  | REM AO3 sección I.    | Semestral.            |  |
|  |  | Control de salud "joven sano" bianual a adolescentes de 15 a 19 años.  | 12% Cobertura de control se salud adolescente de 15 a 19 en población bajo control   | N° de adolescentes de 15 a 19 años con control de salud/ N° de adolescentes inscritos de 15 a 19 años.                           | Matrona, enfermera.  | REM AO3 sección I.    | Semestral.            |  |
| Alta prevalencia de enfermedades bucodentarias en población adolescente. (A) | Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescentes a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas. | Educación individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales del adolescente de 12 años.                        | 100% de altas odontológicas a los 12 años han recibido educación en técnica de cepillado realizado por odontólogo o técnico paramédico de odontología. | N° de adolescentes de 12 años con educación en técnica de cepillado/ total de adolescentes de 12 años con alta odontológica x100 | Odontólogo, técnico paramédico de odontología.             | REM A 09 sección B.   | Semestral.            |  |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE   |   |  |  |  |  |  |                       |   |
|--|---|--|--|--|--|--|-----------------------|---|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES  | RR.HH  | MEDIO DE VERIFICACIÓN                                    | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO                                |
| Aumento de la incidencia de embarazo adolescente de 10 a 19 años. (A)  | Aumentar el número de adolescentes que acceden a consejería en salud sexual y reproductiva (SSR) con enfoque de género. | Consejería en salud sexual y reproductiva para regular la fertilidad en adolescentes hombres y mujeres que lo solicitan  | 100% de los adolescentes hombres y mujeres que consultan, reciben consejería en salud sexual y reproductiva. | N° de adolescentes con consejería en SSR/ N° de adolescentes que consultan.  | Matrona, enfermera.  | REM A 19.  | Semestral.            |   |
| Aumento Prevalencia de Infecciones de transmisión sexual (ITS) en población adolescente de 10 a 19 años. (A) | Aumentar el número de adolescentes informados sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo         | Consejería en prevención del VIH/sida e ITS  | 100% de los adolescentes hombres y mujeres que consultan, reciben consejería en VIH/Sida e ITS               | N° de adolescentes con consejería en VIH/Sida/ N° de adolescentes que consultan  | Matrona, enfermera.  | REM A 19.  | Semestral.            |   |
| Alta prevalencia de malnutrición en adolescentes. (A)  | Disminuir la incidencia de adolescentes con diagnóstico de mal nutrición.   | Seguimiento con control nutricional en adolescentes con malnutrición por exceso o déficit con apoyo en educación, actividad física y asesoramiento en estilos de vida saludable. | 50% de los adolescentes mejoran su Z score al finalizar al 4° Control en el programa vida sana (PVS).        | (N° de adolescentes que participan en PVS que mejoran el Z score al 4°Control/ N° total de adolescentes con el 4° Control Realizado)*100       | Nutricionista, psicólogo, profesor educación física, médico. | REM A5, Programa PVS.                                    | Semestral.            | Bajo interés y motivación en Participar en Programa |
|  |   |  | 60% de los adolescentes mejoran su condición física al 4° Control  | (N° de adolescentes que participan en PVS que mejoran condición física al 4°Control/ N° total de adolescentes con el 4° Control Realizado)*100 | Nutricionista, psicólogo, profesor educación física, médico. | REM A5, Programa PVS Fuente de indicador Pagina web PVS. | Semestral.            |   |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE   |  |  |  |  |  |                               |                       |  |
|--|--|--|--|--|--|-------------------------------|-----------------------|--|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS                      | METAS  | INDICADORES  | RR.HH  | MEDIO DE VERIFICACIÓN         | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO   |
| Alta prevalencia de alteración de la salud mental en los adolescentes(A) | Detección Precoz de problemas y trastornos mentales en adolescentes. | Detección de depresión en adolescentes         | 100% de adolescentes diagnosticados son derivados a programa de depresión.                                 | (N° de adolescentes que se derivan al programa de depresión / N° de adolescentes diagnosticados con depresión) x 100   | Medico   | SIGGES REM A05                |                       |  |
|  |  | Consulta médica para diagnóstico de depresión  | 100% de adolescentes con sospecha de depresión son derivados a consulta médica para diagnóstico e ingreso. | (N° de adolescentes con puntaje positivo cuestionario de depresión son derivados para confirmación diagnóstica / N° total de adolescentes con puntaje positivo cuestionario de depresión) x 100. | Medico   | SIGGES Sujeto a cambio de REM |                       |  |
|  |  | Intervención preventiva (o intervención breve) | 10% de los adolescentes inscritos se le aplica AUDIT   | (N° de adolescentes inscritos con aplicación de AUDIT/ N° total de adolescentes inscritos) x 100   | Equipo de salud (Matrona, Enfermera , Asistente social, Nutricionista) | REM A03 Sección J             | Mensual               | Mejorar Registro Interes del equipo en Aplicar y registrar AUDIT |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE  |   |  |  |   |  |   |                       |  |
|---|---|--|--|---|--|---|-----------------------|--|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES   | RR.HH  | MEDIO DE VERIFICACIÓN                           | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO   |
|   |   |  | 100% de los adolescentes inscritos y con consumo de riesgo de alcohol (AUDIT entre 8 y 15) reciben intervención  | (N° de adolescentes inscritos y con consumo de riesgo de alcohol (AUDT entre 8 y 15) que reciben intervención preventiva / N° total de adolescentes inscritos) x 100  | Equipo de salud (Matrona, Enfermera , Asistente social, Nutricionista) | REM A03 Sección J (AUDIT 8 y 15)                | Mensual               | Mejorar Registro Interes del equipo en Aplicar y registrar AUDIT |
|   |   | Derivación asistida para evaluación clínica.   | 100% de adolescentes inscritos con consumo perjudicial o dependencia de alcohol que consultan reciben derivación asistida para evaluación clínica en el programa integral de salud mental APS. | (N° de adolescentes inscritos y con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más) que reciben derivación asistida para evaluación clínica en programa integral de salud mental de APS / N° total de adolescentes inscritos) x 100 | Equipo de salud (Matrona, Enfermera , Asistente social, Nutricionista) | REM A03 Sección J (16 pto o mas) REM A05 SIGGES | Mensual               | Cumplimiento de garantía   |
| Presencia de violencia en población adolescente (abuso sexual, maltrato y/o violencia intrafamiliar (VIF) | Detección y primera respuesta en adolescentes víctimas de violencia (abuso sexual, maltrato o VIF). | Detectar y brindar primera acogida a los casos de adolescentes víctimas de violencia. (Derivación oportuna.) | 100% de los adolescentes detectados con situaciones de violencia, reciben primera respuesta.   | N° adolescentes víctimas de violencia detectados que reciben primera atención/ N° total de adolescentes víctimas de violencia detectados.   | Psicóloga, médico, asistente social, enfermera, matrona.               | REM A 05 sección K.                             | Semestral.            | Equipo Capacitado  |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE   |  |  |  |  |                     |  |                       |                      |
|--|--|--|--|--|---------------------|--|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES  | RR.HH               | MEDIO DE VERIFICACIÓN                              | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
| <b>TRATAMIENTO</b>   |  |  |  |  |                     |  |                       |                      |
| Alta prevalencia de alteración de la salud mental en los adolescentes(A) | Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales. | tratamiento integral según guía clínica GES a adolescentes con consumo perjudicial o dependencia de alcohol o drogas                   | 100% de adolescentes pesquisados son derivados a COSAM, para recibir tratamiento según guía clínica.   | (N° de adolescentes derivados menores de 20 años con diagnóstico de consumo perjudicial o dependencia de alcohol y/o drogas /N° total de adolescentes pesquisados)x 100                                    | Medico<br>Psicólogo | SIGGES<br>REM 05 Sección K<br><br>REM 05 Sección M |                       |                      |
|  |  | Tratamiento integral en atención primaria o derivación a especialidad cuando corresponda, a adolescentes con diagnóstico de depresión. | 100% de adolescentes con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave, reciben tratamiento integral en GES depresión.                               | N° de adolescentes inscritos con diagnóstico de depresión , leve, moderada o grave, que reciben tratamiento Integral en GES depresión/ N° de adolescentes inscritos) x 100                                 | Medico<br>Psicólogo | SIGGES<br>REM 05<br>REM P6                         |                       |                      |
|  |  |  | 100% de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad | (N° de adolescentes inscritos con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida, que inician tratamiento y son derivados a especialidad/N° de adolescentes inscritos) | Medico<br>Psicólogo | SIGGES<br>REM 05<br><br>REM P6                     |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE  |  |   |  |  |                                |                                |                       |   |
|---|--|---|--|--|--------------------------------|--------------------------------|-----------------------|---|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES  | RR.HH                          | MEDIO DE VERIFICACIÓN          | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO                    |
|   |  | Derivación efectiva de adolescentes con síntomas presuntivos de un primer episodio de EQZ.  | 100% de adolescentes con sospecha de esquizofrenia son derivados a psiquiatra.   | (N° adolescentes inscritos con sospecha de primer episodio EQZ derivados a psiquiatra/N° total de adolescentes inscritos) x100 | Medico Psicólogo               | SIGGES<br>REM 05<br><br>REM P6 |                       |   |
|   |  | Visita domiciliaria integral y/o Consejería familiar para completar evaluación diagnóstica y realizar intervención psicosocial /familiar/ ambiental | 30% de la familia de adolescente en tratamiento por depresión, consumo perjudicial o dependencia de alcohol y drogas, reciben VDI y/o Consejería Familiar. | (N° de adolescentes que ingresan a tratamiento por depresión/N° total de adolescentes con diagnóstico de depresión)x100        | Medico Psicólogo               | REM A26                        |                       |   |
| Mala salud bucal en adolescentes de 12 años                       | Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescentes a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas. | atención odontológica a adolescentes de 12 años   | ≥ 73% de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años, inscritos validados.   | (N° de adolescentes con alta odontológica total/ N° Total de adolescentes inscritos y validados)*100                           | Odontólogo Auxiliar Dental     | REM A09 Sección C              | Trimestrales          | Infraestructura (solo un sillón Dental) |
| Aumento de enfermedades cardiovasculares en población adolescente | Aumentar la cobertura efectiva en hombres y mujeres de 10 a 19 de HTA (Presión arterial inferior a 140/90 mm Hg en el último control)  | Control de salud Cardiovascular   | 3% de cobertura de hombres y mujeres de 15 a 19 años con presión arterial bajo 190/40 mm hg  | (N° de hombres y mujeres adolescentes con cobertura/ N° Total de adolescentes Hipertensos bajo control)*100                    | Enfermera Medico Nutricionista | REM P04                        | Semestral.            | Asistencia a control                    |

| Ciclo Vital: ADOLESCENTE |   |                                 |  |   |                                      |                       |                       |                      |
|--------------------------|---|---------------------------------|--|---|--------------------------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA                 | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS       | METAS  | INDICADORES   | RR.HH                                | MEDIO DE VERIFICACIÓN | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
|                          | Aumentar la cobertura efectiva en hombres y mujeres de 10 a 19 con Hb1Ac menor al 7% en el último control | Control de salud Cardiovascular | 2% de cobertura de hombres y mujeres de 15 a 19 años con Hb1Ac menor al 7% | (N° de hombres y mujeres adolescentes con cobertura/ N° Total de adolescentes Hb1Ac menor al 7% bajo control)*100 | Enfermera<br>Medico<br>Nutricionista | REM P04               | Semestral.            | Asistencia a control |

| Ciclo Vital: ADULTO  |   |  |   |  |   |                       |                       |                               |
|--|---|--|---|--|---|-----------------------|-----------------------|-------------------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS                              | METAS   | INDICADORES  | RR.HH   | MEDIO DE VERIFICACIÓN | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO          |
| <b>PROMOCIÓN</b>   |   |  |   |  |   |                       |                       |                               |
| Alta prevalencia de Malnutrición y sedentarismo(A)   | Promover el autocuidado en las personas de 20 años o más.   | Talleres de Actividad Física y alimentación saludable  | 1 taller mensual de Actividad Física y alimentación saludable   | N° de talleres ejecutados/ N° de talleres Programados  | Profesor de actividad física y nutricionista        | REM A19               | Mensual               | Participación de la comunidad |
| Alta Prevalencia de Morbimortalidad por tabaquismo en población Adulta (M)                         | Fomentar la disminución y abstinencia en el consumo de tabaco en el adulto  | Consejerías Breves en consulta respiratoria del adulto | 100% de las consultas y controles respiratorios del adulto de 20 a 64 años con consejería breve antibaco. | N° de consejerías Breves realizadas / N° Total de consultas respiratorias realizadas *100              | Médico,<br>Kinesiólogo                              | REM A23               | Trimestral            | Adecuado registro             |
| <b>PREVENCIÓN</b>  |   |  |   |  |   |                       |                       |                               |
| Alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles no detectadas en la población adulta(A) | Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbilidad a través del Examen de Medicina Preventivo del adulto | Realizar EMP de la mujer aplicando pauta de protocolo  | 26% de las mujeres inscritas  | (N° de EMP realizados a población femenina adulta Inscrita/ Población femenina adulta inscrita) x 100. | Enfermeras,<br>Nutricionista,<br>Matrona,<br>Medico | REM A02, sección B    | Trimestral            |                               |

| Ciclo Vital: ADULTO   |   |  |   |   |  |   |                       |  |
|---|---|--|---|---|--|---|-----------------------|--|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES   | RR.HH                                      | MEDIO DE VERIFICACIÓN                                       | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO   |
|   | (EMPA) en personas de 20 a 64 años.   | Realizar EMP a hombres en edad productiva aplicando pauta de protocolo | 18% de los hombres inscritos  | (N° de EMPA realizados a población adulta masculina beneficiaria/ Población Total adulta masculina beneficiaria ) x 100   | Enfermeras, Nutricionista, Matrona, Medico | REM A02, sección B  | Trimestral            |  |
| Alta morbimortalidad en hombres por patología cardiovascular (A)  | Aumentar el número de usuarios, particularmente hombres, que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular.   | Control Cardiovascular   | Aumentar 10% respecto al año anterior la cobertura de hombres bajo control en el PSCV.  | (N° de hombre bajo control en el PSCV a Junio/Diciembre 2014 - N° de hombres bajo control en el PSCV a diciembre de 2013 / N° total de hombres bajo control en el PSCV a diciembre 2014) x 100                                  | médicos, enfermeras, nutricionistas        | REM P04, Sección A Pobl total masculina beneficiaria FONASA | Semestral             |  |
| Alta mortalidad por patología cerebrovascular y mayor reincidencia de episodios cerebrovasculares en pacientes tratados deficitariamente(A) | Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 20 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular | Control Cardiovascular   | 90% de las personas con infarto y/o enfermedad cerebrovascular de 20 y más años bajo control, está en tratamiento con AAS y estatinas | (N° de personas con antecedentes de IAM o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses/N° total de pacientes de 20 y más años bajo control con el antecedente de IAM o ACV al corte)x 100 | Médicos                                    | REM P4 sección B y A  | Semestral             | Meta no es del 100% por posibilidad de contraindicación médica de estatinas y/o aspirina |

| Ciclo Vital: ADULTO                                  |   |  |   |   |   |  |                               |                               |
|--|---|--|---|---|---|--|-------------------------------|-------------------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS                                  | METAS   | INDICADORES   | RR.HH                                   | MEDIO DE VERIFICACIÓN                        | ANALISIS CUANTITATIVO         | ANALISIS CUALITATIVO          |
| Alta morbimortalidad por patología cardiovascular(A) | Aumentar el número de persona HTA compensadas con riesgo CV alto y muy alto   | Control de Salud Cardiovascular                            | Aumentar en 2% compensación respecto al año 2013  | N° de personas HTA compensadas con RCV alto y muy alto / N° total de personas con RCV alto y muy alto x 100   | médicos<br>enfermeras<br>nutricionistas | REM P4 sección B y A                         | Semestral                     |                               |
|  | Aumentar el número de persona DM2 compensadas con riesgo CV alto y muy alto   | Control de Salud Cardiovascular                            | Aumentar en 2% compensación respecto al año 2013  | N° de personas DM2 compensadas con RCV alto y muy alto / N° total de personas con RCV alto y muy alto x 100   | médicos<br>enfermeras<br>nutricionistas | REM P4 sección B y A<br>Ficha cardiovascular | Semestral                     |                               |
|  | Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de a adultos de 20 a 45 años | Programa Vida Sana (PVS) destinado a adultos de 20-45 años | 50% de los adultos entre 20-45 años baja un 5% de su peso inicial al término de la intervención | (N° de adultos de 20 a 45 años que disminuyen el 5 % de su peso al término de la intervención/ total de adultos de 20 a 45 años que egresan del PVS) x 100                        | Equipo vida sana                        | Registro vida sana REM A05                   | Según Cronograma del Programa | Inasistencia de los pacientes |
|  |   |  | 60% de adultos entre 20 y 45 años mejora su condición física                                    | (N° de adultos de 20 a 45 años que egresan del PVS y que mejoran su condición física al término de la intervención/ N°total de adultos de 20 a 45 años que egresan del PVS) x 100 | Equipo vida sana                        | Registro vida sana REM A05                   | Según Cronograma del Programa | Inasistencia de los pacientes |

| Ciclo Vital: ADULTO |  |   |   |   |                 |                       |                       |  |
|---------------------|--|---|---|---|-----------------|-----------------------|-----------------------|--|
| PROBLEMA            | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES   | RR.HH           | MEDIO DE VERIFICACIÓN | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO   |
|                     | Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo. | Control de salud cardiovascular:<br>Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año. | 90% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica. | (Nº 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 al corte) x 100  | Medico          | REM P4 Sección B y A  | Semestral             | Según CMI meta es del 90%  |
|                     | Aumentar cobertura de personas entre 20 y 64 años con hipertensión                               | Detección de personas adultas hipertensas a través del EMP u otra actividad de salud (mini EMPA)  | Aumentar en 8% respecto al año anterior de la cobertura de personas adultas con hipertensión.                               | Nº de personas adultas con hipertensión, bajo control a Junio/Diciembre 2014 - Nº de personas adultas con hipertensión, bajo control 2013 / Nº total de hombres personas adultas con hipertensión, bajo control a Junio/Diciembre 2014) x 100 | Equipo de salud | REM P04; Sección A    | Trimestral            | estrategia de EMP abreviado (control de presión en consultas médicas y de otros profesionales (nutricional, kinesiólogo, curaciones, etc.) |
|                     | Aumentar la cobertura de personas entre 20 y 64 años con diabetes tipo 2.                        | Pesquisa a través del EMP   | Aumentar en 8% respecto al año anterior de la cobertura de personas adultas con diabéticas.                                 | Nº de personas adultas conDM2, bajo control a Junio/Diciembre 2014 - Nº de personas adultas con DM2, bajo control 2013 / Nº total de hombres personas adultas con Dm2, bajo control a Junio/Diciembre 2014) x 100                             | Equipo de salud | REM P04; Sección A    | Trimestral            | Mejorar Pesquisa   |

| Ciclo Vital: ADULTO                                   |  |   |   |  |                 |  |                       |                                 |
|---|--|---|---|--|-----------------|--|-----------------------|---------------------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES  | RR.HH           | MEDIO DE VERIFICACIÓN                  | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO            |
|   | Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.  | Evaluación anual del riesgo de ulceración del pie diabético de acuerdo a las OT del Minsal vigentes   | El 90% de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas se les realiza una evaluación de los pies, clasificación de riesgo e intervención educativa                                   | Nº de personas con diabetes tipo 2 ingresadas con evaluación de los pies/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 ingresadas) x 100   | Enfermera       | REM P04; Sección C y A                 | Trimestral            | Mejorar registro                |
|   |  |   | 90% de las personas diabéticas bajo control con úlceras de pie diabético activas reciben manejo avanzado de heridas   | (Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100 | Enfermeras      | REM P04; sección c                     | Trimestral            | Mejorar registro                |
| Alta Tasa de tuberculosis en la comuna de Santiago(A) | Pesquisa de Tuberculosis en las personas de 15 a 64 años que presenten síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días | Examen de baciloscopia en personas de 15 a 64 años, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días | Baciloscopías en el 90% de personas de 15 a 64 años con síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días | (Nº de baciloscopias de diagnóstico realizadas a personas de 15 a 64 años/ Nº total de consultas de morbilidad de personas de 15 a 64 años ) x 100   | Equipo de salud | REM A10 sección A<br>REM A10 sección B | Trimestral            | Poco compromiso con la pesquisa |

| Ciclo Vital: ADULTO                                 |   |   |  |   |                 |   |                       |                      |
|---|---|---|--|---|-----------------|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS                                       | METAS  | INDICADORES   | RR.HH           | MEDIO DE VERIFICACIÓN                       | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
| Alta prevalencia de VIH en la comuna de Santiago(A) | Garantizar la realización del examen de detección de VIH SIDA a personas de 20 y más años que lo solicitan voluntariamente o por indicación médica según criterios clínicos y/o epidemiológicos | Consejería pre y post test para examen de detección de VIH/SIDA | 100% de los test de Elisa para VIH se realizan con consejería  | (N° de consejerías post test de VIH realizadas en personas de 20 y más años/N° total de test de Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años)x100   | Equipo de salud | REM A19 sección A.2 REM A11 sección C1 y C2 | Trimestral            |                      |
|   | Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.  | Consejería en Prevención de VIH/SIDA e ITS                      | Aumentar en un 10% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas con respecto al año anterior (línea base 2012 11.1%) | (N° de consejerías en prevención de VIH/SIDA e ITS personas adultas/N° total de consejerías n actividades de promoción y prevención) x 100  | Matrona         | REM A19 sección A1                          | Trimestral            |                      |
|   | Promover conductas sexuales seguras en personas adultas   | Consejerías en Prevención del VIH/SIDA e ITS                    | 90% de las personas que asisten a consejería en prevención de VIH/SIDA/ITS reciben preservativos   | (N° de personas adultas que reciben preservativos en el marco de la consejería para la prevención de VIH/SIDA e ITS/N° de personas que asisten a consejería para la prevención de VIH/SIDA e ITS) x 100 | Matrona         | REM A 19 sección A1                         | Trimestral            |                      |

| Ciclo Vital: ADULTO   |   |  |   |  |   |   |                       |                            |
|---|---|--|---|--|---|---|-----------------------|----------------------------|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES  | RR.HH                                     | MEDIO DE VERIFICACIÓN                       | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO       |
| Alta Prevalencia de enfermedades respiratorias en adulto(A) | Aumentar la cobertura de atención de pacientes en domicilio portadores de enfermedades respiratorias crónica severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) de 20 a 64 años | Visita domiciliaria de profesional a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) de 20 a 64 años | Aumentar en un 30% la cobertura de visitas a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) de 20 a 64 años | N° de Visitas domiciliarias realizadas a pacientes de 20 a 64 años con enfermedad respiratoria crónica severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA)/N° total de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales(POA, AVNIA, AVIA) bajo control) x 100 | Kinesiólogo                               | REM 23 M REM P3 sección A                   | Trimestral            | Falta de horas kinesiólogo |
| Consumo de alcohol en riesgo en la población adulta(A)      | Aumentar la detección y prevenir el consumo de riesgo de alcohol en adultos   | Aplicación de AUDIT en Examen de Medicina Preventiva (EMP)   | Al 10% de las personas de 20 a 64 años se les aplica instrumento AUDIT  | (N° de personas de 20 a 64 años con EMP realizado que se les aplica AUDIT/N° total de personas de 20 a 64 años inscritos con EMP realizado) x 100  | Enfermera, nutricionista, matrona, medico | REM A03 sección J población de 20 a 64 años |                       |                            |
|   |   | Intervención preventiva (o intervención breve)   | 80% de los adultos con detección de consumo de riesgo (AUDIT entre 8 y 15) reciben intervención preventiva  | (N° de adultos inscritos con consumo de riesgo(audit entre 8 y 15) que reciben intervención preventiva/N° total de adultos inscritos)x 100   | Equipo de salud                           | REM A03 sección J población de 20 a 64 años |                       | Falta de registro          |

| Ciclo Vital: ADULTO                                   |   |                                  |  |   |             |  |                       |  |
|---|---|----------------------------------|--|---|-------------|--|-----------------------|--|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS        | METAS  | INDICADORES   | RR.HH       | MEDIO DE VERIFICACIÓN  | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO                                       |
| <b>TRATAMIENTO</b>                                    |   |                                  |  |   |             |  |                       |  |
| Alta morbimortalidad por patología cardiovascular (A) | Aumentar la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años bajo control con hipertensión                  | Control de Salud Cardiovascular  | Al menos 2% de incremento de cobertura efectiva de los hipertensos de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respecto al año anterior. | Nº de personas hipertensas de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/Nº total de personas hipertensas esperadas según prevalencia x 100   | Equipo PSCV | REM P4; Sección B Pobl estimada según prevalencia Estudio FASCE E 2007 (15,7%) | Trimestral            | Inasistencia a los controles de otro profesional no medico |
|   | Aumentar la cobertura efectiva de personas de 20 A 64 años, bajo control con DM 2.                        | Control de Salud Cardiovascular: | Incrementar en un 1% la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años con DM 2 (HbA1c<7) respecto de lo logrado el año anterior.                                | (Nº de personas diabéticas de 20 a 64 años con HbA1c <7% según último control/ Nº total de personas de 20 a 64 años con diabetes tipo 2 según prevalencia) x 100  | Equipo PSCV | REM P4; Sección B Pobl estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%)          | Trimestral            | Inasistencia a los controles de otro profesional no medico |
|   | Aumentar la compensación en personas diabéticas de 20 a 64 años con riesgo cardiovascular alto y muy alto | Control de Salud Cardiovascular: | Aumentar en un 10% las personas con diabetes de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c<7% y PA<130/80mmHg bajo control en PSCV                      | Nº personas con diabetes de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c<7% y PA<130/80mmHg en último control en PSCV/Nº total de personas con diabetes de 20 a 64 años con riesgo CV alto y muy alto al corte de bajo control en PSCV)x 100 | Equipo PSCV | REM P4 Sección B y A   | Trimestral            | Inasistencia a los controles de otro profesional no medico |

| Ciclo Vital: ADULTO                                    |  |   |  |   |                 |   |                       |                              |
|--|--|---|--|---|-----------------|---|-----------------------|------------------------------|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES   | RR.HH           | MEDIO DE VERIFICACIÓN   | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO         |
| Alta tasa de TBC en la comuna(A)                       | Vigilancia de tuberculosis en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH. | Examen de baciloscopia.   | 100% de adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH con examen BK realizado.   | (N° de BK de diagnóstico realizadas a personas de 15 a 64 años / N° total de consultas médicas por patologías respiratorias y/o VIH) x 100  | Equipo de Salud | REM A10 Sección A<br>REM A04 Sección A                                    |                       |                              |
| Alta prevalencia de cáncer de mama y cuello uterino(A) | Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.                           | Mamografía a mujeres de 50 a 54 años AUGE.  | Incrementar 10% con respecto año anterior la cobertura de mamografía en mujeres de 50 a 54 años.                           | (N° de mujeres de 50 a 54 años con mamografía vigente/ N° total de mujeres de 50 a 54 años inscritas) x100  | Matrona         | Rem P12 Sección C<br>Pobl de mujeres de 50 a 54 años                      | Trimestral            |                              |
|  | Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino.                 | PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años                                      | Alcanzar un 80% de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años.   | (N° de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente / N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas) x 100   | Matrona         | Citoexpert REM P12 Sección A<br>Pobl de mujeres de 25 a 64 años           | Trimestral            |                              |
| Baja cobertura de patología respiratoria crónica (A)   | Incrementar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios.                  | Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica. | Aumentar en 10% la población bajo control de 20 a 64 años en el Programa ERA. (ASMA, EPOC y otras respiratorias crónicas). | ((Población adulta de 20 a 64 años bajo control actual – Población adulta de 20 a 64 años bajo control año anterior) / Población adulta de 20 a 64 años bajo control año anterior ) x 100 | Equipo de salud | REM P3(2013-2012)<br>REM P3 2012 Sección A<br>SUJETO A<br>CAMBIO REM 2014 | Semestral             | Inasistencia a los controles |

| Ciclo Vital: ADULTO                          |   |   |   |   |                     |  |                       |                              |
|--|---|---|---|---|---------------------|--|-----------------------|------------------------------|
| PROBLEMA                                     | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES   | RR.HH               | MEDIO DE VERIFICACIÓN  | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO         |
|  | Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.  | Categorizar por severidad a pacientes crónicos respiratorios.   | 80% de adultos de 20 a 64 años bajo control en sala ERA con categorización de severidad por capacidad funcional.            | (N° de adultos de 20 a 64 años con categorización de severidad / N° total de adultos de 20 a 64 años bajo control en sala ERA) x 100                | Medico              | REM P3 Sección A SUJETO A CAMBIO REM 2014                          | Semestral             | inasistencia a los controles |
| Problemas de salud bucal en adultos (A)      | Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años (GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años). | Atención odontológica integral del adulto de 60 años.   | ≥ 50 % de cobertura en altas totales odontológicas en adultos de 60 años inscritos validados.                               | (N° de Altas totales odontológicas de adultos de 60 años total / Total de adultos de 60 años inscritos y validados) x100                            | odontólogos         | REM A09 Sección C Población de 60 años inscritos validados. Sigges | Semestral             | Falta de sillón dental       |
|  | Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.    | Aumentar la cobertura de atención a personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias. | Aumentar en 15% el ingreso a tratamiento de personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias. | (N° de personas entre 20 y 64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales /N° total de personas entre 20 y 64 años inscritas) x 100      | Psicóloga<br>Medico | REM A05 Población de 20 a 64 años inscritas                        | Trimestral            | Falta de horas psicóloga     |
| alta incidencia de casos de salud mental (A) |   | Aumentar la cobertura de atención a personas entre 20 y 64 años con depresión leve, moderada o grave.               | Aumentar en 15% el ingreso a tratamiento de personas entre 20 y 64 años con depresión leve, moderada o grave.               | N° de personas entre 20 y 64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve, moderada o grave / N° personas entre 20 y 64 años inscritas) x 100 | Medico              | SIGGES Población de 20 a 64 años inscritas                         | Trimestral            |                              |

| Ciclo Vital: ADULTO |           |  |   |   |                            |   |                       |                      |
|---------------------|-----------|--|---|---|----------------------------|---|-----------------------|----------------------|
| PROBLEMA            | OBJETIVOS | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES   | RR.HH                      | MEDIO DE VERIFICACIÓN                                   | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
|                     |           | Visita Domiciliaria Integral para completar evaluación diagnóstica por depresión y realizar intervención psicosocial familiar/ ambiental cuando corresponda. | 30% de familias con miembro con Depresión ingresado a tratamiento, reciben VDI y/o Consejería familiar.   | (N° de personas de 20 a 64 años en tratamiento por depresión que reciben visitas domiciliarias / N° total de personas de 20 a 64 años en tratamiento por depresión) x 100   | Psicóloga Asistente Social | SIGGES<br>REM P6 sección A                              | trimestral            |                      |
|                     |           | Aumentar la cobertura de atención a personas entre 20 y 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más).                 | Aumentar en 15% el ingreso a tratamiento de personas de 20 a 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más). | (N° de personas de 20 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia (AUDIT de 16 puntos o más) / N° total de personas de 20 a 64 años inscritas) x 100   | COSAM                      | REM A03 Sección J<br>Población de 20 a 64 años inscrita |                       |                      |
|                     |           | Consultoría de Especialidad.   | Consultoría al equipo de APS en el 10% de las personas de 20 a 64 años en tratamiento por problemas o trastornos mentales.                        | (N° de personas de 20 a 64 años en tratamiento por problemas o trastornos mentales que son incluidas en las consultorías de especialidad / N° total de personas de 20 a 64 años en tratamiento por problemas o trastornos mentales) x 100 | COSAM                      | REM A06 Sección A2<br>REM P6 Sección A                  |                       |                      |

| Ciclo Vital: ADULTO   |  |   |  |  |  |                       |                       |  |
|---|--|---|--|--|--|-----------------------|-----------------------|--|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES  | RR.HH  | MEDIO DE VERIFICACIÓN | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO                                 |
| <b>REHABILITACION</b>   |  |   |  |  |  |                       |                       |  |
| aumento de población con problemas de salud respiratorio crónicos | Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control. | Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión al programa. | 10% de pacientes EPOC con criterios de inclusión que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar de baja intensidad. | (N° de usuarios con EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado / N° de adultos EPOC bajo control en sala ERA) x 100 | kinesiólogo<br>Terapeuta en actividad física | REM P3 Sección E y A  | Trimestral            | pacientes no adhieren a programa de actividad física |

| Ciclo Vital: Adulto Mayor  |   |  |  |  |                           |                       |                                      |  |
|--|---|--|--|--|---------------------------|-----------------------|--------------------------------------|--|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES  | RR.HH                     | MEDIO DE VERIFICACIÓN | ANALISIS CUANTITATIVO                | ANALISIS CUALITATIVO   |
| <b>PROMOCIÓN</b>   |   |  |  |  |                           |                       |                                      |  |
| Exposición de adultos mayores con patología respiratoria a ambientes con humo de tabaco <b>(M)</b> | Fomentar la disminución y cesación del consumo el tabaco en las personas de 65 años y más | Realizar consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles respiratorios de adultos mayores<br><br>Taller Educativo a familiares de AM con patología respiratoria | 100% de las consultas y controles respiratorios de las personas de 65 años y más con consejería breve antitabaco | N° de consejerías breves antitabaco realizadas a personas de 65 años y mas/N° total de consultas ..... | Medico<br><br>Kinesiólogo | REM 26<br><br>REM 23  | Medición mensual                     | Infraestructura para talleres.<br><br>Buena adherencia familiares<br>Horarios compatibles. |
| Poco interés por el autocuidado del AM <b>(A)</b>  | Promover el envejecimiento activo   | Reuniones con la comunidad para difundir conductas saludables y responsabilidad en la salud personal.<br>Talleres de Vida Saludable,<br>Prevención de caídas.                    | 50% de AM bajo control con EMPAM anual   | N° de EMPAM realizados/Población AM bajo control x 100   | Enfermera<br><br>TENS     | REM 26<br><br>REM A05 | Medición Mensual , Semestral y Anual | Horarios protegidos para la elaboración de EMPAM y talleres                                |

| Ciclo Vital: Adulto Mayor  |  |  |  |  |   |                       |                       |  |
|--|--|--|--|--|---|-----------------------|-----------------------|--|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES  | RR.HH                                     | MEDIO DE VERIFICACIÓN | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO   |
|  |  | Promover Control Anual del EMPAM   | 2 Reuniones anuales ampliadas a la comunidad   | Reuniones Realizadas/Reuniones programadas x 100   | Profesor<br>Actividad Física<br>Nutrición |                       |                       | Refuerzo telefónico de citaciones EMPAM y Talleres   |
|  |  |  | Talleres trimestrales de vida saludable<br><br>Talleres de Prevención de Caídas semanal  | Talleres realizados/Talleres programados x 100   |   |                       |                       | Difusión en la comunidad<br><br>Infraestructura adecuada   |
| Sobrecarga física y emocional de cuidadores de personas AM con dependencia severa. (A) | Prevenir la discapacidad en los cuidadores de AM con dependencia severa  | Realizar talleres destinados a entregar herramientas de cuidado a los cuidadores   | Un taller semestral de educación grupal orientado al cuidado del cuidador de AM con dependencia severa   | N° de talleres realizados sobre cuidado del cuidador / N° de talleres realizados sobre este tema x 100   | Equipo de Cabecera                        | REM 28                | Semestral             | RRHH   |
| <b>PREVENCIÓN:</b>   |  |  |  |  |   |                       |                       |  |
| Alta prevalencia de riesgo de dependencia en los AM (A)                                | Prevenir la dependencia en las personas de 65 años y más con factores de riesgo detectados en el EMP del Adulto mayor. | Realización de Examen de Medicina Preventiva del adulto mayor.   | 50% de AM bajo control con EMPAM anual   | EMPAM realizado/Población bajo control   | Enfermera<br>Medico                       | REM A 05 Sección J    | Medición Mensual      | Disponibilidad de horas profesionales  |
|  | Prevenir dependencia en AM autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia detectada en el EMPAM                     | Intervención de los factores de riesgo detectados.<br><br>Reevaluación de minimental alterados en 6 meses por enfermera.<br><br>Visitas Domiciliarias. | Intervención al 100 % de AM con factores de riesgo detectados en el EMPAM<br><br>Reevaluación del 100 % de los AM con minimental (menor de 13 puntos) alterado | N° de AM con factores de riesgo detectados en EMPAM/N° total de EMPAM<br><br>N° de AM con factores de riesgo intervenidos/N° total de AM con factores de riesgo detectado. | Psicóloga<br>Kinesiólogo<br><br>Enfermera |                       |                       | Infraestructura inadecuada de la vivienda del AM<br><br>Condición del entorno social del paciente. |

| Ciclo Vital: Adulto Mayor   |   |   |   |  |                    |                       |                       |   |
|---|---|---|---|--|--------------------|-----------------------|-----------------------|---|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES  | RR.HH              | MEDIO DE VERIFICACIÓN | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO  |
| Aumento de adultos mayores en riesgo psicosocial(A)                             | Brindar atención integral y oportuna a las personas de 65 años y más identificadas en riesgo psicosocial.                   | Visita Domiciliaria integral por equipo de cabecera<br><br>Integración con las redes intersectoriales de apoyo.   | 100 % de los detectados deben ser intervenidos por equipo de cabecera                             | N° AM con riesgo psicosocial intervenidos/ N° de AM pesquisados con riesgo psicosocial*100                         | Equipo de cabecera | P 05                  | Medición semestral    | Equipo de cabecera activo.<br><br>Base de datos actualizada       |
| Alta incidencia de las enfermedades cardiovasculares en el AM(A)                | Reducir los factores de riesgo de la Enfermedad Cardiovascular en el AM para evitar reincidencias.                          | Control de Salud Cardiovascular.  | 100 % de las personas con antecedentes AVE en tratamiento con estatinas y AAS                     | N° AM con antecedentes AVE, medicados con estatinas y AAS /n° total e AM con antecedentes AVE bajo control en PSCV | medico             | REM P4                | semestral             | registro adecuado en FCE  |
| Población AM sin control de Salud Vigente. (A)                                  | Aumentar la cobertura en el AM con HTA y DM II en la población inscrita<br><br>( Pesquisa)                                  | Realizar filtro de la base de datos y citación a control de salud mediante llamadas telefónicas, visitas domiciliarias.<br><br>Detección de HTA y DM II a través de los exámenes clínicos del EMPAM | Aumentar en 5% la cobertura de adultos mayores con hipertensión arterial y/o DM2 respecto a 2013. | N° de adultos mayores bajo control en PSCV/n° total de AM con hipertensión y/ DM según prevalencia estimada *100   | enfermera          | REM P4                | mensual               | mejorar la pesquisa. Base de datos actualizada                    |
| La ERC es un factor de riesgo CV alto en el AM, que se detecta tardíamente. (A) | mejorar la detección de la ERC en personas hipertensas y diabéticas de alto riesgo, mayores de 65 años bajo control en PSCV | Aplicación de la Ficha de Prevención de ERC por Medico.   | 100% de las personas adultos mayores del PSCV clasificadas  | N° de personas clasificadas según etapa ERC/ n° total de AM bajo control en PSCV                                   | medico             | REM P4                | semestral             | Registros adecuados y completos<br><br>Horas médicas suficientes. |

| Ciclo Vital: Adulto Mayor   |   |  |  |   |  |                       |                       |  |
|---|---|--|--|---|--|-----------------------|-----------------------|--|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES   | RR.HH  | MEDIO DE VERIFICACIÓN | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO   |
| Baja detección de AM con Sintomatología respiratoria (TBC pulmonar)(A)          | Realizar pesquisa de TBC en los AM sintomáticos respiratorios   | Examen de BK en adultos mayores con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de 3 episodios al año por 10 días | 100 % de adultos mayores con sintomatología descrita se les solicita BK  | n° de BK de diagnóstico realizadas/ n° total de controles de salud adulto mayor*100   | equipo de salud                                  | REM A10               | mensual               |  |
| <b>Tratamiento:</b>   |   |  |  |   |  |                       |                       |  |
| Alta morbimortalidad por patología cardiovascular en población adulta mayor (A) | Aumentar la cobertura efectiva de personas de 65 años y más con PA < 140/90 mmhg en el último control | Control de salud cardiovascular  | A lo menos un 1% de incremento de cobertura efectiva de AM hipertensos con PA <140/90 mmhg respecto al año anterior                              | N° de AM hipertensos con PA <140/90 mmhg/ N° total de personas AM hipertensas esperadas según ENS 2009-2010 x 100           | Médico<br>Enfermera<br>Nutricionista<br><br>TENS | REM P04               | Semestral             | Nivel educacional de los usuarios<br><br>Grado de autocuidado de los usuarios<br><br>Registro adecuado en FCE. |
|   | Aumentar la cobertura efectiva de AM bajo control con Hba1c <7 % en el último control                 | Control de salud cardiovascular  | Incrementar en al menos un 2% la cobertura efectiva de personas de 65 años y más diabético con Hba1c <7 respecto al año 2012.                    | N° de AM Diabéticos con Hba1c <7 / N° total de AM esperadas según ENS 2009-2010 x 100                                       | Médico<br>Enfermera<br>Nutricionista<br><br>TENS | REM P04               | Semestral             | Nivel educacional de los usuarios<br><br>Grado de autocuidado de los usuarios<br><br>Registro adecuado en FCE. |
|   | Mejorar la calidad de atención de las personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV    | Detección de personas diabéticas de 65 y más años bajo control con riesgo de ulceración o amputación del pie                     | Al menos 90 % de los AM diabéticos bajo control son evaluados y clasificados en riesgo de ulceración según pauta de evaluación de pie diabético. | N ° de AM diabéticos evaluados con pauta de evaluación de pie diabético / Total de AM diabéticos bajo control en PSCV x 100 | Enfermera  | REM P04               | Semestral             | RRRHH<br><br>Equipamiento adecuado.<br><br>Buen registro en FCE.   |

| Ciclo Vital: Adulto Mayor   |  |  |  |  |                              |                       |                       |  |
|---|--|--|--|--|------------------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| PROBLEMA  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES  | RR.HH                        | MEDIO DE VERIFICACIÓN | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO   |
|   |  | Manejo de úlceras activas de pie diabético en pacientes pacientes pesquizados con úlcera según protocolo de manejo avanzado de heridas MINSAL. | 100% de los pacientes pesquizados con úlcera activa de pie diabético reciben curación avanzada de pie DM.          | N° de AM con curación avanzada de heridas por úlcera de pie diabético / N° total de AM pesquizados con úlcera activa de pie DM x 100     | Enfermera                    | REM P04               | Semestral             | RRRHH capacitado<br><br>Equipamiento e insumos adecuados.<br><br>Buen registro en FCE. |
|   |  | Examen de Fondo de ojo a los 6 meses de ingreso al PSCV en pacientes AM diabéticos.  | Al 80% de las personas AM diabéticos se realizan examen de fondo de ojo a los 6 meses de ingreso al PSCV.          | N° de AM diabéticos con fondo de ojo realizado a los 6 meses de ingresados al PSCV/ N° total de AM diabéticos ingresados al PSCV         | Médico<br><br>Enfermera UAPO | REM P4<br><br>REM A05 | Semestral             | Disponibilidad de horas UAPO<br><br>Buena derivación con datos actualizados.           |
| Alta morbimortalidad por patología respiratoria en población adulta mayor (A) | Incrementar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios en personas de 65 años y más | Evaluación confirmación diagnóstica, ingreso y control en Sala Era en usuarios de 65 años y más con patología respiratoria.                    | 100% de personas de 65 años y más bajo control en sala ERA con categorización de severidad por capacidad funcional | N° de personas de 65 años y más con categorización de severidad/ N° total de personas de 65 años y más bajo control en sala ERA x 100    | Médico<br><br>Kinesiólogo    | REM P3<br><br>Sigges  | Semestral             | Sala ERA con buena implementación.<br><br>RRHH Capacitado                              |
| Aumento de la prevalencia de depresión en el adulto mayor no tratada (A)      | Brindar atención integral y oportuna a adultos mayores con problemas de salud mental     | Control de salud: Diagnóstico y tratamiento  | 100% de personas AM con depresión leve , moderada o grave reciben tratamiento                                      | N° de AM ingresados a tratamiento por depresión / N° total de personas pesquizadas con depresión según pautas de detección establecidas. | Médico y Psicólogo           | REM P6<br>Sigges      | Semestral             | RRHH<br>Ges cumplido con adecuado registro   |

| Ciclo Vital: Adulto Mayor  |  |  |  |   |                    |                       |                       |  |
|--|--|--|--|---|--------------------|-----------------------|-----------------------|--|
| PROBLEMA   | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES   | RR.HH              | MEDIO DE VERIFICACIÓN | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO                                       |
| Adultos Mayores con factores de riesgo biopsicosocial y pérdida de funcionalidad.(A) | Garantizar atención integral por el equipo de salud multidisciplinario a los AM pesquisados con factores de riesgo biopsicosocial y/o con pérdida de funcionalidad | VDI y estudio de familia a AM pesquisados con factores de riesgo biopsicosocial y/o con pérdida de funcionalidad | 100% de los AM pesquisados con factores de riesgo biopsicosocial y/o con pérdida de funcionalidad reciben VDI. | N° de VDI realizadas a AM / N° de AM pesquisados con riesgo biopsicosocial y/o con pérdida de funcionalidad | Equipo de cabecera | REM A26               | Semestral             | RRHH<br><br>Registro FCE<br><br>Base de datos actualizada. |
|  |  | Derivación a Rehabilitación Motora a AM que la requieran.  | 100% de los AM que requieren Rehabilitación motora son derivados a esta atención.                              | N° de AM atendidos por derivación a rehabilitación motora/ N° de AM derivados a rehabilitación motora x 100 | Kinesióloga        | REM 28                | Semestral             | RRHH<br><br>Cupos en sala de rehabilitación.               |

## PLAN DE ACCIÓN POLO ORELLANA

### 1. ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

El polo Padre Orellana está constituido por el Centro de Salud Padre Orellana, el cual incluye un solo sector y cinco estaciones médicas de barrio: EMB Parque Forestal, EMB San Borja, EMB Coquimbo, EMB Gacitúa y EMB Dávila Larraín. Los territorios de las estaciones médicas son considerados un sector más, por lo que en su totalidad el Polo cuenta con 6 sectores.

#### ORGANIGRAMA

Cada equipo sectorial cuenta con Médico, Enfermera, 2 TENS más horas del equipo de apoyo (psicólogo, matrona, trabajador social y nutricionista)

### 2. CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA Y EPIDEMIOLÓGICA

Población Inscrita validada:

Como se observa en el gráfico, la población se concentra en un 37% en el Centro mayor, que es Padre Orellana, y que tiene una cartera de servicios mayor a las Estaciones Médicas de Barrio (EMB).

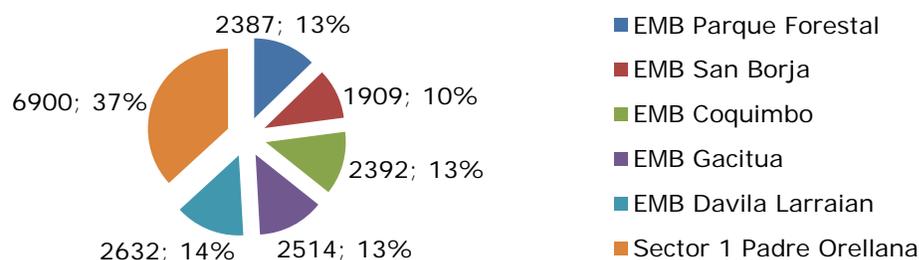


Ilustración 56: Distribución de población Polo Orellana

La población de 0 a 19 años es semejante en cantidad entre hombre y mujeres, después de los 20 años, la proporción de mujeres pasan a ser significativamente mayor en relación a los hombres:

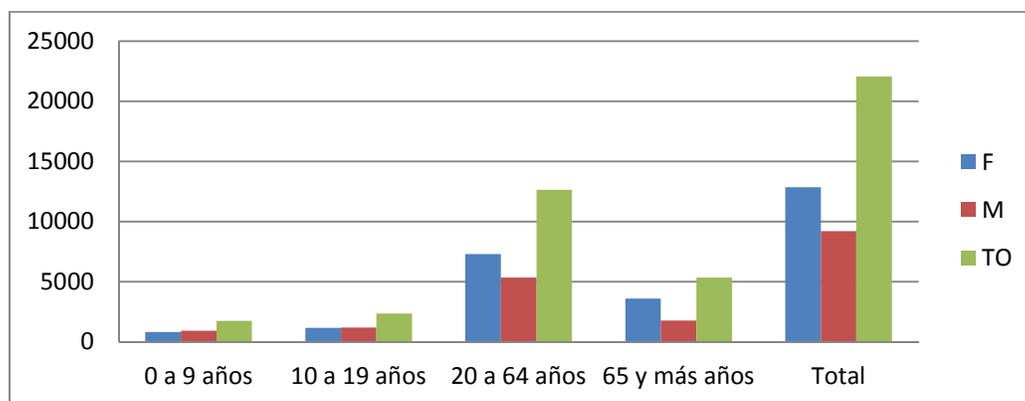


Ilustración 57: Distribución de la Población Polo Orellana según sexo y grupo de edad

Destaca la relación de adultos mayores (25%) lo cual es mayor a la media comunal que va desde 15 a 18%:

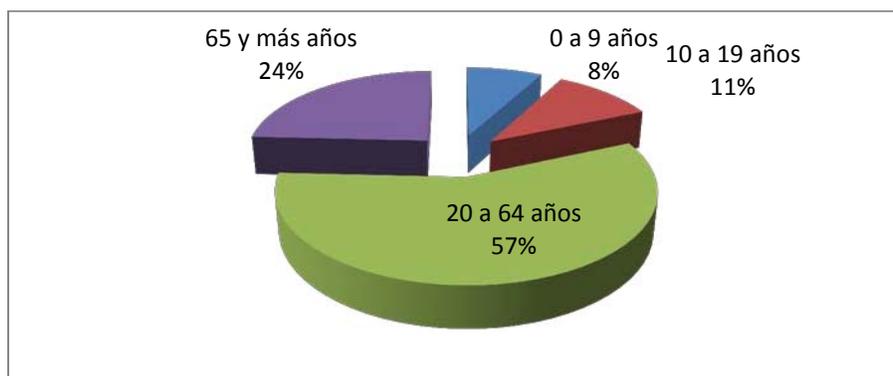


Ilustración 58: Distribución porcentual de la Población Total Polo Orellana (FONASA 2012)

## 2.1. MIGRANTES:

Tabla 76: Porcentaje de población migrante en Polo Orellana. Datos comparativos 2012 y 2013 (Incluye nacionalidad no informada)

| ESTABLECIMIENTO                    | 2012             |                | 2013             |                |
|------------------------------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
|                                    | % de extranjeros | % No Informado | % de extranjeros | % No Informado |
| Consultorio Padre Orellana         | 3%               | 33%            | 6%               | 26%            |
| Estación De Barrio Coquimbo        | 3%               | 38%            | 6%               | 29%            |
| Estación De Barrio Dávila Larraín  | 2,60%            | 25%            | 4%               | 25%            |
| Estación De Barrio Gacitúa         | 2,10%            | 27%            | 5%               | 27%            |
| Estación De Barrio Parque Forestal |                  |                | 4%               | 32%            |
| Estación De Barrio San Borja       | 2,23%            | 27%            | 6%               | 16%            |

Comparando la información entre el año 2012 y 2013 se observa un aumento de la población inscrita con nacionalidad extranjera, sin embargo, esto podría deberse a la falta de información en los años previos. Actualmente se está corrigiendo este dato, lo cual influye en la disminución del número de inscritos con nacionalidad no informada.

**2.2. POBLACIONES BAJO CONTROL:**

Tabla 77: Evolución de Población Bajo Control. Polo Orellana

| Poblaciones bajo control de seguimiento de Condiciones de salud más relevantes |        |        |        |        |        |
|--|--------|--------|--------|--------|--------|
| GRUPO  | jun-11 | dic-11 | jun-12 | dic-12 | jun-13 |
| HTA  | 2899   | 3082   | 3354   | 3658   | 3879   |
| Diabetes   | 985    | 1097   | 1246   | 1368   | 1560   |
| Dislipidemias  | 1157   | 1099   | 1705   | 1884   | 2286   |
| Obesidad   | 932    | 912    | 1050   | 1158   | 1437   |
| N° de personas en control PCV  | 3344   | 3640   | 3928   | 4324   | 4659   |
| Niños bajo control sano  | 632    | 713    | 755    | 815    | 780    |
| Depresión  | 314    | 343    | 357    | 526    | 402    |
| Embarazadas  | 84     | 83     | 68     | 95     | 101    |
| Planificación  | 934    | 968    | 1048   | 1202   | 1300   |
| Mujeres climatéricas   | 379    | 419    | 664    | 874    | 764    |
| Pacientes bajo control con SBO   | 0      | 6      | 18     | 15     | 40     |
| Pacientes bajo control por Asma  | 11     | 70     | 114    | 93     | 187    |
| Pacientes bajo control EPOC  | 18     | 69     | 88     | 70     | 163    |
| Pacientes bajo control con O2 dependencia                                      | 0      | 6      | 7      | 13     | 14     |
| Pacientes bajo control con Epilepsia   | 10     | 4      | 7      | 6      | 36     |
| Pacientes bajo control con Artrosis de cadera y rodilla                        | 71     | 76     | 173    | 188    | 296    |
| Pacientes Bajo control por Programa Postrados Atención domiciliaria            | 37     | 38     | 55     | 67     | 92     |
| Adultos Mayores bajo control   | 1869   | 2267   | 2119   | 2670   | 2546   |
| Población de mujeres con Pap vigente   | 2739   | 2933   | 3097   | 2827   | 2738   |
| Población femenina con mamografía vigente                                      | 764    | 409    | 512    | 1315   | 954    |

Según lo que se observa en este cuadro de seguimiento semestral, desde el año 2011 todos los pacientes bajo control han ido en aumento, destacando los bajo controles del programa cardiovascular, los programas respiratorios y de artrosis.

**2.6 ANÁLISIS DE DEMANDA**

Un alto porcentaje de la consulta demandada corresponde a los Programas Cardiovasculares, cobertura de Diabetes 70.35% e Hipertensión arterial 83.38%.

A ello se suma la alta población de adultos mayores representa un alto porcentaje de la población inscrita superando el 23%, lo cual implica una alta consulta por patologías de esta edad del ciclo vital. Al mes de agosto se había logrado realizar un 42.20% de EFAM, estimándose que a diciembre se lograría la meta del 50%.

## 2.7 ANÁLISIS DE LA OFERTA

Concluyendo algunos aspectos de los análisis efectuados en este punto en la introducción de la Red de Salud precedente, el Polo Orellana ha logrado poner a disposición de su comunidad un importante porcentaje de horas medicas lo cual se ha logrado con un trabajo arduo en temas de gestión y capacitación permanente de los equipos en los Programas que mas demandan horas como el PCV. También, sumado a un alto grado de educación y exigencias a una población que tenia tendencia a la inasistencia.

Junto a esto hemos logrado optimizar los recursos por lo cual esto también se refleja en un mayor porcentaje de controles del ciclo vital y la mejor utilización de horas de salud mental.

Las buenas coberturas existentes en los PCV podrían deberse a muchas variables, entre ellas el fomento de la sospecha por cualquier profesional, revisión permanente de exámenes en busca de pacientes Diabéticos, las propias características poblacionales.

## 2.8 ESTIMACIÓN DE LA BRECHA

Las brechas del CES Padre Orellana están más bien enfocadas a temas de infraestructura, si bien con las adecuaciones de la planta física, la extensión al anexo, la puesta en marcha de las EMB se logra cubrir en parte el déficit, esto resulta insustentable a través del tiempo asociado a lo costo de estas instalaciones.

Por otro lado en temas de procesos se ha avanzado en la implementación del modelo de salud familiar y su maduración, queda pendiente para el próximo periodo la certificación de parte del Servicio de Salud Metropolitano Central.

En temas de oferta y junto a la problemática de espacio físico adecuado estamos a la espera de poder recuperar la sala de rehabilitación motora, actualmente este servicio de entrega principalmente en el Cesfam Arauco, siendo de difícil acceso a nuestra población.

En área de la salud dental, si bien tenemos limitaciones por temas de infraestructura, tenemos horas en forma adecuada para cumplir con las exigencias en metas propuestas, las mayores falencias se dan en poblaciones sin prioridades.

## 3. ACTIVIDADES.

Al igual que en los otros polos, las prestaciones propias de atención primaria se brindan en cada centro, con excepción de las que se presentan en la tabla a continuación:

Tabla 78: Tipo de Prestaciones entregadas. Polo Orellana

| Prestación                                      | Centro prestador  |
|---|---|
| Atención odontológica                           | EMBs derivan a las dos clínicas dentales de Padre Orellana                      |
| Atención Kinesiológica Programas IRA y ERA      | EMBs derivan al CES Padre Orellana  |
| Atención Kinesiológica de rehabilitación Motora | Todo el polo deriva a Cesfam Arauco y eventualmente a Cesfam Domeyko            |
| Cirugía Menor                                   | Se deriva a Cesfam Domeyko  |
| Inmunizaciones                                  | Se realiza en Padre Orellana con supervisión de Vacunatorio del Cesfam Domeyko  |
| Despacho de alimentos Niños y Embarazadas       | En Bodega de Padre Orellana y Pacam en EMB (excepto Dávila Larraín en Orellana) |
| Electrocardiogramas                             | En cada sector (EMB y CES)  |
| Procedimientos de Enfermería                    | En cada sector (EMB y CES)  |
| Sala de Estimulación Desarrollo psicomotor      | Todo el polo deriva a EMB Gacitúa, lugar en donde se encuentra este servicio.   |

#### 4. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

En el Polo se cuenta con un Consejo de Desarrollo Local activo cumpliendo su programación anual.

Además, contamos con Profesora de Actividad física, especializada en Qi kung, que tiene grupos en Sector del Barrio Parque Forestal, en Barrio Bogotá y en Centro Deportivo José Manuel Lopez.

#### 5. DIAGNOSTICO PARTICIPATIVO 2012

##### Conclusiones:

1. Necesidad explícita de información de salud a través de talleres para la comunidad  
En este punto se visualiza que la comunidad necesita un cambio en la manera de recibir la información por parte de los centros de salud. Se insiste en la educación o información cara a cara, en donde el profesional de salud informe a los usuarios sobre los programas y prestaciones de Salud evitando tecnicismos y complementando la información con char-las, talleres, dispositivos de audio, video, medios escritos y la existencia de una oficina de la OIRS.

2. Énfasis en la Promoción y prevención de la Salud  
Los dirigentes y representantes de la comunidad entienden la relevancia de la promoción de la Salud y lo destacan en cada ámbito del ciclo vital. Como equipo de salud debemos entender este cambio de paradigma como una oportunidad.

3. Mejorar el trato a los usuarios  
Los usuarios expresan la necesidad de mejorar el trato y acogida en el SOME, puerta de entrada de los centros de Salud. Esta preocupación ya está instalada en los equipos y actualmente se ejecuta en el consultorio protocolo para la atención de SOME, para una me-jor gestión de las actividades realizadas en esta unidad. Así mismo a nivel de red de salud se encuentra en marcha la aplicación de encuesta de satisfacción usuaria.

4. Atención en Estaciones Médicas de Barrio  
Comunidad solicita evaluar la factibilidad de administrar cierto tipo de vacunas en la EMB, al igual que la entrega de leche para niños y embarazadas. Por otra parte se hace mención de la modificación de horarios de atención

**A continuación se desarrolla el plan de salud para el año 2014, las priorizaciones fueron trabajadas por los equipos de trabajo en cada temática, realizamos una jornada especial de programación con grupos integrados por profesionales de los equipos básicos y de apoyo. Cada grupo priorizó en razón de la importancia estimada por las Metas Sanitarias, metas de Chile Crece Contigo, IAAPS o por riesgo de salud. El objetivo fue lograr priorizar en nivel alto (P1) un número cercano a 20 metas (sugerido por SSMC), luego en P2 (medio) y en P3 (Bajo). Algunos equipos utilizaron algunos elementos de la metodología de la matriz de priorización.**

## 6. PLAN DE SALUD 2014 POLO ORELLANA

P=Prioridad

| Ciclo Vital: SALUD DE MUJER Y EL RECIÉN NACIDO |   |  |   |   |           |   |                            |   |
|--|---|--|---|---|-----------|---|----------------------------|---|
| PROMOCION                                      |   |  |   |   |           |   |                            |   |
| P  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES   | MONITOREO | RRHH  | ANALISIS CUANTITATIVO      | ANALISIS CUALITATIVO  |
| P1   | Aumentar el número de mujeres con capacidad de auto cuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante. | Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes.  | 80% gestantes en control participan en taller para gestantes.<br><br>Propuesta de meta: 60% gestantes en control participan en taller para gestantes.   | (N° de gestantes que ingresan a talleres grupales / N° total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100 | REM A27   | Coordinación a cargo de Trabajadora Social Carolina Córdova<br><br>MATRONAS | 2013 logramos a agosto 48% | Dificultad en la ejecución por alta tasa de inasistencia a talleres.<br>Dificultades en la organización de los talleres.<br>Dificultades dadas por el modelo de Estaciones de Barrio con baja cantidad de embarazadas |
| P2   | Estimular el apego y crianza del hijo facilitando que mujeres sean acompañadas por su pareja u otra persona al control prenatal, según su decisión.   | Difusión, por medios locales y las redes comunitarias de Promoción de Salud, de los derechos de la mujer durante la gestación, con énfasis en el derecho a estar acompañada en sus controles prenatales y en el parto. | Aumento del % de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus parejas o personas significativas.<br><br><b>Estrategia</b><br><b>Realizar un afiche para puerta de la matrona que diga "Si vas a ser madre tienes derecho a ser acompañada a los controles de embarazo por quien tú quieras"</b> | (N° de controles prenatales con acompañante/ N° Total de controles prenatales realizados) x 100               | REM A01   | Equipo de salud Matronas  | 2013 LOGRADO a Agosto 28%  | Dificultades dadas por trabajos de parejas.<br>Muchas mujeres solas.<br>Desconocimiento de las oportunidad de asistir como acompañante  |

| P  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES   | MONITOREO  | RRHH     | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO  |
|----|--|---|--|---|--|----------|-----------------------|---|
| P2 | <p>Promover la asistencia a control preventivo de personas que ejercen el comercio sexual.</p> <p><b>Propuesta de objetivo:<br/>Controlar, orientar y derivar a las personas que ejercen comercio sexual a UNACEES</b></p> | <p>Control de Salud Sexual48</p> <p><b>Propuesta de actividad:<br/>Derivación Control de Salud Sexual48</b></p> | <p>70% de las personas ingresadas a control de salud sexual se mantienen en control.</p> <p><b>Propuesta de meta:<br/>100% de las personas que ejercen comercio sexual son derivadas</b></p> | <p>(N° de personas en control activo (fecha de ingreso correspondiente al periodo)/ N° total de personas solicitan control de salud sexual en el periodo) x 100</p> <p><b>Propuesta de indicador:<br/>(N° de personas que ejercen comercio sexual derivadas a UNACEE / N° total de personas que consultan y ejercen comercio sexual*100</b></p> | <p>Registro local 49<br/>REM P11<br/>Censo semestral</p> | Matronas | Sin Información       | El Ces P Orellana solo pesquisa y deriva a las unidades especializadas en estos temas |

## PREVENCIÓN

| P  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES   | MONITOREO  | RRHH     | ANALISIS CUANTITATIVO                 | ANALISIS CUALITATIVO |
|----|--|--|--|---|--|----------|---------------------------------------|----------------------|
| P2 | Prevenir ocurrencia del Parto Prematuro (Guía GES 2010).           | Control Preconcepcional.   | <p>6 % de las mujeres en edad fértil.</p> <p><b>Propuesta de meta:<br/>Aumentar 1 % de las mujeres en edad fértil.</b></p>           | (N° de controles preconcepciones / N° total de mujeres en edad fértil inscritas) x 100  | REM A01 Población inscrita y validada                            | Matronas | <b>2013 se logra un 0.5% a Agosto</b> |                      |
| P1 | Detectar precozmente embarazadas con factores de riesgo biomédico. | Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal vigente.        | 100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal. | (N° de gestantes con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo biomédico) x 100                   | REM A05 Población de gestantes bajo control (prevalencia de ARO) |          | Esto se realiza al 100%               |                      |
| P2 | Detectar precozmente factores de riesgo de parto prematuro.        | Derivar precozmente a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES. | 100% de gestantes que presentan factores de riesgo de parto prematuro en forma precoz al nivel secundario <b>o a urgencia.</b>       | (N° de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes con riesgo de parto prematuro) x 100 | REM A05 Población de gestantes bajo control *prevalencia de ARO  |          | Esto se realiza al 100%               |                      |

| P  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS  | INDICADORES   | MONITOREO         | RRHH                                | ANALISIS CUANTITATIVO   | ANALISIS CUALITATIVO   |
|----|---|--|--|---|-------------------|-------------------------------------|---|--|
| P1 | Detección de Depresión en el Embarazo (según protocolo).  | Aplicar Escala de Edimburgo (EPDS) en el ingreso o segundo control prenatal.   | 100% de gestantes al ingreso o segundo control prenatal con aplicación de Escala de Edimburgo.   | (N° de gestantes al ingreso o segundo control, con puntajes según pauta aplicada/N° total de ingresos a control prenatal) x 100   | REM A03           |                                     | Se logra al 100%  |  |
|    |   | En gestantes que presenten puntajes superiores al punto de corte 11/12, repetir la aplicación de la EPDS entre 2-4 semanas después.  | El 100% de gestantes que presentan puntajes superiores al punto de corte 11/12, se repite la aplicación de la EPDS entre 2-4 semanas después.              | (N° de gestantes que se repite la EPDS, 2 a 4 semanas después / Total gestantes con puntajes superiores al punto de corte 11/12) x 100  | REM A03           |                                     | 2013 se logra un 13%  | Problemas de registro.   |
| P2 | Derivación y seguimiento a gestantes con 13 o más puntos o puntaje distinto a 0 en pregunta 10 en la Escala de Edimburgo. | Derivar a consulta médica a gestantes con 13 o más puntos o puntaje distinto a 0 en pregunta N° 10 en la Escala de Edimburgo para confirmación diagnóstica y realizar seguimiento. | El 100% de las gestantes con más de 13 puntos o puntaje distinto a 0 en pregunta N° 10 en la Escala de Edimburgo son derivadas a confirmación diagnóstica. | (N° de gestantes con 13 o más puntos o puntaje distinto a 0 en pregunta N° 10 en la Escala de Edimburgo derivadas a consulta médica para confirmación diagnóstica / N° total de gestantes con Escala de Edimburgo aplicada con 13 y más puntos) x 100 | REM A03           |                                     | Sin información 2013.<br><br>Sin embargo es algo que se hace. |  |
| P3 | Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el período de gestación.                             | Taller a madres desde el período de gestación.   | Aumentar la cobertura de talleres en 30% a madres en gestación.  | (N° de gestantes que ingresan a educación grupal en prevención de IRA –ERA / N° total de gestantes bajo control) x 100  | REM A27 Sección A | Kinesiólogo                         | Sin información en 2013                                       | Se incorporara visión integral a los talleres Chile Crece y con participación de Kinesiólogo en estas temáticas. |
| P2 | Apoyar a mujeres puérperas que han presentado condiciones de riesgo Psicosocial durante el embarazo.                      | Visita domiciliaria integral (VDI) al 90% de las puérperas y familia con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera.                                 | 90% de las puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.  | (N° de familias con puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial con VDI realizada/ N° Total de familias con puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial) x 100  | REM A26<br>REM P1 | Con recurso Humano Asistente Social | Indicador se logra el 100%                                    | Dificultades con el RRHH Matrona, se apoyarán con Asistente social   |

| P  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS   | INDICADORES  | MONITOREO   | RRHH          | ANALISIS CUANTITATIVO                | ANALISIS CUALITATIVO   |
|----|---|---|---|--|---|---------------|--------------------------------------|--|
| P2 | Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por exceso.  | Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.  | 100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con Malnutrición por exceso.<br><b>Propuesta de meta:</b><br><b>90% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con Malnutrición por exceso.</b>   | (N° de gestantes con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes con malnutrición por exceso) x 100  | REM P01 Sección E y D                                       |               | <b>Logrado en 2013</b><br><b>86%</b> | Fundamento déficit de recurso de Nutrición asociado al modelo de EMB                   |
| P2 | Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por déficit. | Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.   | 100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por déficit.   | (N° de gestantes con malnutrición por déficit, bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes con malnutrición por déficit) x 100   | REM P01 Sección E y D                                       |               | Se logra un 113%                     |  |
| P3 | Recuperar el estado nutricional pre gestacional de la mujer, al 8° mes post parto (EINCV).    | Evaluación del estado nutricional de la mujer, al 8° mes post parto.  | Mantener o disminuir a 55% la población de mujeres con sobrepeso y obesidad en el control del 8° mes post parto.<br><b>Propuesta de meta:</b><br><b>Establecer línea base la población de mujeres con sobrepeso y obesidad en el control del 8° mes post parto.</b> | (N° de mujeres con obesidad y sobrepeso en el control 8° mes post parto/ N° total de mujeres controladas de 8° meses post parto) x 100   | REM 03 Sección F<br>REM P 1 Sección D                       | Nutricionista | Sin dato en 2014                     | Se debe elaborar estrategia para asignar control a Nutricionista                       |
| P3 | Pesquisar oportunamente los recién nacidos, hijos de madres con infección por T. Cruzi.       | Tamizaje y confirmación diagnóstica de enfermedad de Chagas en gestantes que ingresan a control prenatal en la zona endémica y en el resto del país a aquellas que presenten uno o más criterios de sospecha de infección por T. Cruzi. | Establecer línea de base de detección de gestantes con enfermedad de Chagas, a través del tamizaje y confirmación, según corresponda.   | (N° de gestantes ingresadas al control prenatal, residentes en la zona endémica del país con tamizaje realizado/ N° Total de gestantes que ingresan a control prenatal, residentes en la zona endémica del país) x 100 | Registro Local (comuna, región)<br>SUJETO A CAMBIO REM 2014 | Ginecólogo    | Sin información                      | PARA LOGRAR ESTO SE REQUIERE CAPACITACIONA EN ESTA PATOLOGIA POCO FRECUENTE EN LA ZONA |

| P  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES   | MONITOREO  | RRHH | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO   |
|----|---|---|--|---|--|------|-----------------------|--|
|    |   |   |  | (N° de gestantes que ingresan a control prenatal y presentan uno o más criterios de sospecha de infección por T. Cruzi con tamizaje realizado/ N° Total de gestantes que ingresan a control prenatal y presentan uno o más criterios de sospecha de infección por T. Cruzi) x 100 | Registro Local (comuna, región) SUJETO A CAMBIO REM 2014 |      |                       |  |
|    |   |   | 100% de realización de técnica de confirmación diagnóstica a las gestantes con tamizaje reactivo para la infección por T. Cruzi.       | (N° de gestantes con tamizaje reactivo para la infección por T. Cruzi con confirmación diagnóstica realizada/ N° Total de gestantes con tamizaje reactivo para la infección por T. Cruzi) x 100   | Registro Local (comuna, región) SUJETO A CAMBIO REM 2014 |      |                       |  |
| P3 | Pesquisar oportunamente los recién nacidos, hijos de madres con infección por T. Cruzi. | Tamizaje y confirmación diagnóstica de los recién nacidos con infección congénita por T. Cruzi, hijos de madres con enfermedad de Chagas. | Establecer línea de base de detección de recién nacidos con infección congénita por T. Cruzi, hijos de madre con enfermedad de Chagas. | (N° de recién nacidos con infección congénita por T. Cruzi, hijos de madre con enfermedad de Chagas con tamizaje realizado/N° total de los recién nacidos, hijos de madres con infección congénita por T. Cruzi, hijos de madre con enfermedad de Chagas) x 100                   | Registro Local (comuna, región) SUJETO A CAMBIO REM 2014 |      |                       | PARA LOGRAR ESTO SE REQUIERE CAPACITACIONA EN ESTA PATOLOGIA POCO FRECUENTE EN LA ZONA |

| P  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES   | MONITOREO  | RRHH     | ANALISIS CUANTITATIVO                     | ANALISIS CUALITATIVO |
|----|--|---|--|---|--|----------|---|----------------------|
|    |  |   |  | (N° de recién nacidos con infección congénita por T. cruzi, hijos de madre con enfermedad de Chagas con confirmación realizada/N° total de los recién nacidos, hijos de madres con infección congénita por T. cruzi, hijos de madre con enfermedad de Chagas y tamizaje reactivo) x 100 | Registro Local (comuna, región) SUJETO A CAMBIO REM 2014 |          |   |                      |
| P2 | Aumentar el número de mujeres adultas sanas y con enfermedades crónicas, que ingresan y controlan su regulación de fertilidad con enfoque de riesgo biopsicosocial (Seguimiento de Depresión, detección de Violencia Intrafamiliar, falta de red de apoyo social). | Ingreso y control, según criterios de elegibilidad. Enfoque de riesgo biopsicosocial. | Ingreso de mujeres y hombres a control de regulación de fertilidad según criterios de elegibilidad y enfoque de riesgo biopsicosocial. | (N° de mujeres en edad fértil que ingresan a control de regulación de la fertilidad según criterio de elegibilidad / N° Total de mujeres en edad fértil) x 100  | REM P1   | Matronas | 2013 POBLACION BAJO CONTROL a agosto 1300 |                      |
|    |  |   |  | (N° de hombres en edad fértil que ingresan a control de regulación de la fertilidad según criterio de elegibilidad / N° Total de hombres en edad fértil) x 100  | REM P1   |          | Sin dato de hombres en Rem                |                      |
|    |  |   |  | (N° mujeres en edad fértil bajo control/ N° mujeres en edad fértil inscritas) x 100   | REM P1   |          |   |                      |

| P  | OBJETIVOS                                  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES  | MONITOREO  | RRHH | ANALISIS CUANTITATIVO           | ANALISIS CUALITATIVO  |
|----|--|---|--|--|--|------|---------------------------------|---|
| P1 | Disminuir la transmisión vertical del VIH. | Control de Salud a Gestantes :<br>Solicitud de exámenes de VIH con información y orientación.<br><br>Entrega de resultado con consejería.                     | 100% de las gestantes que acceden a consulta/control embarazo que reciben información, orientación e indicación de examen de VIH, y consejería post test de detección de VIH/SIDA.<br><b>Propuesta de meta:</b><br>90% de las gestantes que acceden a consulta/control embarazo que reciben información, orientación e indicación de examen de VIH, y consejería post test de detección de VIH/SIDA. | (N° de gestantes en control que se le indica el examen VIH/ N° total de gestantes en control en el mismo periodo) x 100  | REM A19<br>REM A11<br>Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA   |      | Difícil obtener el dato por REM | Existe un numero de embarazadas que llegan al final del embarazo por lo tanto sugerimos               |
|    |  |   |  | (N° de gestantes que reciben consejería post - test de detección VIH / N° total gestantes que acceden a Test de detección VIH) x 100   | REM A19<br>REM A11<br>Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA   |      | Difícil obtener el dato por REM | Existe un numero de embarazadas que llegan al final del embarazo por lo tanto sugerimos               |
| P2 | Disminuir la transmisión vertical del VIH. | Tamizaje para VIH durante el embarazo.  | 100% de las embarazadas que ingresan a control acceden a tamizaje para VIH.<br><b>Propuesta:</b><br>95% de las embarazadas que ingresan a control acceden a tamizaje para VIH.   | (N° total de exámenes para VIH procesados de muestras tomadas a la madre en el control prenatal / N° total de ingresos a control prenatal) x 100   | REM A05<br>REM A11<br>Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA   |      | Difícil obtener el dato por REM | Existe un numero de embarazadas que llegan al final del embarazo por lo tanto sugerimos bajar la meta |
|    |  | Visita domiciliaria a gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH que están inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad. | 100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas –citadas.   | (N° gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes, citadas a control/ N° de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes a control) x 100 | Registros de actividad:<br>-Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud.<br>Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA |      | Difícil obtener el dato por REM | Contemplar domicilios falsos y la gran movilidad de extranjeros                                       |
|    |  | Citación – Visita domiciliaria a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.  | 100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas – citadas.   | (N° de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo citadas / N° de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo) x 100  | Registros de actividad:<br>-Por establecimiento y- consolidado del Servicio de Salud.  |      | Difícil obtener el dato por REM | Contemplar domicilios falsos y la gran movilidad de extranjeros                                       |
|    |  | Derivación de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal al Centro de Atención de VIH.   | 100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al programa VIH.   | (N° de gestantes VIH (+) derivadas al programa VIH/ N° Total de gestantes VIH (+)) x 100   | REM A05<br>Registros locales de derivación.  |      | Difícil obtener el dato por REM | Contemplar domicilios falsos y la gran movilidad de extranjeros                                       |

| P  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES   | MONITOREO                              | RRHH     | ANALISIS CUANTITATIVO  | ANALISIS CUALITATIVO                      |
|----|--|--|---|---|--|----------|--|---|
| P3 | Atención integral de salud ginecológica durante el ciclo vital.      | Control preventivo de salud integral ginecológica.   | Aumentar el % de acceso a control de salud integral ginecológica.   | (N° de mujeres en control preventivo ginecológico /N° total de mujeres mayor a 10 años inscrita y validada ) x 100  | REM A01 Población inscrita validada    |          | Sin dato no medido   |   |
| P2 | Aumentar la detección del consumo de riesgo de alcohol en gestantes. | Aplicar AUDIT a las gestantes en control prenatal.   | 100% de gestantes bajo control prenatal tiene AUDIT aplicado.<br><br><b>Establecer línea base de gestantes bajo control prenatal tiene AUDIT aplicado a mujeres que presentan EPSA alterado para consumo de OH.</b> | (N° de gestantes bajo control con puntaje AUDIT /N° total de gestantes bajo control) x 100<br><br>(N° de gestantes bajo control con puntaje AUDIT con EPSA alterado para consumo de OH /N° total de gestantes bajo control) x 100 | REM A05 Sección K<br>REM A01 Sección A |          |  |   |
|    |  | Aplicar terapia hormonal de remplazo a mujeres de 45 a 64 años que lo requieran, según MRS.<br><br><b>ACTIVIDAD NO CORRESPONDAL OBJETIVO</b> | 80 % de gestantes bajo control prenatal con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más).  | (N° de gestantes bajo control prenatal con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos )/ N° total de mujeres gestantes bajo control prenatal) x 100   | REM A05 Sección K<br>REM A01 Sección A |          |  | <b>ACTIVIDAD NO CORRESPONDAL OBJETIVO</b> |
| P2 | Aumentar la detección del consumo de drogas en gestantes.            | Aplicar Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) a las gestantes en control prenatal.   | 90% de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado.   | (N° de gestantes en control prenatal con puntaje EPSA /N° total de gestante en control prenatal ) x 100   | REM A03 Sección G<br>REM A01 Sección A |          | <b>Logrado a la fecha 100% de gestantes en control prenatal con EPSA aplicado.</b> |   |
| P2 | Aumentar la detección de Depresión Postparto.                        | Aplicar Pauta de Edimburgo a los 2 y 6 meses post parto.   | 100% de las madres se les aplica EDPE a los 2 y 6 meses post parto <b>bajo control.</b>   | (N° de madres a los 2 y 6 meses post parto con aplicación de Escala de Edimburgo <b>Bajo control</b> / N° total de madres con control posparto a los 2 y 6 meses <b>bajo control</b> ) x 100                                      | REM A03 Sección H<br>REM A01 Sección A | Matronas | Sin medición a la fecha  | Se incluye el concepto Bajo control       |

| P  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES  | MONITOREO | RRHH     | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
|----|--|---|--|--|-----------|----------|-----------------------|----------------------|
| P2 | Derivación y seguimiento a madres con puntaje mayor a 11 o puntaje distinto a 0 en pregunta N°10 en la Escala Edimburgo. | Derivar a consulta médica a madres con puntaje mayor a 11 o distinto a 0 en pregunta 10 en la Escala de Edimburgo para confirmación diagnóstica y realizar seguimiento. | El 100% de las madres con puntaje mayor a 11 o distinto a 0 en pregunta N° 10 en la Escala de Edimburgo, son derivadas a consulta médica para confirmación diagnóstica y realizando seguimiento. | (N° de madres con puntaje mayor a 11 o puntaje distinto a 0 en pregunta N°10 en la Escala Edimburgo, derivadas a consulta médica para confirmación / N° total de madres con Escala de Edimburgo aplicada con puntaje mayor a 11 o puntaje distinto a 0 en pregunta N°10) x 100 | REM A03   | Matronas |                       |                      |

TRATAMIENTO

| P  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS   | METAS  | INDICADORES   | MEDIO DE VERIFICACIÓN | RRHH            | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO   |
|----|--|---|--|---|-----------------------|-----------------|-----------------------|--|
| P1 | Seguimiento de gestantes con riesgo psicosocial.   | Visita Domiciliaria Integral a familia con gestantes en riesgo psicosocial, según evaluación.   | 100% de las gestantes con riesgo psicosocial con VDI.<br><br>Propuesta de meta: 70% de las gestantes con riesgo psicosocial con VDI.   | (N° de gestantes en riesgo psicosocial con VDI realizada/ N° Total gestantes en riesgo psicosocial evaluadas por el equipo de cabecera) x 100 | REM A26<br>REM P1     | Equipo de salud |                       | Fundamento ingresos tardíos, domicilios falsos, fuera de comuna.   |
| P3 | Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido. | Primer control de salud de la puerpera y su recién nacido antes de los 7 días de vida. Aumentar el número de madres y familias que reciben control de salud integral, apoyo para una vinculación y apego seguro y fomentar la lactancia materna y derivación por problema de salud de la madre y su hijo/a recién nacidos/as. Considerar éste control madre – hijo por matrona como urgencia – dejar cupos liberados para absorber la demanda estimada. | 100% púerperas y recién nacidos antes de los 7 días de vida, que reciben atención integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.<br><br>Propuesta de meta: 60% púerperas y recién nacidos antes de los 10 días de vida, que reciben atención integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.. | (N° de púerperas y recién nacido con control de salud integral de salud antes de los siete días de vida / N° total de partos) x 100           | REM A01<br>REM A05    |                 |                       | Fundamento: parto extra sistemas, aumento de púerperas inmigrantes, cambios de domicilio, aumento de riesgos biológicos en mujeres en etapa fértil |

| P  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES  | MEDIO DE VERIFICACIÓN                                  | RRHH | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
|----|--|--|---|--|--|------|-----------------------|----------------------|
|    |  | <p>Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido entre 8 y 28 días de vida.</p> <p>Propuesta de Actividad:<br/>Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de 28 días de vida.</p> | <p>100% puérperas y recién nacidos entre 8 y 28 días de vida que reciben control de salud integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.</p> <p>Propuesta de meta:<br/>80% puérperas y recién nacidos entre 8 y 28 días de vida que reciben control de salud integral, apoyo para apego seguro y lactancia materna exclusiva.</p> | <p>(N° de puérperas y recién nacido con control integral de salud entre los 8 y 28 días de vida / N° total de partos) x 100</p>  | <p>REM A01<br/>REM A05</p>                             |      |                       |                      |
| P3 | <p>Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a.</p> <p>Propuesta de Objetivo<br/>Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a contra los efectos del tabaco</p> | <p>Consejería Breve en Tabaco (CBT)</p>  | <p>≥ 30% de las gestantes con alta odontológica reciben CBT.</p>  | <p>(N° de gestantes con alta odontológica total que reciben CBT/ N° Total de altas odontológicas de embarazadas) x100</p>  | <p>REM A09<br/>Sección B</p>                           |      |                       |                      |
|    | <p>Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).</p>  | <p>Atención odontológica integral a la embarazada.</p>   | <p>≥65% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento.</p>   | <p>(N° de altas odontológica totales en embarazadas/ total de gestantes ingresadas a programa prenatal) x 100</p>  | <p>REM A09<br/>Sección C<br/>REM A05<br/>Sección A</p> |      |                       |                      |
| P2 | <p>Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).</p>  | <p>Diagnóstico periodontal con "Examen periodontal básico" a embarazadas con riesgo de parto prematuro.</p>  | <p>≥70% de las embarazadas con riesgo de parto prematuro tiene diagnóstico periodontal con "Examen periodontal básico".</p>   | <p>(N° de gestantes con riesgo de parto prematuro que tienen diagnóstico periodontal con "Examen periodontal básico"/ N° total de gestantes con riesgo de parto prematuro en control prenatal) x 100</p> | <p>Registro local</p>                                  |      |                       |                      |
| P2 | <p>Disminuir la transmisión vertical de la sífilis.</p>  | <p>Tamizaje para sífilis durante el embarazo.</p>  | <p>100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis.</p>   | <p>(N° total de VDRL o RPR de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / N° de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación) x100</p>                           | <p>REM A11<br/>REM A05</p>                             |      |                       |                      |

| P  | OBJETIVOS  | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS  | METAS   | INDICADORES   | MEDIO DE VERIFICACIÓN  | RRHH | ANALISIS CUANTITATIVO           | ANALISIS CUALITATIVO |
|----|--|--|---|---|--|------|---------------------------------|----------------------|
|    |  | Administración de tratamiento inicial para sífilis en gestantes con VDRL o RPR (+).  | 100% de las gestantes con VDRL o RPR (+) reciben tratamiento inicial para sífilis.  | (N° de gestantes con serología (+) que reciben tratamiento inicial para sífilis / N° de gestantes con serología (+) para sífilis) x 100   | Registro de control prenatal (tarjetero APS)   |      |                                 |                      |
|    |  | Citación – Visita domiciliaria a gestantes con VDRL o RPR (+) Inasistentes para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, asegurando la confidencialidad. | 100% de gestantes con VDRL o RPR (+) que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, son visitadas – citadas.  | (N° gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes citadas) / N° gestantes con VDRL o RPR (+) inasistentes) x 100  | Registros de actividad:<br>-Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud.<br>SUJETO A CAMBIO REM 2014 |      |                                 |                      |
|    |  | Derivación de mujeres en que se ha detectado VDRL o RPR (+) en el control prenatal.  | 100% de mujeres con VDRL o RPR (+) en el control prenatal son ingresadas al programa ITS.   | (N° de gestantes con VDRL o RPR (+) ingresadas al programa ITS/N° Total de gestantes con VDRL o RPR (+) derivadas al programa ITS) x 100  | REM A05 Registros locales de derivación.   |      |                                 |                      |
| P3 | Aumentar la cobertura del control de salud de la mujer en etapa de climaterio (45 a 64 años).      | Control de salud integral de la mujer en etapa de climaterio.  | Aumentar el % de cobertura en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio.<br><br>Mantener el % de cobertura existente a 2013 en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio. | (N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio/N° de población inscrita de 45 a 64 años) x 100  | REM P1   |      | 2013 población bajo control 764 |                      |
| P3 | Brindar tratamiento integral a mujeres gestantes con consumo perjudicial o dependencia de alcohol. | Intervención terapéutica según Guía Clínica.   | 100% de gestantes en control prenatal con consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más y confirmación diagnóstica) reciben intervención terapéutica.                              | (N° de gestantes en control prenatal con consumo perjudicial o dependencia de alcohol que reciben intervención terapéutica/N° total de mujeres gestantes en control prenatal) x 100 | REM A05<br>REM A01<br>Sección A  |      |                                 |                      |

| P  | OBJETIVOS   | ACTIVIDADES / ESTRATEGIAS                    | METAS   | INDICADORES  | MEDIO DE VERIFICACIÓN           | RRHH | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
|----|---|--|---|--|---------------------------------|------|-----------------------|----------------------|
| P3 | Brindar tratamiento integral a mujeres gestantes con consumo de drogas. | Intervención terapéutica según Guía Clínica. | 100% de gestantes en control prenatal con consumo de drogas reciben intervención terapéutica. | (N° de gestantes en control prenatal con consumo de drogas que reciben intervención terapéutica/N° total de gestantes en control prenatal) x 100 | REM A05<br>REM A01<br>Sección A |      |                       |                      |

Ciclo Vital: SALUD INFANTIL

PROMOCION

| P  | OBJETIVO  | ACTIVIDAD   | META   | INDICADOR  | FUENTE DEL INDICADOR | RRHH  | ANALISIS CUANTITATIVO                   | ANALISIS CUALITATIVO  |
|----|---|---|--|--|----------------------|---|---|---|
| P3 | Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niñas y niños.  | Actividades (Gestión local, coordinación intersectorial, comunicación social y educativa, participación social y comunitaria) de promoción de salud con apoyo de la "Guía para la Promoción del Desarrollo Infantil en la Gestión Local". | Realizar a lo menos 5 actividades anuales que fomenten el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimientos Educativos, basadas en las 11 fichas técnicas del documento. | N° de actividades anuales de promoción que fomenten la salud y el desarrollo infantil en Comunas – Comunidades y Establecimiento Educativos considerando alguna de las 11 fichas técnicas del documento.             | REM A19a Sección B1  | Equipo de Salud   |   | Se requiere capacitación en las guías técnicas  |
|    |   | Realizar actividades con apoyo de la "Guía para una vida saludable I y II", priorizando los entornos comunal y educacional.   | Realizar a lo menos 5 actividades anuales de promoción sugeridas en la guía en los entornos comunal y educacional  | N° de actividades anuales de promoción que fomenten la vida saludable en Comunas- Comunidades y Establecimiento Educativos considerando alguna de las siguientes temáticas: Actividad física Alimentación Saludable. | REM A19a Sección B1  | Equipo Programa Vida Sana   | Logrado a agosto de 2013 10 actividades | Con apoyo del Programa Vida Sana  |
| P3 | Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital. | Consejerías (consejo breve) de actividad física individual entregada a niñas y niños menores de 10 años, basados en las Guías para una vida Saludable.  | 10% de niñas y niños bajo control que reciben consejería individual de actividad física.<br><br>Propuesta es Disminuir a 3%  | (N° de consejerías en actividad física entregadas a niños/as menores de 10 Años/ Total de niñas/os menores de 10 años bajo control) x 100  | REM A19a             | Equipo Sectorial que proporciona atenciones en el programa Infantil | Logrado a Agosto de 2013 0.1%           | Adaptar Protocolo de consejería para este efecto de tal forma de poder medir en REM<br><br>Capacitar al equipo de salud |

| P  | OBJETIVO  | ACTIVIDAD   | META  | INDICADOR  | FUENTE DEL INDICADOR  | RRHH                    | ANALISIS CUANTITATIVO  | ANALISIS CUALITATIVO                                     |
|----|---|---|---|--|---|-------------------------|------------------------|--|
| P2 | Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital. | Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir al 6º mes, según las Guías de Alimentación del Niño(a) Menor a 2 Años hasta la Adolescencia. | 80% de niñas y niños con estado nutricional normal reciben consulta nutricional al 5º mes de vida.<br><br>Propuesta de meta:<br>Bajar a 60%   | (Población con consulta nutricional al 5º mes / Total Población normal BC entre 5 y 11 meses) x 100  | REM P2 Sección E y A  |                         | Logrado a la fecha 54% | Déficit de horas Nutricionales asociado al modelo de EMB |
|    |   | Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.                      | 50% de niñas y niños con estado nutricional normal reciben consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.<br><br>Propuesta de meta:<br>Bajar a 25%                              | (Población con consulta a los 3 años y 6 meses / Población normal bajo control entre 24 y 47 meses/2) x 100  | REM P2 Sección E y A  |                         | Logrado a la fecha 15% | Déficit de horas Nutricionales asociado al modelo de EMB |
| P3 | Apoyar las acciones de salud mental en Establecimientos de educación preescolar y escolar.  | Intervención comunitaria en establecimientos de educación preescolar para abordar temáticas de salud mental <sup>50</sup> .   | 10% de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud, reciben intervención comunitaria para abordar la Salud Mental. | (Nº de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud, con intervención comunitaria para abordar temáticas de salud mental, dirigidas a los padres /Nº Total de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud de la comuna) x 100 | REM A19a Sección B1<br>Registro local (Plan Comunal de Salud) | Equipo de salud escolar |                        |  |

| P  | OBJETIVO   | ACTIVIDAD   | META  | INDICADOR   | FUENTE DEL INDICADOR                                       | RRHH                           | ANALISIS CUANTITATIVO          | ANALISIS CUALITATIVO |
|----|--|---|---|---|--|--------------------------------|--------------------------------|----------------------|
|    |  |   |   | (N° de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud, con intervención comunitaria para abordar temáticas de salud mental, dirigidas a los funcionarios / N° total de establecimientos preescolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud de la comuna) x 100 | REM A19a Sección B1 Registro local (Plan Comunal de Salud) |                                |                                |                      |
| P2 | Contribuir a la promoción de ambientes libres de contaminación por humo de tabaco, en especial los espacios habitados por niñas y niños (establecimientos educacionales, salud y hogares). | Actividades de sensibilización (talleres educativos, estrategias comunicacionales, etc.) para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en establecimientos educacionales, salud y comunidad. | Aumentar en un 10% línea de base 2013.  | N° Actividades sensibilización para impulsar ambientes libres de contaminación por humo de tabaco en establecimientos educacionales, salud y comunidad.   | REM A19a Sección B1  | Programa de Promoción del Polo | Logrado a la fecha 1 actividad |                      |
| P1 | Lograr 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 esforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud del niño y niña.          | Aumentar en al menos un 10% la cifra de la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida (respecto a lo alcanzado el 2013). | (N° de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva en el control de salud del sexto mes de vida / N° de lactantes con control de salud al día al sexto mes de vida) x 100   | REM A03  | Equipo                         | Logrado 43%                    |                      |

PREVENCIÓN

| P  | OBJETIVO   | ACTIVIDAD   | META  | INDICADOR   | FUENTE DEL INDICADOR   | RRHH                                      | ANALISIS CUANTITATIVO                             | ANALISIS CUALITATIVO   |
|----|--|---|---|---|--|---|---|--|
| P1 | Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en 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 72 meses bajo control.                                    | Promedio de 4 talleres de "Nadie es Perfecto" iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente.<br><br>Propuesta de meta:<br>Promedio 2 talleres por Facilitador | (Nº talleres de Nadie es Perfecto iniciados, entregados a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses, por facilitador vigente / Nº total de facilitadores de la comuna) x 100   | Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo (Módulo Nadie es Perfecto) | Facilitadores de taller Nadie es Perfecto | Logrado a agosto de 2013 0.8%                     | El modelo de EMB en relación a la lejanía y la baja cantidad de niños dificulta la ejecución. Baja asistencia de familias a los talleres. Nuestro interés es poder entregar esta herramienta a las familias inscritas. |
|    |  |   | 5% de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control ingresen a los talleres con metodología Nadie es Perfecto.  | (Nº de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control que ingresan a los talleres con metodología Nadie es Perfecto/ Nº total de niñas y niños menores de 72 meses bajo control) x 100                                 | Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo REM P2 Sección A           |   | Logrado a agosto de 2013 5% mantendremos la meta. |  |
|    |  | Realizar talleres de auto cuidado: Estimulación y normas de crianza a madres padres y/o cuidadores respetando la cultura indígena de niñas y niños menores de 10 años inscritos en el establecimiento | Mantener el % de la comuna de niñas/os inscritos cuyos padres o cuidadores ingresan a Taller de auto cuidado: estimulación y normas de crianza.   | (Nº de padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 10 que asisten al Taller de auto cuidado estimulación y normas de crianza/ Nº total de niñas o niños menores de 10 años bajo control) x 100  | REM A27 Sección A<br>REM P2 Sección A  |   | Incorporar temática en talleres nadie es perfecto |  |
|    |  |   | Línea de Base.  | (Nº de padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 10 años que asisten al Taller de auto cuidado estimulación y normas de crianza que incorporan pertinencia cultural/ Nº total de niños o niñas indígenas menores de 10 años bajo control) x 100 | Solo registro local para establecimientos con programa de pueblos indígenas.     |   |   |  |

| P  | OBJETIVO  | ACTIVIDAD  | META   | INDICADOR   | FUENTE DEL INDICADOR                   | RRHH                | ANALISIS CUANTITATIVO        | ANALISIS CUALITATIVO  |
|----|---|--|--|---|--|---------------------|------------------------------|---|
|    |   | Talleres a madres, padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 1 año, acerca de prevención de IRA. | Aumentar la cobertura en 10% en talleres de prevención IRA a madres, padres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 1 año.  | (N° de madres, padres y/o cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ N° total de niñas y niños menores de 1 año bajo control) x 100                         | REM A27 Sección A<br>REM P2 Sección A  | Kinesiologo         |                              | Incorporar temática en talleres nadie es perfecto                                     |
| P2 | Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.  | Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido antes de los 10 días de vida.                  | 100% puérperas y recién nacidos antes de los 10 días de vida, que reciben atención integral, apoyo para el fomento en la seguridad del apego, fomento de lactancia materna exclusiva y refuerzo en el uso de implementos PARN. Propuesta es bajar a un 60% | (N° de puérperas y recién nacido con control integral de salud antes de los diez días de vida / N° total de partos) x 100   | REM A01 REM A05                        | Matrona             | Logrado a agosto de 2013 58% | Revisar Indicador y la actividad en relación al objetivo. Se observan incongruencias. |
| P3 | Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años. Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años. | Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial.                   | 100% niñas/os de 1 y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial aplicado.  | (N° de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 y 2 meses / N° Total de niñas y niños de 1 y 2 meses bajo control) x 100                          | REM A03 Sección A<br>REM P2 Sección A  | Medico              | Logrado a la fecha 100%      |   |
|    |   |  | 100% niñas/os de 1 y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial alterado y derivado.   | (N° niñas y niños de 1 y 2 meses con evaluación neurosensorial y derivado según protocolo / N° total de niñas y niños de 1 y 2 meses con evaluación neurosensorial anormal) x 100 | REM A03<br>SUJETO A CAMBIO<br>REM 2014 | Medico              | No medido pero se hace       |   |
|    |   | Detección precoz de displasia de caderas en las niñas y niños menores de 4 meses                         | 100% de las niñas y niños de 2 meses de edad son derivadas a examen radiológico de cadera.   | (N° de niñas y niños de 2 meses de edad derivadas a examen radiológico de caderas / N° total de niñas y niños de 3 a 5 meses de edad bajo control) x 100                          | SIGGES<br>REM P2 Sección A             | Enfermera<br>Medico |                              |   |
|    |   | Control de salud a los 4 y a los 12 meses con aplicación de pauta de observación de calidad de apego     | Mantener la aplicación de pauta de observación de calidad de apego de su madre/ padre o figura significativa en el control de salud de los 4 y 12 meses de edad en relación a lo obtenido en el año 2012.  | (N° de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada al grupo de 4 meses/ N° total de niñas y niños 4 meses bajo control) x 100                         | REM A03 Sección A<br>REM P2 Sección A  | Enfermera           | Logrado a agosto de 2013 49% | Se requiere hacer una actualización a enfermeras en esta pauta                        |

| P  | OBJETIVO  | ACTIVIDAD   | META  | INDICADOR  | FUENTE DEL INDICADOR                  | RRHH       | ANALISIS CUANTITATIVO     | ANALISIS CUALITATIVO                                   |
|----|---|---|---|--|---------------------------------------|------------|---------------------------|--|
|    |   | Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor  | 100% niñas/os de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor (en el control de salud).<br><br>Propuesta de meta:<br>Bajar a un 80%          | N° de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor a niñas y niños a los 18 meses/<br>N° total de niñas y niños 8 meses bajo control) x 100      | REM A03 Sección B<br>REM P2 Sección A | Enfermera  | No medido                 | Alto porcentaje de inasistencia y cambios de domicilio |
|    |   | Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.                                  | 90% niñas y niños que se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses.  | (N° de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses / N° total de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control) x 100                         | REM A03 Sección A<br>REM P2 Sección A | Enfermera  | Logrado a en la fecha 97% |  |
|    |   | Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor.  | 90% niñas/os de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (en el control de salud).  | (N° Aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses / N° total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control) x 100    | REM A03 Sección A<br>REM P2 Sección A | Enfermeras | Logrado a la fecha 69.78% | META Sanitaria   |
| P2 | Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.<br>Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños a través del control de salud infantil con el fin de promover paternidad activa, pesquisar enfermedades prevalentes y detectar oportunamente rezago del desarrollo en menores de 10 años.<br>Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles. | Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor.                                   | 50% niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud.   | (N° de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses / N° total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control) x 100                      | REM A03 Sección A<br>REM P2 Sección A | Enfermeras | Logrado a la fecha 97%    |  |
|    |   | Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor.  | 90% niñas/os de 36 meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.<br>Propuesta bajar a un 40%                                | (N° de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses / N° Total de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control) x 100 | REM A03 Sección A<br>REM P2 Sección A | Enfermeras | 28% logrado a la fecha    | Alto porcentaje de inasistencia y perdida de horas     |
|    |   | Aplicación de cartilla LEA para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual. | 50% de los controles realizados a niñas y niños de 48 a 59 meses con aplicación de cartilla LEA<br><br>. Propuesta:<br>Se establecerá línea basal durante el año 2014 | (N° de controles de salud de niños de 48 a 59 meses con evaluación visual / N° total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 59 meses) x 100             | SIGGES<br>REM A03 Sección B           | Enfermeras | Sin dato                  | Se solicitara capacitación al respecto equipo UAPO     |

| P  | OBJETIVO   | ACTIVIDAD   | META   | INDICADOR   | FUENTE DEL INDICADOR                            | RRHH  | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO  |
|----|--|---|--|---|---|---|-----------------------|---|
| P2 | Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.  | Administración de la tercera dosis de vacuna Pentavalente en niños menores de un año de vida.     | Cobertura de vacunación.   | (N° de vacunas Pentavalente, tercera dosis, administrada en niños menores de un año de vida / N° Total de niños menores de un año de vida) x 100  | Sistema Informático REM – RNI<br>Proyección INE | Enfermera a cargo de vacunatorio                |                       | Lograr registro local del Polo                                |
|    |  | Administración de la tercera dosis de vacuna Neumocócica Conjugada durante el primer año de vida. | Cobertura de vacunación  | (N° de vacunas Neumocócica Conjugada, tercera dosis, administrada durante el primer año de vida / N° de niños con un año de vida) x 100   | Sistema Informático REM – RNI<br>Proyección INE | Enfermera a cargo de vacunatorio                |                       | Lograr registro local del Polo                                |
|    |  | Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica durante el primer año de vida.             | Cobertura de vacunación.   | (N° de vacunas Trivírica, primera dosis administrada durante el primer año de vida / N° de niños con un año de vida) x 100  | Sistema Informático REM – RNI<br>Proyección INE | Enfermera a cargo de vacunatorio                |                       | Lograr registro local del Polo                                |
| P3 | Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención de enfermedades no transmisibles en niñas y niños de 6 a 10 años. | Programa Vida Sana (PVS) destinado a niños/as entre 6 a 10 años.                                  | 50% de niñas/os entre 6 a 10 años mejoran su Z score de IMC al término de la intervención de PVS.      | (N° de niñas/os entre 6 a 10 años que participan del PVS y que mejoran el Z Score al 4 mes de intervención/ N° total de niñas/os entre 6 a 10 años con 4° control realizado) x 100            | Registro Programa Vida Sana – Obesidad          | Equipo vida sana según financiamiento asignado. |                       | Es importante contar con evaluación del programa 2013         |
|    |  |   | 60% de niñas/os entre 6 a 10 años mejoran su condición física.   | (N° de niños/as mayores de 6 años que participan del PVS y que mejoran su condición física al 4 mes de intervención / N° total de niñas/os entre 6 a 10 años con 4° control realizado ) x 100 | Registro Programa Vida Sana - Obesidad          | Equipo vida sana según financiamiento asignado. |                       | Es importante contar con evaluación del programa 2013         |
| P2 | Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia y escolar  | Control de salud a los 18 meses de edad con aplicación de Pautas de Evaluación Buco- dentarias.   | 90% de los niñas/os que asisten a control de salud a 18 meses de edad son evaluados en su salud bucal. | (N° de niñas/os de 18 meses que asisten a control de salud son evaluados en su salud bucal/ N° de controles de salud realizados al grupo de 12 a 23 meses) x 100                              | Registro local REM A01 Sección B                | Enfermera                                       |                       | Necesidad de contar con registro en rezebra, ya que no existe |

| P  | OBJETIVO  | ACTIVIDAD   | META   | INDICADOR  | FUENTE DEL INDICADOR                  | RRHH      | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO                   |
|----|---|---|--|--|---------------------------------------|-----------|-----------------------|--|
| P2 | Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia y escolar.<br><br>Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil. | Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de niñas/os de 2, 4 y 6 años. | 100% de altas odontológicas de niñas/os de 2, 4 y 6 años han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.          | (N° de niñas/os de 2, 4 y 6 años con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado/ total de niños/as de 2, 4 y 6 años con alta odontológica total) x 100 | REM A09 Sección B o J                 |           |                       | Falta registro                         |
|    |   | Control de salud a niñas y niños de 2 y 3 años inscrito en establecimiento de salud.                            | Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo). Propuesta bajar a 1.5, por flujo grama hay control anual más un control de Nutricionista) | (N° de controles de salud de niñas/os de 24 a 47 meses / N° total de niñas/os de 24 a 47 meses bajo control)   | REM A01 Sección B<br>REM P2 Sección A | Enfermera | Logrado 1.5           | Considerar la Inasistencia y abandonos |
| P3 | Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.<br><br>Contribuir a la disminución de morbimortalidad en menores de 1 año por IRA.      | Control de salud a niñas y niños de 4 y 5 años inscrito en establecimiento de salud.                            | Aumentar en un 10% la cobertura de controles de salud realizados a niñas y niños de 48 a 71 meses según estándar (2 controles en el periodo). Propuesta bajar a 1, por flujo grama hay control anual             | (N° de controles de salud de niños de 48 a 71 meses / N° total de niños de 48 a 71 meses bajo control) x 100   | REM A01 Sección B<br>REM P2 Sección A | Enfermera | Logrado 1.5           |  |
|    |   | Control de salud a niñas y niños de 6 a 9 años.   | Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 6 a 9 años (al menos 1 controles en el periodo).  | (N° de controles de salud de niños de 6 a 9 años / N° total de niñas y niños de 6 a 9 años bajo control)   | REM A01 Sección B<br>REM P2 Sección A |           |                       |  |

| P  | OBJETIVO   | ACTIVIDAD  | META  | INDICADOR   | FUENTE DEL INDICADOR                  | RRHH | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
|----|--|--|---|---|---------------------------------------|------|-----------------------|----------------------|
|    |  | Control de salud a niñas y niños de 24 a 71 meses.   | Aumentar la cobertura del control de salud de niñas y niños de 24 a 71 meses.   | (N° de niñas y niños de 24 a 72 meses bajo control inasistentes / N° de niñas y niños de 24 a 71 meses bajo control) x 100  | REM P2 Sección F y A                  |      |                       |                      |
|    |  | Visitas Domiciliarias realizadas a familias de niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave.  | Realizar visita domiciliaria integral al 90% de las familias con niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave.   | (N° de Visitas Domiciliarias Integrales de las familias con niñas y niños con score de riesgo de morir de neumonía moderado y grave / N° total niñas y niños menores de 7 meses con score de riesgo de IRA moderado y grave) x 100  | REM A23 Sección M<br>REM P2 Sección D |      |                       | Falta registro       |
| P2 | Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por enfermedades respiratorias crónicas. | Visitas Domiciliarias integrales realizadas por kinesiólogo, a familias con niñas y niños portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI). | Aumentar en 30% la cobertura de visitas domiciliarias integrales a pacientes portadores de enfermedades crónicas severas y usuarios con Requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI). | (N° de Visitas Domiciliarias Integrales de familias con niñas y niños menores de 10 años con enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI) / N° total niñas y niños menores de 10 años bajo control con enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI) x 100 | REM A23 Sección M<br>REM P3 Sección A |      |                       |                      |

TRATAMIENTO

| P  | OBJETIVO  | ACTIVIDAD   | META  | INDICADOR   | FUENTE DEL INDICADOR | RRHH | ANALISIS CUANTITATIVO      | ANALISIS CUALITATIVO                                      |
|----|---|---|---|---|----------------------|------|----------------------------|---|
| P3 | Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad parvularia, mediante medidas promocionales, preventivas y recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia.                          | Atención odontológica integral a niñas y niños en edad parvularia.  | ≥ 40% de cobertura en altas odontológicas totales en los niñas/os de 2 años, inscritos y validados.<br>Propuesta: Bajar a un 35%  | (N° de niñas/os de 2 años con alta odontológica total / N° total de niñas/os de 2 años inscritos y validados) x 100   | REM A09 Sección C    |      | Logrado a la fecha 28%     |   |
|    |   |   | ≥ 40% de cobertura de altas odontológicas totales en niñas/os de 4 años, inscritos y validados.   | (N° de niñas/os de 4 años con alta odontológica total/ N° Total de niñas/os de 4 años inscritos y validados) x 100  | REM A09 Sección C    |      | Logrado a la fecha 30%     |   |
|    |   | Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 y 4 años.   | ≥ 100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 2 y 4 años de edad  | (N° de niñas/os de 2 y 4 años con registro de CEO / N° total de niñas/os de 2 y 4 años con ingreso odontológico) x 100  | REM A09 Sección C    |      | Logrado un 95%.            |   |
| P1 | Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niñas y niños de 6 años (GES Salud Oral Integral para niñas y niños de 6 años).   | Atención odontológica integral a niñas y niños de 6 años.   | ≥ 75% de cobertura en altas odontológicas totales en niñas y niños de 6 años, inscritos y validados.  | (N° de niñas/os de 6 años con alta odontológica total / N° total de niñas/os de 6 años inscritos y validados) x 100   | REM A09 Sección C    |      | Logrado un 62.79%          | META SANITARIA  |
|    |   | Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 6 años.   | ≥ 100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de CEO a los 6 años de edad.   | (N° de niñas/os de 6 años con registro de CEO / N° total de niñas/os de 6 años con ingreso) x 100   | REM A09 Sección C    |      | 95%                        |   |
| P2 | Detener el aumento de la prevalencia de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) y otros factores de riesgo cardiovascular en la población de niñas y niños mayores de 1 mes y menores de 10 años. | Consulta nutricional a niñas/os mayores de 1 mes y menores de 10 años con malnutrición por exceso; según la Normas Nutricionales vigente. | 100% de cobertura niñas/os mayores de 1 mes y menores de 10 años bajo control con malnutrición por exceso que reciben consulta nutricional.<br>Propuesta bajar a un 80% | (N° de niños/as mayores de 1 mes y menores 10 años con malnutrición por exceso con consulta nutricional/ N° Total de niños/as menores de 10 años con malnutrición por exceso) x 100 | REM P2 Sección A     |      | Sin posibilidad de evaluar | Déficit de horas Nutricionistas asociado al modelo de EMB |

| P  | OBJETIVO   | ACTIVIDAD   | META  | INDICADOR  | FUENTE DEL INDICADOR  | RRHH | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO                         |
|----|--|---|---|--|-----------------------|------|-----------------------|--|
| P2 | Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor. | Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad; en sala de estimulación, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria. (Ludoteca no es intervención). | 80 % de niñas y niños que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación del DSM.                                | (N° de niñas/os menores de 4 años con rezago en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ N° total de niñas/os menores de 4 años detectados con rezago en la primera evaluación desarrollo psicomotor) x 100                                      | REM A03 Sección C y B |      | Logrado un 100%       |  |
|    |  |   | 100 % de niñas/os con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidades de estimulación del DSM.  | (N° de niñas y niños menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ N° total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación desarrollo psicomotor) x 100                          | REM A03               |      | Logrado un 62%        |  |
| P2 | Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor. | Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor.  | 90% de los niñas y niños detectados con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os.<br><br>Propuesta mantener la meta actual de un 68% | (N° de niñas y niños diagnosticadas con riesgo en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas(os) / N° total de niñas y niños diagnosticadas con déficit o en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses) x 100 | REM A03               |      | Logrado un 62%        | Alta inasistencia y rotación de la población |

| P  | OBJETIVO   | ACTIVIDAD   | META   | INDICADOR   | FUENTE DEL INDICADOR                                   | RRHH   | ANALISIS CUANTITATIVO          | ANALISIS CUALITATIVO   |
|----|--|---|--|---|--|--|--------------------------------|--|
|    |  |   | 90 % de los niñas y niños detectados con retraso en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os.<br><br>Propuesta: medir línea base de recuperados   | (N° de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses recuperadas(os) / N° total de niñas y niños diagnosticadas con déficit o en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8, 18 y 36 meses) x 100 | REM A03  |  |                                | El retraso es una condición más difícil de trabajar asociada a una cantidad mayor de variables |
| P1 | Disminuir el porcentaje de niñas y niños con déficit o rezago de su desarrollo psicomotor.                                 | Visita domiciliaria integral.   | 100% de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor recibe al menos 2 visitas domiciliarias integrales.  | (N° de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño con déficit de DSM / N° total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor) x 100   | REM A26 Sección A<br>REM P2 Sección C                  |  |                                |  |
|    |  | Taller y actividades para el fomento de seguridad en el apego.                    | El 100% de diadas con apego inseguro (evitante o ambivalente) participan del taller de Nadie es Perfecto, en talleres de desarrollo socioemocional y juego en sala de estimulación; y en taller de auto cuidado: estimulación y normas de crianza.<br><br>Propuesta es establecer línea Base | (N° de diadas que fueron detectadas con apego inseguro que participan del taller de Auto cuidado: Estimulación y normas de crianza, Taller Nadie es Perfecto y/o de actividades en sala de estimulación / N° total de diadas evaluadas detectadas con apego inseguro) x 100     | REM P2 Sección B<br>SUJETO A CAMBIO<br>REM 2014        | Matronas<br>Facilitadores<br>Nadie es Perfecto |                                | Matronas deben capacitarse en Apego  |
| P3 | Disminuir brecha de derivación a confirmación diagnóstica de depresión a madres con screening positivo (Escala Edimburgo). | Ingreso a confirmación diagnóstica.   | 100% de madres con screening de depresión positivo a los 2 y a los 6 meses post parto derivadas a confirmación diagnóstica.  | (N° de mujeres con screening positivo derivadas a confirmación diagnóstica / N° total de mujeres evaluadas) x 100   | SIGGES   | Matronas                                       | <i>Difícil</i> de medir        |  |
| P2 | Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios bajo control.  | Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica. | Aumentar en 10% la población bajo control infantil en el Programa IRA.   | ((Población infantil bajo control actual – Población infantil bajo control año anterior) / Población infantil bajo control año anterior) x 100  | REM P3(2013)<br>Sección A<br>REM P3(2012)<br>Sección A | Kinesiologo                                    | REM P de Junio 41 bajo control |  |

| P  | OBJETIVO   | ACTIVIDAD   | META   | INDICADOR  | FUENTE DEL INDICADOR                  | RRHH        | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
|----|--|---|--|--|---------------------------------------|-------------|-----------------------|----------------------|
| P2 | Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control en Programa IRA.     | Categorizar por severidad a pacientes crónicos respiratorios.   | 100% de niñas y niños bajo control en sala IRA con categorización de severidad.                      | (Nº de niñas y niños con categorización de severidad / N° total de niñas y niños bajo control en sala IRA) x 100   | REM P3 sección A                      | Kinesiologo |                       |                      |
| P2 | Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control en Programa IRA.     | Evaluar calidad de vida al ingreso del Programa IRA.  | 60% cuenta con evaluación de calidad de vida al ingreso del Programa IRA.                            | (Nº de niñas y niños con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa / N° de niñas y niños que ingresan al Programa IRA) *100                          | REM A23 Sección N<br>REM P3 Sección A | Kinesiologo |                       |                      |
| P2 | 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 medica por IRA Baja en menores de 5 años. | 100% en niños menores de 5 años atendidos antes de 24 horas luego de derivación medica por IRA Baja. | (Nº 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) x 100 | SIGGES                                |             |                       |                      |

**Ciclo Vital: SALUD DE ADOLESCENTES**

**Promoción**

| P  | OBJETIVO  | ACTIVIDAD   | META   | INDICADOR  | FUENTE DEL INDICADOR   | RRHH | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO   |
|----|---|---|--|--|--|------|-----------------------|--|
| NO | Fortalecer las habilidades parentales y las redes familiares y comunitarias como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10-14 años. | Educación grupal de habilidades parentales a familias y/o cuidadores de adolescentes de 10 a 14 años.<br><br>ACTIVIDAD NO ES POSIBLE PUES SE REQUIERE DE EQUIPO CAPACITADO EN ADOLESCENCIA Y TRABAJO GRUPAL   | 100% de talleres planificados, realizados.   | (Nº talleres realizados / N° talleres planificados) x 100  | REM A27 Sección A y B Programa Chile Crece Contigo<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014 |      |                       | ACTIVIDAD NO ES POSIBLE PUES SE REQUIERE DE EQUIPO CAPACITADO EN ADOLESCENCIA Y TRABAJO GRUPAL |
| NO | Promover estilos de vida saludable en población de adolescentes escolares.  | Implementar talleres para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación saludable y antitabaquismo, en establecimientos educacionales, espacios comunitarios y/o establecimientos de salud.<br><br>POLO ORELLANA NO CUENTA CON ESPACIO AMIGABLE POR LO CUAL NO ES POSIBLE CUMPLIR ESTE OBJETIVO | 100 % de los establecimientos de atención primaria que cuentan con espacios amigables realizan talleres para fortalecer factores protectores que incorporen actividad física, alimentación saludable y antitabaquismo, en establecimientos educacionales, espacios comunitarios y/o establecimientos de salud. | (Nº de talleres realizados en Establecimientos que cuentan con espacios amigables / N° de talleres planificados Establecimientos que cuentan con espacios amigables) x 100 | REM A27 Sección A  |      | SIN ESPACIO AMIGABLE  | POLO ORELLANA NO CUENTA CON ESPACIO AMIGABLE POR LO CUAL NO ES POSIBLE CUMPLIR ESTE OBJETIVO   |

| P  | OBJETIVO   | ACTIVIDAD   | META  | INDICADOR   | FUENTE DEL INDICADOR                         | RRHH                                 | ANALISIS CUANTITATIVO           | ANALISIS CUALITATIVO |
|----|--|---|---|---|--|--------------------------------------|---------------------------------|----------------------|
| P2 | Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención del embarazo adolescente y el VIH-SIDA e ITS. | Realizar consejería en salud sexual reproductiva y/o en prevención de VIH e ITS.  | 100% de las consejerías planificadas, realizadas.<br><br>Propuesta de meta:<br>Lograr la misma cantidad del año 2013  | (Nº de consejerías de salud sexual reproductiva y/o en prevención de embarazo adolescente, VIH e ITS realizadas/ Nº de consejerías de salud sexual reproductiva y/o en prevención de embarazo adolescente y el VIH e ITS planificadas) x 100<br><br>Propuesta de Indicador:<br>Propuesta de indicador:<br>(Nº de consejerías de salud sexual reproductiva y/o en prevención de embarazo adolescente, VIH e ITS realizadas/ 31 x 100 | REM A19 Sección A1                           |                                      | 2013 SE REALIZAN 31 CONSEJERIAS |                      |
| P2 | Fortalecer el desarrollo de conductas anti tabáquicas en adolescentes.   | Ejecutar consejería breve antitabaco a todas las consultas y controles respiratorios de salud del adolescente.  | 100% de las consultas y controles respiratorios de salud del adolescente con consejería breve antitabaco.<br><br>Propuesta de Meta:<br>Bajar a 60%  | (Nº de consejerías breve anti tabáquicas realizadas/Nº total de consultas y controles respiratorios de salud del adolescente realizados) x 100  | REM A19 Sección A<br>REM A23 Sección C, D, E | Medico<br>Kinesiólogo                |                                 |                      |
|    |  | Implementar actividades de promoción anti tabáquica en establecimientos educacionales y otros espacios.   | 100% de las actividades planificadas, realizadas.   | (Nº actividades de promoción anti tabáquicas realizadas/Nº total de actividades de promoción anti tabáquica planificadas) x 100   | REM A19 Sección B.1                          | Planificado en Programa de Promoción |                                 |                      |
| P2 | Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco.  | Implementar actividades de consejería breve en tabaco en adolescentes durante la atención odontológica.   | ≥ 15% de los adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaco (CBT).  | (Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben CBT/ Total de adolescentes de 12 años con alta odontológica total) x 100   | REM A09 Sección B.1                          | Planificado en Programa de Promoción |                                 |                      |
| P1 | Fortalecer estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud.                                     | Implementar Intervención comunitaria, a diferentes establecimientos educacionales para detección precoz en escolares con trastornos nutricionales, bullying o riesgo suicida. | 10% de establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud que reciben intervención comunitaria, dirigida a funcionarios, para entregar herramientas sobre detección tempranamente de problemas y trastornos mentales, bullying y riesgo suicida. | (Nº de establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud que reciben intervención comunitaria, dirigida a funcionarios /Nº total de establecimientos escolares que trabajan la estrategia de establecimientos educacionales promotores de salud) x 100  | REM A19 Sección B1<br>Registro SEREMI        | Planificado en Programa de Promoción |                                 |                      |

PREVENCIÓN

| P  | OBJETIVO  | ACTIVIDAD   | META   | INDICADOR  | FUENTE DEL INDICADOR                              | RRHH   | ANALISIS CUANTITATIVO                           | ANALISIS CUALITATIVO  |
|----|---|---|--|--|---|--|---|---|
| P1 | Pesquisar factores de Riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.   | Control de Salud integral "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años.  | 100% de controles planificados, realizados.  | (Nº de controles realizados, según sexo/ Nº total de controles planificados, según sexo) x 100   | REM A01 Sección G<br>REM A03 Sección I<br>REM F01 | Enfermera<br>Matrona<br>Nutricionista                                      | Logrado a la fecha 8.15%                        |   |
|    |   | Aplicación ficha Clap   | Propuesta de Meta:<br>Mantener META año 2013 (9.1)   |  | SUJETO A CAMBIO REM 2014                          |  |   |   |
|    |   |   | 50% de los controles planificados se realizan en establecimientos educacionales.   | (Nº de controles realizados en establecimientos educacionales, según sexo/Nº total de controles planificados, según sexo) x 100  | REM A01 Sección G<br>REM A03 Sección I<br>REM F01 | Equipo de Salud Escolar de la Red  |   | No se ha aprobado programa piloto "Salud escolar" para el 2014, con el cual se ha desarrollado esta actividad durante este año. A pesar de eso, no se ha logrado cumplir la meta. Se requiere equipo exclusivo. |
| P2 | Detección y primera respuesta en adolescente víctimas de violencia (abuso sexual, maltrato o VIF.   | Detección y primera respuesta en prestaciones y actividades habituales de atención de esta población.                           | 100 % de adolescentes detectados/as con situaciones de violencia reciben primera respuesta.  | (Nº de adolescentes, según sexo detectados reciben primera respuesta /Nº total de adolescentes con situación de violencia) x 100   | REM A05 Sección K                                 | Psicólogas<br>Planificaran una capacitación al año para el equipo de salud |   | Propuesta de Actividad Sensibilizar y socializar flujo grama de primera respuesta en equipos locales.   |
| P3 | Detectar signos y síntomas de cáncer de alta incidencia en adolescentes.  | Control de Salud integral "Joven Sano" a adolescentes de 10 a 19 años.<br><br>Solo a través de las Consultas Morbilidad Medica. | >90% de adolescentes con sospecha de cáncer, derivados a especialista <sup>52</sup> .<br><br>Propuesta establecer línea base de Casos sospechados derivar a especialista.  | (Nº de adolescentes, según sexo, derivados a especialista con sospecha de cáncer de alta prevalencia /Nº total de controles de Salud integral "Joven Sano" Realizados) x 100 | SIGGES<br>Registro Nacional de Cáncer Infantil    | Medico   | SIGGES<br>Registro Nacional de Cáncer Infantil. | Se modifica en indicador y la actividad, ya que medico es quien deriva a especialista   |
| P2 | Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas. | Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en las altas totales de adolescentes de 12 años.                   | 100% de altas odontológicas a los 12 han recibido educación en técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.   | (Nº de adolescentes de 12 años con educación en técnica de cepillado / Nº total de adolescentes de 12 años con alta odontológica) x 100                                      | REM A09 Sección B o J                             |  | 95% logrado                                     |   |
| P2 | Aumentar el número de adolescentes que acceden a Consejería en SSR con enfoque de género.   | Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.  | Aumentar en un 10% línea base 2013 el número de consejerías en Salud Sexual Reproductiva otorgadas a adolescentes hombres y mujeres.   | (Nº Consejerías en SSR realizadas / Nº Consejerías línea base 2013) x 100  | REM A19   |  | Logrado en 2013 31 Consejerías                  |   |
|    |   |   | 100% de adolescentes pesquisados con conducta sexual de riesgo en control de salud integral (CJS) reciben consejería.<br>Propuesta:<br>50% de adolescentes pesquisados con conducta sexual de riesgo en control de salud integral (CJS) reciben consejería | (Nº Consejerías en SSR realizadas / Nº Consejerías línea base 2013) x 100  | REM A19   |  | Logrado en 2013 31 Consejerías                  |   |

| P  | OBJETIVO   | ACTIVIDAD   | META  | INDICADOR  | FUENTE DEL INDICADOR  | RRHH | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
|----|--|---|---|--|---|------|-----------------------|----------------------|
|    |  | Consejería para la regulación de fertilidad en adolescentes mujeres y hombres que lo solicitan.   | 100% de consejerías en regulación de fertilidad realizadas según demanda espontánea, a adolescentes mujeres y hombres que ingresan a regulación de fertilidad.                        | (Nº de consejerías en regulación de fertilidad a adolescentes por sexo que ingresan a regulación de fecundidad / Nº total de adolescentes que ingresan a regulación de fecundidad) x 100   | REM A19   |      |                       |                      |
| P2 | Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual activa. | Control de regulación de fertilidad.  | 100% de los adolescentes hombres y mujeres que solicitan un método anticonceptivo, ingresan a control de regulación de fertilidad.  | (Nº Adolescentes bajo control con método anticonceptivo, según sexo/ Nº total de población bajo control de regulación de fertilidad) x 100   | REM P1 Sección A  |      |                       |                      |
| P2 | Disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 19 años (10 a 14 y 15 a 19 años).                            | Consejería en salud sexual y reproductiva.  | 100% de adolescentes planificados, según sexo reciben consejería en salud sexual reproductiva.  | (Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a adolescentes, según sexo / Nº total consejerías en salud sexual y reproductiva planificadas) x 100  | REM A19 Sección A.1   |      |                       |                      |
| P3 | Disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 19 años (10 a 14 y 15 a 19 años).                            | Consejería en regulación de fertilidad.   | Aumentar en un 10% línea base 2012 el número de consejerías en regulación de fertilidad otorgadas a adolescentes hombres y mujeres.   | (Nº de consejerías en regulación de fertilidad realizadas a adolescentes, según sexo / Nº total consejerías en regulación de fertilidad planificadas) x 100  | REM A19 Sección A.1   |      |                       |                      |
| P2 | Aumentar el número de adolescentes informados sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.         | Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.  | Aumentar en un 10% línea base 2012 el número de consejerías en prevención de VIH/SIDA e ITS otorgadas a adolescentes hombres y mujeres.<br>Propuesta: Establecer línea base para 2014 | (Nº Consejerías en SSR realizadas / Nº Consejerías línea base 2013) x 100  | REM A19 Sección A.1   |      |                       |                      |
| P1 | Aumentar el Nº de adolescentes madres en control de fertilidad para prevenir 2do embarazo adolescente.                   | Visita Domiciliaria Integral (VDI) con foco en prevención de segundo embarazo en adolescentes gestantes, adolescente puérpera y/o madres adolescentes de niños/as menores de 1 año en riesgo psicosocial. | 100% Visita Domiciliaria Integral (VDI) planificadas realizadas.  | (Nº de Visita Domiciliaria Integral (VDI) realizadas, en adolescentes gestantes y/o adolescente puérpera, y/o madre adolescente de un niño/a menor de 1 año, en riesgo psicosocial / Nº Visita Domiciliaria Integral (VDI) planificadas a adolescentes gestantes y/o adolescente puérpera, y/o madre adolescente de un niño/a menor de 1 año, en riesgo psicosocial) x 100 | REM A26<br>REM A04<br>REM P01<br>Programa Chile Crece Contigo<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014 |      |                       |                      |
|    |  | Control de regulación de Fertilidad (Entrega de métodos anticonceptivos y de anticoncepción de emergencia).   | 100% de adolescentes madres en control de fertilidad.   | (Nº de adolescentes madres en control de regulación de fertilidad/Población bajo control en regulación de fecundidad) x 100  | REM A26<br>REM A04 REM P01<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014                                    |      |                       |                      |

| P  | OBJETIVO   | ACTIVIDAD   | META   | INDICADOR  | FUENTE DEL INDICADOR                             | RRHH                                       | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO   |
|----|--|---|--|--|--|--|-----------------------|--|
| P2 | Vigilar el peso durante la gestación, en embarazadas menores de 20 años con malnutrición por exceso y mal nutrición por déficit.   | Consulta nutricional de gestantes menores de 10 a 19 años con malnutrición por exceso.                              | 100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes menores de 10 a 19 años con malnutrición por exceso.<br><br>Nos comprometemos a un 50% por falta de horas profesionales asociado al modelo de EMB. Indicador nuevo | (Número de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional / N° total de gestantes de 10 a 19 años con malnutrición por exceso bajo control) x 100          | REM P01 Sección E<br>SUJETO A CAMBIO REM<br>2014 |  |                       | Deficit de horas Nutricionista asociado al modelo de EMB   |
|    |  | Consulta nutricional de gestantes de 15 a 19 años con malnutrición por exceso.                                      | 100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes de 15 a 19 años con malnutrición por exceso.<br><br>Nos comprometemos a un 50% por falta de horas profesionales asociado al modelo de EMB Indicador nuevo          | (Número de gestantes de 15 a 19 años con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes de 15 a 19 años con malnutrición por exceso bajo control) x 100           | REM P01 Sección E<br>SUJETO A CAMBIO REM<br>2014 |  |                       | Déficit de horas Nutricionista asociado al modelo de EMB   |
|    |  | Consulta nutricional de gestantes menores de 15 años con malnutrición por déficit.                                  | 100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes menores de 15 años con malnutrición por déficit.<br><br>Propuesta bajar a un 50%   | (Número de gestantes menores de 15 años con malnutrición por déficit bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes menores de 15 años con malnutrición por déficit bajo control) x 100   | REM P01 Sección E<br>SUJETO A CAMBIO REM<br>2014 |  |                       |  |
| P2 | Vigilar el peso durante la gestación, en embarazadas menores de 20 años con malnutrición por exceso y mal nutrición por déficit.   | Consulta nutricional de gestantes de 15 a 19 años con malnutrición por déficit.                                     | 100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes de 15 a 19 años con malnutrición por déficit.<br><br>Propuesta bajar a un 50%  | (Número de gestantes de 15 a 19 años con malnutrición por déficit bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes menores de 15 a 19 años con malnutrición por déficit bajo control) x 100 | REM P01 Sección E<br>SUJETO A CAMBIO REM<br>2014 |  |                       |  |
| P2 | Disminuir la incidencia de adolescentes con diagnóstico de malnutrición por exceso.<br><br>(*En los Servicios de Salud y comunas en que esté implementado programa Vida Sana | Seguimiento en adolescentes con malnutrición por exceso, con educación alimentaria- nutricional y actividad física. | 50% de adolescentes mejoran su Z score, al 4º control.   | (Nº de adolescentes que participan en Programa Vida Sana y que mejoran el Z Score al 4º control/ N° total de adolescentes con 4º control realizado) x 100  | Página Web "Vida Sana"                           | Equipo Vida Sana con financiamiento propio |                       | No podemos comprometernos como equipo al este objetivo, solo se podría hacer con Programa financiado paralelamente como se ha realizado hasta el momento. Con equipo especializado en seguimiento de adolescentes. |
|    |  |   | 60% de los adolescentes que mejora condición física al 4º control.   | (Nº de adolescentes que participan en Programa Vida Sana y que mejoran condición física al 4º control/ N° total de adolescentes con 4º control realizado ) x 100   | Página Web "Vida Sana"                           | Equipo Vida Sana con financiamiento propio |                       |  |

| P  | OBJETIVO   | ACTIVIDAD   | META  | INDICADOR  | FUENTE DEL INDICADOR  | RRHH | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO                                 |
|----|--|---|---|--|---|------|-----------------------|--|
| P1 | Detección precoz de adolescentes en riesgo suicida.  | Aplicación de screening de ideación suicida (Okasha) a adolescentes que recibe Control de Salud Integral "CJS".   | 100% de los adolescentes que reciben control de salud integral cuentan con escala de suicidalidad de Okasha aplicada.   | (Nº de adolescente con escala Okasha aplicada/Nº de adolescentes con control de salud integral realizado) x 100  | SUJETO A CAMBIO REM 2014  |      |                       | Se requiere equipo capacitado para aplicar screening |
| P2 | Detección precoz de problemas y trastornos mentales en adolescentes.                       | Detección de depresión en adolescentes.   | 100% de adolescentes diagnosticados son ingresados programa de depresión.   | (Nº de adolescentes que ingresan al programa de depresión / Nº I de adolescentes diagnosticados con depresión) x 100   | SIGGES  |      |                       |  |
|    |  | Consulta médica para diagnóstico de depresión.  | 100% de adolescentes con sospecha de depresión reciben consulta médica para diagnóstico.  | (Nº de adolescentes con puntaje positivo cuestionario de Depresión que reciben consulta médica para diagnóstico / Nº Total de Adolescentes con puntaje positivo cuestionario de depresión) x 100   | SUJETO A CAMBIO REM 2014  |      |                       |  |
|    |  | Intervención Preventiva (o Intervención Breve).   | 80% de los adolescentes inscritos y con consumo de riesgo de alcohol (AUDIT entre 8 y 15) reciben intervención preventiva (o intervención breve).<br>Propuesta de meta y reformulación: 80% de los adolescentes con consumo de riesgo de alcohol (AUDIT entre 8 y 15) reciben intervención preventiva (o intervención breve). | (Nº de adolescentes inscritos y con consumo de riesgo de alcohol (AUDIT entre 8 y 15) que reciben intervención preventiva / Nº total de adolescentes inscritos) x 100<br>Propuesta de Indicador: (Nº de adolescentes con intervención preventiva por consumo de riesgo de alcohol (AUDIT entre 8 y 15) / Nº total de adolescentes con Consumo en riesgo) x 100 | REM A03 Sección J (AUDIT 8-15) Programa Vida Sana Alcohol             |      |                       | Reformulación de la meta                             |
| P2 | Detección precoz de problemas y trastornos mentales en adolescentes.                       | Derivación asistida para evaluación clínica.  | 100% de adolescentes inscritos y con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más) reciben derivación asistida para evaluación clínica en el programa integral de salud mental en APS.  | (Nº de adolescentes inscritos y con posible consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más) que reciben derivación asistida para evaluación clínica en programa integral de salud mental en APS / Nº total de adolescentes inscritos) x 100  | REM A03 Sección J Programa Vida Sana Alcohol                          |      |                       |  |
| P3 | Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por enfermedades respiratorias crónicas. | Visitas Domiciliarias integral realizada por kinesiólogo(a) en familias con adolescentes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas o con requerimientos especiales (POA, asistencia ventilatoria no invasiva AVNI, asistencia ventilatoria invasiva AVI). | Aumentar en 30% la cobertura de visitas domiciliarias integrales a adolescentes portadores de enfermedades crónicas severas o con requerimientos especiales (POA, AVNI, AVI).<br><br>Propuesta: Establecer línea Base   | (Nº de Visitas Domiciliarias Integrales de las familias adolescentes de 10 a 19 años con enfermedades crónicas severas o con requerimientos especiales / Nº total adolescentes entre 10 y 19 años con enfermedades crónicas severas o con requerimientos especiales) x 100   | REM A23 Sección M<br>REM P3 Sección A<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014 |      |                       |  |

TRATAMIENTO

| P  | OBJETIVOS  | ACTIVIDAD  | META   | INDICADOR   | FUENTE DEL INDICADOR               | RRHH | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
|----|--|--|--|---|------------------------------------|------|-----------------------|----------------------|
| P2 | BRINDAR ATENCIÓN INTEGRAL Y OPORTUNA A ADOLESCENTES CON PROBLEMAS Y TRASTORNOS MENTALES. | TRATAMIENTO INTEGRAL SEGÚN GUÍA CLÍNICA GES A ADOLESCENTES CON CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y/O DROGAS.                | 90% DE LOS ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA RECIBEN TRATAMIENTO EN GES.<br><br>PROPUESTA DE META PARA COSAM.                              | (N° DE ADOLESCENTES INSCRITOS CON DIAGNÓSTICO DE CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y/O DROGAS QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN GES / N° TOTAL DE ADOLESCENTES INSCRITOS) X 100<br><br>PROPUESTA DE INDICADOR:<br>(N° DE ADOLESCENTES INSCRITOS CON DIAGNÓSTICO DE CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y/O DROGAS QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN GES / N° TOTAL DE ADOLESCENTES CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA RECIBEN TRATAMIENTO EN GES ) X 100 | SIGGES POBLACIÓN INSCRITA VALIDADA |      |                       |                      |
|    |  | TRATAMIENTO INTEGRAL SEGÚN GUÍA CLÍNICA GES A ADOLESCENTES CON CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y/O DROGAS.                | 100% DE LOS ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y/O DROGAS RECIBEN TRATAMIENTO EN GES.<br><br>OBJETIVO REPERIDO IGUAL AL EXTERIOR | (N° DE ADOLESCENTES INSCRITOS CON DIAGNÓSTICO DE CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y/O DROGAS QUE RECIBEN TRATAMIENTO EN GES / N° TOTAL DE ADOLESCENTES INSCRITOS) X 100   | SIGGES POBLACIÓN INSCRITA VALIDADA |      |                       |                      |
|    |  | TRATAMIENTO INTEGRAL EN ATENCIÓN PRIMARIA O DERIVACIÓN A ESPECIALIDAD CUANDO CORRESPONDA, A ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN. | 100% DE ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN LEVE, MODERADA O GRAVE RECIBEN TRATAMIENTO INTEGRAL EN GES DEPRESIÓN.  | (N° DE ADOLESCENTES INSCRITOS CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN LEVE, MODERADA O GRAVE QUE RECIBEN TRATAMIENTO INTEGRAL EN GES DEPRESIÓN/ TOTAL DE ADOLESCENTES INSCRITOS) X 100<br><br>PROPUESTA DE INDICADOR:<br>(N° DE ADOLESCENTES INSCRITOS CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN LEVE, MODERADA O GRAVE QUE RECIBEN TRATAMIENTO INTEGRAL EN GES DEPRESIÓN/ TOTAL DE ADOLESCENTES DIAGNOSTICADOS CON DEPRESIÓN) X 100  | SIGGES REM 06<br>REM P6            |      |                       |                      |

| P | OBJETIVOS   | ACTIVIDAD   | META   | INDICADOR  | FUENTE DEL INDICADOR        | RRHH | ANALISIS CUANTITATIVO               | ANALISIS CUALITATIVO  |
|---|---|---|--|--|-----------------------------|------|-------------------------------------|---|
|   |   |   | 100% DE ADOLESCENTES DE 15 AÑOS Y MÁS CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN PSICÓTICA, BIPOLAR, REFRACTARIA, INICIAN TRATAMIENTO Y SON DERIVADOS A ESPECIALIDAD.  | (Nº DE ADOLESCENTES INSCRITOS CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN PSICÓTICA, BIPOLAR, REFRACTARIA O CON ALTO RIESGO SUICIDA, QUE INICIAN TRATAMIENTO Y SON DERIVADOS A ESPECIALIDAD / Nº DE ADOLESCENTES INSCRITOS) X 100   | SIGGES<br>REM 06 REM P6     |      |                                     |   |
|   |   | VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL Y/O CONSEJERÍA FAMILIAR PARA COMPLETAR EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA Y REALIZAR INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL FAMILIAR/ AMBIENTAL. | 30% DE FAMILIAS DE ADOLESCENTES EN TRATAMIENTO POR DEPRESIÓN, CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS, RECIBEN VDI Y/O CONSEJERÍA FAMILIAR.<br>PROPUESTA DE META:<br>3 % DE FAMILIAS DE ADOLESCENTES EN TRATAMIENTO POR DEPRESIÓN, CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS, RECIBEN VDI Y/O CONSEJERÍA FAMILIAR. | (Nº DE ADOLESCENTES EN TRATAMIENTO POR DEPRESIÓN O POR CONSUMO PERJUDICIAL Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS CUYAS FAMILIAS RECIBEN VDI Y/O CONSEJERÍA FAMILIAR/Nº TOTAL DE ADOLESCENTES EN TRATAMIENTO POR DEPRESIÓN O POR CONSUMO PERJUDICIAL Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS) X 100 | SIGGES                      |      |                                     |   |
|   |   | DERIVACIÓN EFECTIVA DE ADOLESCENTES CON SÍNTOMAS PRESUNTIVOS DE UN PRIMER EPISODIO DE EQZ.  | 100% DE ADOLESCENTES CON SOSPECHA DE ESQUIZOFRENIA SON DERIVADOS A PSIQUIATRA.   | (Nº ADOLESCENTES INSCRITOS CON SOSPECHA DE PRIMER EPISODIO EQZ DERIVADOS A PSIQUIATRA/ Nº TOTAL DE ADOLESCENTES INSCRITOS) X 100   | SIGGES<br>REM A06<br>REM P6 |      |                                     |   |
|   |   | AUMENTAR LA COBERTURA DE ATENCIÓN A ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN.  | AUMENTAR EL NÚMERO DE ADOLESCENTES EN TRATAMIENTO POR DEPRESIÓN.<br><br>PROPUESTA DE META:<br>NO REALIZAREMOS POR FALTA DE CAPACITACIÓN DE EQUIPOS EN TEMAS DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES   | (Nº DE ADOLESCENTES QUE INGRESAN A TRATAMIENTO POR DEPRESIÓN / Nº TOTAL DE ADOLESCENTES CON DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN) X 100  | SIGGES                      |      |                                     | PROPUESTA DE META:<br>NO REALIZAREMOS POR FALTA DE CAPACITACIÓN DE EQUIPOS EN TEMAS DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES                  |
| 1 | Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas. | Atención odontológica integral a adolescentes de 12 años.   | ≥ 73% de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años, inscritos validados.<br>Logrado a septiembre de 2013 un 40% se propone Negociar esta meta y bajar a 50%  | (Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/ Nº total de adolescentes de 12 años inscritos y validados) x 100   | REM A09 Sección C           |      | Logrado a septiembre de 2013 un 40% | Negociar esta meta y bajar a 50%<br><br>Población difícil de pesquisar<br>Déficit de sillones dentales para la población validada |

| P  | OBJETIVOS  | ACTIVIDAD  | META  | INDICADOR   | FUENTE DEL INDICADOR                        | RRHH | ANALISIS CUANTITATIVO  | ANALISIS CUALITATIVO  |
|----|--|--|---|---|---|------|--|---|
|    |  | Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 12 años.                             | ≥ 100% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de COP a los 12 años de edad.<br>Propuesta:<br>Bajar a 95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de COP a los 12 años de edad. | (Nº de adolescentes de 12 años con registro de COP / Nº total de adolescentes de 12 años con ingreso a tratamiento) x100                              | REM A09 Sección C                           |      | 95% de los ingresos a tratamiento odontológico tiene registro de COP a los 12 años de edad | Dado problemas frecuentes con Internet y posible puesta en marcha de nuevos sistemas. |
| P2 | Incrementar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios.  | Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento de Asma Bronquial. | Aumentar en 10% la población bajo control adolescente en el Programa IRA.<br>Propuesta:<br>Aumentar en 5% la población bajo control adolescente en el Programa IRA.   | (Población adolescente bajo control actual – Población adolescente bajo control año anterior / Población adolescente bajo control año anterior) x 100 | REM P3 (2013-2012)<br>REM P3 2012 Sección A |      |  |   |
| P3 | Mejorar la calidad de atención en población adolescente crónica respiratoria bajo control en Programa IRA. | Categorizar por severidad a adolescentes crónicos respiratorios.                             | 100% de adolescentes bajo control en sala IRA con categorización de severidad por capacidad funcional.  | (Nº de adolescentes con categorización de severidad / Nº total de adolescentes bajo control en sala IRA) x100   | REM P3 Sección E<br>REM A23 Sección A       |      |  |   |
|    |  | Evaluar calidad de vida de adolescentes al ingreso del Programa IRA.                         | 60% de adolescentes cuenta con evaluación de calidad de vida al ingreso del Programa IRA.<br>Propuesta Bajar a un 30%   | (Nº de adolescentes con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa / Nº de adolescentes que ingresan al Programa IRA) x 100                | REM A23 Sección M<br>REM P3 Sección B       |      |  | Encuesta Extensa  |

**Ciclo Vital: SALUD DE LA PERSONAS ADULTAS**

**PROMOCIÓN**

| P  | Objetivo  | Actividad   | Meta   | Indicador   | Fuente del indicador   | RRHH | Análisis Cuantitativo | Análisis Cualitativo                             |
|----|---|---|--|---|--|------|-----------------------|--|
| NO | Promover el autocuidado en las personas de 20 años y más.               | Reuniones con la comunidad para difundir prácticas de alimentación saludable y de actividad física. | Incrementar al menos en 5 puntos porcentuales respecto al año anterior.  | (Nº de consejerías individuales en estilos de vida y autocuidado realizadas a personas adultas / Nº total de personas adultas inscritos) x100 | REM A19 Sección A<br>Población inscrita / validada               |      |                       | NO SE TIENE LINEA BASE;<br>NO ES POSIBLE APLICAR |
| P2 | Fomentar la disminución y abstinencia del consumo de tabaco en adultos. | Realizar consejerías breves antitabaco en todas las consultas y controles respiratorios del adulto. | 100% de las consultas y controles respiratorios de adultos de 20 a 64 años con consejería breve antitabaco.<br><br>Propuesta Bajar a 50% | (Nº de consejerías breves antitabaco realizadas / Nº total de consultas y controles respiratorios realizados) x 100                           | REM A23 Sección L1, A, B,C,D y E<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014 |      | Logrado en 2013 30.4% |  |

PREVENCIÓN

| P  | OBJETIVO   | ACTIVIDAD   | META   | INDICADOR   | FUENTE DEL INDICADOR  | RRHH   | ANALISIS CUANTITATIVO   | ANALISIS CUALITATIVO  |
|----|--|---|--|---|---|--|---|---|
| P1 | Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventiva del adulto (EMPA) en personas de 20 a 64 años. | Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo.<br><br>Realizar examen de medicina preventiva del adulto focalizado en hombres en edad productiva aplicando pauta de protocolo. | Incrementar en un 20% la cobertura de EMPA respecto a lo realizado el año anterior.<br><br>Incrementar en un 15% la cobertura de EMPA en hombres en edad productiva respecto a lo realizado el año anterior. | (Nº de EMPA realizados a población adulta beneficiaria / Población Total adulta beneficiaria) x 100.<br><br>(Nº de EMPA realizados a población adulta masculina en edad productiva / Población Total adulta masculina beneficiaria) x 100     | REM A02 Sección B Población beneficiaria<br><br>REM A02 Sección B Población masculina beneficiaria en edad productiva | Enfermero(a)<br>Nutricionista<br>Matrona<br>Kinesiología<br><br>Enfermero(a)<br>Nutricionista<br>Matrona<br>Kinesiología | Total de Empas a la fecha 10.1%<br><br>Logrado a la fecha 8.89% |   |
| P2 | Aumentar el número de usuarios, particularmente hombres, que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular.  | Control de Salud Cardiovascular.  | Aumentar en un 10% respecto al año anterior la cobertura de hombres bajo control en el PSCV.<br>Propuesta bajar a un 5%  | (Nº de hombres controlados en el PSCV / Población Total adulta masculina beneficiaria) x 100  | REM P4 Sección A Población adulta masculina beneficiaria  | Enfermero(a)<br>Nutricionista<br>Kinesiólogo   | Se incrementó un 8% en 2013                                     |   |
| P2 | Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 20 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular.             | Control de Salud Cardiovascular.  | 100% de las personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular de 20 y más años bajo control, está en tratamiento con AAS y estatinas.<br><br>Bajar a 75%                                     | (Nº de personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses / Nº total de personas bajo control con antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) x 100. | REM P4 Sección B y A  | Medico   | Logrado a la fecha 53.3%  | No toda la población bajo control requiere este tratamiento   |
| P2 | Aumentar el Nº de personas hipertensas compensadas con riesgo CV alto y muy alto.  | Control de Salud Cardiovascular.  | Aumentar en un 5% respecto al año anterior la cobertura de personas con hipertensión compensadas bajo control.<br><br>Bajar a un 3%  | (Nº de personas hipertensas con riesgo CV alto y muy alto compensadas / Nº total de personas con riesgo CV alto y muy alto) x 100   | REM P4 Sección B y A  | Enfermero(a)<br>Nutricionista<br>Médico  | Incremento entre 2012 y 2013 1.9%<br><br>Logrado a 2013 59.76%  |   |
| P2 | Aumentar el Nº de personas con diabetes compensadas con riesgo CV alto o muy alto.   | Control de Salud Cardiovascular.  | Aumentar 3% respecto al año anterior la cobertura de personas con diabetes compensadas bajo control.<br><br>Bajar a un 2%  | (Nº de personas diabéticas con riesgo CV alto y muy alto compensadas / Nº total de personas con riesgo CV alto y muy alto) x 100  | REM P4 Sección B y A  | Enfermero(a)<br>Nutricionista<br>Médico  | Logrado a 2013 41.5%  |   |
| P2 | Evaluar en PSCV a pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados, dentro de los primeros 3 meses post alta.  | Control de Salud Cardiovascular.  | Establecer línea base de pacientes adultos con ACV o IAM hospitalizados, que reciben evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta.  | (Nº de egresos hospitalarios adultos con ACV o IAM reciben evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta/ Nº total de egresos hospitalarios adultos con ACV o IAM) x 100  | SIDRA<br>DEIS Base de egresos hospitalarios   | SIDRA<br>DEIS Base de egresos hospitalarios  |   |   |
| P3 | Contribuir a la disminución de los factores de riesgo cardiovasculares asociados al síndrome metabólico, aportando a la prevención en adultos de 20 a 45 años.                         | Programa Vida Sana (PVS) destinado a adultos de 20 a 45 años.   | 50% de los adultos entre 20 a 45 años baja un 5% de su peso inicial al término de la intervención.   | (Nº de adultos de 20 a 45 años que disminuyen el 5% de su peso al término de la intervención / Total de adultos de 20 a 45 años que egresan del PVS)x 100   | Registro Programa Vida Sana – Obesidad  | EQUIPO VIDA SANA<br>OBESIDAD   |   | Mantención de Programa Vida Sana Obesidad<br><br>Equipo debe entregar informe de logros en base a esta información solicitada |

| P  | OBJETIVO   | ACTIVIDAD  | META  | INDICADOR   | FUENTE DEL INDICADOR  | RRHH                              | ANALISIS CUANTITATIVO                                      | ANALISIS CUALITATIVO   |
|----|--|--|---|---|---|-----------------------------------|--|--|
|    |  |  | 60% de adultos entre 20 a 45 años mejoran su condición física.  | (Nº Adultos de 20 a 45 años que egresan del PVS y que mejoran su condición física al término de la intervención/ Nº total de adultos de 20 a 45 años que egresan del PVS) x 100   | Registro Programa Vida Sana - Obesidad  | EQUIPO VIDA SANA OBESIDAD         |  | Mantenimiento de Programa Vida Sana Obesidad<br><br>Equipo debe entregar informe de logros en base a esta información solicitada |
| P3 | Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo. | Control de salud cardiovascular: Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año. | 100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.  | (Nº de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / Nº total de adultos bajo control en PSCV al corte) x 100  | REM P4 Sección B y A  | MEDICOS                           | Logrado 2013 19.5 % SUBREGISTRO                            | MEJORAR REGISTRO EN REZEBRA  |
| P2 | Aumentar cobertura de personas entre 20 y 64 años con hipertensión arterial.                     | Detección de personas hipertensas a través del EMP en consulta de morbilidad.  | Aumentar en un 15% la cobertura de personas adultas con hipertensión respecto al año anterior.  | (Nº de personas adultas con hipertensión, bajo control / Nº total personas adultas hipertensas esperados según prevalencia) x 100   | REM P4 Sección A Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (15,7%) | Enfermero(a) Nutricionista Médico | Logrado 2013 se incrementó un 14.5%                        |  |
| P2 | Aumentar la cobertura de personas entre 20 y 64 años con diabetes tipo 2.                        | Pesquisa a través del EMP en consulta de morbilidad.   | Aumentar en un 15% la cobertura de personas adultas con diabetes tipo 2 respecto al año anterior.   | (Nº de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control / Nº total de personas adultas con diabetes tipo 2 esperados según prevalencia) x 100  | REM P4 Sección A Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%)           | Equipo Cardiovascular             | Logrado 2013 se incrementó un 15%                          |  |
| NO | Mejorar la compensación de personas de 20 a 64 años no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto.  | Control de Salud.  | Aumentar en un 15% las personas de 20 a 64 años en el PSCV no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto con colesterol LDL<100mg/dl.  | (Nº personas de 20 a 64 años en el PSCV no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto riesgo con presión arterial <140/90 mmHg colesterol LDL <100mg/dl / Nº total de personas no diabéticas de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto al corte)x 100 | REM P4 Sección B y A  |                                   | Difícil medición   | NO SE TIENE LINEA BASE; NO ES POSIBLE APLICAR  |
| P1 | Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.      | Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona con diabetes, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.              | El 100% de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas a PSCV se les realiza examen de los pies, clasificación del riesgo de ulceración e intervención educativa correspondiente. | (Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x 100  | REM P4 Sección C y A  | Enfermera                         |  |  |
|    |  |  | 100% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.  | (Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado / Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100  | REM P4 Sección C  | Enfermera                         | 100% con procedimiento efectuado por profesional Enfermera | Se requiere actualización de Procedimientos con curso  |

| P  | OBJETIVO  | ACTIVIDAD  | META   | INDICADOR   | FUENTE DEL INDICADOR   | RRHH            | ANALISIS CUANTITATIVO                   | ANALISIS CUALITATIVO  |
|----|---|--|--|---|--|-----------------|---|---|
| P2 | Pesquisa de Tuberculosis en las personas de 15 a 64 años que presenten síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días. | Examen de baciloscopia en personas de 15 a 64 años, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días. | Baciloscopia en el 100% de personas de 15 a 64 años con síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días. | (Nº de baciloscopías de diagnóstico realizadas personas de 15 a 64 años / Nº total de consultas de morbilidad) x 100  | REM A10 Sección A<br>REM A04 Sección A                             | Equipo de salud |   |   |
|    |   |  |  | (Nº de bacilos copias de diagnóstico realizadas en personas de 15 a 64 años / Nº total de controles de salud) x 100   | REM A10 Sección A<br>REM A01 Sección B                             |                 |   |   |
| P1 | Garantizar la realización del examen de detección de VIH SIDA a personas de 20 y más años que lo solicitan voluntariamente o por indicación médica según criterios clínicos y/o epidemiológicos.    | Consejería post test para examen de detección de VIH/SIDA.   | 100% de los test de Elisa para VIH se realizan con consejería post test.   | (Nº de consejería post test de VIH realizadas en personas de 20 y más años / Nº total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100   | REM A19 Sección A.2<br>REM A11 Sección C1 y C2                     | Consejeras VIH  |   |   |
| P2 | Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.  | Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.   | Aumentar en un 20% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas con respecto al año anterior.<br><br>Establecer línea base                                     | (Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas / Nº total de consejería en actividades de promoción y prevención) x100  | REM A19 Sección A1<br>SUJETO A CAMBIO REM 2014                     |                 | Se desconoce porcentaje de cumplimiento |   |
| P2 | Promover conductas sexuales seguras en personas adultas.  | Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.   | 90% de las personas que asisten a consejería en prevención del VIH/SIDA/ITS reciben preservativos.   | (Nº de personas adultas que reciben preservativos en el marco de la consejería para la Prevención del VIH/SIDA e ITS / Nº de personas adultas que asisten a consejería para la Prevención del VIH/SIDA e ITS) x 100         | REM A19a Sección A1<br>SUJETO A CAMBIO REM 2014                    |                 |   |   |
| NO | Promover Sexo Seguro.   | Entrega de preservativos.  | Entrega de preservativos al 100% de las personas que ejercen el comercio sexual que asisten a control en prevención del VIH/SIDA e ITS.  | (Nº de personas que ejercen el comercio sexual que reciben preservativos en el marco de la Prevención del VIH/SIDA e ITS / Nº de personas que ejercen el comercio sexual en control de Prevención del VIH/SIDA e ITS) x 100 | REM A19 Sección C<br>REM P11 Sección C<br>SUJETO A CAMBIO REM 2014 |                 |   | Programa sin seguimiento en este Centro, solo derivación a Nivel secundario |
|    |   | Control de Salud en personas que ejercen comercio sexual.  | 70% de las personas que ejercen comercio sexual se les realizó control.  | (Nº de controles de salud sexual realizados a personas que ejercen comercio sexual / Nº total de personas que ejercen comercio sexual en control) x100  | REM A01 Sección C<br>REM A05 Sección R<br>SUJETO A CAMBIO REM 2014 |                 |   | Programa sin seguimiento en este Centro, solo derivación a Nivel secundario |

| P  | OBJETIVO  | ACTIVIDAD  | META  | INDICADOR  | FUENTE DEL INDICADOR  | RRHH            | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO  |
|----|---|--|---|--|---|-----------------|-----------------------|---|
| P2 | Aumentar la cobertura de atención a pacientes en domicilio portadores de enfermedades respiratorias crónica severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) de 20 a 64 años. | Visita domiciliaria de profesional a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) de 20 a 64 años. | Aumentar en 30% la cobertura de visitas a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) de 20 a 64 años. | (Nº de visitas domiciliarias realizadas a pacientes de 20 a 64 años con enfermedad respiratoria crónica severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) / Nº total de pacientes de 20 a 64 años con enfermedades respiratorias crónicas severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) bajo control ) x 100 | REM 23 Sección M<br>REM P3 Sección A<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014            | Kinesiologo     | Logrado 2013 11.7%    |   |
| NO | Disminuir la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas.   | Realizar visita en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.  | 50% de visitas realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio.   | (Nº de visitas domiciliarias realizadas a casos de 20 a 64 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de 20 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonía) *100   | REM 23 Sección M<br>Informe DEIS<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014                |                 |                       | ESCASES DE HORAS, PACIENTES GENERALMENTE FALLECIDOS EN HUAP |
| P2 | Aumentar la detección y prevenir el consumo de riesgo de alcohol en adultos.  | Aplicación de AUDIT en Examen de Medicina Preventiva (EMP)   | 10% de las personas de 20 a 64 años se aplica instrumento AUDIT   | (Nº de personas de 20 a 64 años con EMP realizado que se les aplica AUDIT / Nº total de personas de 20 a 64 años inscritos con EMP realizado) x 100  | REM A03, Sección J<br>Población de 20 a 64 años<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014 | Equipo de salud |                       |   |
|    |   | Intervención preventiva (intervención breve).  | 80% de los adultos con detección de consumo de riesgo (AUDIT entre 8 y 15) reciben intervención preventiva.   | (Nº de adultos inscritos con consumo de riesgo (AUDIT entre 8 y 15) que reciben intervención preventiva / Nº total de adultos inscritos) x 100   | REM A03, Sección J<br>Población de 20 a 64 años<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014 | Equipo de salud |                       |   |

TRATAMIENTO

| P  | OBJETIVO   | ACTIVIDAD  | META  | INDICADOR  | FUENTE DEL INDICADOR   | RRHH                                    | ANALISIS CUANTITATIVO                       | ANALISIS CUALITATIVO   |
|----|--|--|---|--|--|---|---|--|
| P2 | Aumentar la cobertura efectiva de personas hipertensas de 20 a 64 años.  | Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento.  | Al menos 3% de incremento de cobertura efectiva de los hipertensos de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respecto al año anterior.  | (Nº de personas hipertensas de 20 a 64 años bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg / Nº total de personas hipertensas de 20 a 64 años esperadas según prevalencia) x 100  | REM P4 Sección B Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (15,7%)  | Enfermero(a)<br>Nutricionista<br>Médico | Entre 2013 y 2012 se aumenta un 7.8%        |  |
| P2 | Aumentar la cobertura efectiva de personas con DM2 de 20 a 64 años.  | Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento.  | Incrementar en un 2% la cobertura efectiva de personas de 20 a 64 años con DM2 (HbA1c<7%) respecto de lo logrado el año anterior.   | (Nº de personas con diabetes de 20 a 64 años con HbA1c <7% según último control / Nº total de personas de 20 a 64 años con DM2 esperados según prevalencia x 100   | REM P4 Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%)  | Enfermero(a)<br>Nutricionista<br>Médico | Entre 2013 y 2012 se aumenta un 8.9%        |  |
| P2 | Aumentar la compensación en personas diabéticas de 20 a 64 años con riesgo cardiovascular alto y muy alto.                                   | Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento.  | Aumentar en un 10% las personas con diabetes de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c<7%, y PA <130/80mm Hg bajo control en PSCV.<br><br>Propuesta bajar a un 5%  | (Nº personas con diabetes de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7% y PA < 130/80 mmHg, en el último control, bajo control en PSCV / Nº total de personas con diabetes de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto al corte de bajo control en PSCV) x 100. | REM P4 Sección B y A   | Enfermero(a)<br>Nutricionista<br>Médico | Cobertura de Diabéticos a la fecha: 41.10%. | Para el años 2013 se solicitó un aumento de 1%, si bien hemos tenido buenos indicadores aumentar un 10% es una gran exigencia. |
|    |  | Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento.  | Aumentar en un 10% las personas con diabetes de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c<7%, y PA <130/80mm Hg y Colesterol LDL<100 mg/dl.<br><br>Propuesta establecer una línea base o disminuir a un 5% este aumento | (Nº personas con diabetes de 20 a 64 de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7%, PA < 130/80 mmHg y Colesterol LDL < 100 mg/dl, en el último control / Nº Total de personas con diabetes de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto al corte bajo control en PSCV) x 100.   | REM P4 Sección B y A   | Enfermero(a)<br>Nutricionista<br>Médico | No contamos con este dato                   |  |
| NO | Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas diabéticas de 20 a 64 años en al menos un centro centinela del Servicio de Salud. | Control de Salud Cardiovascular: Al menos una evaluación de la calidad de la atención del paciente con DM en los últimos 12 meses. | 100% de las personas entre 20 a 64 años bajo control en los centros centinela del Servicio de Salud están ingresadas a un sistema electrónico para medir periódicamente la calidad de la atención otorgada.                       | (Nº de personas con diabetes de 20 a 64 años bajo control en PSCV en los centros centinela con evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / Nº total de personas con diabetes bajo control en los centros centinela al corte) x 100.                     | QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención<br>REM P4 Sección A |   |   | Ces Padre Orellana NO CORRESPONDE A CENTRO CENTINELA   |

| P  | OBJETIVO  | ACTIVIDAD   | META   | INDICADOR   | FUENTE DEL INDICADOR  | RRHH                           | ANALISIS CUANTITATIVO   | ANALISIS CUALITATIVO   |
|----|---|---|--|---|---|--------------------------------|---|--|
| NO | Identificar a las personas no diabéticas bajo control en PSCV con riesgo cardiovascular alto o muy alto para intensificar su tratamiento. | Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento.                                     | Aumentar en un 10% las personas "no diabéticos" de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto bajo control en PSCV con colesterol LDL<100mg/dl.     | (Nº personas de 20 a 64 años no diabéticos de riesgo CV alto y muy alto bajo control en PSCV con colesterol LDL<100mg/dl Col. LDL < 100 mg/dl en el último control / Nº total de personas no diabéticas de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto al corte bajo control en PSCV) x 100 | REM P4 Sección B y A  |                                |   | NO SE TIENE LINEA BASE; NO ES POSIBLE APLICAR.<br><br>Difícil medición y extracción del dato |
| P2 | Vigilancia de tuberculosis en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH.  | Examen de baciloscopia.   | 100% de adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH con examen BK realizado.   | (Nº de BK de diagnóstico realizadas a personas de 15 a 64 años / Nº total de consultas médicas por patologías respiratorias y/o VIH) x 100  | REM A10 Sección A<br>REM A04 Sección A  | Kinesiologo<br>Equipo de salud |   |  |
| P2 | Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.  | Mamografía a mujeres de 50 a 54 años AUGE.  | Incrementar 10% con respecto año anterior la cobertura de mamografía en mujeres de 50 a 54 años.   | (Nº de mujeres de 50 a 54 años con mamografía vigente/ Nº total de mujeres de 50 a 54 años inscritas) x100  | Rem P12 Sección C<br>Población de mujeres de 50 a 54 años                     | Matronas Médicos               | Logrado entre 2013 y 2012 un 22.9%  |  |
| P1 | Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino.  | PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años AUGE y EMPA.                         | Alcanzar un 80% de Cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años. Propuesta bajar a un 65%  | (Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente / Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas) x 100   | Citoexpert REM P12<br>Sección A Población de mujeres de 25 a 64 años          | Matronas                       | Medir cobertura actual<br>Total de Pap efectuados vigentes 2738 (población de mujeres de 25 a 64 años=5512) cobertura de Pap 49.17% |  |
| P2 | Incrementar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios.   | Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica. | Aumentar en 10% la Población bajo control de 20 a 64 años en el Programa ERA. (Asma, EPOC y otras respiratorias crónicas).<br>Propuesta bajar a 5% | ((Población adulta de 20 a 64 años bajo control actual – Población adulta de 20 a 64 años bajo control año anterior) / Población adulta de 20 a 64 años bajo control año anterior ) x 100   | REM P3(2013-2012)<br>REM P3 2012<br>Sección A<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014 | Kinesiólogo<br>Médico          | Población bajo control a la fecha: 119 personas   |  |
| P2 | Mejorar la calidad de Atención en población crónica respiratoria bajo control.  | Categorizar por severidad a pacientes crónicos respiratorios.                     | 100% de adultos de 20 a 64 años bajo control en sala ERA con categorización de severidad por capacidad funcional.<br>Propuesta bajar a un 60%      | (Nº de adultos de 20 a 64 años con categorización de severidad / Nº total de adultos de 20 a 64 años bajo control en sala ERA) x 100  | REM P3 Sección A<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014                              | Kinesiologo                    |   | Mucha inasistencia a controles<br>Población con alta movilidad y domicilios fuera de comuna  |
|    |   | Evaluar calidad de vida al ingreso del Programa ERA                               | 60% cuenta con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa ERA<br>Propuesta Bajar a 30%  | (Nº de adultos de 20 a 64 años con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa / Nº de adultos de 20 a 64 años ingresados) x 100  | REM A23 Sección N<br>REM P3 Sección B<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014         | Kinesiólogo                    |   | Debe definirse por el Ministerio cual encuesta utilizar.                                     |
| P2 | Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años (GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años).                 | Atención odontológica integral del adulto de 60 años.                             | ≥ 50 % de cobertura en altas totales Odontológicas en adultos de 60 años inscritos validados.  | (Nº de Altas totales odontológicas de adultos de 60 años total / Total de adultos de 60 años inscritos y validados) x100  | REM A09 Sección C<br>Población de 60 años inscritos validados                 | Odontólogos (Dr Valdes)        | Logrado a la fecha un 41%   |  |

| P   | OBJETIVO   | ACTIVIDAD  | META   | INDICADOR   | FUENTE DEL INDICADOR                                    | RRHH                                 | ANALISIS CUANTITATIVO                       | ANALISIS CUALITATIVO   |
|---|--|--|--|---|---|--------------------------------------|---|--|
| COSAM                                     | Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias. | Aumentar la cobertura de atención a personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.  | Aumentar en 15% el ingreso a tratamiento de personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias.<br><br>Propuesta bajar a un 5%   | (Nº de personas entre 20 y 64 años que ingresan a tratamiento por problemas mentales / Nº total de personas entre 20 y 64 años inscritas) x 100   | REM A05<br>Población de 20 a 64 años inscritas          | Cosam?                               |   | Sería importante definir qué tipo de trastornos mentales.<br><br>Ver pertinencia en relaciona COSAM            |
|   |  | Aumentar la cobertura de atención a personas entre 20 y 64 años con depresión leve, moderada o grave.  | Aumentar en 15% el ingreso a tratamiento de personas entre 20 y 64 años con depresión leve, moderada o grave.  | Nº de personas entre 20 y 64 años que ingresan a tratamiento por depresión leve, moderada o grave / Nº personas entre 20 y 64 años inscritas) x 100   | SIGGES<br>Población de 20 a 64 años inscritas           | Equipo Salud y psicólogas            | Población bajo control a Junio de 2013= 275 |  |
|   |  | Visita Domiciliaria Integral para completar evaluación diagnóstica por depresión y realizar intervención psicosocial familiar/ ambiental cuando corresponda. | 30% de familias con miembro con Depresión ingresado a tratamiento, reciben VDI y/o Consejería familiar.<br><br>Propuesta priorizar Depresiones Severas o moderadas que requieran derivación a nivel más especializado. Establecer línea base | (Nº de personas de 20 a 64 años en tratamiento por depresión que reciben visitas domiciliarias / Nº total de personas de 20 a 64 años en tratamiento por depresión) x 100   | SIGGES<br>REM P6 Sección A                              | Psicologa Asistente Social<br>Equipo | Sin medicion                                | VISITA DOMICILIARIA RECURSO ESCASO,  |
| COSAM<br><br>Sin espacio para consultoría | Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas o trastornos mentales y sus familias. | Aumentar la cobertura de atención a personas entre 20 y 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más).                 | Aumentar en 15% el ingreso a tratamiento de personas de 20 a 64 años con consumo perjudicial o dependencia de alcohol (AUDIT de 16 puntos o más).  | (Nº de personas de 20 a 64 años que ingresan a tratamiento por consumo perjudicial o dependencia (AUDIT de 16 puntos o más) / Nº total de personas de 20 a 64 años inscritas) x 100   | REM A03 Sección J<br>Población de 20 a 64 años inscrita | COSAM                                |   | ACTIVIDAD CONCENTRADA EN COSAM, NO SE CUENTA CON ESTADISTICA, ESCASES DE HORAS INGRESO. NO DEPENDE DEL EQUIPO. |
|   |  | Consultoría de Especialidad.   | Consultoría al equipo de APS en el 10% de las personas de 20 a 64 años en tratamiento por problemas o trastornos mentales.   | (Nº de personas de 20 a 64 años en tratamiento por problemas o trastornos mentales que son incluidas en las consultorías de especialidad / Nº total de personas de 20 a 64 años en tratamiento por problemas o trastornos mentales) x 100 | REM A06 Sección A2<br>REM P6 Sección A                  | COSAM                                |   | ESPACIO PARA PRESENTACION DE PACIENTES MUY RESTRINGIDO<br><br>Se requiere equipo capacitado                    |

REHABILITACIÓN

| P   | OBJETIVO   | ACTIVIDAD   | META   | INDICADOR  | FUENTE DEL INDICADOR | RRHH | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO   |
|---|--|---|--|--|----------------------|------|-----------------------|--|
| NO SE CUENTA CON SALAS DE REHABILITACION PULMONAR | Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control. | Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión al programa. | 10% de pacientes EPOC con criterios de inclusión que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar de baja intensidad. | (Nº de usuarios con EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado / Nº de adultos EPOC bajo control en sala ERA) x 100 | REM P3 Sección E y A |      |                       | NO SE CUENTA CON SALAS DE REHABILITACION PULMONAR<br><br>SE DERIVA A Cesfam Arauco |

Ciclo Vital: SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES

PROMOCIÓN

| P  | OBJETIVO ESPECÍFICO  | ACTIVIDAD   | ETA  | INDICADORES   | MONITOREO   | RRHH                          | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO                                   |
|----|--|---|--|---|---|-------------------------------|-----------------------|--|
| P3 | Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco en las personas de 65 años y más. | Realizar consejerías breves antibabaco en todas las consultas y controles respiratorios de las personas de 65 años y más.               | 100% de las consultas y controles respiratorios de las personas de 65 años y más con consejería breve antibabaco.<br><br>Propuesta disminuir a un 5% | (Nº de consejerías breves antibabaco realizadas a personas de 65 años y más / Nº total de consultas y controles respiratorios realizados) x 100         | REM A23 Sección L1, A,B,C,D,E<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014   | Kinesiólogo<br>Medico         | logrado 0.7%          | Incrementar uso de registros de consejerías en Rezebra |
| p2 | Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.          | Reuniones con la comunidad para difundir Prácticas de alimentación saludable y de actividad física.                                     | Incrementar al menos en 5 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.   | (Nº de personas de 65 años y más que al momento de corte 2012, se encuentran en actividad física/ Nº Total de personas de 65 años y más inscritos)x 100 | REM P5 Sección D Población inscrita Validada<br><br>Además de llevará registro local de las asistencias y compromisos suscritos por los AM. | Profesora de actividad física | Logrado 2.58%         | Incrementar uso de registros de consejerías en Rezebra |
|    |  |   |  | (Nº de consejerías individuales en actividad física realizadas a personas de 65 y más años / Nº total de AM inscritos) x 100                            | REM A19 Sección A Población inscrita validada   | Enfermeras                    | Logrado 0.038%        | Incrementar uso de registros de consejerías en Rezebra |
|    |  |   |  | (Nº de consejerías individuales en estilos de vida y autocuidado realizadas a personas de 65 y más años / Nº total de AM inscritos) x 100               | REM A19 Sección A Población inscrita validada   | Enfermeras                    | Logrado 0.74%         | Incrementar uso de registros de consejerías en Rezebra |
|    |  | Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMP en las personas de 65 años y más como acción de detección precoz del riesgo. | Incrementar al menos en 3 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.   | (Nº de personas de 65 años y más autovalentes bajo control/ Nº total de AM bajo control) x 100  | REM P5 Sección A  | En Programa de Promoción      |                       |  |

PREVENCIÓN

| P  | OBJETIVO ESPECÍFICO  | ACTIVIDAD  | META   | INDICADORES   | MONITOREO  | RRHH      | ANÁLISIS CUANTITATIVO                                   | ANÁLISIS CUALITATIVO                                       |
|----|--|--|--|---|--|-----------|---|--|
| P1 | Prevenir la dependencia en las personas de 65 años y más con factores de riesgo detectados en el EMP del Adulto mayor.   | Realización de Examen de Medicina Preventiva del adulto mayor.   | Incrementar a lo menos en un 15% el EMP del AM respecto al año anterior.<br><br>Propuesta bajar a un 10%   | (Nº de personas de 65 y más años con examen de medicina preventiva vigente / Población inscrita de 65 y más años) x 100   | REM A02 Sección B Población inscrita de 65 y más años validada | Enfermera | Se logra incrementar en un 11%. Con cobertura de Un 53% |  |
| P3 | Brindar atención integral y oportuna a las personas de 65 años y más con sospecha de riesgo psicosocial.   | Intervención Preventiva o Terapéutica en personas de 65 años y más con sospecha de maltrato según protocolo local.                                       | 100% de las personas de 65 años y más detectadas con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.  | (Nº de personas de 65 años y más bajo control con sospecha de maltrato / Nº de población inscrita validada de 65 años y más) x 100  | REM P5 Sección C Población de 65 años y más inscrita validada  | Equipo    | Difícil medir por REM                                   |  |
|    |  | Intervención Preventiva o Terapéutica en las personas de 65 años y más y sus familias que presentan consumo o riesgo de consumir alcohol u otras drogas. | 100% de las personas de 65 años y más detectadas con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.  | (Nº de personas de 65 años y más bajo control con consumo o en riesgo de consumir alcohol u otras drogas / Nº de población de 65 años y más inscrita) x 100   | REM P6 Sección A Población de 65 años y más inscrita validada  | Equipo    | Difícil medir por REM                                   |  |
| P2 | 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.                         | 100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.<br><br>Propuesta bajar a un 85%                           | (Nº 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) x 100  | REM P4 Sección A   | Medicos   | Logrado a la fecha 81%                                  | Considerar niveles de inasistencia y abandonan el programa |
| no | Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan microalbuminuria (RAC ≥30 mg/grs.).                    | Control de Salud Cardiovascular.   | 100% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan microalbuminuria está en tratamiento con IECA o ARA II.                                       | (Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con microalbuminuria 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 microalbuminuria al corte) x 100   | REM P4 Sección B<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014               | Medico    | Difícil medir NO ESTA EN REM                            |  |
| P3 | Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 65 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular. | Control de Salud Cardiovascular.   | 100% de las personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular de 65 y más años bajo control en PSCV, está en tratamiento con AAS y estatinas.<br><br>Bajar a 40% | (Nº de personas de 65 años y más con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses / N° total de personas de 65 años y más bajo control en PSCV con el antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) x 100 | REM P4 Sección B y A   | Medico    | Logrado un 37%  |  |

| P  | OBJETIVO ESPECÍFICO  | ACTIVIDAD   | META  | INDICADORES   | MONITOREO  | RRHH   | ANALISIS CUANTITATIVO           | ANALISIS CUALITATIVO |
|----|--|---|---|---|--|--------|---------------------------------|----------------------|
| P2 | Pesquisa de Tuberculosis en las personas de 65 años y más que presenten síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días. | Examen de baciloscopia en personas de 65 años y más, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días. | Baciloscopia en el 100% de personas de 65 años y más con síntomas respiratorios, con tos periódica permanente por más de 15 días o intermitente de tres episodios al año por 10 días. | (Nº de baciloscopías de diagnóstico realizadas personas de 65 años y mas / Nº total de consultas de morbilidad) x 100<br><br>(Nº de bacilos copias de diagnóstico realizadas en personas de 65 años y más / Nº total de controles de salud) x 100 | REM A10 Sección A<br>REM A04 Sección A<br><br>REM A10 Sección A<br>REM A01 Sección B   | Equipo |                                 |                      |
| P3 | Aumentar cobertura de vacuna neumocócica polisacárida 23 valente en los usuarios de 65 años de edad.   | Administración de una dosis de vacuna neumocócica polisacárida a los usuarios de 65 años de edad.   | Incrementar en un 50% la Cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior.   | (Nº de personas de 65 años vacunadas / Nº Total de personas de 65 años de la comuna) x 100  | REM C13<br>Población inscrita validada   |        |                                 |                      |
| P3 | Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.  | Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM.<br><br>Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM.                                  | Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.<br><br>Bajar a un 8%  | (Nº de personas de 70 años y más que reciben PACAM/ Nº total de personas de 70 años y más bajo control) x 100   | REM D16 Sección B<br>REM P5 Sección A  |        | Logrado 7%                      |                      |
| P2 | Aumentar la cobertura de personas de 65 años y más con hipertensión arterial.  | Detección de personas hipertensas a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.   | Incrementar a lo menos en un 15% la cobertura de personas de 65 años y más con hipertensión arterial respecto al año anterior.<br><br>Bajar a un 3%                                   | (Nº de personas de 65 años y más con hipertensión, bajo control en PSCV/ Nº total personas de 65 años y más hipertensos esperados según prevalencia) x 100  | REM P4 Sección A<br>Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%) | Equipo | Se logra incrementar un 1%      |                      |
| P2 | Aumentar la cobertura de personas de 65 años y más con diabetes tipo 2.  | Detección de las personas de 65 años y más con DM2 a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.  | Incrementar a lo menos en un 15% la cobertura de la población de 65 años y más con diabetes tipo 2 bajo control con respecto al año anterior.<br><br>Bajar a un 10%                   | (Nº de personas de 65 años y más con DM2, bajo control en PSCV/ Nº total de personas de 65 años y más diabéticos esperados según prevalencia) x 100   | REM P4 Sección A<br>Población estimada Según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)           | Equipo | Se incrementa en un 10%         |                      |
| P3 | Evaluar en PSCV a personas de 65 años y más con ACV o IAM hospitalizados, dentro de los primeros 3 meses post alta.  | Control de salud cardiovascular.  | Establecer línea base de personas de 65 años y más con ACV o IAM hospitalizados, que reciben evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta.                               | (Nº de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM reciben evaluación en AP dentro de los primeros 3 meses post alta/ Nº total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM) x 100                    | SIDRA<br>DEIS Base de egresos hospitalarios  | Equipo | Difícil medición NO ESTA EN REM |                      |

| P  | OBJETIVO ESPECÍFICO  | ACTIVIDAD  | META  | INDICADORES   | MONITOREO  | RRHH        | ANALISIS CUANTITATIVO        | ANALISIS CUALITATIVO                   |
|----|--|--|---|---|--|-------------|------------------------------|--|
| P3 | Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más.   | Realizar examen para VIH a personas de 65 años y más que lo requiera.  | Establecer línea base de personas de 65 años y más con examen de VIH.   | (Nº total de exámenes para VIH realizados en personas de 65 años y más / Nº total de personas de 65 años y más en control) x 100  | REM A11 Sección B2<br>REM P5 Sección A<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014   |             |                              |  |
| P3 | Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS.  | Entrega de información y cartilla educativa de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos.  | 40% de personas de 65 años y más, reciben información y cartilla educativa sobre prevención del VIH/SIDA e ITS.   | (Nº total de personas mayores de 65 años que reciben consejería y cartilla educativa para la prevención del VIH/SIDA e ITS / Nº total de personas de 65 años y más bajo control) x 100  | REM A19 Sección A1<br>REM P5 Sección A<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014   | Equipo      | Difícil medir no está en REM | El Ministerio debe proveer este insumo |
| P2 | Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en EMPAM.   | Realizar control de seguimiento a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y con riesgo de dependencia por un profesional del equipo de salud dentro de los primeros 6 meses realizado EMPAM. | 80% de las personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia, cuentan con control de seguimiento efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el EMPAM.                            | (Nº de personas de 65 años y más con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de seguimiento efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el EMPAM / Nº de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con EMPAM vigente) x 100  | REM A01 Sección C<br>REM A02 Sección E.1<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014 | Enfermeras  |                              |  |
| P3 | Aumentar la cobertura de atención en domicilio a personas de 65 años y más, portadores de enfermedades respiratorias crónica severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA). | Visitas domiciliarias a personas de 65 años y más portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA).                               | Establecer línea base e incrementar en 15% la cobertura de visitas a personas de 65 años y más portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA). | (Nº de visitas domiciliarias realizadas a personas de 65 años y más con enfermedad respiratorio crónica severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) / Nº total de personas de 65 años y más con enfermedades respiratorias crónicas severa y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNIA, AVIA) bajo control) x 100 | REM A23 REM P3<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014                           | Kinesiólogo |                              |  |
| NO | Disminuir la tasa de mortalidad por infecciones respiratorias agudas.  | Realizar encuestas de muerte por neumonía en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.  | Realización de encuestas a lo menos al 50% de los familiares de fallecidos por neumonía en domicilio.   | (Nº de encuestas realizadas a familiares de personas de 65 y más años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de personas de 65 y más años que fallecen en domicilio por neumonía) x 100   | REM A23 Sección M DEIS<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014                   |             | No esta en REM               | Se desconoce este dato                 |

TRATAMIENTO

| P  | OBJETIVO ESPECÍFICO  | ACTIVIDAD   | META  | INDICADORES   | MONITOREO  | RRHH      | ANÁLISIS CUANTITATIVO | ANÁLISIS CUALITATIVO |
|----|--|---|---|---|--|-----------|-----------------------|----------------------|
| P2 | Aumentar la cobertura efectiva de personas de 65 años y más con PA inferior a 140/90 mm Hg en el último control. | Control de Cardiovascular. Salud  | A lo menos un 3% de incremento de cobertura efectiva de personas de 65 años y más hipertensas con PA <140/90 respecto al año anterior.  | (Nº de personas de 65 años y más hipertensas con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ Nº total de personas de 65 años y más hipertensas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100  | REM P04 Sección B Población estimada Según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%) | Equipo    | Logrado un 2.30%      |                      |
| P2 | Aumentar la cobertura efectiva de personas de 65 años y más con Hb1Ac < 7% en el último control.                 | Control de Cardiovascular. Salud  | A lo menos un 2% de incremento de cobertura efectiva de personas de 65 años y más diabéticos con Hb1Ac <7% respecto al año anterior.  | (Nº de personas de 65 años y más diabéticos con Hb1Ac <7% / Nº total de personas diabéticas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100   | REM P04 Sección B Población estimada Según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)           | Equipo    | Logrado un 12%        |                      |
|    |  | Control de Cardiovascular. salud  | Aumentar respecto al año anterior a lo menos en un 10% las personas con diabetes de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c <7%, y PA <130/80mm Hg bajo control en PSCV.                   | (Nº personas con diabetes de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c <7% y PA < 130/80 mmHg, en el último control, bajo control en PSCV / Nº total de personas con diabetes de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto al corte de bajo control en PSCV) x 100      | REM P4 Sección B REM P4 Sección A  |           |                       |                      |
| P2 | Aumentar la cobertura efectiva de personas de 65 años y más con Hb1Ac < 7% en el último control.                 | Control de Cardiovascular. salud  | Aumentar respecto al año anterior a lo menos en un 10% las personas con diabetes de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c <7%, y PA <130/80mm Hg y Col LDL <100mg/dl.                    | (Nº personas con diabetes de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c <7%, PA < 130/80 mmHg y Col LDL < 100 mg/dl, en el último control) / Nº total de personas con diabetes de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto al corte bajo control en PSCV) x 100.        | REM P4 Sección B REM P4 Sección A  |           |                       |                      |
| P1 | Mejorar la calidad de atención de las personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV.              | Detección de personas diabéticas de 65 y más años bajo control con riesgo de ulceración o amputación del pie. | 100% de las personas de 65 años y más diabéticos bajo control han sido evaluadas y clasificadas según nivel de riesgo de ulceración o amputación del pie en los últimos 12 meses.<br><br>Bajar a un 90% | (Nº de personas de 65 años y más diabéticos que han sido evaluados según nivel de riesgo de ulceración o amputación de pie) en los últimos 12 meses/ Nº Total de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso al programa al corte ) x 100 | REM P4 Sección C y A   | Enfermera | Logrado 70%           |                      |

| P      | OBJETIVO ESPECÍFICO   | ACTIVIDAD   | META  | INDICADORES   | MONITOREO  | RRHH | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO      |
|--------|---|---|---|---|--|------|-----------------------|---------------------------|
|        |   | Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos). | 80% de las personas de 65 años y más diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.  | (Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses) x 100.                                     | QUALIDIAB-Chile<br>REM P4 Sección C y A  |      |                       |                           |
|        |   | Examen de Fondo de ojo a los 6 meses del ingreso al PSCV por diabetes.  | Al 80 % de las personas de 65 años y más diabéticas a los 6 meses desde su ingreso al PSCV tienen un examen de fondo de ojo.  | (Nº de personas de 65 años y más diabéticas ingresadas al PSCV con fondo de ojo realizado a los 6 meses / Nº total de personas de 65 años y más bajo control en el PSCV por diabetes)x 100  | REM P4 Sección C y A<br>REM A05 Sección G<br>QUALIDIAB-Chile   |      |                       |                           |
| NO     | Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas diabéticas de 65 y más años en PSCV en al menos un centro centinela del Servicio de Salud. | Medición periódica de la actividad con personas de 65 años y más diabéticos en el centro centinela.   | 100% de personas de 65 años y más bajo control en PSCV del centro centinela del Servicio de Salud están ingresadas a un sistema electrónico para medir periódicamente la calidad de la atención otorgada. | (Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV del centro centinela evaluadas para determinar la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / (Nº total de personas de 65 años y más diabéticos, bajo control en PSCV en el centro centinela al corte) x 100 | QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención en centro centinela |      |                       | No somos centro centinela |
| P3     | Identificar a las personas no diabéticas bajo control en PSCV con riesgo cardiovascular alto o muy alto para intensificar su tratamiento.             | Control de salud Cardiovascular.  | Aumentar respecto al año anterior a lo menos en un 10 % las personas de 65 años y más "no diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con PA <140/90mm Hg y colesterol LDL <100 mg/dl bajo control en PSCV.  | (Nº personas de 65 años y más no diabéticos de riesgo CV alto y muy alto con PA < 140/90 mmHg y Col. LDL < 100 mg/dl en el último control / Nº total de personas no diabéticas de 65 años y más de riesgo CV alto y muy alto al corte) x 100  | REM P4 Sección B REM P4 Sección A  |      |                       |                           |
| COSA M | Brindar atención integral y oportuna a personas de 65 años y más con problemas o trastornos mentales y sus familias.                                  | Intervención Terapéutica en alcohol y drogas a las personas de 65 años y más.   | 90 % de las personas de 65 años y más con consumo perjudicial o dependencia de alcohol reciben intervención terapéutica o son derivados según corresponda.  | (Nº de personas de 65 años y más inscritas y con consumo perjudicial o dependencia reciben intervención terapéutica o son derivados / Nº total de personas de 65 años y más inscritas) x 100  | REM A05 Sección M<br>REM P6 Sección A  |      |                       |                           |

| P   | OBJETIVO ESPECÍFICO   | ACTIVIDAD  | META   | INDICADORES   | MONITOREO   | RRHH | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
|-----|---|--|--|---|---|------|-----------------------|----------------------|
|     |   |  | 90 % de las personas de 65 años y más con consumo perjudicial o dependencia a drogas reciben intervención terapéutica o son derivados según corresponda. | (N° de personas de 65 años y más inscritas y con consumo perjudicial o dependencia a drogas que reciben intervención terapéutica o son derivados / N° total de personas de 65 años y más inscritas) x 100                     | REM A05 Sección M<br>REM P6 Sección A                             |      |                       |                      |
|     |   | Tratamiento y seguimiento a personas de 65 años y más con depresión.   | 100% de personas de 65 años y más con depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento según algoritmo GPC.  | (N° de personas de 65 años y más ingresadas por depresión que reciben tratamiento en GES / N° de personas de 65 años y más inscritas) x 100   | SIGGES<br>REM P6 Sección A  |      |                       |                      |
|     |   | Consulta médica para diagnóstico de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.                 | Aumentar la cobertura de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias que ingresan a tratamiento.   | (N° de personas de 65 años y más que ingresan a tratamiento por Alzheimer y otras demencias / Población inscrita personas de 65 años y más) x 100   | REM P6 Sección A REM A05 Sección K Población inscrita             |      |                       |                      |
| P2  | Incrementar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios en personas de 65 años y más.       | Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica a usuarios de 65 años y más. | Aumentar en 10% la población de 65 años y más bajo control en el Programa ERA.   | (Población de 65 años y más bajo control actual – Población de 65 años y más bajo control año anterior) / Población de 65 años y más bajo control año anterior) x 100 (Patologías Asma, EPOC, y otras respiratorias crónicas) | REM P3 Sección A<br>SUJETO A CAMBIO REM 2014                      |      |                       |                      |
| P2  | Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control de 65 y más años. | Categorizar por severidad a usuarios crónicos respiratorios de 65 y más años.                                  | 100% de personas de 65 años y más bajo control en sala ERA con categorización de severidad por capacidad funcional.                                      | (N° de personas de 65 años y más con categorización de severidad / N° total de personas de 65 años y más bajo control en sala ERA) x 100  | REM P3 Sección A<br>SUJETO A CAMBIO REM 2014                      |      |                       |                      |
| P22 | Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control de 65 y más años. | Evaluar calidad de vida al ingreso al Programa ERA.  | 60% cuenta con evaluación de calidad de vida al ingreso al programa ERA.<br><br>Bajarán un 30%   | (N° de personas de 65 años y más con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa ERA/ N° de personas de 65 años y más ingresados al Programa ERA) x 100   | REM A23 Sección N<br>REM P3 Sección B<br>SUJETO A CAMBIO REM 2014 |      |                       |                      |

| P  | OBJETIVO ESPECÍFICO   | ACTIVIDAD   | META  | INDICADORES   | MONITOREO  | RRHH   | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
|----|---|---|---|---|--|--------|-----------------------|----------------------|
| P2 | 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. | 100% de los adultos mayores de 65 años y más, atendidos antes de las 24 horas luego de derivación médica por NAC de manejo ambulatorio.   | (Nº de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/Nº de casos en personas de 65 años y más con inicio de garantía por tratamiento kinésico) x 100 | SIGGES   |        |                       |                      |
| P2 | Atención integral de la persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos), con demencia y/o en riesgo psicosocial. | Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos).     | 100% de las familias con persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos) con VDI.<br><br>Propuesta establecer línea base | (Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos) / Nº total de persona de 65 años y más con dependencia (excluye a los severos) ) x 100                                     | Rem A26 Sección A<br>SUJETO A CAMBIO<br>REM 2014 | Equipo |                       |                      |
|    |   | Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con persona de 65 años y más con demencia.                                | 100% de las familias con persona de 65 años y más demencia con VDI.   | (Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con demencia / Nº total de persona de 65 años y más con demencia) x100   | Rem A26 Sección A<br>SUJETO A CAMBIO<br>REM 2014 |        |                       |                      |
|    |   | Visitas domiciliarias integrales (VDI) a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial.                      | 100% de las familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial con VDI.   | (Número de VDI a familias con persona de 65 años y más con riesgo psicosocial / Nº total de persona de 65 años y más con riesgo psicosocial) x 100  | Rem A26 sección A<br>SUJETO A CAMBIO<br>REM 2014 |        |                       |                      |

REHABILITACIÓN

| P  | Objetivo Específico   | Actividad  | Meta  | Indicadores   | MONITOREO                                      | RRHH | Análisis Cuantitativo | Análisis Cualitativo   |
|----|---|--|---|---|--|------|-----------------------|--|
| NO | Aumentar el número de personas de 65 años y más que reciben rehabilitación integral con base comunitaria.                 | Organizar grupos de personas de 65 años y más para realizar actividades de rehabilitación en Salas de RBC, RI u hospitales Comunitarios.   | Incrementar en un 3% con respecto al año anterior.  | (Nº de personas de 65 años y más integrados a grupos de rehabilitación en Salas de RBC, RI u hospitales Comunitarios/ Nº total de personas de 65 años y más bajo control) x 100 | REM A28 Sección A<br>REM P5 Sección A          |      |                       | No se cuenta con sala de rehabilitación en el Polo se deriva a Cesfam Arauco |
| No | Prevenir la progresión de la discapacidad de personas de 65 años y más que egresen del hospital con valoración funcional. | Realizar rehabilitación en salas de RBC o RI (rehabilitación integral) u hospitales comunitarios a personas de 65 años y más que egresen de hospitales con valoración funcional dependiente. | Establecer línea base de personas de 65 y más años que ingresan a rehabilitación comunitaria derivadas desde hospital con valoración funcional dependiente. | Nº de ingresos a rehabilitación de personas de 65 años y más con evaluación de funcionalidad al alta hospitalaria   | REM A28 Sección B1<br>SUJETO A CAMBIO REM 2014 |      |                       | No se cuenta con sala de rehabilitación en el Polo se deriva a Cesfam Arauco |
| NO | Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control de 65 años y más.                           | Realizar rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC según criterios de inclusión al programa.  | 10% de personas de 65 años y más con EPOC que cumplen criterios de inclusión y han finalizado programa de Rehabilitación Pulmonar de baja intensidad.       | (Nº de personas de 65 años y más con EPOC que finalizan programa de rehabilitación pulmonar / Nº de personas de 65 años y más con EPOC bajo control) x 100                      | REM P3 Sección E y A                           |      |                       | No se cuenta con sala de rehabilitación en el Polo se deriva a Cesfam Arauco |

ESTRATEGIA TRANSVERSAL DE REHABILITACIÓN  
PROMOCIÓN

| P  | OBJETIVO   | ACTIVIDAD   | META   | INDICADOR   | FUENTE DEL INDICADOR                | RRHH | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
|----|--|---|--|---|-------------------------------------|------|-----------------------|----------------------|
| P2 | Prevenir la discapacidad en los cuidadores de personas con alta dependencia. | Realizar Talleres destinados a entregar herramientas de cuidado a los cuidadores. | 20 % de las actividades de educación grupal y promoción y trabajo intersectorial se orientan al cuidado de los cuidadores. | (Nº Total de actividades de cuidado a los cuidadores/ total de actividades promoción y trabajo Intersectorial + total actividades educación grupal) x 100 | REM A28<br>SUJETO A CAMBIO REM 2014 |      |                       |                      |

PREVENCIÓN

| PP | OBJETIVO   | ACTIVIDAD  | META   | INDICADOR   | FUENTE DEL INDICADOR                    | RRHH | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO |
|----|--|--|--|---|---|------|-----------------------|----------------------|
| P2 | Prevenir y/o retardar la discapacidad en grupos de personas con enfermedades crónicas, y capacitación a los cuidadores de personas con alta dependencia para dar continuidad de los cuidados de rehabilitación en domicilio. | Realizar Talleres destinados a entregar herramientas a las personas con problemas crónicos, a la objeto de prevenir y/o retardar la discapacidad, entregar herramientas de manejo a los cuidadores para cuidados domiciliarios para personas de alta dependencia, entregar herramientas de autocuidado a los cuidadores. | 30 % de las actividades de Educación Grupal y Trabajo Comunitario se orientan a la prevención de discapacidad. | (Nº Total de actividades de Educación Grupal + Total de actividades de Educación Grupal + Total de actividades de Promoción y Trabajo Intersectorial) x 100 | REM A28<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014 |      |                       |                      |

TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN

| P  | OBJETIVO  | ACTIVIDAD  | META  | INDICADOR  | FUENTE DEL INDICADOR | RRHH | ANALISIS CUANTITATIVO | ANALISIS CUALITATIVO                            |
|----|---|--|---|--|----------------------|------|-----------------------|---|
| No | Mantener la atención a personas en situación de discapacidad permanente y transitoria, leve, moderada o severa.   | Realizar el proceso de rehabilitación, logrando funcionalidad, independencia en las actividades de la vida diaria.     | Mantener al menos un 20% de PsD con Parkinson , secuela de AVE,TEC, LM otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular | (PsD con Parkinson , secuela de AVE, TEC; LM otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular/Total Ingresos ) x 100               | REM A28              |      |                       | Sin sala de rehabilitación en el Polo se deriva |
| P2 | Abordar a las personas y/o sus familias con Consejería individual o Familiar, con el objetivo de resolver los problemas planteados por ellos en torno a dificultades surgidas por la situación de discapacidad. | Consejería individual y consejería familiar.   | 5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejerías individuales y/o familiares.                  | (Nº total de consejerías individuales y familiares/ Nº total de consejerías individuales y familiares + Total de Procedimientos) x 100 | REM A28              |      |                       |   |
|    | Realizar visitas domiciliarias integrales para conocer el entorno familiar, físico de las personas en situación de discapacidad y realizar adecuaciones e intervenciones individuales y/o familiares.           | Visita Domiciliaria Integral.  | 10% RBC, RI y 70% RR PsD con Visita Domiciliaria Integral.  | (Nº Total de Visitas Domiciliarias Integrales/Total de Ingresos) x 100   | REM A28              |      |                       | Sin sala de rehabilitación motor                |
| no | Favorecer que las personas en situación de discapacidad atendidas en APS, logren el máximo de autonomía e independencia.  | Trabajar con Plan de Tratamiento consensuado, con objetivos terapéuticos definidos y alta posterior a su cumplimiento. | 50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo.  | (Nº Total de Egresos por Alta posterior a PTI/ Total Ingresos)x 100  | REM A28              |      |                       |   |
| NO | Promover el trabajo en rehabilitación de acuerdo Medicina Basada en Evidencia.  | Procedimientos con énfasis en amovilización activa.  | 30% o menos de los procedimientos corresponden a fisioterapia.  | (Nº de procedimientos de fisioterapia / Total de procedimientos) x 100   | REM A28              |      |                       |   |

|    |  |   |   |   |   |  |  |  |
|----|--|---|---|---|---|--|--|--|
| NO | Contribuir al logro de la inclusión social de las personas en situación de discapacidad. | Conocer las redes locales y articularse con el intersector para el apoyo a la inclusión social. | 10% de las personas atendidas en el Centro logran la inclusión social 20% de las actividades de trabajo comunitario son intersectoriales. | Nº personas que logran inclusión social /Nº total de ingresos *100<br><br>Nº de Actividades de Planificación Participativa destinadas a comunas, Dg. Participativo, trabajo intersectorial /Total de actividades de Promoción y Trabajo Intersectorial. | REM A28<br><br>SUJETO A CAMBIO REM 2014 |  |  |  |
|----|--|---|---|---|---|--|--|--|

## **PLAN DE ACCIÓN DIRECCIÓN DE SALUD**

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 distintas unidades de la Dirección:

### **1. MISION**

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.

### **2. VISION**

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.

### **3. OBJETIVOS GENERALES DE LA RED DE SALUD**

1. 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.
2. Favorecer el constante desarrollo y bienestar de las personas que trabajan en la Red de APS.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Desarrollar el modelo de Salud Familiar con una alta participación ciudadana.
7. Promover el mutuo respeto entre los usuarios y los trabajadores.

### **3.1. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 1:**

- Mejorar los Servicios de Salud prestados a la Comunidad

#### Líneas de acción

1. Dar cumplimiento a las Garantías Explícitas de Salud.
2. Dar cumplimiento a las metas sanitarias e indicadores de Actividad de la Atención primaria definidas por el MINSAL.
3. Dar cumplimiento a los indicadores propios del Plan Estratégico.
4. Fortalecer la intersectorialidad en las actividades de promoción y prevención en Salud.
5. Aumentar la Satisfacción Usuaria, de acuerdo a la evaluación efectuada en Octubre 2012.
6. Conforme se disponga apoyo financiero desde MINSAL, mejorar resolutivez incorporando atención de nivel secundario con médicos y odontólogos especialistas
7. Internalizar en la acción los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020, que en lo pertinente supone enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y los cambios de la sociedad
8. Participar de las estrategias del Plan de Salud Nacional y Regional

### **3.2. OBJETIVO ESTRATÉGICO 2:**

- Mejorar la Gestión de la Red de Salud

#### Líneas de acción

1. Consolidar el Modelo de Salud Familiar
2. Continuar la coordinación con el Servicio de Salud y con las otras áreas de la Municipalidad.
3. Desarrollar el plan de infraestructura para la Red de APS.
4. Gestionar servicios que aumenten la resolutivez de la Red de Salud.
5. Identificar e implementar proyectos, medidas y acciones con vistas a la Acreditación como prestadores de Salud ante la Superintendencia del ramo.

### **3.3. OBJETIVOS ESTRATÉGICO 3:**

- Mejorar la Gestión Interna de la Dirección de Salud

#### Líneas de acción

1. Seguimiento del Plan Estratégico
2. Fortalecer las Capacidades del Personal de Salud.
3. Fortalecer las capacidades del personal administrativo
4. Implementar plan de optimización de procesos administrativos
4. Desarrollo de la Unidad de Reclutamiento de Personal.
5. Consolidar los Sistemas de Comunicación Interna.
6. Modernizar los Sistemas y Servicios Informáticos.

7. Definir e implementar Comités: de Inspectores Técnicos de Servicio, Bioética y de Calidad.

#### **3.4. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 4:**

- Promover el mutuo respeto entre los usuarios y los trabajadores.

Líneas de acción

1. Velar por los derechos y deberes de los trabajadores y de los usuarios en todos los centros de salud y tener vías expeditas para notificar y ayudar en caso de ocurrir algún problema.

#### **3.5. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 5:**

- Cumplir con las “Metas Sanitarias y de Mejoramiento de la Atención Primaria” y el “Índice de Actividades de la Atención Primaria de Salud” definidos por el MINSAL.

Líneas de acción

1. Mejorar el registro, análisis y reporte oportuno de los indicadores
2. Cumplir con las garantías de las condiciones GES.
3. Mejorar el registro, análisis y reporte oportuno de los indicadores.
4. Cumplir los indicadores propios del Plan Estratégico, evaluando los avances de cada equipo territorial.
5. Apoyar y fortalecer los programas de protección social, (ej. Chile Crece Contigo), junto con facilitar otras formas de abordaje en el cuidado de la salud, a través de agentes de salud comunitario, técnicas de medicina tradicional China (Medicina Integrativa), apoyo espiritual, etc.
6. Fortalecer el énfasis en acciones de promoción y prevención en salud.
7. Fortalecer el rol transversal de los encargados de esta área en cada centro de salud. Realizar análisis de diferentes estamentos en relación a desarrollar estrategias con diferentes profesionales, para fortalecer el trabajo en equipo.
8. Desarrollar el modelo de Salud Familiar con una alta participación ciudadana.
9. Mantener activos los Consejos de Desarrollo Local.
10. Acercar la labor de la Dirección de Salud a la población.
11. Realización por los equipos sectoriales de ‘Estudios de Familia’ en cada Centro.
12. Volver a aplicar una encuesta de evaluación de la satisfacción usuaria en la Red y comparar sus resultados con la anterior, determinando las áreas de mayor complejidad.
13. Potenciar el trabajo de la OIRS.
14. 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.
15. Establecer una relación sinérgica con otras áreas de la Municipalidad.
16. Considerar los Determinantes Sociales de Salud en la toma de decisiones y colaboración conjunta.
17. Definir proyectos concretos con cada área.

18. Mantener reuniones periódicas con las divisiones de la Municipalidad que se relacionen con Salud para identificar áreas de trabajo conjunto.
19. Mejorar la coordinación y trabajo en Red con el Servicio de Salud.
20. Fomentar la reunión periódica del Consejo Integrador de la Red Asistencial.
21. Definir un espacio de reunión particular para coordinar la oferta y la demanda de horas médicas de especialidades.
22. Fortalecer el trabajo con el Servicio de Salud (SSMC), entablando una relación fluida y permanente que genere un real trabajo en Red, en particular respecto de los Convenios.
23. Realizar una gestión eficaz y efectiva de la demanda por la atención de especialidad generada en APS, utilizando los recursos locales y la oferta del nivel secundario.

#### - **DESAFÍOS PENDIENTES**

- 1) Continuar con el proceso de acreditación como Centros de Salud Familiar (CESFAM) de los Consultorios del área sur de la comuna.
- 2) Desarrollar las iniciativas, acciones y proyectos asociados a la Acreditación como prestador de Salud ante la Superintendencia del ramo, con énfasis en los centros de salud Domeyko y Arauco.
- 3) Trabajo coordinado y sistematizado de los referentes técnicos, de los distintos estamentos, en todos los programas ministeriales en ejecución. Integrar el trabajo con otras unidades municipales tales como deporte, juventud, adultos mayores, inmigrantes, etc.
- 4) Fomentar y promover la participación ciudadana, su empoderamientos en las temáticas de salud y la relación sinérgica con los equipos locales. Fomentar la incorporación de nuevas organizaciones sociales a los Consejos de Desarrollo Local.
- 5) Generar relaciones colaborativas con los centros académicos con fines estratégicos, de formación en convenio, en el fomento de la investigación clínica, discusión de políticas públicas en salud y capacitación del personal dentro de la Red.
- 6) Gestionar la provisión de un sistema informático, de nueva generación, para el apoyo de la gestión clínica.
- 7) Impulsar la construcción del CESFAM Erasmo Escala y contribuir a desarrollar el proyecto del CESFAM para la zona Sur Oriente de la Comuna.
- 8) Restablecer el rol ejecutor de las actividades preventivas y recuperativas de la salud oral de nuestra población.
- 9) Postular a dos Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) para las zonas norponiente (Domeyko) y sur (Arauco).
- 10) Fomentar la pesquisa y búsqueda activa de los pacientes crónicos con objetivo de aumentar la cobertura del control de patologías altamente prevalentes, tales como la Hipertensión Arterial y Diabetes.
- 11) Incorporar enfoque de género a través de una atención integral en población femenina y mejorar acceso a la atención a la mujer trabajadora.
- 12) Estudio de la Red de Atención del Servicio Metropolitano Central, dada la puesta en marcha de nuevos establecimientos, como el Hospital de Maipú, y el CESFAM Las Mercedes de Estación Central, que impactarían a la Red de Salud Municipal.

## 4. UNIDAD DE ADQUISICIONES

| Problema priorizado                               | Objetivo Específico  | Actividad                          | Meta            | Indicadores  | Fuente del Indicador  | RRHH          | Evaluación                      |
|---|--|------------------------------------|-----------------|--|---|---------------|---------------------------------|
| <b>Riesgo de no adjudicación de licitaciones.</b> | Mantener control de la efectividad de las LICITACIONES REALIZADAS POR EL DPTO.                   | Ejecución de Plan anual de compras | 90%<br>O<br>MAS | (Número de compras SUBIDAS AL PORTAL / n° DE COMPRAS CON ADJUDICADO) x 100.<br>Este ratio no contemplará las licitaciones que después de tener oferta, y subido al portal, el adjudicado desiste por razones varias. EJ. No tiene stock, se equivocó en el precio, se demora más del plazo ofertado. ETC | Planilla de seguimiento de compras mantenida por jefe de Dpto.<br>Informes de Mercado Publico         | Adquisiciones | Mayo<br>Septiembre<br>Diciembre |
| <b>Eventos de Ambulancias no cubiertos.</b>       | Mantener la excelencia en el servicio de Ambulancias entregado por la red de salud, al Municipio | Ejecución anual                    | 90%<br>O<br>MAS | (Número de solicitudes de servicio de ambulancias/ n° de solicitudes cubiertas satisfactoriamente) x 100.  | Planilla de seguimiento de servicios de ambulancia que mantiene actualizada la encargada del servicio | Adquisiciones | Mayo<br>Septiembre<br>Diciembre |

## 5. UNIDAD DE ESTADÍSTICAS

| PROBLEMA PRIORIZADO   | OBJETIVO ESPECÍFICO   | ACTIVIDAD  | META  | INDICADORES   | FUENTE DEL INDICADOR   | RRHH                                      | MONITOREO/EVALUACIÓN                  |
|---|---|--|---|---|--|---|---------------------------------------|
| <b>Atraso en el envío oportuno de información estadística a requerientes</b>                        | Enviar Series REM al SSMC, Directora de Salud y Centros de Salud de la Red Municipal de Salud de Santiago, dentro de los plazos estipulados (8° día hábil de cada mes)  | 1) Programación de actividades para la recopilación, confirmación y tabulación de información requerida en cada serie REM, desde sistema de registro clínico existente.<br>2) Programación de actividades de recopilación de información requerida en cada serie REM, a los CES, prestadores y demás organismos que la producen.<br>3) Construcción de cada serie REM dentro de los plazos dispuestos.   | Envío del 100% de las Series REM a destinatarios dentro de los plazos comprometidos   | Total de series REM enviadas a destinatarios dentro de los plazos estipulados / Total de series REM a construir mensualmente x 100              | Registros locales de envío de Series REM a los distintos destinatarios     | Funcionarios Unidad Estadística           | Junio Mayo<br>Septiembre<br>Diciembre |
| <b>Elevar indicadores productivos de la Red de Salud Municipal de Santiago.</b>                     | Entrega de información estadística para la construcción de indicadores de producción y de gestión internos y externos de la Red de salud Municipal de Santiago: Cuadro de Mando Integral (CMI); Metas Sanitarias (Ley 19.813) e Índices de Actividad de la APS. | 1) Programación de actividades para la recopilación, confirmación y tabulación de información requerida para la construcción de cada indicador.  | Entrega del 100% de la información estadística necesaria para la construcción de los distintos indicadores de producción y gestión. | Total de indicadores construidos por periodo medido / Total de indicadores a construir por periodo medido x 100                                 | Registros locales de entrega de información y construcción de indicadores. | Totalidad Funcionarios Unidad Estadística | Junio Mayo<br>Septiembre<br>Diciembre |
| <b>Asegurar una gestión más eficiente de recursos conveniados destinados a acciones sanitarias.</b> | Mejoramiento de la gestión de recursos entregados por el SSMC, destinados a la realización de acciones sanitarias en favor de los pacientes de la Red de Salud Municipal de Santiago, a través de una estructura de trabajo estructurada y determinada.         | 1) Identificación de los Convenios suscritos entre la I. Municipalidad de Santiago y el SSMC, que contengan aportes para la realización de acciones sanitarias en favor de los pacientes de la Red, y que sean de administración directa de la Unidad de Estadística.<br>2) Programación de las actividades, acciones sanitarias, plazos, resultados esperados y responsables, para asegurar el cumplimiento de estos convenios.<br>3) Entrega de información de cumplimientos a requerientes. | Aplicación de esta estructura de gestión, al 100% de los convenios que son de administración directa de la Unidad de Estadística.   | Total de Convenios procesados utilizando el modelo de gestión, por periodo medido / Total de Convenios de administración directa de la UE x 100 | Registros locales de entrega de información y construcción de indicadores. | Totalidad Funcionarios Unidad Estadística | Junio Mayo<br>Septiembre<br>Diciembre |

## 6. PLAN DE ACCION UNIDAD DE FARMACIA ABASTECIMIENTO 2014

| Problema priorizado   | Objetivo Especifico   | Actividad  | Meta   | Indicadores   | Fuente del Indicador   | RRHH                                | Evaluación |
|---|---|--|--|---|--|-------------------------------------|------------|
| Correcta Instalación, funcionamiento y operación del nuevo sistema informático de registro clínico. | Asegurar instalación buen funcionamiento y operación para el 100% de los usuarios del nuevo sistema informático de registros clínicos | Capacitar a todos los usuarios del sistema en el o los modulo (os) de competencia de la Unidad de Farmacia y Abastecimiento con el fin de asegurar un buen funcionamiento y operación del sistema. | 100%   | Número de usuarios con sistema funcionado/total de usuarios del sistema*100   | El Encargado de Farmacia de cada Centro y los QFs. de la Red harán la revisión del buen funcionamiento del sistema y entregará informe a DP y Directora de Salud. Plazo 30 junio 2014                                      | Unidad de Farmacia y Abastecimiento |            |
| Diferencias entre inventario físico e inventario informático.                                       | Asegurarla correcta correlación entre inventario físico e informático.  | Auditar el stock físico contrastándolo con el registro informático.  | 1° Trimestre funcionamiento 85%<br>2° Trimestre funcionamiento 90% | Stock físico/Stock informático*100  | El Encargado de Farmacia de cada Centro y los QFs. de la Red harán la revisión mensual de 10% aleatorio del inventario de las bodegas de medicamentos e insumos y entregará el informe mensual al DP y Directora de Salud. | Unidad de Farmacia y Abastecimiento |            |
| Medicamentos vencidos   | Mantener un control de las fechas de vencimiento de los medicamentos a través de registros actualizados.                              | Controlar la cantidad de medicamentos por vencer para evitar su disposición final.   | 5% de pérdida  | (Número de unidades recibidas en DISAL para su disposición final por causa de vencimiento/ Número total de unidades enviadas a la Red en período)*100 | En el transcurso de la auditoría mensual de Farmacia, se establecerá el número de unidades que se darán por perdidas.  | Unidad de Farmacia y Abastecimiento |            |
| Eventuales fallas en cumplimiento de protocolos GES   | Asegurar cumplimiento del 100% de la provisión permanente de los fármacos GES conforme a sus protocolos.                              | Abastecer oportunamente a los Establecimientos de los fármacos incluidos en protocolos GES   | 0% Tasa de quiebre de stock  | Número Medicamentos e insumos GES enviados/total medicamentos e insumos GES*100   | El encargado de Farmacia informará de quiebre de stock a Director de Polo y QFs. mediante mail u otro medio verificable de comunicación.   | Unidad de Farmacia y Abastecimiento |            |

| Problema priorizado  | Objetivo Especifico  | Actividad  | Meta                          | Indicadores  | Fuente del Indicador   | RRHH                              | Evaluación |
|--|--|--|-------------------------------|--|--|-----------------------------------|------------|
| Falta de información sistemática (fármaco vigilancia) y protocolizada de eventuales perjuicios por uso de medicamentos en la Red | Reportar eventos relacionados con calidad, efectos no deseado y efectos adversos de los productos usados en la red (de acuerdo a norma general técnica 140 sistema nacional de fármaco-vigilancia de productos farmacéuticos de uso humano. Entregar información oportuna para los entes reguladores ( ISP-SEREMI), y Cenabast | Protocolizar la notificación de todos los eventos relacionados con uso de medicamentos e insumos de acuerdo a instructivo para la notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos de ISP. Poner en marcha un software de registro de todos los eventos relacionados con calidad, efectos no deseados y efectos adversos de los productos usados en la red, pesquisados por los profesionales de salud. | 100 % Al 31 de marzo de 2014. | Número de profesionales médicos, odontólogos, matronas y enfermeras capacitados en aplicación de protocolo /total de profesionales de la salud en la red*100 | QFs de la DISAL dictará la capacitación a todos los profesionales médicos odontólogos, matronas y enfermeras de la Red, y en cada sesión se levantará listado de asistentes. | Unidad de Farmacia Abastecimiento |            |

## 7. PLAN DE ACCIÓN UNIDAD DE FINANZAS

| Problema priorizado  | Objetivo Específico  | Actividad  | Meta   | Indicadores  | Fuente del Indicador   | RRHH               | Evaluación                      |
|--|--|--|--|--|--|--------------------|---------------------------------|
| Descalce en plazo de rendiciones establecidas en Convenios                       | Asegurar cumplimiento de plazos de convenios   | Generar rendiciones de recursos de terceros  | 100% de fechas cumplidas. Se excepcionan de la base de cálculo aquellos convenios que establecen fechas de rendición anteriores a total tramitación. | Comunicación vía mail u Oficio de Remisión de Rendiciones  | Departamento de Finanzas   | Unidad de Finanzas | Mayo<br>Septiembre<br>Diciembre |
| Desfase en plazos de pago de servicios básicos                                   | Asegurar pago en plazo   | Pagar los servicios básicos  | 0% de cortes de servicio por no pago.  | Pago de cuentas de servicios básicos ( luz, agua, gas) en modalidad PAC o no PAC pagados en plazo  | Según informe del Polo o Centro.                                 | Unidad de Finanzas | Mayo<br>Septiembre<br>Diciembre |
| Retraso en puesta en marcha de medidas correctivas en períodos de baja ejecución | Conocer con anticipación las tendencias de la ejecución, de modo tal que se pueda anticipar soluciones y optimizar proceso de modificaciones presupuestarias | Efectuar proyecciones de ejecución presupuestaria al menos 3 veces al año: mayo, julio y septiembre. | 100% de reportes entregados en fecha.  | Reporte de proyección de ejecución emitido 10 de junio (ejecución a mayo); 10 de agosto (ejecución a julio); y 10 de octubre (ejecución a septiembre). Este reporte estará formulado en base a Ejecución mensual acumulada, reporte de pre obligaciones, obligaciones, órdenes de compra y licitaciones. | Remisión de reporte vía mail a Dirección y secretaria dirección. | Unidad de Finanzas | Mayo<br>Septiembre<br>Diciembre |

## 8. PLAN DE ACCIÓN UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN

| Problema priorizado                               | Objetivo Específico   | Actividad   | Meta   | Indicadores   | Fuente del Indicador       | RRHH                             | Monitoreo Evaluación            |
|---|---|---|--|---|----------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| Escaso monitoreo del Plan de Acción               | Un red informada respecto de los avances respecto a lo planeado           | Monitoreo Plan de Acción  | Evaluación durante el mes siguiente de los cortes establecidos | N° de componentes evaluados/N° de componentes por evaluar                   | Informe de evaluación      | Unidad Gestión de la Información | Mayo<br>Septiembre<br>Diciembre |
| Cambio de sistema informático                     | Nuevo sistema informático de ficha clínica implementado (Fichas y agenda) | Implementación nuevo sistema                                      | 100% de agendas y fichas habilitadas                           | N° de establecimientos con agenda/N° de establecimientos                    | Carta Gantt implementación | Unidad Gestión de la Información | Mayo<br>Septiembre<br>Diciembre |
| Dificultades para solicitar hora de manera remota | Mejorar el sistema de comunicación entre los usuarios y los centros       | Implementa sistema para la reserva y recordación de horas médicas | Sistema implementado   | N° de establecimientos con sistema habilitado agenda/N° de establecimientos | Carta Gantt implementación | Unidad Gestión de la Información | Mayo<br>Septiembre<br>Diciembre |

## 9. PLAN DE ACCIÓN UNIDAD DE INFORMÁTICA

| Problema priorizado   | Objetivo Específico  | Actividad  | Meta  | Indicadores   | Fuente del Indicador                              | RRHH                  | Evaluación |
|---|--|--|---|---|---|-----------------------|------------|
| Falta integrar seis Estaciones de Barrio a la Red de Salud de la IMS. | Integración de las estaciones de barrio faltantes a nuestra red interna. | Licitación proyecto de integración y puesta en marcha. | Establecer línea base<br><br>100% de los establecimientos conectados a la Red de Salud de la IMS. | Línea base [N° de centros habilitados]/[Total de centros] | Base de Datos de la Plataforma Servidor Intranet. | Unidad de Informática |            |

## 10. PLAN DE ACCIÓN UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS

| Problema priorizado   | Objetivo Específico  | Actividad   | Meta   | Indicadores   | Fuente del Indicador  | RRHH               | Monitoreo Evaluación               |
|---|--|---|--|---|---|--------------------|------------------------------------|
| Registro escrito de recepción de Licencias Médicas recibidas                          | Asegurar cumplimiento de registro de la totalidad de recepción en orden cronológico de la Licencias Médicas recepcionadas en el Departamento de RRHH | Registro de ingreso de las Licencias Médicas en Libro foliado                       | 100% de registro de las Licencias Médicas recepcionadas                                      | Total de Licencias Médicas recibidas                              | Informe emitido de la Secretaria de la Dirección de Salud, con el total de Licencias Médicas ingresados por oficina de parte. | Unidad de Finanzas | Cuando corresponda según Convenios |
| Registro de investigación Sumarial  | Conocer a cabalidad los estados de avance de cada uno de los sumarios administrativos  | Registro de Ingreso de las Investigaciones Sumaria a planilla Excel                 | 100% de las Investigaciones Sumariales registradas en Planilla                               | Total de Decretos Alcaldicio que instruyen investigación Sumarias | Informe de total de ingreso de solicitudes de investigaciones sumariales emitido por secretaria de la Dirección de Salud      | Unidad de Finanzas | Mensual                            |
| Registros de cursos de capacitación efectuados por cada funcionario. 40 horas anuales | Conocer en detalle la cantidad de horas de capacitación efectuada por cada funcionario   | Registro de Ingreso de los cursos realizados por cada funcionario en planilla Excel | 100% de certificados de cursos realizados por los funcionarios registrados en planilla Excel | Total de Resoluciones de cursos realizados.                       | Informe emitido de la Secretaria de la Dirección de Salud, del total de certificados ingresados por oficina de parte.         | Unidad de Finanzas | Según hitos del indicador          |

## 11. PLAN DE CAPACITACIÓN ANUAL.

El Plan de Capacitación de Anual de la Red de Salud de Santiago, se enmarca dentro del Plan Estratégico, dándole un énfasis en el fortalecimiento de los equipos de salud, permitiendo una capacitación continua en el ámbito técnico profesional y cuidados de los equipos.

Este plan se ajusta a las necesidades comunales y locales, donde incluye a todas las categorías de funcionarios en forma proporcional, abarcando todos los oferentes existentes en temas relacionados en el Modelo de Salud Familiar con Enfoque Integral y Comunitario entre otros, reforzando así una atención humanizada, centrada en la persona y su familia, considerando su entorno social comunitario y redes de apoyo.

Siguiendo este enfoque basado en los Lineamientos Estratégicos del Ministerio de Salud se han definido cuatro prioridades de trabajo el cual contempla áreas específicas de intervención como son:

**Lineamiento 1:** Fortalecer la instalación del nuevo Modelo de Atención.

**Lineamiento 2:** Desarrollar el Modelo de la Gestión en Red Local.

**Lineamiento 3:** Fortalecer el Sistema GES.

**Lineamiento 4:** Mejorar la calidad de la atención y trato al usuario.

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

**Lineamiento 6:** Incorporar Tecnologías de Información y Comunicación.

**Lineamiento 7:** Desarrollar la Gestión Administrativa, Física y Financiera.

**Lineamiento 8:** Mejorar la Gestión de las personas.

**Lineamiento 9:** Mejorar la prevención y manejo de las contingencias, emergencias y catástrofes.

Este Plan de Capacitación de la Red de Salud de Santiago contempla todos los oferentes internos y externos que aportan al desarrollo organizacional y técnico a los equipos de salud.

- a. Actividades Formales del SSMC (Curso presenciales, semipresenciales y E-learning) Achs.
- b. Ministerio de Salud, a través de las Pasantías Nacionales e Internacionales.
- c. Ministerio de Salud, Departamento atención al Usuario. Educatransparencia.
- d. Ministerio de Salud, quien coordina con Instituciones Externas.
- e. PAC Comunal.
- f. Las capacitaciones de Carácter voluntario, que guardan relación al PAC.
- g. Universidades debidamente Acreditadas.
- h. OTEC , Institutos Profesionales con experiencia en el ámbito de la Salud Pública.
- i. SEREMI.
- j. Cursos Impartidos por la Asociación Chilena de Seguridad. ACHS.

En la elaboración de este Plan de capacitación, se aplicó una encuesta de detección de necesidades a los funcionarios de la Red, en base a los Lineamientos Estratégicos entregados por El Ministerio de Salud, en conjunto con el Comité Bipartito, según ley N° 19.518, quien fijó en el nuevo Estatuto de capacitación y Empleo, la Conformación de este Comité Bipartito de Capacitación, cuya función es asesorar a las Direcciones en materias de capacitación propiamente tal. En el ámbito público, por resolución exenta N° 1 del año 2006, el Ministerio de Salud, procedió a Constituir los Comités Bipartitos de capacitación (CBC) del personal de los servicios de Salud afectos a la Ley N° 18.834, otorgándoles adicionalmente las siguientes funciones generales, entre otras:

- 1) Elaborar Programa Anual de Trabajo.

- 2) Proveer los Lineamientos Estratégicos y políticos de capacitación definida.
- 3) Analizar resultados de la Capacitación.

Los desafíos en el área de RRHH, para el año 2014.

1. La Consolidación de la Unidad de Recurso Humano de la Subunidad de Reclutamiento y Selección de personal, la cual tiene la misión de reclutar al futuro personal en base a un perfil determinado según áreas por competencias. Contratación de 11 horas semanales de Psicóloga Clínica, con formación en Selección de Personal.
2. Conformar una base de datos con los funcionarios ya seleccionados, para dar respuestas en forma inmediata a situaciones emergentes.
3. Poner en marcha la subunidad de capacitación. Contratación de personal administrativo por 44 horas semanales, para el registro y archivo de antecedentes.
4. Socializar el reglamento Interno de capacitación Comunal para su sanción.
5. Instalar la Carrera Funcionaria en la Intranet de la Dirección de Salud de Santiago, generando un acceso inmediato a la información individual de cada trabajador. La cual incluye no solo su capacitación individual, sino todo lo concerniente a su vida funcionaria.
6. Continuar Aumentando el número de cupos de capacitación ofrecidos a los funcionarios de cada Estamento, generando una equidad entre la oferta y la demanda.
7. Para el año 2014, se dará énfasis en la atención del paciente, para lo cual se capacitará al 100% de las categorías C; D, E y F, en "Trato al usuario y calidad de Atención", enmarcada mediante convenio "Capacitación Universal", a través de fondos traspasados del SSMC.
8. Reinserción de funcionarios capacitados mediante Becas de Especialidades Médicas, en áreas específicas estratégicas, cuyo objetivo es contribuir al apoyo de la gestión y consolidación del Modelo de Salud Familiar.
9. Evaluación continua sobre los contenidos entregados en cada capacitación.
10. Conformación de la Biblioteca Virtual, cuyo acceso será mediante la Intranet de la Dirección de Salud de Santiago.

| ENCUESTA 2013   |             |
|---|-------------|
| SELECCIONE DOS LINEAMIENTOS A CAPACITAR IDENTIFICANDO DOS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN ESPECÍFICA POR CADA LINEAMIENTO |             |
| DETECCIÓN DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN  |             |
| CATEGORÍA A LA QUE PERTENECE  |             |
| POLO  | SECTOR/ EMB |

## LINEAMIENTOS

|   |  |
|---|--|
| <b>1. MODELO DE SALUD FAMILIAR</b>  |  |
| Orientado a la instalación del nuevo modelo de atención, para mejorar la calidad de vida de las personas, familias y comunidades, con énfasis en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y anticipación al daño.  |  |
| ACTUALIZACION EN MODELO DE SALUD FAMILIAR   |  |
| Salud Familiar Intermedia Intervención en crisis  |  |
| VISITA DOMICILIARIA INTEGRAL  |  |
| PROMOCION DE SALUD Y PREVENCION DE ENFERMEDADES   |  |
| INTERCULTURALIDAD   |  |
| <b>2. MODELO DE GESTIÓN EN RED</b>  |  |
| Orientado hacia el mejoramiento de la coordinación de las redes públicas de salud, para garantizar a los beneficiarios una atención integral, con eficiencia, equidad y eficiencia, liderados por el Gestor de Red y el CIRA (consejo de integración de la red asistencial).            |  |
| GESTION EN RED  |  |
| GESTIÓN DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA  |  |
| INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN EN RED  |  |
| Actualización norma ira/era   |  |
| Actualización Ampliado de inmunización. ( PAI ).  |  |
| Actualización en normas de farmacia   |  |
| Actualización en Procedimientos básicos de enfermería.  |  |
| <b>3. GES</b>   |  |
| Orientado hacia el fortalecimiento y aplicación de los protocolos GES y desarrollo de Sistemas de Referencia y Contra Referencia GES, respondiendo a los objetivos sanitarios 2006-2010, a las prioridades sanitarias, problemas de salud, metas y compromisos de salud (GES y no GES). |  |
| GES   |  |
| MANEJO SISTEMA DE INFORMACION GES (SIGGES)  |  |
| MONITOREO GES   |  |
| <b>4. CALIDAD EN ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO</b>  |  |
| Orientado hacia el mejoramiento de la calidad de atención y nivel de satisfacción usuaria, respecto a la atención de salud proporcionada por los establecimientos de la red.  |  |

|  |  |
|--|--|
| MANEJO DE CONFLICTOS   |  |
|  |  |
| DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS Y FUNCIONARIOS  |  |
|  |  |
| EDUCACIÓN AL USUARIO / Trato al Usuario.   |  |
|  |  |
| <b>5. MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DEL FUNCIONARIO</b>   |  |
| Generar estrategias de desarrollo Organizacional para el mejoramiento de la calidad de vida funcionaria, se relaciona directamente con los temas estratégicos del Plan un buen trato, tratémonos bien y el código de buenas prácticas laborales. |  |
|  |  |
| Jornada técnico profesional y de auto cuidado  |  |
|  |  |
| <b>6. TECNOLOGÍA</b>   |  |
| Incorporación de Tecnología y aplicación de estadística básica.  |  |
| MANEJO DE SISTEMAS COMPUTACIONALES A NIVEL DE USUARIO: BASICO , INTERMEDIO, AVANSADO   |  |
| APLICACIÓN DE HERRAMIENTAS DE ESTADISTICAS BASICA  |  |
| IMPLEMENTACION Y RECONOCIMEINTO EN REDES, CAMARAS IP Y FIBRA OPTICA  |  |
| GESTION DE LA INFORMACION Y COMUNICACION   |  |
|  |  |
|  |  |
| <b>7. GESTIÓN ADMINISTRATIVA, FÍSICA Y FINANCIERA</b>  |  |
| Mantenimiento de la infraestructura y equipamiento. Mejoramiento de la gestión de todos los procesos administrativos y financieros de la institución.  |  |
| GESTION DE RECURSOS FISICOS Y FINANCIEROS  |  |
|  |  |
| CONTABILIDAD GUBERNAMENTAL   |  |
| MANEJO DE SERVICIOS GENERALES  |  |
|  |  |
| <b>8. RESOLUTIVIDAD APS</b>  |  |
| Protocolos estándares de acción ante diversas situaciones provocadas por desastres naturales o accidentes  |  |
| Reanimación básica   |  |
|  |  |
| TRIAGE   |  |
| <b>9. OTROS</b>  |  |
| Señale temas y áreas de capacitación que mejorarían aún más su desempeño laboral   |  |
| 1.   |  |
| 2.   |  |
| 3.   |  |
| 4.   |  |
| 5.   |  |
| 6.   |  |
| 7.   |  |

## 11.1. PLAN COMUNAL DE CAPACITACIÓN AÑO 2014

| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS                                | Nº CORR | ACTIVIDADES DE CAPACITACION                               | OBJETIVO EDUCATIVO  | OBJETIVOS ESTRATEGICOS   | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA |                         |                             |                       |                           |                                |       | LUGAR | Fecha       | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | RESPONSABLE | APLICACIÓN ESTRATEGIA | ITEM COSTO             | FINANCIAMIENTO PRESUPUESTO TOTAL |               |
|--|---------|---|---|--|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------------|-----------------------------|-------------|-----------------------|------------------------|----------------------------------|---------------|
|  |         |   |   |  | A (Médicos, Odont, QF, etc.)          | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) | TOTAL |       |             |                             |             |                       |                        |                                  |               |
| LE N°4 MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO | 1       | Curso Trato al Usuario y calidad de Atención".            | Entregar las herramientas necesarias a los funcionarios de la red de salud de Santiago para entregar una atención de calidad con buen trata a nuestros usuarios internos y externos.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar competencias y habilidades comunicativas que faciliten la relación con los usuarios y mejore la efectividad de la atención del usuario interno y externo.</li> <li>Reconocer técnicas de manejo de conflictos y reclamos de usuarios, tanto internos como externos.</li> <li>Trabajar el enfoque de género en la atención y su relación con el usuario y usuaria.</li> <li>Conocimiento en el manejo de la expresión verbal y no verbal.</li> <li>Sensibilización "Migrantes y Pueblos originales".</li> <li>Conocimiento de la ley 20584.</li> </ul> | 20                                    | 20                      | 80                          | 10                    |                           |                                |       | 130   | POR DEFINIR | 2014                        | 26          | DISAL                 | Corto y Mediano Plazo. | 104.000                          | \$ 13.520.000 |
| Fortalecer la instalación del nuevo MODELO DE ATENCIÓN   | 2       | ACTUALIZACIÓN EN EL MODELO DE SALUD FAMILIAR BASICO       | Los participantes del equipo de Salud de Santiago, apliquen, y practiquen los elementos básicos de Salud Familiar, con un enfoque salud integral centrado en la familia y su entorno. ( Biopsicosocial )  | Facilitar la acreditación de los centros de Salud, en CESFAM, y la instalación del modelo, en nuestros Centros de Salud.   |                                       | 5                       | 5                           | 5                     | 5                         |                                |       | 25    | POR DEFINIR | 2014                        | 49          | DISAL                 | CORTO, MEDIANO PLAZO   | 196.000                          | \$ 4.900.000  |
|  | 3       | SALUD FAMILIAR INTERMEDIO INTERVENCIÓN EN CRISIS          | Se espera que al término del curso los alumnos, logren manejar herramientas para el trabajo con familiar desde una perspectiva integral. Proponer estrategias de intervención en los problemas de salud con un enfoque familiar. Identificar y desarrollar destrezas instrumentales personales y de equipo para el enfrentamiento de situaciones de crisis. | Proporcionar a los equipos multidisciplinares de Atención Primaria formación en salud familiar e intervención en crisis, incorporando herramientas necesarias para consolidación del Modelo de Salud Familiar en los establecimientos de Atención Primaria.  | 5                                     | 5                       |                             |                       |                           |                                |       | 10    | POR DEFINIR | 2014                        | 40          | DISAL                 | MEDIANO Y LARGO PLAZO  | 160.000                          | \$ 1.600.000  |
|  | 4       | ACTUALIZACIÓN PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIÓN. ( PAI ). | Los participantes del equipo de Salud, sean capaces de conocer los criterios de suspensión de vacunas, sus reacciones adversas y los protocolos vigentes de manejo, y control de brotes para las distintas enfermedades inmunoprevenibles contenidos en el programa.  | Evitar brotes de enfermedades inmunoprevenibles y aumentar la adherencia del Programa Ampliado de Inmunización.  |                                       | 10                      | 5                           | 5                     |                           |                                |       |       | 20          | POR DEFINIR                 | 2014        | 16                    | DISAL                  | CORTO PLAZO.                     | 64.000        |

| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS   | Nº CORR | ACTIVIDADES DE CAPACITACION   | OBJETIVO EDUCATIVO  | OBJETIVOS ESTRATEGICOS   | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA |                         |                             |                       |                           |                                |       | LUGAR | Fecha       | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | RESPONSABLE | APLICACIÓN ESTRATEGIA | FINANCIAMIENTO                      |                   |              |
|---|---------|---|---|--|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------------|-----------------------------|-------------|-----------------------|-------------------------------------|-------------------|--------------|
|   |         |   |   |  | A (Médicos, Odont, QF, etc.)          | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) | TOTAL |       |             |                             |             |                       | ITEM COSTO                          | PRESUPUESTO TOTAL |              |
|   | 5       | ACTUALIZACION EN PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA.  | Los participantes del Equipo de Salud incorporen conocimientos actualizados y fortalezcan sus habilidades en los procedimientos básicos de Enfermería.  | Mejoramiento de las Técnicas Básicas de Enfermería, fortaleciendo la capacidad resolutoria de la Atención primaria de salud.   |                                       | 15                      | 89                          | 15                    |                           |                                |       | 119   | POR DEFINIR | 2014                        | 11          | DISAL                 | MEDIANO PLAZO                       | 44.000            | \$ 5.236.000 |
|   | 6       | TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA  | Los participantes del equipo de Salud de Santiago, aprenderán y aplicaran los conceptos básicos de Electrocardiograma. Aprenderán a utilizar el electrocardiograma. Reconocerán interferencias en el trazado electrocardiográfico y la forma de solucionarlos. Y Comprenderán la importancia de un buen trazado, los cuidados y la mantención del equipo, y sus accesorios. | Adquirir las competencias necesarias en el manejo, mantenimiento e interpretación básico de los electrocardiogramas, fortaleciendo la calidad técnica de la atención.                  |                                       |                         | 8                           |                       |                           |                                |       | 8     | POR DEFINIR | 2014                        | 24          | DISAL                 | CORTO PLAZO                         | 52.000            | \$ 416.000   |
|   | 7       | Capacitación continua y sistemática en el ámbito Clínico Asistencial y Modelo de Salud Familiar   | Los integrantes de la Red de Salud de Santiago, se capacitaran en forma continua y sistemática en temas clínicos, los que serán aplicados en la atención diaria, fortaleciendo tanto el Modelo de Salud Familiar como en el ámbito Técnico Profesional.   | Fortalecimiento de las competencias Técnicas Profesional de la Red de Salud de Santiago. Potenciando la capacidad Resolutoria del Equipo de Salud, para brindar una atención integral. | 40                                    | 40                      |                             |                       |                           |                                |       | 80    | POR DEFINIR | 2014                        | 24          | DISAL/CONVENIO        | CORTO PLAZO, MEDIANO Y LARGO PLAZO. | 52.000            | \$ 4.160.000 |
| LE. Nº 5<br>GENERAR ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA FUNCIONARIA. / Fortalecer la instalación del nuevo MODELO DE ATENCION | 8       | ACTUALIZACION EN EL MANEJO DE FARMACIA  | Los funcionarios de la Red de salud de Santiago, quienes trabajan directamente en la entrega de medicamentos, adquirirán las herramientas y destrezas necesarias para desarrollarse en forma eficiente y eficaz desde el punto de vista técnico profesional en su área de competencia.  | Mejorar el nivel de conocimientos técnico administrativos en la entrega de medicamentos  |                                       |                         | 20                          | 20                    |                           |                                |       | 40    | POR DEFINIR | 2014                        | 40          | DISAL                 | CORTO PLAZO                         | 160.000           | \$ 6.400.000 |
|   | 9       | ACTUALIZACION EN BODEGAJE   | Al finalizar el curso los participantes podrán perfeccionar los métodos de organización de almacenamiento, mejorar los ya existentes y operarlos eficientemente.  | Mejorar los procesos internos en la recepción de la mercadería, control, documentación, comunicación interna, administrativas, organizacionales, e inventarios.                        |                                       |                         | 5                           | 5                     | 5                         | 5                              |       | 20    | POR DEFINIR | 2014                        | 20          | DISAL                 | CORTO PLAZO                         | 100.000           | \$ 2.000.000 |
|   | 10      | ACTUALIZACION EN EL PROGRAMA DE SALUD MENTAL. MANEJO DEL ESTRÉS, HERRAMIENTAS DE CONTENCION, RESOLUCION DE CONFLICTOS Y AUTOCONCIENCIA. | Los funcionarios de la Red de Salud de Santiago, adquirirán herramientas necesarias para la resolución y manejo de conflictos en situación de estrés  | Mejorar el clima laboral, el autocuidado la efectividad en las situaciones de estrés.  |                                       |                         | 10                          | 10                    | 10                        | 5                              |       | 35    | POR DEFINIR | 2014                        | 20          | DISAL                 | CORTO MEDIANO PLAZO                 | 80.000            | \$ 2.800.000 |

| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS | Nº CORR | ACTIVIDADES DE CAPACITACION   | OBJETIVO EDUCATIVO   | OBJETIVOS ESTRATEGICOS  | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA |                         |                             |                       |                           |                                |       | LUGAR | Fecha       | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | RESPONSABLE | APLICACIÓN ESTRATEGIA | FINANCIAMIENTO       |                   |               |
|---------------------------|---------|---|--|---|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------------|-----------------------------|-------------|-----------------------|----------------------|-------------------|---------------|
|                           |         |   |  |   | A (Médicos, Odont, QF, etc.)          | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) | TOTAL |       |             |                             |             |                       | ITEM COSTO           | PRESUPUESTO TOTAL |               |
|                           | 11      | REANIMACION CARDIOPULMONAR BASICA, MEDIA Y AVANZADA                                       | Difundir conocimientos actualizados en soporte Vital Básico, Medio y Avanzado reanimación Cardio Pulmonar  | Este curso de RCP básico y primeros auxilios permite conocer técnicas para salvar una vida en cualquier momento , los funcionarios de salud estarán capacitados   | 4                                     | 4                       | 4                           |                       |                           |                                |       | 12    | POR DEFINIR | 2014                        | 40          | DISAL                 | Corto Mediano Plazo. | 550.000           | \$ 6.600.000  |
|                           | 12      | ACTUALIZACION EN MEDIDAS DE CONTROL Y GESTION INTERNO                                     | Entregar los conocimientos de control interno , las políticas, autorización, ejecución, anotación, contabilización , los procedimientos análisis y evacuación de la información en forma eficiente.  | Realizar un trabajo con los estándares de control y calidad acorde a  |                                       | 4                       | 4                           | 4                     |                           |                                |       | 12    | POR DEFINIR | 2014                        | 40          | DISAL                 | Corto Mediano Plazo. | 200.000           | \$ 2.400.000  |
|                           | 13      | ACTUALIZACION EN CONTABILIDAD GUBERNAMENTAL OFERENTE CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA. | • Proporcionar a los Funcionarios conocimientos teóricos y prácticos sobre la normativa contable y presupuestaria a través del análisis y contabilización de transacciones propias de la gestión del Sector Municipal. En el ámbito de Remuneración y Financiera en sus diversos niveles de Profundidad. | Mejorar la información contable y presupuestaria para efectos de planificación y control.   |                                       | 5                       | 2                           |                       |                           |                                |       | 7     | POR DEFINIR | 2014                        | 30          | DISAL                 | CORTO MEDIANO PLAZO  | 800.000           | \$ 5.600.000  |
|                           | 14      | JORNADA TECNICO PROFESIONAL Y DE AUTO CUIDADO.  | Los funcionarios de la red de salud de Santiago , a través de la reflexión , trabajo en equipo , y técnicas de identificación de conflictos , podrán analizar , y resolver los problemas emergentes.   | Fortalecer el trabajo en equipo, mejorar el nivel técnico Profesional y clima laboral.  | 62                                    | 124                     | 89                          | 15                    | 28                        | 14                             |       | 332   | POR DEFINIR | 2014                        | 12          | DISAL                 | CORTO MEDIANO PLAZO  | 600.000           | \$ 6.000.000  |
|                           | 15      | Actualización en Mycroft Office, sistema operativo, básico , medio y avanzado             | Los funcionarios quienes trabajan con sistemas operativos, deben estar actualizados en estos programas, los cuales facilitaran y optimizaran el trabajo diario.  | Fortalecer el trabajo mediante la actualización de conocimiento en el ámbito computacional.   |                                       | 10                      | 10                          |                       |                           |                                |       | 20    | POR DEFINIR | 2014                        | 120         | DISAL                 | CORTO MEDIANO PLAZO  | 530.000           | \$ 10.600.000 |
|                           | 16      | MANEJO Y RESOLUCION DE CONFLICTOS:  | Al término del curso, los participantes estarán en condiciones de manejar adecuadamente los conflictos, controlando las emociones negativas, disminuyendo la agresión y la ira, dominando el mal genio y, aumentando los niveles de tolerancia.  | Reconocer estrategias equivocadas y adecuadamente en la solución de problemas. Conocer y aplicar los conceptos de negociación y mediación. Conocer las diferencias existentes entre los distintos canales de comunicación. Conocer y aplicar diferentes herramientas comunicacionales. Distinguir entre estrategias internas y externas, para la resolución de conflictos. Identificar las situaciones provocadoras de conflictos y las consecuencias de éstos. |                                       | 5                       | 5                           | 5                     | 5                         | 2                              |       | 22    | POR DEFINIR | 2014                        | 28          | DISAL                 | CORTO MEDIANO PLAZO  | 112.000           | \$ 1.500.000  |

| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS  | Nº CORR | ACTIVIDADES DE CAPACITACION  | OBJETIVO EDUCATIVO   | OBJETIVOS ESTRATEGICOS   | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA |                         |                             |                       |                           |                                |       | LUGAR | Fecha       | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | RESPONSABLE | APLICACIÓN ESTRATEGIA | FINANCIAMIENTO       |                   |               |
|--|---------|--|--|--|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------------|-----------------------------|-------------|-----------------------|----------------------|-------------------|---------------|
|  |         |  |  |  | A (Médicos, Odont, QF, etc.)          | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) | TOTAL |       |             |                             |             |                       | ITEM COSTO           | PRESUPUESTO TOTAL |               |
| LE. N° 7. DESARROLLAR LA GESTION ADMINISTRATIVA, FISICA Y FINANCIERA.  | 17      | ADMINISTRACION DEL RECURSO HUMANO                                      | Los funcionarios que ejercen cargos directivos, sean capaces de administrar eficientemente el Recurso Humano, y detectar áreas críticas de gestión logística del establecimiento.  | Mejorar la gestión en la administración del personal, disminuir el ausentismo laboral, fortalecer el clima laboral y el trabajo en equipo, y mantener la infraestructura adecuada del establecimiento.   |                                       | 14                      |                             |                       |                           |                                |       | 14    | POR DEFINIR | 2014                        | 24          | DISAL                 | CORTO, MEDIANO PLAZO | 300.000           | \$ 4.200.000  |
| LE N° 6. Incorporar Tecnologías de Información y Comunicaciones (TICs) | 18      | "Implementación y conocimiento en redes, cámaras IP y fibra óptica"    | Al finalizar el curso los alumnos serán capaces de interconectar diversos dispositivos de red, tanto convencionales como inalámbricas, utilizar comandos para testeo y verificación de la red. Además tendrán la capacidad de entender el funcionamiento de un circuito eléctrico básico, que normalmente va asociado a una red computacional.                               | El funcionaria será capaz de analizar los procesos de una forma simple, donde se utiliza un modelo internacional para este fin. Identificará y relacionará los diferentes tipos de protocolos de comunicación, profundizando en el de mayor importancia, TCP/IP.   |                                       | 1                       | 2                           | 1                     |                           |                                |       | 4     | POR DEFINIR | 2014                        | 60          | DISAL                 | CORTO, MEDIANO PLAZO | 530.000           | \$ 2.120.000  |
| LE N°4 MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO               | 19      | Actualización en herramientas de contención en situaciones de crisis . | Entregar las herramientas necesarias a los funcionarios de la red de salud de Santiago para entregar una atención de calidad con buen trata a nuestros usuarios internos y externos.   | Facilitar la atención a través del incremento de habilidades en el manejo de crisis.   | 10                                    | 10                      |                             |                       |                           |                                |       | 20    | POR DEFINIR | 2014                        | 60          | DISAL                 | Corte Plazo          | 240.000           | \$ 4.800.000  |
|  | 20      | CURSO ATENCION A USUARIOS EN APS                                       | Continuar con la formación de Profesionales a nivel de APS, entrenados y capacitados en los aspectos Centrales del Modelo de salud Familiar Comunitario, con enfoque en redes que sean capaces de consolidar el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral, liderar su expansión en todos los establecimientos del País y aumentar la resolutividad de ellos. | 1. Incrementar el número de profesionales del nivel primario con entrenamiento, conocimientos, habilidades y destrezas en aps, salud familiar comunitaria, y enfoques de redes.<br>2. Propender a la actualización de conocimientos, habilidades y destrezas permanente de los funcionarios de aps municipal.<br>3. Favorecer la formación y fortalecimiento de equipos locales de salud.<br>4. Aumentar la capacidad resolutiva de los equipos de salud de aps.<br>5. Generar aprendizaje entre pares a través del conocimiento de las experiencias y el desarrollo teórico y práctico. |                                       |                         |                             |                       |                           |                                |       | 2     | POR DEFINIR | 2014                        | 60          | DISAL/PORCONVENIO     | Corte Plazo          | 550.000           | \$ 1.100.000  |
| TOTAL  | 20      |  |  |  | 111                                   | 241                     | 256                         | 84                    | 53                        | 31                             | 776   |       | 3224        | 538                         |             |                       |                      | \$ 4.000.000      | \$ 73.712.000 |

## 11.1. PLAN SSMC DE CAPACITACIÓN AÑO 2014

| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS   | Nº CORR | ACTIVIDADES DE CAPACITACION  | OBJETIVO EDUCATIVO  | OBJETIVOS ESTRATEGICOS  | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA |                         |                             |                       |                           |                                |       | LUGAR | Fecha | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | RESPONSABLE | APLICACIÓN ESTRATEGIA | FINANCIAMIENTO      |                     |              |
|---|---------|--|---|---|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------|-----------------------------|-------------|-----------------------|---------------------|---------------------|--------------|
|   |         |  |   |   | A (Médicos, Odont, QF, etc.)          | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) | TOTAL |       |       |                             |             |                       | ITEM COSTO          | PRESUPUESTO TOTAL   |              |
| Fortalecer la instalación del nuevo MODELO DE ATENCIÓN / Mejorar la Calidad Atención y Trato al Usuario | 1       | Programa de capacitación - Referencia y Contrareferencia                 | Apoyar la instalación del proyecto para los Módulos de Agenda y Referencia y Contrareferencia                                 |   |                                       | 10                      | 10                          |                       |                           | 1                              |       | 21    | SSMC  | 2014                        | 20          | SSMC                  | corto plazo         | 80.000              | \$ 1.680.000 |
|   | 2       | Evaluación de Estilos de Apegos a través de Escala ADS "Massie Campbell" | Contribuir en la detección de factores de riesgo o protectores que potencien el óptimo desarrollo y crecimiento de niños (as) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualizar conocimientos y destrezas en la realización de la escala de apego ADS "Massie Campbell" para ser realizado durante los controles sanos de niños de 4 meses y 12 meses.</li> <li>- Adquirir destrezas para evaluar el vínculo entre el cuidador principal y el niño menor de dos años, a través de la escala ADS, utilizando los criterios establecidos por MINSAL (4 horas).</li> <li>- Lograr que los asistentes aclaren sus dudas en relación a la aplicación de dicha escala y tengan la oportunidad de observar videos de demostración.</li> <li>- Realizar la prueba de validación MINSAL al término de la jornada y su corrección la que se efectuará después de la capacitación en un plazo a convenir.</li> </ul> |                                       | 8                       |                             |                       |                           |                                |       | 8     | SSMC  | 2014                        | 20          | SSMC                  | mediano largo plazo | 80.000              | \$ 640.000   |
|   | 3       | Pasantías Nacionales e Internacionales APS                               | Contribuir a la instalación y consolidación del Modelo de Salud Familiar.   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejar conceptos teóricos sobre el modelo de Salud Familiar y Comunitario.</li> <li>- Incorporar la visión de la red asistencial.</li> <li>- Identificar desde el punto de vista teórico las prestaciones orientadas a la familia.</li> <li>- Identificar las herramientas de gestión que se utilizan localmente para la implementación de los cambios.</li> <li>- Implementar cambios en sus respectivos establecimientos.</li> </ul>  |                                       |                         | 3                           |                       |                           |                                |       |       | 3     | SSMC                        | 2014        | 30                    | SSMC                | mediano largo plazo | 2.500.000    |

| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS | Nº CORR | ACTIVIDADES DE CAPACITACION   | OBJETIVO EDUCATIVO  | OBJETIVOS ESTRATEGICOS   | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA |                         |                             |                       |                           |                                |       | LUGAR | Fecha | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | RESPONSABLE | APLICACIÓN ESTRATEGIA | FINANCIAMIENTO |                   |              |
|---------------------------|---------|---|---|--|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------|-----------------------------|-------------|-----------------------|----------------|-------------------|--------------|
|                           |         |   |   |  | A (Médicos, Odont, QF, etc.)          | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) | TOTAL |       |       |                             |             |                       | ITEM COSTO     | PRESUPUESTO TOTAL |              |
|                           | 4       | Actualización en Control Sano para Técnicos de Enfermería (Paramédicos) | Actualizar a los técnicos de enfermería en supervisión de salud (control sano) de niños y niñas mayores de 2 años.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualizar sus conocimientos en la actividad descrita anteriormente.</li> <li>- Fortalecer las destrezas para el control de preescolares y escolares.</li> <li>- Valorar el control sano como una instancia de conocer el medio familiar en el que está inserto el niño de manera de pesquisar factores que pudieran alterar el correcto desarrollo de niños y niñas.</li> </ul>  |                                       |                         | 40                          | 5                     |                           |                                |       | 45    | SSMC  | 2014                        | 21          | SSMC                  | corto plazo    | 84.000            | \$ 3.780.000 |
|                           | 5       | Norma de Referencia y Contrareferencia de Obstetricia                   | Actualizar en los (las) profesionales a cargo de la referencia y contrareferencia, conceptos, procedimientos y documentación del proceso estándar de referencia de las situaciones patológicas más frecuentes en las usuarias gestantes que concurren a sus actividades prenatales en el contexto de las actividades del Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial con enfoque familiar. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prevenir en la gestante patologías o sus complicaciones, que pueden afectar la salud materno - fetal.</li> <li>- Disminuir la demanda no pertinente que accede a nivel secundario, focalizando la atención oportuna de las gestantes derivadas adecuadamente.</li> <li>- Mejorar resolutivez de la matrona de la APS nivel primario en gestantes con patologia.</li> <li>- Generar una instancia de coordinación y comunicación fluida entre la APS y la especialidad.</li> </ul> | 10                                    | 10                      |                             |                       |                           |                                |       | 20    | SSMC  | 2014                        | 20          | SSMC                  | corto plazo    | 80.000            | \$ 1.600.000 |

| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS | Nº CORR | ACTIVIDADES DE CAPACITACION                    | OBJETIVO EDUCATIVO  | OBJETIVOS ESTRATEGICOS   | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA |                         |                             |                       |                           |                                |       | LUGAR | Fecha | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | RESPONSABLE | APLICACIÓN ESTRATEGIA | FINANCIAMIENTO      |                   |            |
|---------------------------|---------|--|---|--|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------|-----------------------------|-------------|-----------------------|---------------------|-------------------|------------|
|                           |         |  |   |  | A (Médicos, Odont, QF, etc.)          | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) | TOTAL |       |       |                             |             |                       | ITEM COSTO          | PRESUPUESTO TOTAL |            |
|                           | 6       | Jornada de Trabajo para Educadoras de Párvulos | Desarrollar un trabajo cooperativo en la red SSMC, que permita una intervención equitativa e integral orientada a niños y niñas beneficiarios de los Centros de Salud y a sus familias. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Actualizar conocimientos e información en torno a temas pertinentes para el trabajo de Educadoras de Párvulos en la Red.</li> <li>- Unificar criterios atingentes a la temática y al trabajo de las educadoras de párvulos en los CES y salas de estimulación.</li> <li>- Conocer la oferta de salas de estimulación en cada territorio y los mecanismos de referencia, contrarreferencia y registros.</li> <li>- Conocer experiencias de trabajo con niños y niñas desarrolladas por educadoras de párvulos en Centros de Salud y modalidades de estimulación insertas en la comunidad.</li> </ul> |                                       | 8                       |                             |                       |                           |                                |       | 8     | SSMC  | 2014                        | 20          | SSMC                  | mediano largo plazo | 80.000            | \$ 640.000 |
|                           | 7       | Jornada de Capacitación de Facilitadores PRAIS | Capacitar un profesional de cada establecimiento de la Red del SSMC como facilitador del Programa PRAIS   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar la atención reparatoria en salud a los beneficiarios PRAIS, en su respectivo establecimiento.</li> <li>- Mantener una coordinación permanente con el equipo PRAIS del SSMC.</li> <li>- Facilitar el acceso y oportunidad de la atención reparatoria en salud a los beneficiarios PRAIS.</li> <li>- Apoyar a las organizaciones de usuarios a la incorporación en los Consejos de desarrollo local de salud.</li> </ul>   |                                       | 6                       |                             |                       |                           |                                |       | 6     | SSMC  | 2014                        | 20          | SSMC                  | corto plazo         | 80.000            | \$ 480.000 |

| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS | Nº CORR | ACTIVIDADES DE CAPACITACION   | OBJETIVO EDUCATIVO  | OBJETIVOS ESTRATEGICOS  | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA |                         |                             |                       |                           |                                | LUGAR | Fecha | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | RESPONSABLE | APLICACIÓN ESTRATEGIA | FINANCIAMIENTO |                     |                   |              |
|---------------------------|---------|---|---|---|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|-------|-----------------------------|-------------|-----------------------|----------------|---------------------|-------------------|--------------|
|                           |         |   |   |   | A (Médicos, Odont, QF, etc.)          | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) |       |       |                             |             |                       | TOTAL          | ITEM COSTO          | PRESUPUESTO TOTAL |              |
|                           | 8       | Curso Actualización Atención Integral del Recién Nacido (Dos jornadas)                            | Las matronas capacitadas desarrollaran un programa de atención integral, aplicando estrategias técnicas y educativas que optimicen la atención de la Diada.   | - Unificar criterios, técnicas en la atención integral del Recién Nacido.<br>- Analizar la importancia de la reanimación neonatal básica y valorizar los cuidados realizados en el periodo de transición.<br>- Unificar criterios sobre la atención integral del recién nacido en sala puerperio.<br>- Valorar la importancia del vínculo madre e hijo.<br>- Unificar criterios y técnicas sobre depresión post parto.<br>- Unificar criterios de optimización en la atención integral madre-hijo en APS.<br>- Optimizar la visita integral domiciliaria. |                                       | 8                       |                             |                       |                           |                                |       | 8     | SSMC                        | 2014        | 102                   | SSMC           | largo plazo         | 408.000           | \$ 3.264.000 |
|                           | 9       | Curso Actualización en Pediatría Ambulatoria  | Mantener una educación permanente en temas prácticos pediátricos y generar una instancia de acercamiento y conocimiento mutuo entre los especialistas del nivel terciario y los médicos encargados de la atención pediátrica en los consultorios del Servicio | Capacitar en forma sistemática y permanente a médicos dedicados a la atención pediátrica. Actualizar conocimientos con especialistas de óptimo nivel en cada terna seleccionado. En distintos años, lograr abarcar la patología más relevante. Facilitar la comunicación y derivación de pacientes entre la atención primaria y hospitalaria (CDT y Servicio)   | 20                                    |                         |                             |                       |                           |                                |       | 20    | SSMC                        | 2014        | 41                    | SSMC           | mediano largo plazo | 164.000           | \$ 3.280.000 |
|                           | 10      | Jornadas actualización de las normas nacionales sobre regulación de las fertilidad (dos talleres) | Las matronas capacitadas desarrollaran y aplicarán las Normas Nacionales sobre regulación de la fertilidad  | - Unificar criterios y técnicas acerca de las normas sobre regulación de la fertilidad.<br>- Diferenciar los criterios médicos de elegibilidad.<br>- Clasificar las orientaciones necesarias para el uso de los anticonceptivos.<br>- Explicar los aspectos éticos y legales.   |                                       | 14                      |                             |                       |                           |                                |       | 14    | SSMC                        | 2014        | 22                    | SSMC           | corto plazo         | 88.000            | \$ 1.232.000 |

| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS                                | Nº CORR | ACTIVIDADES DE CAPACITACION  | OBJETIVO EDUCATIVO   | OBJETIVOS ESTRATEGICOS  | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA |                         |                             |                       |                           |                                |       | LUGAR | Fecha | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | RESPONSABLE | APLICACIÓN ESTRATEGIA | FINANCIAMIENTO |                   |              |
|--|---------|--|--|---|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------|-----------------------------|-------------|-----------------------|----------------|-------------------|--------------|
|  |         |  |  |   | A (Médicos, Odont, QF, etc.)          | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) | TOTAL |       |       |                             |             |                       | ITEM COSTO     | PRESUPUESTO TOTAL |              |
|  | 11      | Programa Cervico Uterino, Manejo de Sistema Informático: CITOEXPERT (dos jornadas) | Disminuir la tasa de mortalidad y la tasa de incidencia por cáncer invasor a través de detectar la enfermedad en etapas preinvasoras y tratarlas oportunamente. Manejar y optimizar el registro del sistema informático del Citoexpert del SSMC. | - Aumentar cobertura PAP.<br>- Manejar los registros de las coberturas PAP y REM 12 por sistema informático Citoexpert.<br>- Organizar actividades en el programa de salud sexual y reproductiva y coordinado con el programa del adulto.<br>- Focalización de la pesquisa en mujeres de 25 a 64 años.  |                                       | 8                       |                             |                       |                           |                                |       | 8     | SSMC  | 2014                        | 22          | SSMC                  | corto plazo    | 88.000            | \$ 704.000   |
|  | 12      | Capacitación Actualización encargados de OIRS                                      | Dar a conocer las prestaciones asociadas al Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial, a fin de facilitar la entrega de información a la comunidad.   |   |                                       | 2                       | 2                           | 1                     | 1                         |                                |       | 6     | SSMC  | 2014                        | 4           | SSMC                  | corto plazo    | 16.000            | \$ 96.000    |
| LE Nº4 MEJORAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO | 13      | Avanzando hacia la calidad y seguridad en la atención de salud                     | Actualizar conocimientos en lo relativo a una atención de calidad y segura para pacientes y funcionarios estandarizando procedimientos comunes.  | - Adquirir conocimientos sobre el proceso de acreditación de prestadores de salud.<br>- Participaren la elaboración de la normativa requerida en el proceso de acreditación.<br>- Actualizar conocimientos en los aspectos relacionados a esterilización de insumos e instrumental.<br>- Identificar los procesos claves relacionados con esterilización.<br>- Optimizar el almacenamiento del material estéril.<br>- Diseñar pautas de supervisión para la evaluación de manejo de técnicas y procedimientos en salud.<br>- Actualizar conocimientos en los aspectos relacionados a la Técnica Aséptica.<br>- Actualizar conocimientos relacionados con las precauciones universales e identificar las barreras.<br>- Vacunación segura: actualizar conocimientos relacionados con el PNI, manejo de cadena de frío, eventos adversos.<br>- Identificar situaciones de riesgo en la atención de salud. | 8                                     | 8                       |                             |                       |                           |                                |       | 16    | SSMC  | 2014                        | 32          | SSMC                  | largo plazo    | 128.000           | \$ 2.048.000 |

| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS  | Nº CORR | ACTIVIDADES DE CAPACITACION  | OBJETIVO EDUCATIVO   | OBJETIVOS ESTRATEGICOS  | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA |                         |                             |                       |                           |                                |       | LUGAR | Fecha | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | RESPONSABLE | APLICACIÓN ESTRATEGIA | FINANCIAMIENTO |                   |
|--|---------|--|--|---|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------|-----------------------------|-------------|-----------------------|----------------|-------------------|
|  |         |  |  |   | A (Médicos, Odont, QF, etc.)          | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) | TOTAL |       |       |                             |             |                       | ITEM COSTO     | PRESUPUESTO TOTAL |
| LE. Nº 5<br>GENERAR ESTRATEGIAS DE DESARROLLO ORGANIZACIONAL PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA FUNCIONARIA. | 14      | Curso Trato al Usuario y calidad de Atención".                                 | Entregar las herramientas necesarias a los funcionarios de la red de salud de Santiago para entregar una atención de calidad con buen trata a nuestros usuarios internos y externos. | <ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar competencias y habilidades comunicativas que faciliten la relación con los usuarios y mejore la efectividad de la atención del usuario interno y externo.</li> <li>Reconocer técnicas de manejo de conflictos y reclamos de usuarios, tanto internos como externos.</li> <li>Trabajar el enfoque de género en la atención y su relación con el usuario y usuaria.</li> <li>Conocimiento en el manejo de la expresión verbal y no verbal.</li> <li>Sensibilización "Migrantes y Pueblos originales".</li> <li>Conocimiento de la ley 20584.</li> </ul>  | 20                                    | 20                      | 30                          | 10                    | 5                         | 5                              | 90    | SSMC  | 2014  | 26                          | SSMC        | largo plazo           | 104.000        | \$ 9.360.000      |
| LE. Nº 7.<br>DESARROLLAR LA GESTION ADMINISTRATIVA, FISICA Y FINANCIERA.   | 15      | Actualización en administración y control de gestión de programas alimentarios | Actualizar a los equipo técnicos a cargo de los programas alimentarios en el tema, entregando herramientas para mejorar sus administración y gestión en el nivel local.              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Conocer la evolución de los Programas alimentarios desde su origen y el impacto en la salud de la población usuaria.</li> <li>Evaluar las plantas físicas de cada establecimiento, estableciendo brechas según normativas.</li> <li>Sensibilizar a Directivos de Atención Primaria sobre la relevancia de contar con los recursos necesarios para gestionar los programas considerando el costo asociado de éstos.</li> <li>Reconocer el costo de los programas alimentarios considerando el abastecimiento y el transporte asociado.</li> <li>Identificar metodología en uso para solicitud de abastecimiento.</li> <li>Reconocer instrumentos de registros en uso de los programas alimentarios</li> </ul> |                                       | 8                       | 7                           | 1                     |                           |                                | 16    | SSMC  | 2014  | 28                          | SSMC        | mediano largo plazo   | 112.000        | \$ 1.792.000,0    |

| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS                              | Nº CORR | ACTIVIDADES DE CAPACITACION   | OBJETIVO EDUCATIVO  | OBJETIVOS ESTRATEGICOS  | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA |                         |                             |                       |                           |                                |       | LUGAR | Fecha | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | RESPONSABLE | APLICACIÓN ESTRATEGIA | FINANCIAMIENTO |                   |              |
|--|---------|---|---|---|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------|-----------------------------|-------------|-----------------------|----------------|-------------------|--------------|
|  |         |   |   |   | A (Médicos, Odont, QF, etc.)          | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) | TOTAL |       |       |                             |             |                       | ITEM COSTO     | PRESUPUESTO TOTAL |              |
|  | 16      | Prevención de la Salud Mental en Situaciones de Emergencia y Catástrofes  | Entregar herramientas para la detección y manejo integral de los principales problemas y trastornos de salud mental secundarios a situaciones de emergencias y desastres. | Contar con profesionales de los equipos clínicos de salud mental preparados en acciones de los niveles territoriales locales y centrales de salud para gestionar, prepararse y responder en relación a situaciones de emergencia y catástrofes, con foco en la protección de la salud mental de la población.   |                                       | 3                       |                             |                       |                           |                                |       | 3     | SSMC  | 2014                        | 30          | SSMC                  | largo plazo    | 120.000           | \$ 360.000,0 |
| Fortalecer el Sistema de Garantías Explícitas en Salud | 17      | Manejo del Sistema Sigges para la Red del Servicio de Salud Metropolitano Central (cinco talleres, diferentes grupos) | Entregar conocimientos teóricos y prácticos acerca del funcionamiento y manejo del SIGGES, a las personas que digitan y monitorean en el SIGGES                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entregar conocimientos relacionados con los problemas de salud GES en vigencia legal al año 2010.</li> <li>- Lograr que los participantes adquieran las competencias requeridas para el registro correcto y oportuno en el sistema de información.</li> <li>- Lograr que los participantes comprendan y utilicen los reportes y herramientas de monitoreo que el sistema de información potencialmente les entrega.</li> </ul> | 7                                     | 7                       | 7                           | 7                     | 7                         | 2                              | 37    | SSMC  | 2014  | 20                          | SSMC        | corto plazo           | 80.000         | \$ 2.960.000,0    |              |
|  | 18      | Rehabilitación Integral del Adulto Mayor en la Comunidad  | Desarrollar un modelo de rehabilitación integral dirigido a los adultos mayores en la comunidad   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entregar formación con visión integral en Geriatria y Gerontología a Kinesiólogos.</li> <li>- Implementar servicios de rehabilitación integral para Adultos Mayores con base en la comunidad</li> </ul>  |                                       | 2                       |                             |                       |                           |                                |       | 2     | SSMC  | 2014                        | 284         | SSMC                  | largo plazo    | 1.136.000         | \$ 2.272.000 |

| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS | Nº CORR | ACTIVIDADES DE CAPACITACION         | OBJETIVO EDUCATIVO  | OBJETIVOS ESTRATEGICOS  | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA |                         |                             |                       |                           |                                |       | LUGAR | Fecha | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | RESPONSABLE | APLICACIÓN ESTRATEGIA | FINANCIAMIENTO      |                   |              |
|---------------------------|---------|-------------------------------------|---|---|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------|-----------------------------|-------------|-----------------------|---------------------|-------------------|--------------|
|                           |         |                                     |   |   | A (Médicos, Odont, QF, etc.)          | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) | TOTAL |       |       |                             |             |                       | ITEM COSTO          | PRESUPUESTO TOTAL |              |
|                           | 19      | Actualización Auge                  | - Manejen conceptos del AUGE y puedan orientar ante consultas generales.<br>- Unificar criterios sobre conceptos de garantías y reclamos y sus respectivas normativas legales.<br>- Identificar sistema de información para la gestión de garantías explícitas.<br>- Conocer el funcionamiento de las prestaciones en los problemas de salud más prevalentes en la red de salud del SSMC. | - Manejen conceptos del AUGE y puedan orientar ante consultas generales.<br>- Unificar criterios sobre conceptos de garantías y reclamos y sus respectivas normativas legales.<br>- identificar sistema de información para la gestión de garantías explícitas.<br>- Conocer el funcionamiento de las prestaciones en los problemas de salud más prevalentes en la red de salud del SSMC.   |                                       | 4                       | 11                          |                       |                           | 1                              |       | 16    | SSMC  | 2014                        | 43          | SSMC                  | corto plazo         | 172.000           | \$ 2.752.000 |
|                           | 20      | Salud Mental para Atención Primaria | Mejorar la resolutivez del nivel primario de atención en la problemática de salud mental  | - Homogenizar los conocimientos acerca de las situaciones más frecuentes de consulta en APS.<br>- Conocer epidemiología, cuadro clínico y manejo de trastornos de personalidad, Síndromes Depresivos, Síndromes Ansiosos y Consumo de alcohol y benzodicepinas.<br>- Comprender multifactorialidad etiológica de los trastornos mentales comunes.<br>- Favorecer el abordaje multidisciplinario.<br>- Conocer y aplicar principios básicos de psicofarmacología.<br>- Prevenir la polifarmacia y la generación de dependencia o fármacos en la población. |                                       | 12                      | 12                          |                       |                           |                                |       | 24    | SSMC  | 2014                        | 47          | SSMC                  | mediano largo plazo | 188.000           | \$ 4.512.000 |
|                           | 21      | Aprendiendo a Cuidar la Salud Bucal | - Identificar y aplicar el componente de salud bucal en el control del niño sano.<br>- Contribuir a mejorar la coordinación local entre las Unidades de Odontología y de Salud Infantil al interior de los establecimientos con personal capacitado.  | Fortalecer conocimientos, competencias y valorar el rol de enfermeras, nutricionistas y matronas en la promoción, prevención e identificación de situaciones de riesgo de la salud bucal en el control del niño/a sano con un importante énfasis en la familia  |                                       |                         | 3                           |                       |                           |                                |       | 3     | SSMC  | 2014                        | 120         | SSMC                  |                     | 480.000           | \$ 1.440.000 |

| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS                              | Nº CORR | ACTIVIDADES DE CAPACITACION  | OBJETIVO EDUCATIVO  | OBJETIVOS ESTRATEGICOS  | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA |                         |                             |                       |                           |                                |       | LUGAR | Fecha | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | RESPONSABLE | APLICACIÓN ESTRATEGIA | FINANCIAMIENTO |                   |
|--|---------|--|---|---|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------|-----------------------------|-------------|-----------------------|----------------|-------------------|
|  |         |  |   |   | A (Médicos, Odont, QF, etc.)          | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) | TOTAL |       |       |                             |             |                       | ITEM COSTO     | PRESUPUESTO TOTAL |
| Fortalecer la instalación del nuevo MODELO DE ATENCION | 22      | Atención Odontológica en Párvulos: Un nuevo paradigma              | - Comprender las políticas y estrategias de salud bucal como herramientas constitutivas del cuidado integral de los menores.<br>- Identificar las principales características del desarrollo psicosocial de los menores de acuerdo a su edad y establecer un criterio que permita establecer parámetros de conductas esperables.<br>- Reconocer la importancia que para los niños y niñas tiene la atención odontológica en contextos comunitarios.<br>- Reconocer y valorar el rol, de la familia en la atención clínica de niños y niñas. | Mejorar las competencias de los odontólogos de APS en el manejo y atención de los niños menores de 6 años, tanto a nivel comunitario (jardín infantil) como en el centro de salud, optimizando la contribución al cumplimiento de las GES de figurados de 0-15 años GES de salud oral integral de los 6 años y GES urgencia odontológica. | 2                                     |                         |                             |                       |                           |                                |       | 2     | SSMC  | 2014                        | 120         | SSMC                  | 480.000        | \$ 960.000        |
|  | 23      | Desarrollo de la Red Asistencial (Referencia y Contrareferencia)   | - Valorar elementos vinculados al trabajo en redes.<br>- conocer el concepto de Red de Salud.<br>-Valorar la organización en redes.<br>- Conocer herramientas de trabajo en equipo.<br>- Diferenciar el concepto de demanda del concepto de necesidades.<br>- Conocer los conceptos de Referencia y Contrareferencia.<br>- Conocer los criterios de priorización de lista de espera y su abordaje.  | Contribuir a elevar la calidad de la gestión de la Red Asistencial de los Servicios de Salud del país, a través del diseño de mecanismos de Referencia y Contrareferencia en la red asistencial.  | 1                                     |                         |                             |                       |                           |                                |       | 1     | SSMC  | 2014                        | 120         | SSMC                  | 480.000        | \$ 480.000        |
|  | 24      | Enfrentamiento de Patologías Frecuentes de Medicina Interna en APS | - Nivelar y actualizar contenidos en problemas frecuentes de medicina interna en APS.<br>- Disminuir la lista de espera para la especialización de Medicina Interna y subespecialidad.<br>- Disminuir los tiempos de espera para la atención en los pacientes referidos al nivel secundario.  | Entregar a los médicos del nivel primario de atención, herramientas que permitan optimizar la resolución de problemas frecuentes de medicina interna de manejo en atención primaria y mejorar la pertinencia en las derivaciones al nivel especialidad.   | 5                                     |                         |                             |                       |                           |                                |       |       | 5     | SSMC                        | 2014        | 48                    | SSMC           | 192.000           |

| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS                                       | Nº CORR | ACTIVIDADES DE CAPACITACION   | OBJETIVO EDUCATIVO  | OBJETIVOS ESTRATEGICOS  | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA |                         |                             |                       |                           |                                |       | LUGAR | Fecha | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | RESPONSABLE | APLICACIÓN ESTRATEGIA | FINANCIAMIENTO               |                   |              |
|---|---------|---|---|---|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------|-----------------------------|-------------|-----------------------|------------------------------|-------------------|--------------|
|   |         |   |   |   | A (Médicos, Odont, QF, etc.)          | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) | TOTAL |       |       |                             |             |                       | ITEM COSTO                   | PRESUPUESTO TOTAL |              |
|   | 25      | Enfrentamiento de Patologías Quirúrgicas Frecuentes en APS                            | Formular estrategias para optimizar la derivación y resolución de patologías quirúrgicas tanto frecuentes como de nuevas prestaciones de este ámbito en el nivel secundario   | - Reconocer los signos y síntomas de la patología coloproctológica, tanto para su tratamiento como para su correcta derivación al nivel secundario, con especial énfasis en la pesquisa de cáncer colorrectal. - Reconocer, diagnosticar y derivar las patologías vasculares y periféricas más frecuentes. - Reconocer los principales signos y síntomas del diagnóstico diferencial de patologías urológicas. - Reforzar aspectos GES de la patología digestiva alta, entre otras. | 4                                     |                         |                             |                       |                           |                                |       | 4     | SSMC  | 2014                        | 48          | SSMC                  |                              | 192.000           | \$ 768.000,0 |
| Actualización en Sistema de Garantías Explícitas de Salud (GES) | 26      | CURSO ACTUALIZACION EN EL MANEJO GES DE PROBLEMAS FRECUENTES EN APS                   | Fortalecer la capacidad Resolutiva de los Médicos de APS, en aquellos problemas de salud que hayan sido priorizados por el Ministerio de Salud.   | Contribuir a la mejora de la capacidad resolutiva frente a problemas de salud de alta prevalencia considerados en el Plan GES, masificando el conocimiento y lograr una rápida asimilación de ellos por parte de los equipos de salud, en la perspectiva de acelerar los cambios en el modelo de atención que el país precisa.  | 4                                     | 4                       |                             |                       |                           |                                |       | 8     |       | 2014                        | 24          | SSMC                  | Corto, Mediano y Largo Plazo | 96.000            | \$ 768.000   |
| Fortalecer la instalación del nuevo MODELO DE ATENCION          | 27      | Formación de Facilitadores del Taller Nadie es Perfecto                               | Formar a profesionales de la Red del SSMC en la metodología "Nadie es Perfecto"   | - Conocer y aplicar los conceptos, fundamentos y herramientas de la metodología Nadie es Perfecto. - Conocer la plataforma del SRDM para efectuar el ingreso de la información de los talleres realizados.  |                                       | 8                       |                             |                       |                           |                                |       | 8     | SSMC  | 2014                        | 48          | SSMC                  |                              | 192.000           | \$ 1.536.000 |
|   | 28      | Sistema de Registro de VIH Sida: Sistema de Registro único e información del VIH/SIDA | Capacitar a la red de funcionarios sobre la nueva herramienta informática para el registro de información sobre VIH/SIDA, con el fin de fortalecer los procesos de atención, de vigilancia epidemiológica y de planificación del VIH/SIDA         |   |                                       | 12                      |                             |                       |                           |                                |       | 12    | SSMC  | 2014                        | 21          | SSMC                  |                              | 84.000            | \$ 1.008.000 |
|   | 29      | Curso Actualización Programa PAI  | Actualizar conocimientos en el equipo encargado del PNI de los establecimientos de la red SSMC que permitan estandarizar procedimientos de vacunación y asegurar la calidad en la ejecución de los procedimientos operativos estandarizados (POE) |   |                                       | 4                       | 4                           |                       |                           |                                |       | 8     | SSMC  | 2014                        | 21          | SSMC                  |                              | 84.000            | \$ 672.000   |

| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS                                     | Nº CORR | ACTIVIDADES DE CAPACITACION   | OBJETIVO EDUCATIVO   | OBJETIVOS ESTRATEGICOS   | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA |                         |                             |                       |                           |                                |       | LUGAR | Fecha | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | RESPONSABLE | APLICACIÓN ESTRATEGIA | FINANCIAMIENTO |                   |
|---|---------|---|--|--|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------|-----------------------------|-------------|-----------------------|----------------|-------------------|
|   |         |   |  |  | A (Médicos, Odont, QF, etc.)          | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) | TOTAL |       |       |                             |             |                       | ITEM COSTO     | PRESUPUESTO TOTAL |
|   | 30      | Adolescencia y Adolescente: Rol de los Equipos de Salud Familiar                      | Desarrollar competencias en los equipos de salud en el tema de salud integral del adolescente, para promover la implementación de servicios orientados a las necesidades de este grupo   | - Reconocer las principales características del desarrollo evolutivo de el/la adolescente y su familia. - Identificar factores de riesgo y factores de protección individual, familiares y comunitarios para el desarrollo integral del adolescente. - Revisar el modelo de atención integral ambulatorio de la salud para el adolescente. |                                       | 5                       |                             |                       |                           |                                | 5     | SSMC  | 2014  | 100                         | SSMC        |                       | 400.000        | \$ 2.000.000      |
|   | 31      | Introducción a la Gestión Local en la Atención Primaria                               | Profundizar las estrategias de APS en un marco de fortalecimiento de la gestión comunal, potenciando el rol del municipio como actor central del desarrollo local y de los espacios redes para un mejor vivir.                       | Potenciar los aprendizajes esenciales cognitivos que debe tener un gestor de entidades de salud, ya sea este a nivel municipal o como director de establecimientos, mejorando sus habilidades básicas en gestión afianzando los aprendizajes por medio del hacer.  | 1                                     | 5                       |                             |                       |                           |                                | 6     | SSMC  | 2014  | 100                         | SSMC        |                       | 400.000        | \$ 2.400.000      |
| Sistema de Garantías Explícitas en Salud - Modelo de Atención | 32      | Manejo nutricional en patologías renales, discapacidades y pacientes en fase terminal | Entregar herramientas para el manejo nutricional de pacientes con patologías especiales, que contribuyan a mejorar su estado actual y futuro   | - Conocer situaciones epidemiológicas de patologías renales y de discapacidades. - Reconocer los avances en el manejo nutricional de patologías renales, discapacidades y en fase terminal. - Desarrollar habilidades para realizar evaluación nutricional y desarrollo de la prescripción dietética en pacientes especiales.              |                                       | 13                      |                             |                       |                           |                                | 13    | SSMC  | 2014  | 21                          | SSMC        |                       | 84.000         | \$ 1.092.000      |
| Mejorar la Calidad Atención y Trato al Usuario                | 33      | Actualización Procedimientos administrativos y financieros Seguro Social              | Dar continuidad y seguimiento al proceso de implementación del Plan de Normalización de la Ley 16744, Seguro Social contra riesgo de accidentes laborales y enfermedades profesionales en los establecimientos de atención primaria. | - Fortalecer a los funcionarios de las unidades del Some, admisión, recaudación y finanzas de los establecimientos de atención Primaria, en los temas de pesquisa, registro, notificación y reembolso de prestaciones por concepto Ley 16744   |                                       | 1                       | 1                           |                       | 2                         |                                | 4     | SSMC  | 2014  | 28                          | SSMC        |                       | 112.000        | \$ 448.000        |

| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS   | Nº CORR | ACTIVIDADES DE CAPACITACION   | OBJETIVO EDUCATIVO   | OBJETIVOS ESTRATEGICOS   | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA |                         |                             |                       |                           |                                |       | LUGAR | Fecha       | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | RESPONSABLE | APLICACIÓN ESTRATEGIA | FINANCIAMIENTO |                   |              |
|---|---------|---|--|--|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------------|-----------------------------|-------------|-----------------------|----------------|-------------------|--------------|
|   |         |   |  |  | A (Médicos, Odont, QF, etc.)          | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) | TOTAL |       |             |                             |             |                       | ITEM COSTO     | PRESUPUESTO TOTAL |              |
| Fortalecer la instalación del nuevo MODELO DE ATENCIÓN  | 34      | Detección de Artritis Temprana para Médicos de APS  | Entregar a los médicos el nivel de capacitación para distinguir una artritis inflamatoria de una no inflamatoria y como realizar una derivación precoz   | - Capacitar un referente por establecimiento de APS para la pesquisa y derivación oportuna y pertinente en el diagnóstico de artritis temprana. - Entregar los nuevos conceptos teóricos sobre artritis reumatoide temprana. - Dar a conocer el flugrama de derivación al policlínico de artritis temprana | 4                                     |                         |                             |                       |                           |                                |       | 4     | SSMC        | 2014                        | 22          | SSMC                  |                | 88.000            | \$ 352.000   |
| Mejorar la Calidad Atención y Trato al Usuario  | 35      | Autorización Sanitaria y Acreditación de Establecimientos de Mediana y Baja Complejidad y APS | Mejorar los conocimientos en relación a Calidad y Seguridad del Paciente. - Desarrollar aspectos relacionados a Autorización Sanitaria y Acreditación de Prestaciones institucionales  | - Contribuir al cumplimiento de los compromisos de gestión establecidas con el Minsal. - Apoyar el proceso de normalización de autorización sanitaria de centros de salud. - Proveer servicios de salud dentro de los estándares fijados por el Minsal.  | 3                                     | 8                       |                             |                       |                           |                                |       | 11    | SSMC        | 2014                        | 21          | SSMC                  |                | 84.000            | \$ 924.000   |
| Fortalecer la instalación del nuevo MODELO DE ATENCIÓN / Mejorar la Calidad Atención y Trato al Usuario | 36      | DIPLOMADO EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS*  | Este Programa debe contribuir a orientar la atención hacia cuidados en la Atención Primaria de Salud, centrados en el usuario, que contemple las diferentes dimensiones del ser humano, avanzando desde una perspectiva biomédica hacia otra más integral y que ponga a la familia como marco referencial del análisis de los problemas de salud de los individuos, con un enfoque preventivo. | La realización y aprobación de este Diplomado será un requisito para la postulación a programas de especialización destinadas para médicos de APS. Así también la aprobación del mismo contribuirá un elemento importante para su ulterior acreditación como especialistas en medicina familiar.           | 5                                     |                         |                             |                       |                           |                                |       | 5     | POR DEFINIR | 2014                        | 330         | SSMC                  | Corte Plazo    | 1.400.000         | \$ 7.000.000 |
|   | 37      | DIPLOMADO EN ATENCION PRIMARIA Y SALUD FAMILIAR   | Continuar con la Formación de profesionales a nivel de la atención Primaria, entrenada y capacitada en los aspectos centrales del Modelo de Salud Familiar Comunitario   | • Incrementar el número de profesionales del nivel primario con entrenamiento, conocimientos, habilidades y destrezas en Atención Primaria, Salud Familiar Comunitario y Enfoque de Redes.   |                                       | 5                       |                             |                       |                           |                                |       | 10    | POR DEFINIR | 2014                        | 300         | SSMC                  | Corte Plazo    | 1.400.000         | \$ 1.400.000 |

| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS | Nº CORR | ACTIVIDADES DE CAPACITACION           | OBJETIVO EDUCATIVO   | OBJETIVOS ESTRATEGICOS  | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA |                         |                             |                       |                           |                                |       | LUGAR | Fecha       | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | RESPONSABLE | APLICACIÓN ESTRATEGIA | FINANCIAMIENTO |                   |              |
|---------------------------|---------|---------------------------------------|--|---|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------------|-----------------------------|-------------|-----------------------|----------------|-------------------|--------------|
|                           |         |                                       |  |   | A (Médicos, Odont, QF, etc.)          | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) | TOTAL |       |             |                             |             |                       | ITEM COSTO     | PRESUPUESTO TOTAL |              |
|                           | 38      | DIPLOMADO EMERGENCIA EN APS           | Continuar con la formación de Profesionales a nivel de APS, entrenados y capacitados en los aspectos Centrales del Modelo de salud Familiar Comunitario, con enfoque en redes que sean capaces de consolidar el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral, liderar su expansión en todos los establecimientos del País y aumentar la resolutivez de ellos. | 1. Incrementar el número de profesionales del nivel primario con entrenamiento, conocimientos, habilidades y destrezas en aps, salud familiar comunitaria, y enfoques de redes.<br>2. Propender a la actualización de conocimientos, habilidades y destrezas permanente de los funcionarios de aps municipal.<br>3. Favorecer la formación y fortalecimiento de equipos locales de salud.<br>4. Aumentar la capacidad resolutivez de los equipos de salud de aps.<br>5. Generar aprendizaje entre pares a través del conocimiento de las experiencias y el desarrollo teórico y práctico. |                                       | 3                       |                             |                       |                           |                                |       | 3     | POR DEFINIR | 2014                        | 200         | SSMC                  | Corte Plazo    | 1.000.000         | \$ 3.000.000 |
|                           | 39      | DIPLOMADO PROMOCION Y CALIDAD DE VIDA | Continuar con la formación de Profesionales a nivel de APS, entrenados y capacitados en los aspectos Centrales del Modelo de salud Familiar Comunitario, con enfoque en redes que sean capaces de consolidar el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral, liderar su expansión en todos los establecimientos del País y aumentar la resolutivez de ellos. | 1. Incrementar el número de profesionales del nivel primario con entrenamiento, conocimientos, habilidades y destrezas en aps, salud familiar comunitaria, y enfoques de redes.<br>2. Propender a la actualización de conocimientos, habilidades y destrezas permanente de los funcionarios de aps municipal.<br>3. Favorecer la formación y fortalecimiento de equipos locales de salud.<br>4. Aumentar la capacidad resolutivez de los equipos de salud de aps.<br>5. Generar aprendizaje entre pares a través del conocimiento de las experiencias y el desarrollo teórico y práctico. |                                       | 3                       |                             |                       |                           |                                |       | 3     | POR DEFINIR | 2014                        | 200         | SSMC                  | Corte Plazo    | 800.000           | \$ 2.400.000 |

| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS | Nº CORR | ACTIVIDADES DE CAPACITACION                                   | OBJETIVO EDUCATIVO   | OBJETIVOS ESTRATEGICOS  | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA |                         |                             |                       |                           |                                |       | LUGAR | Fecha       | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | RESPONSABLE | APLICACIÓN ESTRATEGIA | FINANCIAMIENTO |                   |              |
|---------------------------|---------|---|--|---|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------------|-----------------------------|-------------|-----------------------|----------------|-------------------|--------------|
|                           |         |   |  |   | A (Médicos, Odont, QF, etc.)          | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) | TOTAL |       |             |                             |             |                       | ITEM COSTO     | PRESUPUESTO TOTAL |              |
|                           | 40      | DIPLOMADO MODELO DE ATENCION INTEGRAL ADULTO MAYOR            | Continuar con la formación de Profesionales a nivel de APS, entrenados y capacitados en los aspectos Centrales del Modelo de salud Familiar Comunitario, con enfoque en redes que sean capaces de consolidar el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral, liderar su expansión en todos los establecimientos del País y aumentar la resolutivez de ellos. | 1. Incrementar el número de profesionales del nivel primario con entrenamiento, conocimientos, habilidades y destrezas en aps, salud familiar comunitaria, y enfoques de redes. 2. Propender a la actualización de conocimientos, habilidades y destrezas permanente de los funcionarios de aps municipal. 3. Favorecer la formación y fortalecimiento de equipos locales de salud. 4. Aumentar la capacidad resolutivez de los equipos de salud de aps. 5. Generar aprendizaje entre pares a través del conocimiento de las experiencias y el desarrollo teórico y práctico. |                                       | 4                       |                             |                       |                           |                                |       | 4     | POR DEFINIR | 2014                        | 200         | SSMC                  | Corte Plazo    | 1.000.000         | \$ 4.000.000 |
|                           | 41      | CURSO SALUD Y CUIDADO FAMILIAR PARA LA SEGUNDA INFANCIA       | <ul style="list-style-type: none"> <li>Este curso pretende profundizar la estrategia de APS en un marco de fortalecimiento del equipo de salud, potenciando el rol de la familia, los educadores y la comunidad como actores centrales del desarrollo en la formación integral de los niños y niñas en edad escolar</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>Capacitar al Equipo de Salud en las competencias necesarias para acompañar a las familias, los educadores y la comunidad en el proceso de crecimiento y desarrollo normal de los niños y niñas en edad escolar.</li> <li>Este curso busca responder de manera eficaz a los nuevos desafíos que nos impone la crianza, derivados de los cambios experimentados en la sociedad durante las últimas décadas y estimulas el desarrollo de personas integralmente sanas.</li> </ul>   |                                       | 6                       |                             |                       |                           |                                |       | 6     | POR DEFINIR | 2014                        | 100         | SSMC                  | Corte Plazo    | 600.000           | \$ 3.600.000 |
|                           | 42      | CURSO INTRODUCCION A LA GESTION LOCAL EN LA ATENCION PRIMARIA | <ul style="list-style-type: none"> <li>Profundizar la estrategia de APS en un marco de fortalecimiento de la gestión comunal potenciando el rol del Municipio como actor central del desarrollo local y de los espacios-redes para un mejor vivir.</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>Potenciar los aprendizajes esenciales cognitivos que debe tener un gestor de entidades de salud, ya sea a nivel municipal o como director de establecimiento, mejorando sus habilidades básicas en gestión afianzando los aprendizajes por medio del hacer.</li> </ul>   |                                       | 6                       |                             |                       |                           |                                |       | 6     | POR DEFINIR | 2014                        | 100         | SSMC                  | Corte Plazo    | 600.000           | \$ 3.600.000 |

| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS | Nº CORR | ACTIVIDADES DE CAPACITACION                             | OBJETIVO EDUCATIVO   | OBJETIVOS ESTRATEGICOS  | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA |                         |                             |                       |                           |                                |       | LUGAR | Fecha       | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | RESPONSABLE | APLICACIÓN ESTRATEGIA | FINANCIAMIENTO |                   |            |
|---------------------------|---------|---|--|---|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|-------|-------------|-----------------------------|-------------|-----------------------|----------------|-------------------|------------|
|                           |         |   |  |   | A (Médicos, Odont, QF, etc.)          | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) | TOTAL |       |             |                             |             |                       | ITEM COSTO     | PRESUPUESTO TOTAL |            |
|                           | 43      | CURSO ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO /AS EN LA APS | Continuar con la formación de Profesionales a nivel de APS, entrenados y capacitados en los aspectos Centrales del Modelo de salud Familiar Comunitario, con enfoque en redes que sean capaces de consolidar el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral, liderar su expansión en todos los establecimientos del País y aumentar la resolutivez de ellos. | 1. Incrementar el número de profesionales del nivel primario con entrenamiento, conocimientos, habilidades y destrezas en aps, salud familiar comunitaria, y enfoques de redes.<br>2. Propender a la actualización de conocimientos, habilidades y destrezas permanente de los funcionarios de aps municipal.<br>3. Favorecer la formación y fortalecimiento de equipos locales de salud.<br>4. Aumentar la capacidad resolutivez de los equipos de salud de aps.<br>5. Generar aprendizaje entre pares a través del conocimiento de las experiencias y el desarrollo teórico y práctico. |                                       | 1                       |                             |                       |                           |                                |       | 1     | POR DEFINIR | 2014                        | 60          | SSMC                  | Corte Plazo    | 550.000           | \$ 550.000 |
|                           | 44      | CURSO ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO /AS EN LA APS | Continuar con la formación de Profesionales a nivel de APS, entrenados y capacitados en los aspectos Centrales del Modelo de salud Familiar Comunitario, con enfoque en redes que sean capaces de consolidar el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral, liderar su expansión en todos los establecimientos del País y aumentar la resolutivez de ellos. | 1. Incrementar el número de profesionales del nivel primario con entrenamiento, conocimientos, habilidades y destrezas en aps, salud familiar comunitaria, y enfoques de redes.<br>2. Propender a la actualización de conocimientos, habilidades y destrezas permanente de los funcionarios de aps municipal.<br>3. Favorecer la formación y fortalecimiento de equipos locales de salud.<br>4. Aumentar la capacidad resolutivez de los equipos de salud de aps.<br>5. Generar aprendizaje entre pares a través del conocimiento de las experiencias y el desarrollo teórico y práctico. |                                       | 1                       |                             |                       |                           |                                |       | 1     | POR DEFINIR | 2014                        | 60          | SSMC                  | Corte Plazo    | 550.000           | \$ 550.000 |

| LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS | Nº CORR | ACTIVIDADES DE CAPACITACION   | OBJETIVO EDUCATIVO  | OBJETIVOS ESTRATEGICOS  | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA |                         |                             |                       |                           |                                | LUGAR | Fecha | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | RESPONSABLE | APLICACIÓN ESTRATEGIA | FINANCIAMIENTO |               |                   |
|---------------------------|---------|---|---|---|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------|-------|-----------------------------|-------------|-----------------------|----------------|---------------|-------------------|
|                           |         |   |   |   | A (Médicos, Odont, QF, etc.)          | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) |       |       |                             |             |                       | TOTAL          | ITEM COSTO    | PRESUPUESTO TOTAL |
|                           | 45      | Alimentación y Nutrición en el Ciclo Vital del Niño (a); del prematuro al adolescente | analizar con los representantes de los equipos de salud de la red temas prioritarios del ámbito alimentario nutricional en la infancia y adolescencia con el fin de unificar criterios y líneas de acción a través de la red del SSMC | - Reconocer las normas actuales de alimentación para su correcta aplicación en diferentes grupos de edad. - Contar con herramientas que permitan hacer evaluaciones nutricionales a niños (8as) con patologías especiales. - Identificar patologías asociadas a la alimentación / nutrición y sus manejos terapéuticos. | 3                                     | 20                      |                             |                       |                           |                                | 23    | SSMC  | 2014                        | 21          | SSMC                  |                | 84.000        | \$ 1.932.000      |
| TOTAL                     |         |   |   |   | 109                                   | 250                     | 115                         | 24                    | 17                        | 7                              | 527   |       |                             |             | TOTAL:                | \$ 17.220.000  | \$ 94.792.000 |                   |

## 11.2. PLAN ACHS DE CAPACITACIÓN AÑO 2014

| Nº CORR | ACTIVIDADES DE CAPACITACION   | OBJETIVOS EDUCATIVOS | OBJETIVO EDUCATIVO   | OBJETIVOS ESTRATEGICOS  | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA |                         |                             |                       |                           |                                | TOTAL CUPOS | LUGAR | Fecha          | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | RESPONSABLE | APLICACIÓN ESTRATEGIA | FINANCIAMIENTO |                      |        |
|---------|---|----------------------|--|---|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------------|-------|----------------|-----------------------------|-------------|-----------------------|----------------|----------------------|--------|
|         |   |                      |  |   | A (Médicos, Odont, QF, etc.)          | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) |             |       |                |                             |             |                       | ITEM COSTO     | APORTE EXTERNO TOTAL |        |
| 1       | ERGONOMIA Y AUTOCUIDADO EN OFICINAS.  |                      | Dirigido a trabajadores del área administrativa, busca apoyar y orientar el desarrollo de habilidades para el mejoramiento de la calidad de vida en ambientes de oficina.                  | Mejorar la calidad de vida de los funcionarios de la Red de salud de Santiago, evitando las enfermedades de origen laboral. |                                       |                         | 5                           | 5                     | 5                         | 5                              | 20          | ACHS  | MAYO DEL 2014  | 6                           | ACHS        | CORTO MEDIANO PLAZO   | Y              | 24.000               | 480000 |
| 2       | LEY DE ACCIDENTES DEL TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES, DECRETO N° 40 Y 54. |                      | Taller de identificación de riesgos, dirigido a trabajadores en general. Bajo el concepto de control de comportamientos críticos (C.C.C.) se enfatiza en la seguridad como valor personal. | Evitar los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.  |                                       | 5                       | 5                           | 5                     |                           | 5                              | 20          | ACHS  | ABRIL DEL 2014 | 6                           | ACHS        | CORTO MEDIANO PLAZO   | Y              | 24.000               | 480000 |
| 3       | PREVENCION CONTROL INCENDIOS (EXTINTORES)                                       | Y DE                 | Dirigido a trabajadores en general. Instruye sobre las medidas que deben aplicarse a las empresas para prevenir la aparición del fuego y en caso que este se propague, formas de control.  | Entregar las herramientas y conocimientos necesarios para resolver de una manera efectiva un principio de incendio.         |                                       |                         | 10                          | 10                    | 5                         | 5                              | 30          | ACHS  | ABRIL DEL 2014 | 6                           | ACHS        | CORTO MEDIANO PLAZO   | Y              | 24.000               | 720000 |
| 4       | TECNICAS DE MOVILIZACION Y TRASLADO DE PACIENTES.                               | DE                   | Dirigido a auxiliares de enfermería y personal de ambulancias. Entrega técnicas en el traslado y manejo de pacientes de baja complejidad.  | Personal capacitado en el Manejo de paciente traumatizado de baja complejidad, aumentándola capacidad resolutiva.           |                                       |                         | 10                          | 10                    | 5                         |                                | 25          | ACHS  | JULIO DEL 2014 | 6                           | ACHS        | CORTO MEDIANO PLAZO   | Y              | 24.000               | 600000 |
| 5       | EL LIDERAZGO, FACTOR CLAVE EN LAS ORGANIZACIONES EXITOSAS.                      |                      | Dirigido a mandos superiores, jefes de departamentos, subgerencias. Su objetivo es trabajar con los estamentos superiores de las empresas a  | Mejorar el trabajo en equipo y clima laboral.   |                                       | 10                      |                             |                       |                           |                                | 10          | ACHS  | JUNIO DEL 2014 | 20                          | ACHS        | CORTO MEDIANO PLAZO   | Y              | 80.000               | 800000 |

| Nº CORR | ACTIVIDADES DE CAPACITACION   | OBJETIVOS EDUCATIVOS | OBJETIVO EDUCATIVO  | OBJETIVOS ESTRATEGICOS   | NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA |                         |                             |                       |                           |                                | TOTAL CUPOS | LUGAR | Fecha | NUMERO DE HORAS PEDAGOGICAS | RESPONSABLE | APLICACIÓN ESTRATEGIA | FINANCIAMIENTO |                      |
|---------|---|----------------------|---|--|---------------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-----------------------|---------------------------|--------------------------------|-------------|-------|-------|-----------------------------|-------------|-----------------------|----------------|----------------------|
|         |   |                      |   |  | A (Médicos, Odont, QF, etc.)          | B (Otros Profesionales) | C (Técnicos Nivel Superior) | D (Técnicos de Salud) | E (Administrativos Salud) | F (Auxiliares servicios Salud) |             |       |       |                             |             |                       | ITEM COSTO     | APORTE EXTERNO TOTAL |
|         |   |                      | través de propuestas modernas, atractivas y cautivantes que muestren cómo la empresa se preocupa de entregar caminos hacia la excelencia organizacional.    |  |                                       |                         |                             |                       |                           |                                |             |       |       |                             |             |                       |                |                      |
| 6       | PREVENCIÓN DE RIESGOS PARA COMITES PARITARIOS Y COMUNICACIÓN EFECTIVA |                      | Entregar los conocimientos y procedimientos actualizados en el manejo de situaciones de emergencia, supervisión, análisis y orientación a los funcionarios. | Tener a los funcionarios capacitados que conformar el Comité Paritario actualizados en el ámbito de la Prevención. |                                       | 10                      | 10                          |                       |                           |                                | 20          | ACHS  |       | 40                          | ACHS        | CORTO Y MEDIANO PLAZO | 160.000        | 3200000              |
| 6       |   |                      |   |  | 0                                     | 25                      | 40                          | 30                    | 15                        | 15                             | 125         |       | 0     | 84                          |             |                       | 336000         | \$ 6.280.000         |

---

# Plan de Salud 2014



**SANTIAGO**

Ilustre Municipalidad

I. MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO  
DIRECCION DE SALUD  
ARTURO PRAT 471  
Fono (562) 498 5302 – 498 5303  
[direcciondesalud@saludstgo.cl](mailto:direcciondesalud@saludstgo.cl)  
NOVIEMBRE DE 2013