



**Plan de Salud 2016**  
**Dirección de Salud**  
**I. Municipalidad de Santiago**

# ÍNDICE

## 1. Descripción del Nivel de Salud o Situación de Salud

1. Mortalidad
  1. Mortalidad General
  2. Mortalidad Infantil
  3. Mortalidad en la niñez
  4. Mortalidad en la adolescencia
  5. Mortalidad en la adultez
  6. Mortalidad en adultos mayores
  7. Mortalidad Materna
  8. Mortalidad por Causas
  9. Esperanza de vida
  10. Índice de Swaroop
  11. AVISA (años de vida saludable que se pierden por muerte o incapacidad)
  12. AVPP (años de vida potencialmente perdidos).
2. Morbilidad
  1. Consultas Médicas
  2. Egresos Hospitalarios
  3. Enfermedades de Notificación Obligatoria
  4. Población Bajo Control en la Red de Salud Municipal
  5. Lista de Espera a Especialidades

## 2. Descripción de Factores Condicionantes

1. Población
  1. Estructura y Dinámica Poblacional
    1. Volumen y Composición Poblacional
    2. Evolución Demográfica y Migración
    3. Tasa de Natalidad
    4. Fecundidad
2. Medio Socio-Cultural
  1. Educación
    1. Alfabetismo y Nivel de Instrucción
  2. Situación Socio-económica
    1. Pobreza
    2. Ingreso
    3. Previsión de Salud
  3. Situación Laboral
  4. Familia y Hogares

1. Estado civil y estado de hecho de la Población
2. Estructura de Hogares
  1. Jefes(as) de Hogar
  2. Composición de los Hogares
  3. Hacinamiento y allegamiento
5. Vivienda y Habitabilidad Urbana
  1. Tipología de las Viviendas
  2. Tenencia de las Viviendas
  3. Servicios básicos de la Urbanización
6. Transporte y Comunicaciones
7. Etnia y Religión
8. Discapacidad
9. Participación Social
3. Medio Natural
  1. Ubicación, Superficie y Configuración Comunal
  2. Límites Comunales y Organización Territorial
  3. Características Geográfico-físicas de la comuna
  4. Red Vial
  5. Transporte y Tránsito
  6. Áreas Verdes
4. Sector Salud
  1. Política de Salud
    1. Misión
    2. Visión
    3. Objetivos Generales de la Red de Salud
  2. Estructura y Organización de la Red Asistencial
    1. Estructura de la Red del Servicio Metropolitano Central
    2. Organización de la Dirección de Salud Municipal y sus centros dependientes
    3. Cartera de Servicios de la Red de Salud Municipal
    4. Población Inscrita Red de Salud Municipal de Santiago
    5. Análisis de la Demanda
      1. Programa Infantil
      2. Programa de Salud Cardiovascular
      3. Programa del Adulto Mayor
    6. Análisis de la Oferta
      1. Consultas Médicas
      2. Controles de Salud según Ciclo Vital
      3. Controles de Salud Programa Cardiovascular
      4. Consultas de Salud Mental

- 5. Consultas Dentales
- 7. Indicadores de Gestión APS Santiago
  - 1. Índices de Actividad de Atención Primaria de Salud (IAAPS)
  - 2. Metas Sanitarias
  - 3. Cuadro de Mando Integral
- 8. UAPO
- 9. COSAM
  - 1. Antecedentes
  - 2. Análisis de Contexto
  - 3. Recursos
  - 4. Cartera de Prestaciones
  - 5. Oferta de Programas
  - 6. Proyección desarrollo prestaciones 2016
- 3. Recursos Humanos
- 4. Recursos Financieros

### **3. Diagnóstico Participativo**

- 1. Diagnóstico Participativo en Salud
- 2. Planes de Participación Consejos de Desarrollo Local

### **4. Encuesta de Satisfacción Usuaría**

### **5. Plan de Cuidados de Salud de la Población**

- 1. Programa Santiago Sano, construyendo entornos saludables
  - 1. Espacio Público
  - 2. Agenda 9 pasos
  - 3. Espacios Amigables
  - 4. Alcohol
  - 5. Adulto Mayor
  - 6. Desafíos futuros
- 2. Plan de Capacitación Anual
- 3. Plan de Acción Centros de Salud
- 4. Plan de Acción Departamentos y Unidades de la Dirección de Salud
  - 1. Departamento Epidemiología y Gestión de Información
    - 1. Unidad de Informática
  - 2. Departamento de Recursos Humanos
  - 3. Departamento de Finanzas
  - 4. Departamento de Adquisiciones
    - 1. Unidad de Abastecimiento

# 1. Descripción del Nivel de Salud o Situación de Salud

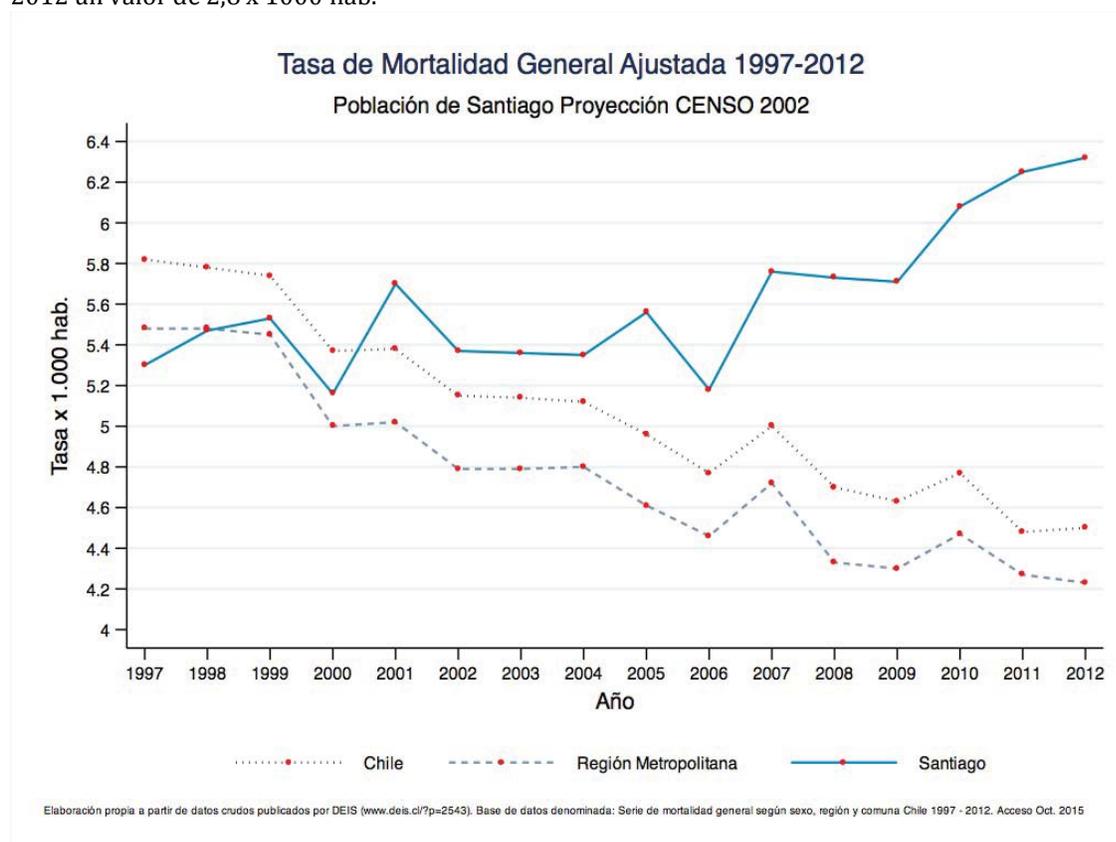
## 1. Mortalidad

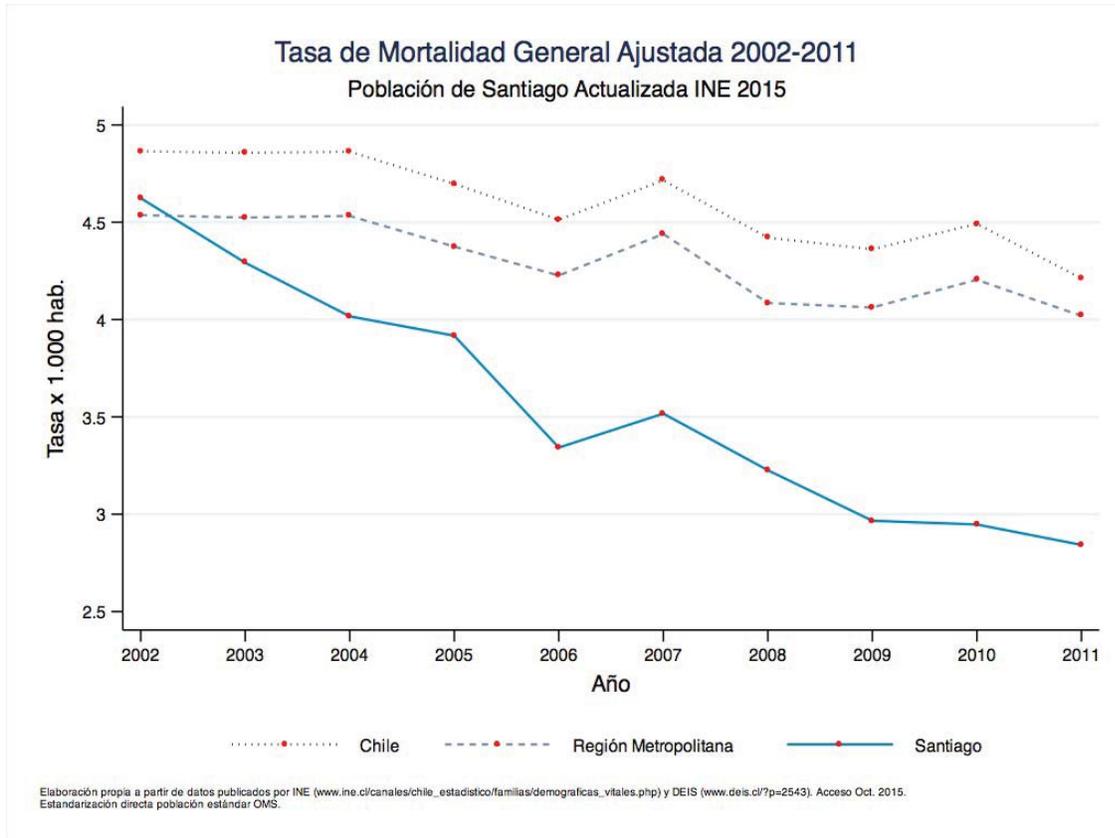
### 1. Mortalidad General

Según cifras oficiales del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), la última estimación de la tasa de mortalidad ajustada de la comuna de Santiago, correspondiente al año 2012, y asciende a 6,32 por 1000 hab., lo que está sobre la estimación nacional (4,5 x 1000 hab.) y la Región Metropolitana (4,23 x 1000 hab.).

Al estudiar la tendencia desde el año 1997 al 2012, sólo la tasa de Santiago iría en aumento, contrario a lo que ocurriría en la Región Metropolitana (RM) y el País (figura \ref{fig5}).

Las tasas anteriores fueron calculadas con las estimaciones poblacionales antiguas. Al calcularlas con las nuevas estimaciones de población y estandarizarlas directamente con la población definida para esto de la OMS, el panorama es radicalmente distinto, como se aprecia en la figura \ref{fig6}. Sólo el año 2002 la tasa de mortalidad ajustada de Santiago sería mayor que la de la RM, tendiendo hacia la baja y alcanzando el año 2012 un valor de 2,8 x 1000 hab.

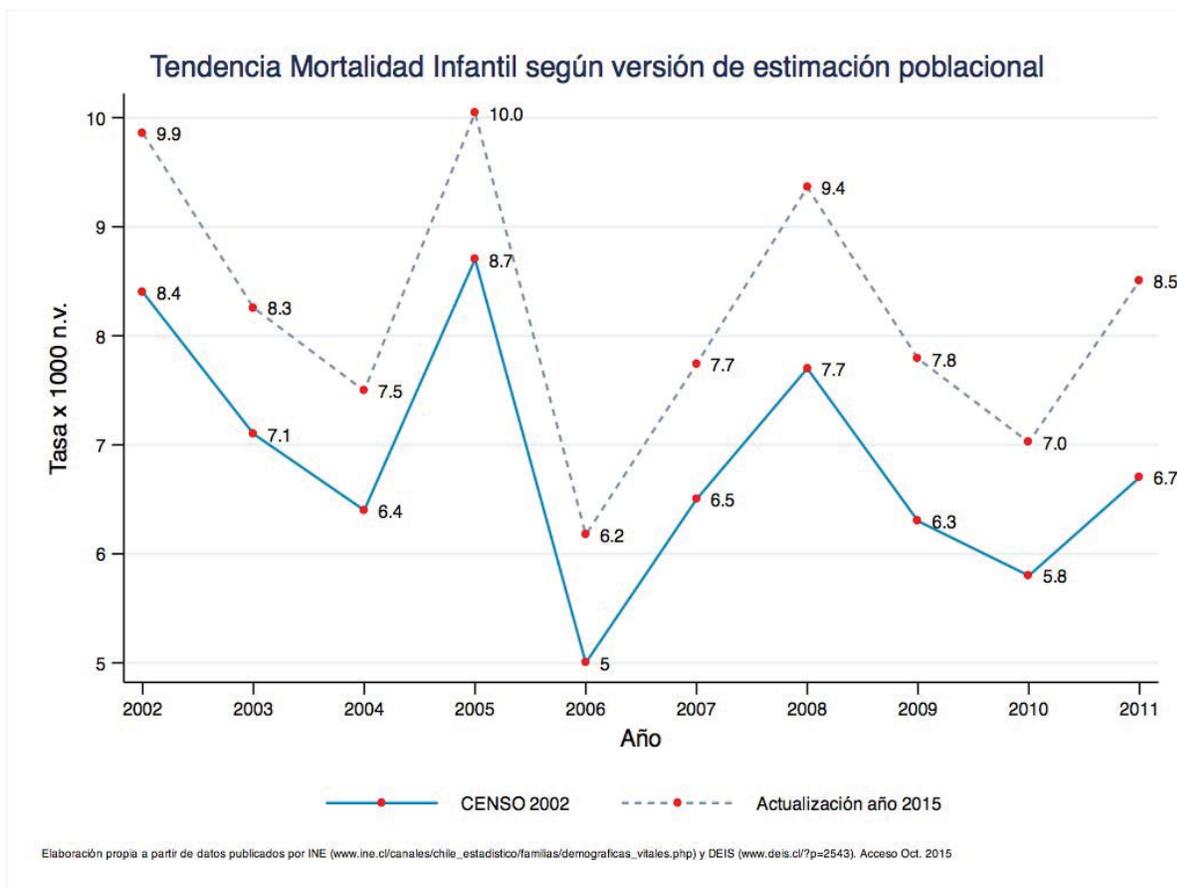




## 2. Mortalidad Infantil

La tasa de mortalidad infantil depende de la versión de estimación poblacional del INE, lo que varía bastante. Según la publicación oficial del DEIS, es posible deducir que el total de nacidos vivos utilizados en el denominador del indicador fue de 4776 hab. el año 2011, sin embargo, las estadísticas de población utilizadas en esa época por el INE estiman que la población menor de 1 año era de 1713 hab., considerando las 32 defunciones ese año, la tasa debió haber sido de 18.6 x 1000 n.v. Respecto a la tendencia de este indicador, aunque muy fluctuante, en términos generales, ambas tasa tienden a su disminución en el período estudiado.

Si consideramos que la cifra más próxima a la realidad es la que construimos nosotros en base a las defunciones publicadas por el DEIS y la última estimación de población de la comuna del DEIS, el año 2011) la tasa de Santiago es mayor a la de la Región y el País por aprox. 1 hab. más por mil (tabla). Es muy difícil dar una explicación certera cuando tenemos cifras tan dispares. Además, el análisis debiese realizarse desagregando la mortalidad infantil, información con que tampoco contamos.

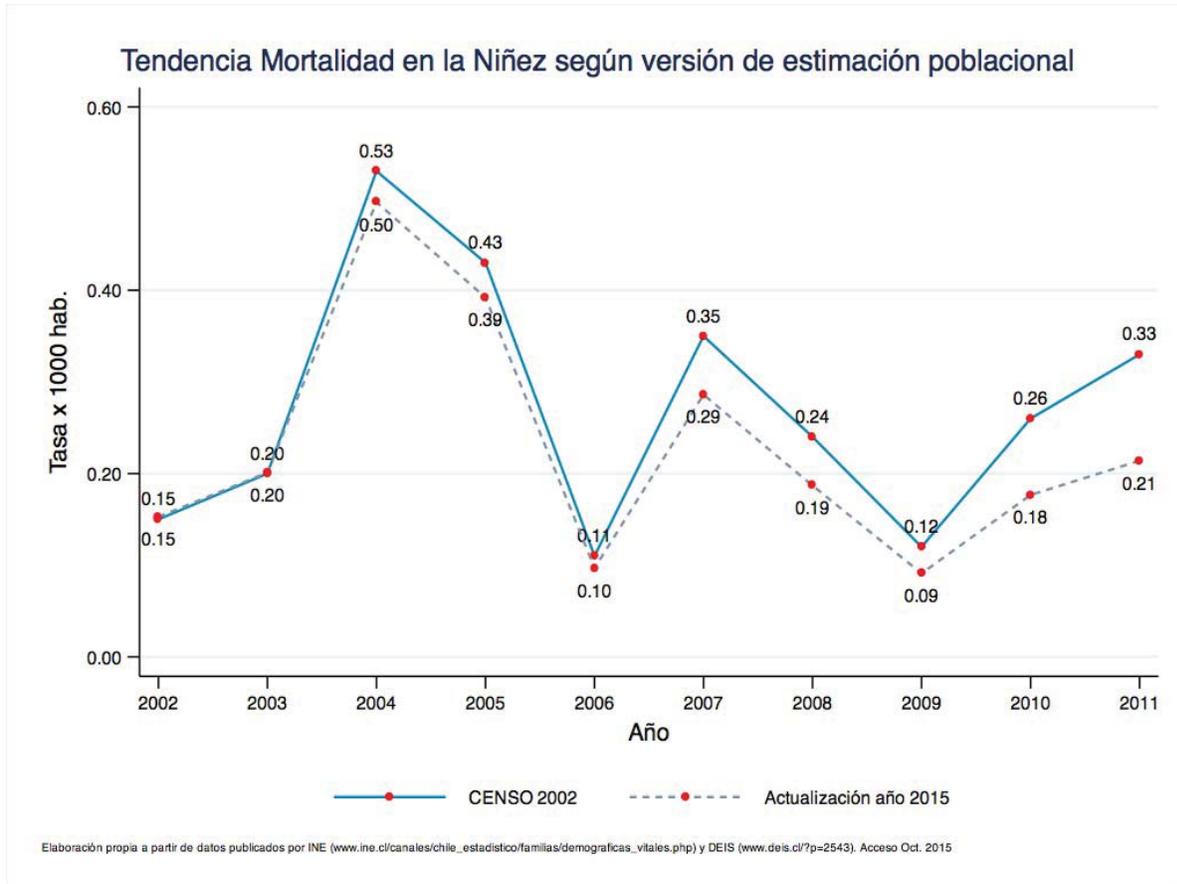


	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Chile	7,8	7,8	8,4	7,9	7,6	8,3	7,8	7,9	7,4	7,7
RM	7,3	7,1	7,8	7,2	7,2	7,4	7,1	7,1	7,1	7,5
Santiago	9,9	8,3	7,5	10,0	6,2	7,7	9,4	7,8	7,0	8,5

Fuente: DEIS. MINSAL

### 3. Mortalidad en la Niñez

La cifra más reciente de mortalidad en la niñez es del año 2011, donde Santiago alcanza 2,1 x 10.000 hab. según la estimación propia y 3,3 x 10.000 hab. considerando cifras oficiales. La tendencia es errática, probablemente debido a los pocos casos que se presentan donde una muerte cambia drásticamente el escenario.



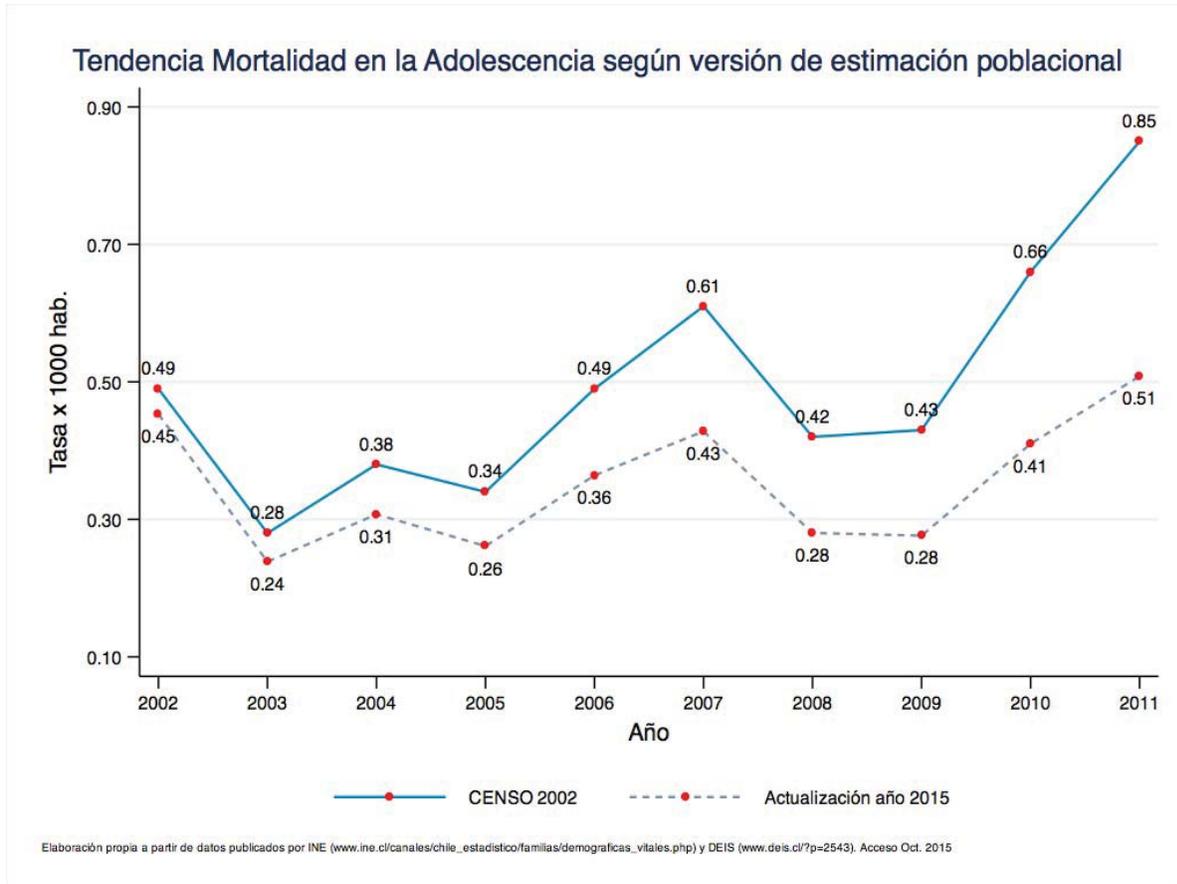
Al compararnos con la Región Metropolitana y Chile, el año 2011 las cifras son similares (tabla).

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Chile	0.29	0.27	0.26	0.24	0.25	0.23	0.23	0.23	0.22	0.20
RM	0.26	0.24	0.24	0.22	0.19	0.18	0.22	0.19	0.19	0.18
Santiago	0.15	0.20	0.50	0.39	0.10	0.29	0.19	0.09	0.18	0.21

Fuente: DEIS. MINSAL

#### 4. Mortalidad en la Adolescencia

Lamentablemente la tendencia de este indicador es hacia el alza, según cifras oficiales mueren 0.85 jóvenes por mil habitantes, las estimaciones con población actualizada bajan algo esta cifra a aproximadamente 1 individuo por cada dos mil habitantes al año. Probablemente lo que explicaría esta tendencia es las muertes violentas asociadas a conductas de riesgo como el consumo de alcohol.



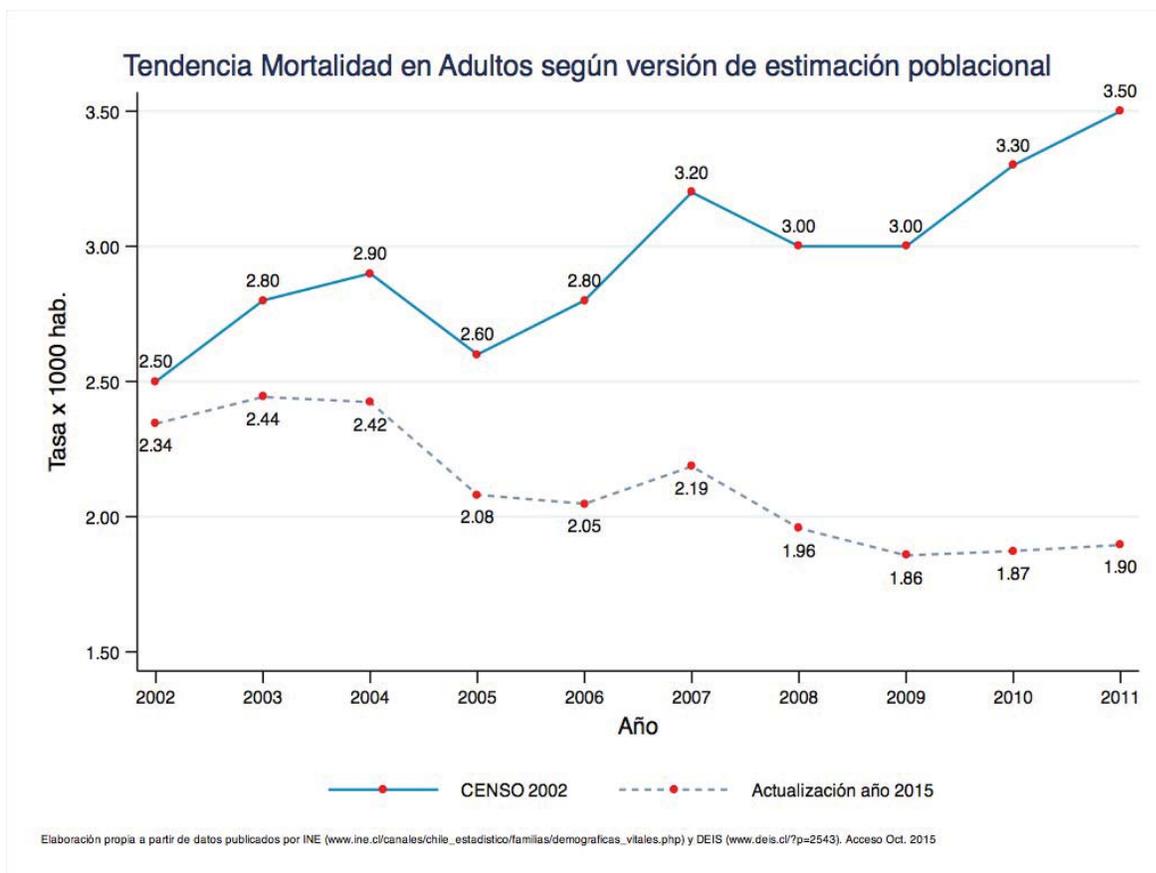
Al compararnos con la Región y el País, el año 2011 nuestra comuna presenta tasas mayores a ambos, lo que puede estar asociado a muertes violentas que ocurren en lugares de esparcimiento dado el alto número de recintos y actividades que se realizan en esta comuna.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Chile	0.35	0.32	0.36	0.35	0.34	0.35	0.37	0.35	0.34	0.33
RM	0.32	0.28	0.30	0.29	0.29	0.29	0.31	0.31	0.28	0.30
Santiago	0.45	0.24	0.31	0.26	0.36	0.43	0.28	0.28	0.41	0.51

Fuente: DEIS. MINSAL

## 5. Mortalidad en la Adultez

Acá las diferencias entre la estimación propia comparada a las cifras oficiales se comienza a hacer cada vez más notoria, presentando la oficial una tendencia clara hacia el aumento y llegando el año 2001 a 3,5 x 1000 hab. mientras que la estimación con cifras más reales, tiene una tendencia hacia el descenso, alcanzando 1.9 x 1000 hab. lo que se condice con la situación de Chile como un país en etapa de plena transición demográfica.



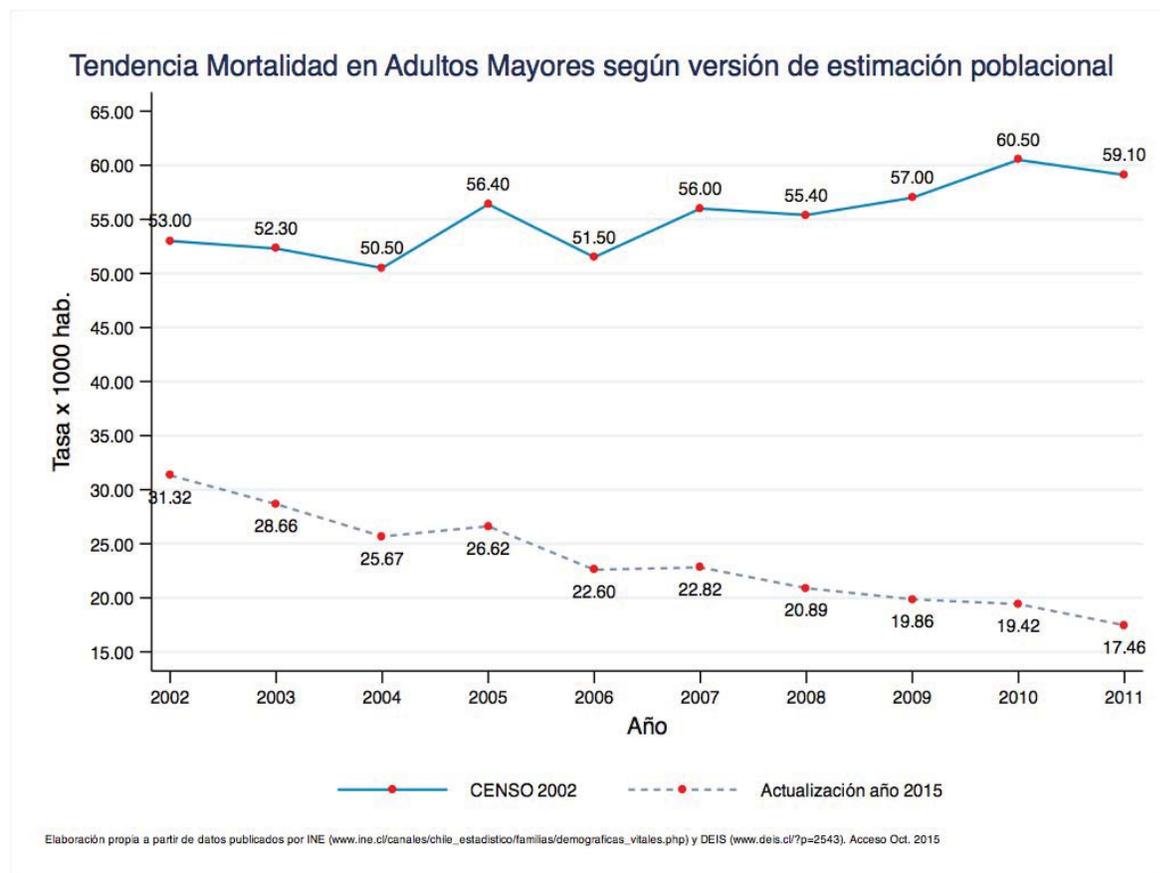
Al compararnos con la Región Metropolitana y el país, las estimaciones propias calzan con nuestros referentes, alcanzando el año 2011, 1.9 x 1000 hab. discretamente más bajo que el país y la región.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Chile	2.7	2.7	2.6	2.6	2.5	2.6	2.6	2.6	2.6	2.5
RM	2.3	2.4	2.4	2.3	2.3	2.4	2.3	2.3	2.4	2.3
Santiago	2.3	2.4	2.4	2.1	2.1	2.2	2.0	1.9	1.9	1.9

Fuente: DEIS. MINSAL

## 6. Mortalidad en Adultos Mayores

Las diferencias entre las estimaciones oficiales y propias llegan a su máxima expresión en este grupo etario, teniendo una diferencia de 42 individuos por cada mil habitantes. La tendencia entre ambas series es inversa, mientras la oficial tiene al alza, la propia hacia la baja, lo que parece más cercano a la realidad.



Santiago presenta una tasa de mortalidad en este grupo bastante menor que la Región y el País, de más de 20 individuos por mil habitantes, como se aprecia en la tabla.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Chile	45.3	45.6	46.2	45.3	43.2	45.8	42.2	41.8	44.1	41.1
RM	43.7	44.2	44.8	43.8	41.9	45.1	40.4	40.4	42.8	40.5
Santiago	31.3	28.7	25.7	26.7	22.6	22.8	20.9	19.9	19.4	17.5

Fuente: DEIS. MINSAL

## 7. Mortalidad Materna

La última información de DEIS a nivel comunal respecto a este indicador que permita su comparación, es al año 2011, y muestra que Santiago presenta un valor de su tasa de mortalidad materna superior al SSMC, la región y el país, indicando la necesidad de mejorar las coberturas de gestantes durante las primeras semanas de parto.

INDICADOR	SANTIAGO	SSMC	RM	PAÍS
Tasa de Mortalidad Materna (Tasa por 10.000 N.V.)	4,0	3,2	1,9	1,8

Fuente: DEIS. MINSAL

## 8. Mortalidad por causas

Para el análisis de la mortalidad se utilizó la información de mortalidad más reciente publicada por el DEIS, correspondiente al año 2013.

Dicho año, se produjeron 1517 defunciones en la Comuna de Santiago. Al mirar las causas individuales, un cuarto de la mortalidad se atribuyó a 9 causas, liderado por el infarto agudo al miocardio (Cod. CIE-10: I219) con 97 casos, lo que corresponde a un 6.39% del total de defunciones; seguido por neumonía (Cod. CIE-10: J189) con 59 casos (3.89%). Luego, tumores malignos de los bronquios o de los pulmones (Cod. CIE-10: C349) con 47 casos (3.10%), accidente vascular encefálico agudo no especificado como hemorrágico o isquémico (CIE-10: I64X) con 46 casos (3.03%), enfermedad de Alzheimer (CIE-10: G309) con 32 defunciones (2.11%), secuelas de accidente vascular encefálico, no especificado como hemorrágico o isquémico (CIE-10: I694) con 30 casos (1.98%), demencia (CIE-10: F03X) con 29 casos (1.91%) y finalmente, tumor maligno del páncreas (CIE-10: C259) y tumor maligno de la mama (CIE-10: C509), ambos con 27 casos (1.78% cada uno). Entre dichas patologías se acumula un 25.97% de todas las muertes.

Nos comparamos con la Región Metropolitana (tabla) creando tasas específicas, por los mismos grupos diagnósticos que utiliza el DEIS y según las últimas estimaciones de población del INE para el año 2013. Para la comuna de Santiago se estimaba una población total de 331.325 hab. mientras que para la Región Metropolitana 7.142.893 hab.

El grupo que presenta mayor peso en la mortalidad son las Enfermedades del Sistema Circulatorio, representando un 28,15% del total de defunciones. Al comparar las tasas en dicho grupo, Santiago presentó 128.88 muertes por 100.000 hab. mientras que la RM 147.18 x 100.000 hab.

Dentro de las causas infecciosas, la mortalidad por VIH/SIDA y Tuberculosis presentó tasas mayores que la región (0,33 y 1,97 x 100.000 hab. respectivamente).

En el grupo de Tumores Malignos, sólo en las neoplasias de páncreas, mama y otros tumores las tasas son mayores a la región. Al mirar los Tumores malignos, dejando fuera "otros tumores", el mayor peso relativo lo tienen los tumores de tráquea, bronquios y pulmón, representando un 3,1% de todas las defunciones con una tasa de 14,19 x 100.000 hab.

Las enfermedades del sistema respiratorio representan un 9,44% de las defunciones totales, siendo las muertes por neumonía ligeramente más altas que la región, con una tasa de 23,24 x 100.000 hab. frente a 22,82 x 100.000 hab.

La siguiente tabla muestra lo anteriormente descrito:

### Mortalidad por Causas Específicas Año 2013

Códigos CIE10	Glosa	Santiago			RM		
		n	%	Tasa	n	%	Tasa
<b>A00-B99</b>	<b>Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias</b>	<b>53</b>	<b>3,5</b>	<b>16,00</b>	<b>1246</b>	<b>3,32</b>	<b>17,44</b>
A15-A19	Tuberculosis	5	0,33	1,51	84	0,22	1,18
B20-B24	Enfermedad por VIH/SIDA	18	1,19	5,43	247	0,66	3,46
Resto de A00-B99	Demás infecciosas y parasitarias	30	1,98	9,05	915	2,44	12,81
<b>C00-C97</b>	<b>Tumores Malignos</b>	<b>328</b>	<b>21,62</b>	<b>99,00</b>	<b>8372</b>	<b>22,28</b>	<b>117,21</b>
C15	Esófago	5	0,33	1,51	175	0,47	2,45
C16	Estómago	23	1,52	6,94	1037	2,76	14,52
C18	Colon	21	1,38	6,34	650	1,73	9,10
C20	Recto	7	0,46	2,11	167	0,44	2,34
C22	Hígado y de las vías biliares intra-hepáticas	15	0,99	4,53	442	1,18	6,19
C23-C24	Vesícula, de otras partes y no especificadas de las vías biliares	19	1,25	5,73	555	1,48	7,77
C25	Páncreas	28	1,85	8,45	516	1,37	7,22
C33-C34	Tráquea, bronquios y pulmón	47	3,1	14,19	1325	3,53	18,55
C43	Melanomas malignos de la piel	2	0,13	0,60	48	0,13	0,67
C44	Otros tumores malignos de la piel	2	0,13	0,60	73	0,19	1,02
C50	Mama	27	1,78	8,15	580	1,54	8,12
C53	Cuello del útero	6	0,4	1,81	181	0,48	2,53
Resto de C00-C97	Otros tumores malignos	126	8,3	38,03	2623	6,98	36,72
<b>E00-E90</b>	<b>Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas</b>	<b>84</b>	<b>5,53</b>	<b>25,35</b>	<b>2046</b>	<b>5,45</b>	<b>28,64</b>
E10-E14	Diabetes mellitus	63	4,15	19,01	1645	4,38	23,03
Resto de E00-E90	Otras enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	21	1,38	6,34	401	1,07	5,61
<b>I00-I99</b>	<b>Enfermedades del sistema circulatorio</b>	<b>427</b>	<b>28,15</b>	<b>128,88</b>	<b>10513</b>	<b>27,99</b>	<b>147,18</b>
I10-I15	Enfermedades hipertensivas	69	4,55	20,83	2049	5,45	28,69

I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	131	8,64	39,54	2881	7,67	40,33
I60-I69	Enfermedades cerebrovasculares	137	9,03	41,35	3259	8,68	45,63
Resto de I00-I99	Otras enfermedades del sistema circulatorio	90	5,93	27,16	2324	6,19	32,54
<b>J00-J99</b>	<b>Enfermedades del sistema respiratorio</b>	<b>143</b>	<b>9,44</b>	<b>43,16</b>	<b>3928</b>	<b>10,46</b>	<b>54,99</b>
J09-J11	Influenza	0	0	0,00	0	0	0,00
J12-J18	Neumonía	77	5,08	23,24	1630	4,34	22,82
J40-J44	EPOC	35	2,31	10,56	1213	3,23	16,98
J45-J46	Asma	1	0,07	0,30	78	0,21	1,09
Resto de J00-J99	Otras enfermedades respiratorias	30	1,98	9,05	1007	2,68	14,10
<b>K00-K93</b>	<b>Enfermedades del sistema digestivo</b>	<b>116</b>	<b>7,64</b>	<b>35,01</b>	<b>2752</b>	<b>7,32</b>	<b>38,53</b>
K70-K76	Cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado	65	4,28	19,62	1538	4,09	21,53
Resto de K00-K93	Otras enfermedades del sistema digestivo	51	3,36	15,39	1214	3,23	17,00
<b>P00-P96</b>	<b>Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal</b>	<b>15</b>	<b>0,99</b>	<b>4,53</b>	<b>324</b>	<b>0,86</b>	<b>4,54</b>
<b>Q00-Q99</b>	<b>Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas</b>	<b>14</b>	<b>0,92</b>	<b>4,23</b>	<b>360</b>	<b>0,96</b>	<b>5,04</b>
<b>R00-R99</b>	<b>Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte</b>	<b>26</b>	<b>1,71</b>	<b>7,85</b>	<b>553</b>	<b>1,47</b>	<b>7,74</b>
<b>Resto de códigos</b>	<b>Resto de causas</b>	<b>311</b>	<b>20,5</b>	<b>93,87</b>	<b>7468</b>	<b>19,88</b>	<b>104,55</b>

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

Porcentaje en relación al total de defunciones.

Tasas x 100.000 hab. Denominador se obtuvo de estimaciones de población del INE al año 2013.

## 9. Esperanza de Vida

En la comuna de Santiago, la esperanza de vida al nacer en hombres y mujeres es menor que la de la región y la del país para el período comprendido entre los años 2005-2010. Además, se observa una diferencia de 6,6 años en nuestra comuna, la cual es mayor que la presentada en la en la Región Metropolitana y en Chile.

	Santiago	Región	País
Esperanza de vida al nacer de mujeres, 2005-2010	79,3	81,9	81,5
Esperanza de vida al nacer de hombres, 2005-2010	72,7	75,8	75,5
Años de diferencia en esperanza de vida entre mujeres y hombres, 2005-2010	6,6	6,1	6,0

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

## 10. . Índice de Swaroop

Éste indicador expresa el porcentaje de muertes ocurridas en mayores de 60 años sobre el total de defunciones. En la tabla siguiente se aprecia el índice a nivel de país, región y en nuestra comuna, estratificado por sexo en el año 2011 y 2012.

	Ambos		Hombres		Mujeres	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
<b>País</b>	76,4	77,4	71,1	72	82,3	83,4
<b>RM</b>	77	77,9	71	72	83,1	83,9
<b>Santiago</b>	77,8	78,5	71,4	71,2	84,3	85,6

Fuente: DEIS. MINSAL

En este período de tiempo y niveles, sólo los hombres de Santiago presentaron una tendencia a disminuir sutilmente (0,2%). Gracias a que las mujeres aumentaron un 1,3% entre el 2011 y 2012, el indicador en ambos sexos aumentó 0,7%.

Al compararnos con la Región y el País, las mujeres de Santiago el año 2012 estuvieron 2,2 puntos porcentuales sobre la estimación del país y 1,7% sobre la Región mientras que en hombres fue 0,8% menor que la Región y el País.

Al mirar ambos sexos, Santiago tiene un índice 0,9% mejor que el País y un 0,6% mejor que la Región.

Es preocupante lo que ocurre en hombres, sin embargo, este análisis se basa en un período muy corto de tiempo y no logramos encontrar datos para generar una serie mayor. Debemos estar pendiente a cómo evoluciona, no es aceptable que los hombres de nuestra comuna comiencen a morir antes.

## 11. 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 cuanto más prematura es la muerte, mayor es la pérdida de vida. Este indicador ha sido ampliamente utilizado para el estudio de las desigualdades en salud, tanto a nivel nacional, como para efectuar comparaciones a nivel internacional. Los AVPP se calculan definiendo de manera arbitraria un límite potencial a la vida. Sobre esta base, se estiman los años perdidos como la diferencia entre el límite potencial de la vida menos la edad de muerte de cada defunción. En este caso, se

considera como límite potencial de la vida los 80 años. (SANCHEZ R, Hugo; ALBALA B, Cecilia; LERA M, Lydia. *Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP) en adultos del Gran Santiago: ¿Hemos ganado con equidad?* *Rev. méd. Chile*, Santiago, v. 133, n. 5, p. 575-582, mayo 2005.)

**Tabla: Tasa de Años de vida potenciales perdidos por cada 1.000 habitantes, según sexo, según región y comuna. Chile 2012**

Región/comuna	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
País	71.6	90.6	52.7
RM	66.0	83.5	49.2
Santiago	115.8	147.1	82.3

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 existe mayor mortalidad prematura en el sexo masculino.

**Tabla: 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
V01-V99	Accidentes de transporte	821
X60-X84	Lesiones autoinflingidas	957
X85-Y09	Agresiones	907
B20-B24	Enfermedades por VIH	597
C00-C97	Tumores malignos	3.890
I00-I99	Enfermedades sistema circulatorio	3.002
J00-J99	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 agresiones y lesiones autoinflingidas.

## 12. 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: AVISA ordenados por magnitud de causa específica y sexo. Todas las edades. Chile, 2004**

<b>Ambos Sexos</b>	<b>AVISA</b>	<b>Hombres</b>	<b>AVISA</b>	<b>Mujeres</b>	<b>AVISA</b>
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 corresponde 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.

## 2. Morbilidad

### 1. Consultas Médicas

Al considerar el número de consultas de morbilidad realizadas en la Red de Salud de Santiago Municipal en 2015, las siguientes tablas muestran los principales tipos de consulta.

El tipo de consulta que mayor proporción aporta al total es el de Otras Morbilidades, con un 79,3%. (las morbilidades respiratorias agrupadas alcanzan un 20,7%). Esta es una tendencia que se ha mantenido estable en los últimos años, como también muestra el gráfico a continuación.

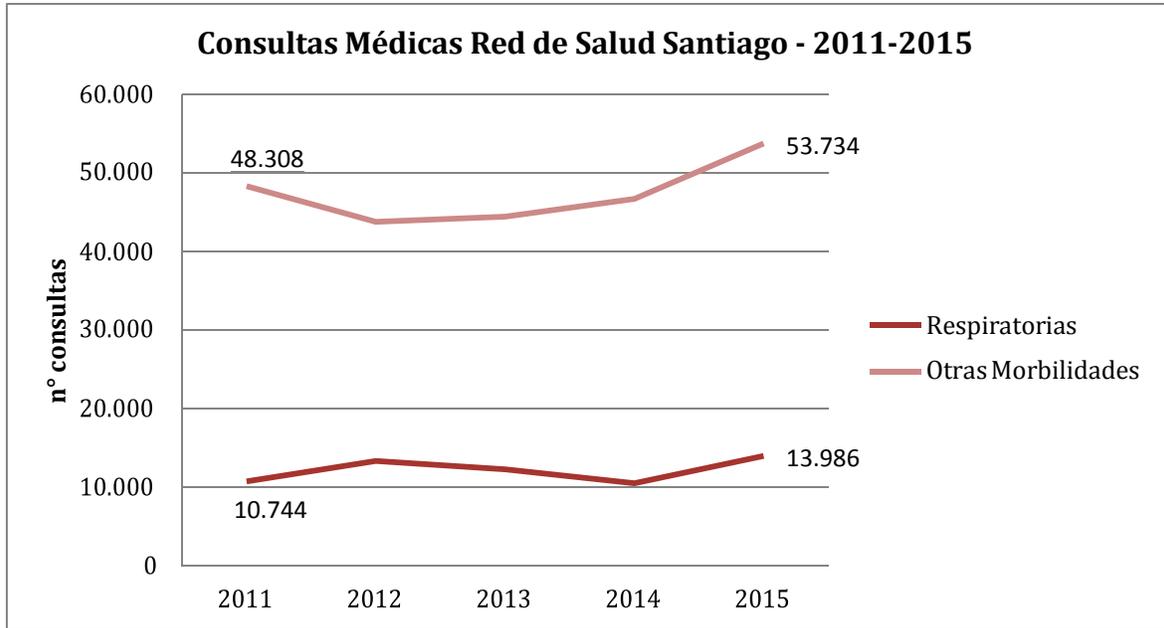
Dentro de las morbilidades respiratorias, tienen mayor presencia las IRA alta, con un 54,8%, seguido por otras respiratorias con un 23,8%.

Al observar la distribución de las consultas en los polos, el Viel es donde se alcanza el mayor porcentaje de otras morbilidades, con un 85,5% y a su vez en el polo Domeyko se presenta el mayor porcentaje de IRA Alta con un 13,3%.

Otro punto a destacar, es el aumento en las consultas médicas en general que se produjo en la red durante el último año, período en el que crecieron un 18,3%.

Tipo de consulta	sep-11	sep-12	sep-13	sep-14	sep-15	% del total
<b>Ira Alta</b>	5.772	7.402	6.322	5.839	7.660	11,3%
<b>Síndrome Bronquial Obstructivo</b>	1.528	1.814	2.036	1.562	1.697	2,5%
<b>Neumonía</b>	596	603	422	321	703	1,0%
<b>Asma</b>	362	627	878	679	397	0,6%
<b>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica</b>	263	416	442	365	206	0,3%
<b>Otras Respiratorias</b>	2.223	2.497	2.202	1.754	3.323	4,9%
<b>Otras Morbilidades</b>	48.308	43.773	44.416	46.695	53.734	79,3%
<b>Total</b>	59.052	57.132	56.718	57.215	67.720	100,0%

Tabla: Consultas médicas Red de Salud Santiago 2011-2015



**Gráfico: Consultas Médicas Red de Salud Santiago 2011-2015**

Tipo de consulta	sep-11	sep-12	sep-13	sep-14	sep-15	% del total
<b>Ira Alta</b>	3162	3613	3286	2955	4273	13,3%
<b>Síndrome Bronquial Obstructivo</b>	930	1055	1163	979	869	2,7%
<b>Neumonía</b>	329	295	251	130	270	0,8%
<b>Asma</b>	201	285	429	253	134	0,4%
<b>Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica</b>	119	145	149	105	49	0,2%
<b>Otras Respiratorias</b>	1274	1036	1036	942	1494	4,6%
<b>Otras Morbilidades</b>	24122	19880	19626	21255	25103	78,0%
<b>Total</b>	30137	26309	25940	26619	32192	100,0%

**Tabla: Consultas médicas Polo Domeyko**

Tipo de consulta	sep-11	sep-12	sep-13	sep-14	sep-15	% del total
Ira Alta	1031	1587	924	907	1395	11,1%
Síndrome Bronquial Obstructivo	227	295	164	132	305	2,4%
Neumonía	153	130	70	41	280	2,2%
Asma	72	160	176	188	153	1,2%
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	80	128	112	90	69	0,6%
Otras Respiratorias	395	653	612	440	826	6,6%
Otras Morbilidades	9423	9703	8746	8446	9490	75,8%
<b>Total</b>	<b>11381</b>	<b>12656</b>	<b>10804</b>	<b>10244</b>	<b>12518</b>	<b>100,0%</b>

**Tabla: Consultas médicas Polo Orellana**

Tipo de consulta	sep-11	sep-12	sep-13	sep-14	sep-15	% del total
Ira Alta	868	1379	1486	1268	1302	10,1%
Síndrome Bronquial Obstructivo	239	319	608	323	371	2,9%
Neumonía	57	75	42	43	81	0,6%
Asma	58	110	164	146	47	0,4%
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	36	95	111	79	36	0,3%
Otras Respiratorias	347	512	314	131	567	4,4%
Otras Morbilidades	8271	7036	8697	9027	10495	81,4%
<b>Total</b>	<b>9876</b>	<b>9526</b>	<b>11422</b>	<b>11017</b>	<b>12899</b>	<b>100,0%</b>

**Tabla: Consultas médicas Polo Arauco**

Tipo de consulta	sep-11	sep-12	sep-13	sep-14	sep-15	% del total
Ira Alta	711	823	626	709	690	6,8%
Síndrome Bronquial Obstructivo	132	145	101	128	152	1,5%
Neumonía	57	103	59	107	72	0,7%
Asma	31	72	109	92	63	0,6%
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	28	48	70	91	52	0,5%
Otras Respiratorias	207	296	240	241	436	4,3%
Otras Morbilidades	6492	7154	7347	7967	8644	85,5%
<b>Total</b>	<b>7658</b>	<b>8641</b>	<b>8552</b>	<b>9335</b>	<b>10109</b>	<b>100,0%</b>

**Tabla: Consultas médicas Polo Viel**

## 2. Egresos Hospitalarios

Las causas de egresos hospitalarios se analizan a continuación de acuerdo a la comuna de residencia y al grupo etario del paciente. A destacar, se presenta que en el grupo etario entre 0 y 9 años predominan los egresos por enfermedades del sistema respiratorio y los por afecciones del periodo perinatal, ambas con 27% y 20,2% respectivamente.

En los grupos etarios de 10 a 19 años y 20 a 64 años las primeras 3 causas de egresos hospitalarios coinciden, siendo estas las relacionadas con el embarazo, parto y puerperio (23% y 26% respectivamente), las enfermedades del sistema digestivo (14% y 12,3% respectivamente) y los traumatismos, envenenamientos y causas externas (12,5% y 9,6% respectivamente).

Para el grupo de 65 años y más la distribución cambia, predominando las enfermedades del sistema circulatorio (20,4%), los tumores o neoplasias (15,1%) y las enfermedades del sistema digestivo (12,8%). Las siguientes tablas muestran lo expuesto anteriormente:

Enfermedad	Grupo Etario 0 - 9 años	Porcentaje
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	1146	27,0 %
Ciertas afecciones originadas en el período perinatal (P00-P96)	859	20,2 %
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)	308	7,3 %
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias (A00-B99)	296	7,0 %
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	279	6,6 %

Tabla: Egresos Hospitalarios grupo etario 0 a 9 años, año 2012. Fuente: DEIS MINSAL

Enfermedad	Grupo Etario 10 - 19 años	Porcentaje
Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	465	23,0 %
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	283	14,0 %
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	254	12,5 %
Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)	128	6,3 %
Trastornos mentales y del comportamiento (F00-F99)	124	6,1 %

Tabla: Egresos Hospitalarios grupo etario 10 a 19 años, año 2012. Fuente: DEIS MINSAL

Enfermedad	Grupo Etario 20 - 64 años	Porcentaje
Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)	7001	26,9 %
Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)	3209	12,3 %
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)	2508	9,6 %
Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)	2126	8,2 %
Tumores [Neoplasias] (C00-D48)	1974	7,6 %

Tabla: Egresos Hospitalarios grupo etario 20 a 64 años, año 2012. Fuente: DEIS MINSAL

Enfermedad	Grupo Etario 65 años y más	Porcentaje
<b>Enfermedades del sistema circulatorio (I00-I99)</b>	1272	20,4 %
<b>Tumores [Neoplasias] (C00-D48)</b>	942	15,1 %
<b>Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)</b>	799	12,8 %
<b>Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)</b>	633	10,1 %
<b>Enfermedades del sistema respiratorio (J00-J99)</b>	629	10,1 %

**Tabla: Egresos Hospitalarios grupo etario 65 años y más, año 2012. Fuente: DEIS MINSAL**

A su vez, si se consideran todas las edades, además de las causas por embarazo, parto y puerperio, destacan a continuación las enfermedades del sistema digestivo (11,9%), traumatismos, envenenamientos y otras causas externas (9,3%) y los tumores o neoplasias (8%).

Enfermedad	Todas las edades	Porcentaje
<b>Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)</b>	7466	19,4%
<b>Enfermedades del sistema digestivo (K00-K93)</b>	4563	11,9%
<b>Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causas externas (S00-T98)</b>	3562	9,3%
<b>Tumores [Neoplasias] (C00-D48)</b>	3080	8,0%
<b>Enfermedades del sistema genitourinario (N00-N99)</b>	3077	8,0%

**Tabla: Egresos Hospitalarios todas las edades, año 2012. Fuente: DEIS MINSAL**

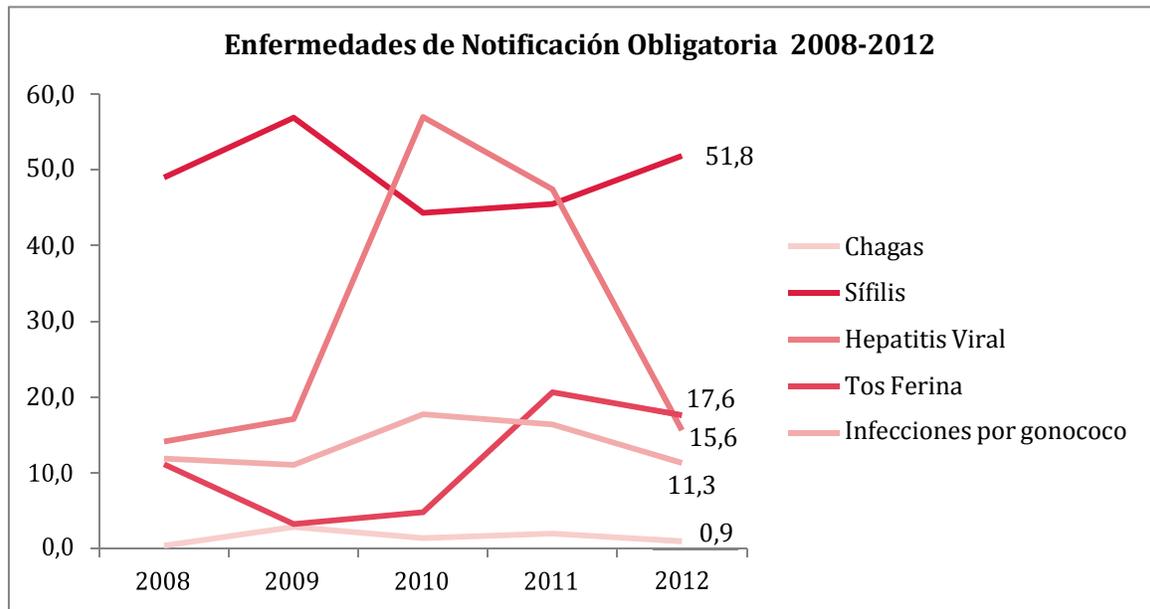
### 3. Enfermedades de Notificación Obligatoria

En relación a las enfermedades de notificación obligatoria, para este año se hizo una actualización de tasas utilizando las poblaciones proporcionadas por el INE en base a la nueva proyección publicada para 2013-2020. Estos números son más cercanos a la realidad de la comuna que los empleados hasta el año pasado (proyección a partir del Censo 2002). De esta manera, es posible observar que Santiago destaca por una incidencia de casos que está por sobre la tendencia nacional en Sífilis e Infecciones por gonococo. Sin embargo, en cuanto a las Hepatitis Virales y a Tos Ferina, con esta actualización nuestras tasas se asemejan al valor regional y están por debajo del valor nacional.

ENO	2011			2012		
	Stgo	RM	Chile	Stgo	RM	Chile
Chagas	<b>2,0</b>	2,1	7,4	<b>0,9</b>	1,8	2,5
Sífilis	<b>45,5</b>	19,0	22,6	<b>51,8</b>	23,7	25,5
Hepatitis Viral	<b>47,5</b>	16,4	14,3	<b>15,6</b>	13,9	13,6
Tos Ferina	<b>20,6</b>	15,3	15,0	<b>17,6</b>	13,5	33,3
Infecciones por gonococo	<b>16,4</b>	5,7	8,3	<b>11,3</b>	6,1	8,9

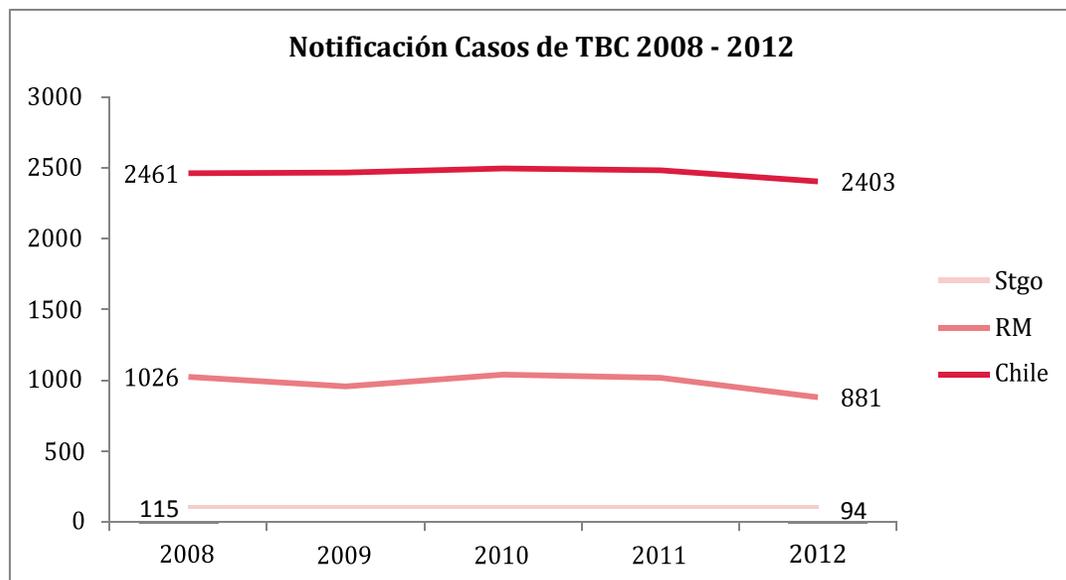
**Tabla: Tasa de Notificación de Enfermedades De Notificación Obligatoria (ENO) (por 100.000 hab)**  
Fuente: DEIS MINSAL

Con base en la misma actualización, si observamos la evolución de las tasas entre los años 2008 y 2012 en la comuna, podemos observar el aumento en los últimos 2 años de la tasa de tos ferina, el descenso en el mismo período en las tasas de Hepatitis Virales e Infecciones por gonococo y la estabilidad relativa de la evolución de la Sífilis y la Enfermedad de Chagas, ambas eso sí, en situaciones totalmente contrapuestas en cuanto a su magnitud.



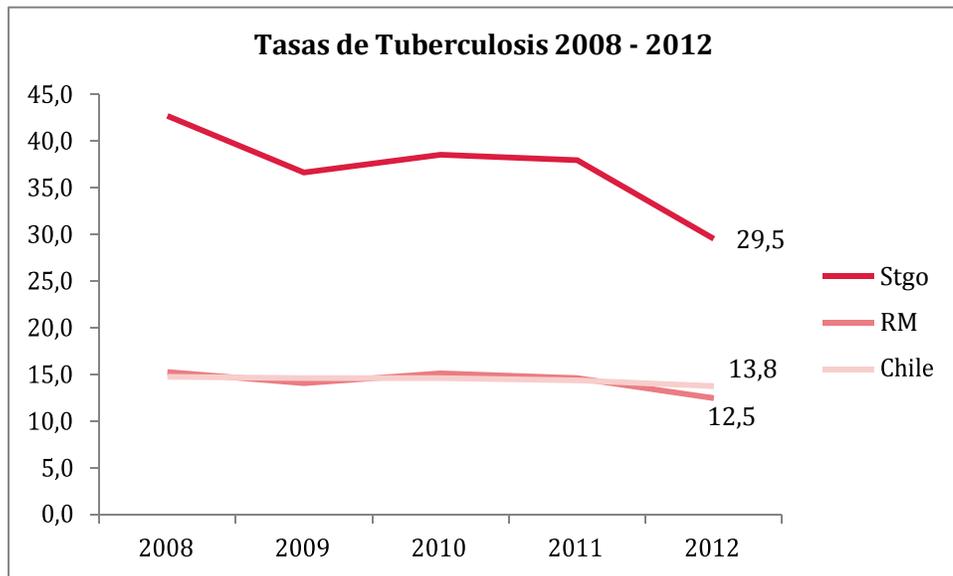
**Gráfico: Enfermedades de Notificación Obligatoria 2008-2012. DEIS MINSAL**

En relación a la Tuberculosis, la notificación de casos se aprecia estable en el período 2008-2012, con una leve baja en el país, la región y la comuna para el año 2012 respecto del año anterior, tal como muestra el gráfico siguiente:



**Gráfico: Notificación casos de Tuberculosis 2008-2012. DEIS MINSAL**

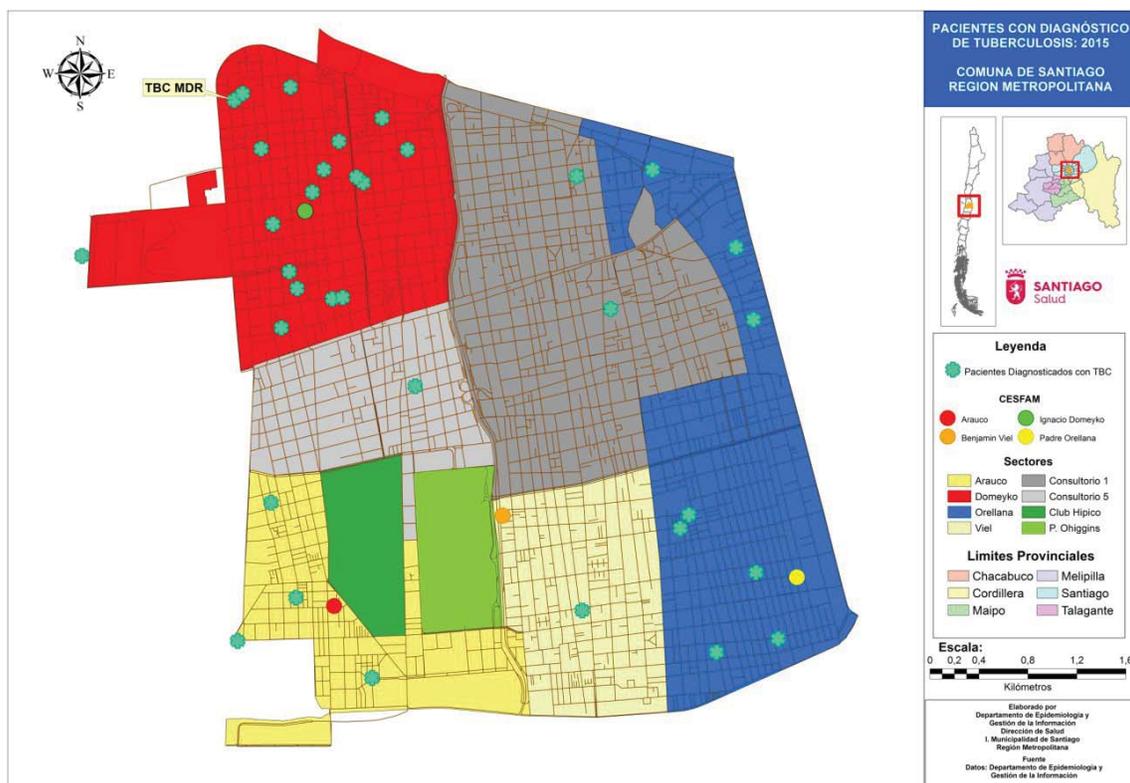
Al observar las tasas de notificación de casos de tuberculosis para el mismo período, se observa que el valor presentado en nuestra comuna es muy superior al de la región y el país, evidenciándose además una disminución en las 3 cifras para 2012 respecto del año anterior, siendo mayor esta baja en Santiago. La situación recién mencionada debe examinarse, dado que esta enfermedad requiere de una pesquisa activa de los equipos de salud con miras a conseguir su eliminación como problema de salud pública.



**Gráfico: Tasa Notificación casos de Tuberculosis 2008-2012 (por 100.000 hab)**  
DEIS MINSAL

En relación a nuestra población bajo control y tratamiento por tuberculosis en nuestros centros de salud, el presente mapa muestra la distribución, según residencia, de los pacientes diagnosticados en 2015. Territorialmente, se observa que los casos de tuberculosis presentan una distribución de tipo periférica, concordante con la localización de las áreas asignadas a cada polo. Según localización, los pacientes se distribuyen un 52,94% en Domeyko, un 23,53% en Orellana, un 11,76% en Arauco y un 2,94% en Viel. De los restantes casos un 5,88% se emplaza en el territorio del CESFAM N° 1 y un 0,03% en el CESFAM N° 5, estos últimos dependientes de la DAP del SSMC. La distribución de casos en cada polo es predominantemente de tipo disperso, observándose sólo en Domeyko una mayor concentración de casos. Este último, además, destaca por la presencia de un paciente Multi Drogo Resistente (MDR) en su territorio.

En los tres últimos años se han diagnosticado, en la Red de Salud Municipal, 90 casos de TBC, de los cuales el 64,4% son hombre, con un promedio de edad de 39 años, y solo un 10% es menor de 20 años. En cuanto a la nacionalidad, en los últimos 3 años, solo un 49% son de nacionalidad chilena, el 41% es peruana y 4,4% es boliviana.



Respecto a VIH, de acuerdo al Informe de Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA de la SEREMI de Salud de la Región Metropolitana para el año 2013, las siguientes tablas muestran la situación de los casos y su tasa de notificación para dicho año. Destaca el altísimo número de la tasa por 100.000 habitantes que presenta la comuna en relación a la región y al Servicio de Salud Metropolitano Central al que pertenece. Asimismo, al colocar a Santiago junto a las 5 comunas de la región con mayor magnitud de tasa, se evidencia que la nuestra también es por lejos la más alta.

2013		
Región/Comuna	Casos	Tasa
Santiago	690	442,2
RM	2770	39,2
SSMC*	-	70,1

**Tabla: Casos y Tasa de notificación de casos de VIH/SIDA año 2013 (tasa por 100.000 hab).**

**Fuente:** SEREMI de Salud RM (en base a datos DEIS- MINSAL)

**\*NOTA:** Sólo se tiene dato de tasa para ese nivel territorial

2013		
Comuna	Casos	Tasa
Santiago	690	442,2
Providencia	112	88,5
San Miguel	47	68,3
Ñuñoa	93	66,2
Quinta Normal	55	66,1

**Tabla: Casos y Tasa de notificación de casos de VIH/SIDA año 2013 por comuna de residencia (tasa por 100.000 hab).**

**Fuente:** SEREMI de Salud RM (en base a datos DEIS- MINSAL)

A su vez, el patrón de notificaciones de las enfermedades de notificación obligatoria dentro de la red se comportó de la siguiente manera durante el último año: Predominancia de los casos de TBC y de VIH, correspondiendo el 42,42%% de las notificaciones realizadas a Tuberculosis y el 36,36% a VIH.

ENFERMEDAD	ARAUCO	VIEL	DOMEYKO	ORELLANA	TOTAL
Gonorrea		1			1
Parotiditis				1	1
Sarampion				1	1
Sífilis			2		1
VIH		3	7	2	12
Tuberculosis Ganglionar	1				1
Tuberculosis Pulmonar	2	1	7	3	13
Hepatitis B				2	2
Hepatitis C			1		1
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>17</b>	<b>9</b>	<b>33</b>

**Tabla: Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) en la Red de Salud de Santiago, entre el 1 de Enero y 30 de Septiembre de 2015.**

**Fuente:** Registros Propios

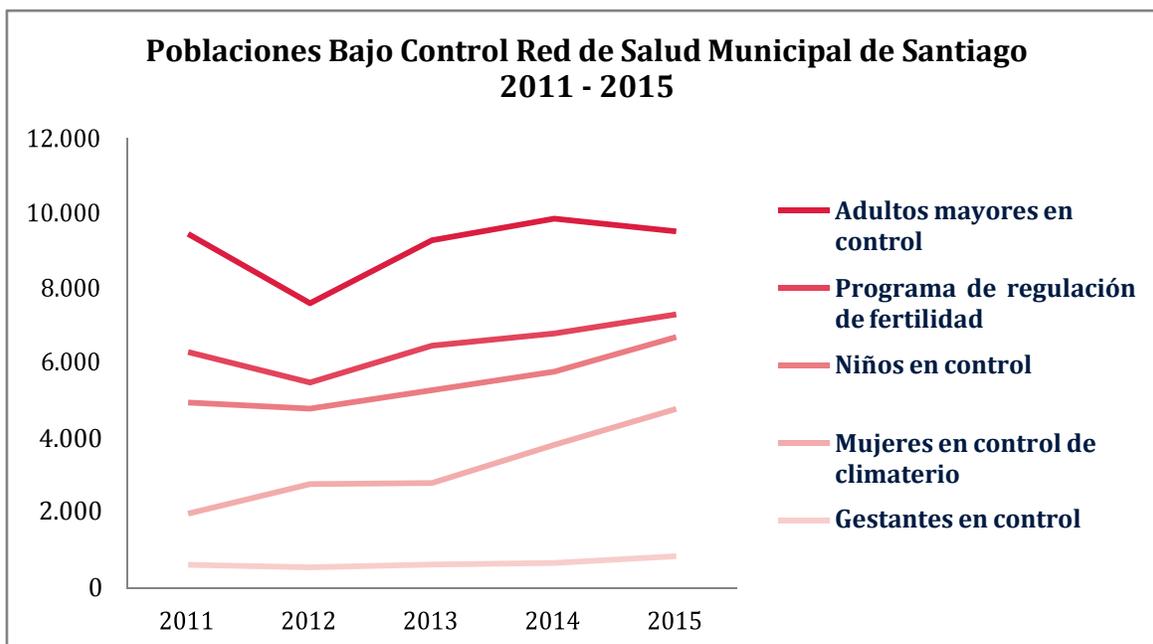
## 4. Población bajo control en la Red de Salud Municipal

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

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

PROGRAMA DE SALUD	jun-11	jun-12	jun-13	jun-14	jun-15	CAMBIO RESPECTO AÑO ANTERIOR
<b>Adultos mayores en control</b>	9.442	7.593	9.275	9.855	<b>9.510</b>	-3,5%
<b>Programa de regulación de fertilidad</b>	6.295	5.481	6.467	6.786	<b>7.292</b>	7,45%
<b>Niños en control</b>	4.944	4.782	5.272	5.769	<b>6.694</b>	16,03%
<b>Mujeres en control de climaterio</b>	1.977	2.770	2.797	3.818	<b>4778</b>	25,14%
<b>Gestantes en control</b>	612	546	623	660	<b>838</b>	26,96%
<b>TOTAL</b>	23.270	21.172	24.434	26.888	<b>24.780</b>	-7,84%

Tal y como se observa en la gráfica de tendencia más abajo, el Programa del Adulto Mayor es el que presenta la mayor demanda en la Red. Respecto del Programa Niños en Control, se evidencia el crecimiento de su población bajo control. Similar situación ocurre con el Programa de Regulación de la Fertilidad. Llama la atención la disminución observada en el Programa Climaterio, el cual estaría asociado a errores de registro.



**Ilustración: Evolución de la población bajo control según ciclo vital, años 2011-2015.**

En la tabla que se muestra a continuación, se desglosa la población bajo control según problema de salud:

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

<b>PATOLOGÍA CRÓNICA</b>	<b>jun-11</b>	<b>jun-12</b>	<b>jun-13</b>	<b>jun-14</b>	<b>jun-15</b>	<b>PORCENTAJE DE CAMBIO RESPECTO AL AÑO ANTERIOR</b>
<b>Hipertensión</b>	12.251	12.379	14.136	13.175	<b>13.725</b>	4,01%
<b>Dislipidemia</b>	5.019	6.251	7.936	7.719	<b>7.924</b>	2,59%
<b>Diabetes Mellitus</b>	4.207	4.774	5.669	5.481	<b>5.971</b>	8,21%
<b>Obesidad</b>	3.560	4.179	5.020	4.855	<b>0</b>	0,00%
<b>Tabaquismo</b>	2.067	2.850	3.669	3.370	<b>2.458</b>	-37,10%
<b>Depresión</b>	1.472	1.478	1.817	1.243	<b>1.316</b>	5,55%
<b>Trastorno de Ansiedad</b>	1.116	1.285	1.178	546	<b>841</b>	35,08%
<b>Trastorno de personalidad</b>	732	795	683	297	<b>359</b>	17,27%
<b>Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de sustancias psicotrópicas</b>	384	497	383	199	<b>299</b>	33,44%
<b>Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)</b>	332	341	386	532	<b>608</b>	12,50%
<b>Asma bronquial</b>	325	392	708	827	<b>1.020</b>	18,92%
<b>Artrosis de cadera y rodilla</b>	303	850	1.065	1.239	<b>1.182</b>	-4,82%
<b>Postrado no oncológico</b>	257	200	317	375	<b>334</b>	-12,28%
<b>Epilepsia</b>	116	128	164	171	<b>238</b>	28,15%
<b>Enfermedad de Parkinson</b>	50	71	74	72	<b>124</b>	41,94%
<b>Oxígeno dependiente</b>	22	19	32	38	<b>32</b>	-18,75%
<b>Postrado oncológico</b>	13	9	11	33	<b>35</b>	5,71%
<b>Alivio del dolor</b>	6	6	13	22	<b>19</b>	-15,79%
<b>Fibrosis quística</b>	2	1	0	0	<b>1</b>	100,00%

El Programa de Salud Cardiovascular, que considera población bajo control por Hipertensión, Diabetes y Dislipidemia, es el que tiene la mayor demanda en la Red. En tanto, respecto al año anterior, han aumentado significativamente el número de pacientes controlados por Enfermedad de Parkinson, seguido por Trastornos de Ansiedad y por Trastornos Mentales y del Comportamiento por Consumo de Sustancias Psicotrópicas.

## 5. Lista de Espera a Especialidades

Para la atención de especialidad la Red de Salud Municipal deriva a sus pacientes al Complejo Hospitalario San Borja Arriaran (CHSBA). Oferta que es complementada con la posibilidad de derivar pacientes a COSAM Santiago para atención psiquiátrica. En la tabla que se muestra a continuación, se presenta el número de pacientes en lista de espera según especialidad y Polo de origen:

**Tabla: Lista de espera NO GES según especialidad y Polo de origen al 30 de septiembre de 2015.**

ESPECIALIDAD	ORELLANA	ARAUCO	VIEL	DOMEYKO	TOTAL 2015	TOTAL 2014	TOTAL 2013	Diferencia 2015-2014
Otorrinolaringología	305	134	119	387	945	1.372	1.135	-427
Cirugía Abdominal Adulto	221	101	114	436	872	1.252	1.079	-380
Traumatología Adulto	245	91	128	368	832	1.044	792	-212
Rehabilitación: Prótesis Removible	322	567	171	132	1192	887	460	305
Neurología Adulto	120	67	65	236	488	772	638	-284
Oftalmología	152	91	91	202	536	710	671	-174
Urología Adulto	86	43	37	160	326	677	515	-351
Endodoncia	160	296	86	268	810	672	566	138
Cardiología Adulto	117	68	78	167	430	525	463	-95
Dermatología Adulto	162	59	53	136	410	437	454	-27
Neurocirugía	65	41	39	138	283	372	327	-89
Gastroenterología Adulto	75	46	38	112	271	356	291	-85
Ginecología Adulto	43	38	24	99	204	328	300	-124
Psiquiatría Adulto	17	1	4	20	42	293	48	-251
Cirugía Vascular Periférica	31	24	16	80	151	254	249	-103
Periodoncia	57	50	91	39	237	224	197	13
COSAM Adulto	11	11	2	5	29	222		-193
Cirugía Maxilofacial	14	2	32	73	121	221	115	-100
Traumatología Infantil Ortopedia	38	54	21	97	210	205	128	5
Endocrinología Adulto	30	17	10	68	125	201	209	-76
Odontopediatria	27	27	33	101	188	200	145	-12
Dermatología Infantil	36	24	14	115	189	182		7
Reumatología	51	14	13	68	146	183	202	-37
COSAM Infantil	2	9	1	7	19	157		-138
Neurología Infantil	25	17	20	112	173	149	137	24
Ortodoncia	15	72	29	51	167	127	141	40
Cirugía Infantil	18	10	3	94	125	124	113	1

ESPECIALIDAD	ORELLANA	ARAUCO	VIEL	DOMEYKO	TOTAL 2015	TOTAL 2014	TOTAL 2013	Diferencia 2015-2014
Cirugía Proctológica	20	6	6	60	92	110	105	-18
Cirugía Bucal	7	15	4	70	96	72	51	24
Nefrología Adulto	8	6	8	25	47	71	55	-24
Medicina Interna	10	6	11	52	79	68	68	11
Infecciones De Transmisión Sexual	23	0	19	45	87	66	10	21
Urología Infantil	7	1	5	27	40	59	37	-19
Pediatría	16	2	5	28	51	53	33	-2
Cardiología Infantil	7	3	1	29	40	43	35	-3
Gastroenterología Infantil	12	1	1	17	31	38	31	-7
Cirugía De Partes Blandas	12	9	5	14	40	37	21	3
Broncopulmonar Adulto	9	6	7	10	32	36	37	-4
Alto Riesgo Obstétrico	44	0	17	67	128	35	9	93
Rehabilitación: Prótesis Fija	12	23	8	12	55	33	41	22
Endocrinología Infantil	12	1	2	29	44	30	25	14
Psiquiatría Infantil	7	2	5	3	17	22	21	-5
Hematología Adulto	4	2	0	4	10	16	14	-6
Ginecología Patología Cervical	1	0	1	5	7	15	6	-8
Broncopulmonar Infantil	4	4	2	4	14	14	18	0
Ginecología Patología Mamaria	1	0	4	6	11	14	6	-3
Nefrología Infantil	5	0	3	17	25	14	6	11
Ginecología Infantil	0	3	1	7	11	12	8	-1
Diabetes	1	0	0	1	2	7	3	-5
Fisiatría	4	0	0	0	4	4	1	0
Infectología Adulto	0	0	1	2	3	4	4	-1
Reumatología Infantil	0	2	0	1	3	3	3	0
Cirugía Plástica Adulto	2	0	0	2	4	1	0	3
<b>TOTAL</b>	2.673	2.066	1.448	4.308	<b>10.494</b>	13.020	10.020	<b>-2.526</b>

Con respecto a la lista de espera del año 2014, se observa una disminución de -19,4%. Comportamiento que fue precedido por un incremento de un 30% en el período anterior. Las mayores deficiencias se observan en las especialidades de "Cirugía Plástica Adulto" y "Alto Riesgo Obstétrico", con incrementos del 300% y 265,7%, respectivamente. Por el otro lado, las especialidades que han mostrado una mejor evolución de su lista de espera son "COSAM Infantil", "COSAM Adulto" y "Psiquiatría Adulto"; con reducciones de un -87,9%, un -86,9% y un 85,7%, respectivamente.

## 2. Factores Condicionantes de la Salud

### 1. Población

#### 1. Estructura y Dinámica Poblacional

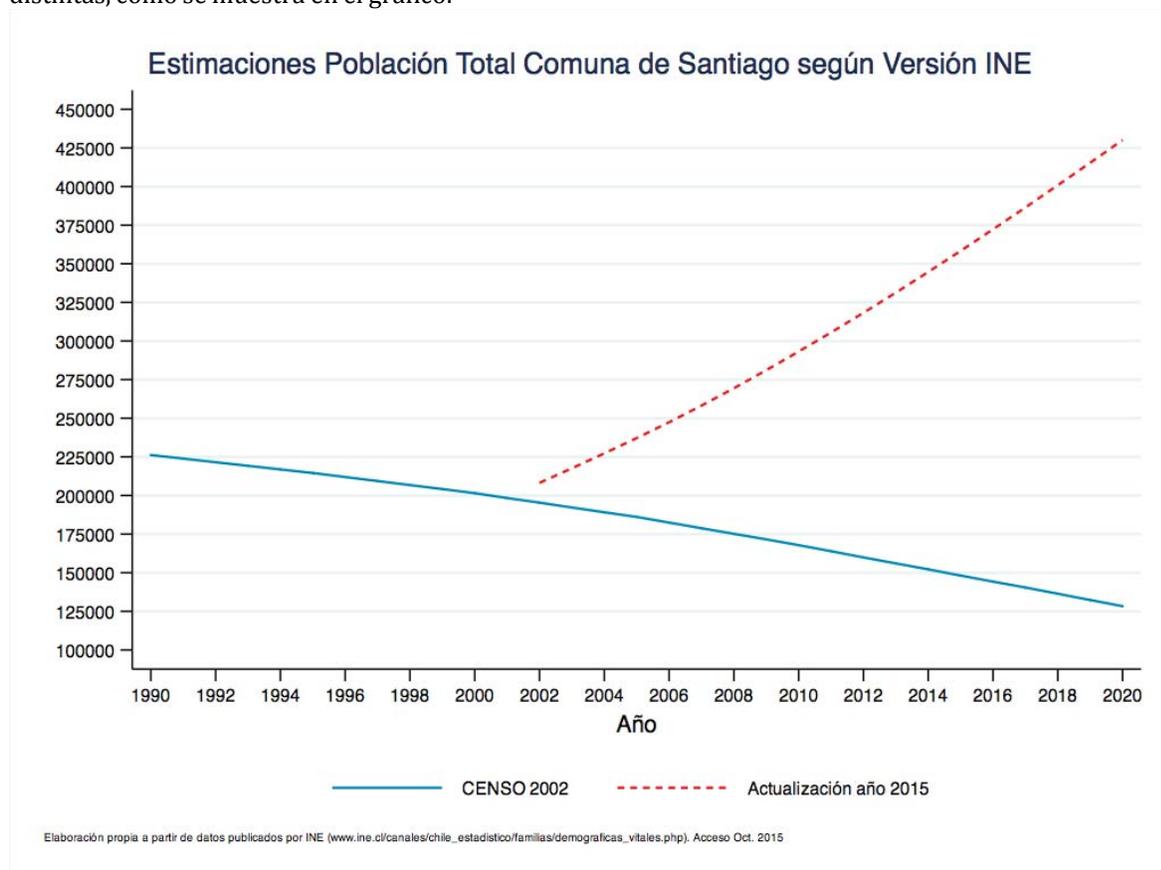
##### 1. Volumen y composición de la Población

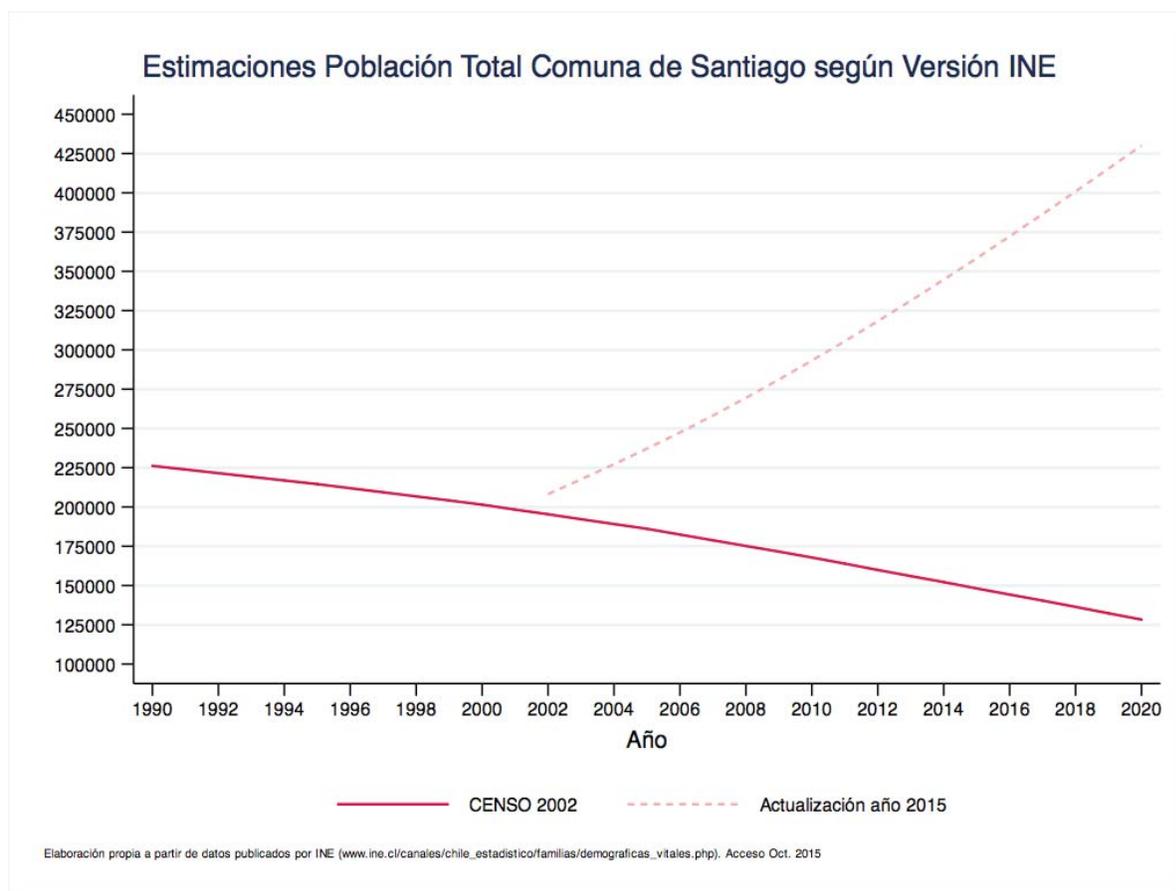
¿Cuántos habitantes tiene Santiago?

Esta pregunta es de suma importancia ya que determina el valor de muchos indicadores con los cuales medimos nuestros logros y planificamos las intervenciones.

Hace ya algunos años, los indicadores frecuentemente utilizados para conocer el nivel de salud de la población, como por ejemplo las tasas de mortalidad, mostraban que nuestra comuna se encontraba peor que la región y el país. Muchas teorías intentaban explicar este fenómeno, desde la existencia de Hospitales de Urgencia - donde es esperable que se produzca un mayor número de fallecimientos que en un Hospital de otro tipo - hasta la mayor proporción de adultos mayores y su alta tasa de mortalidad por causas naturales.

No obstante, lo que ocurría, es que las estimaciones poblacionales oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) no fueron acertadas. En octubre de este año, el INE actualizó las proyecciones de población del CENSO 2002 y tanto las cifras absolutas como la tendencia de ellas, son radicalmente distintas, como se muestra en el gráfico:





Hacia el año 2002 la población de la comuna rondaba los 200.000 hab. en ambas estimaciones (195.371 en CENSO 2002 frente a 208.197 en actualización 2015) sin embargo, en el año 2015, las estimaciones del año 2002 preveían que Santiago tendría 148.175 hab. versus la actualización 2015 que habla de 358.332 hab., lo que es más del doble de lo estimado. Esta última cifra es bastante cercana a lo encontrado en un estudio encargado por la Comuna cuya caracterización social y demográfica de la población se basa en un estudio elaborado por el Observatorio de Ciudades de la PUC <sup>1</sup>.

“Santiago, que perdía habitantes hasta el año 2002, viviendas y funciones hasta 1992, se transforma al año 2014 en la comuna de Chile que concentró más edificaciones entre ambos censos, y una de las que más creció en número de habitantes y visitantes... se trata de una comuna que ha experimentado en 2 décadas su mayor transformación en vivienda, pasando de tener en 1992 casi 80\% de viviendas en casas o cité a más del 50\% de departamentos” <sup>2</sup>

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

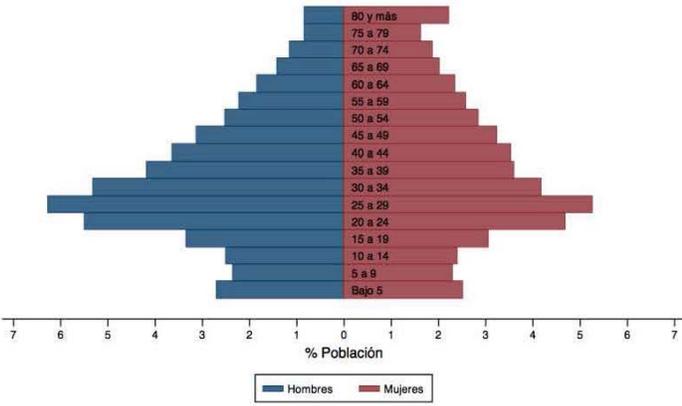
Por otro lado, aumenta con el transcurso de los años la frecuencia relativa del tramo 35-55 años y sucesivamente hacia las categorías superiores.

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

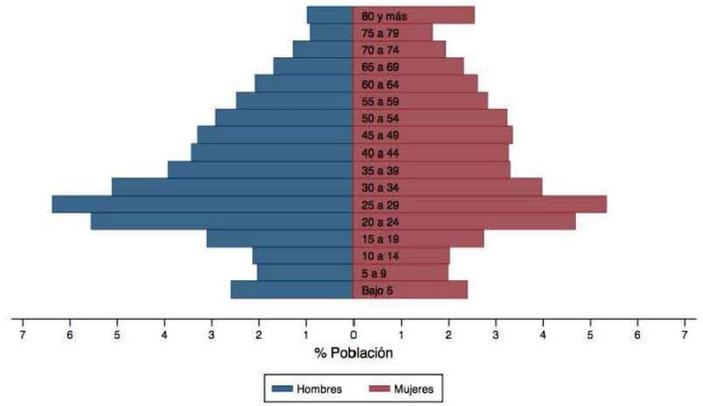
<sup>1</sup> Observatorio de Ciudades. Pontificia Universidad Católica de Chile. Encuesta de Diagnóstico Comunal 2014. Comuna de Santiago

<sup>2</sup> Ilustre Municipalidad de Santiago. Santiago, Lugar de Encuentro. Transformaciones y Propuestas. CORTAL. Santiago. Abril 2015; p20,60.

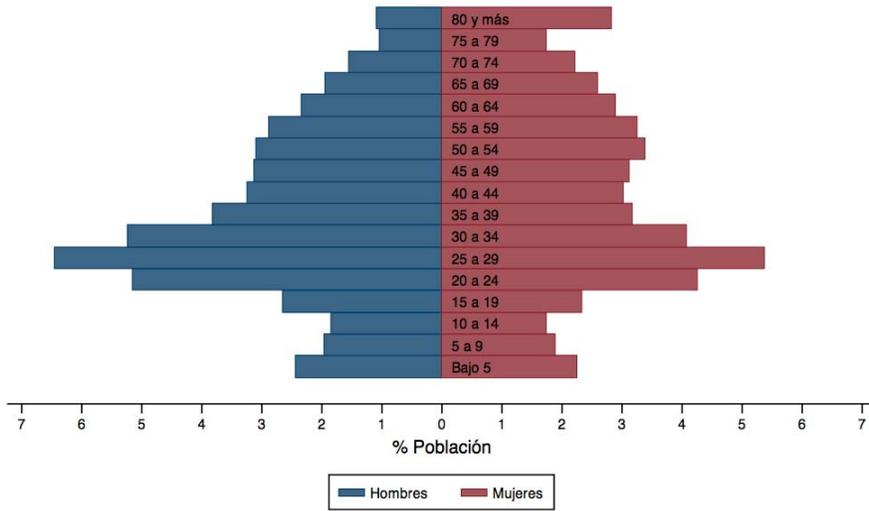
Pirámide Poblacional  
Santiago - 2005



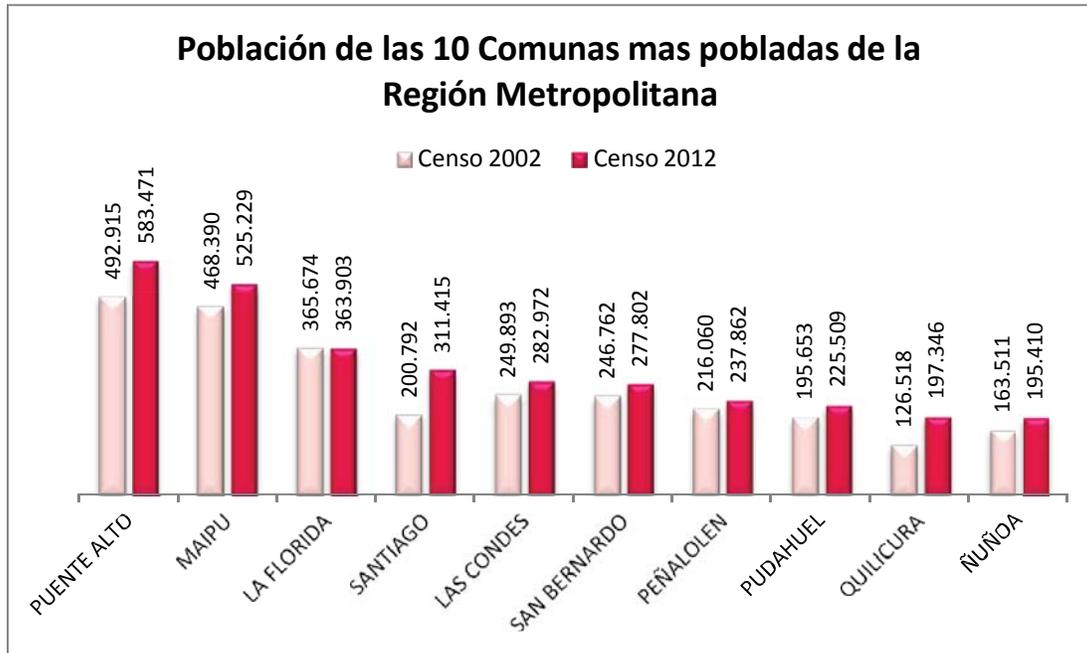
Pirámide Poblacional  
Santiago - 2010



Pirámide Poblacional  
Santiago - 2015



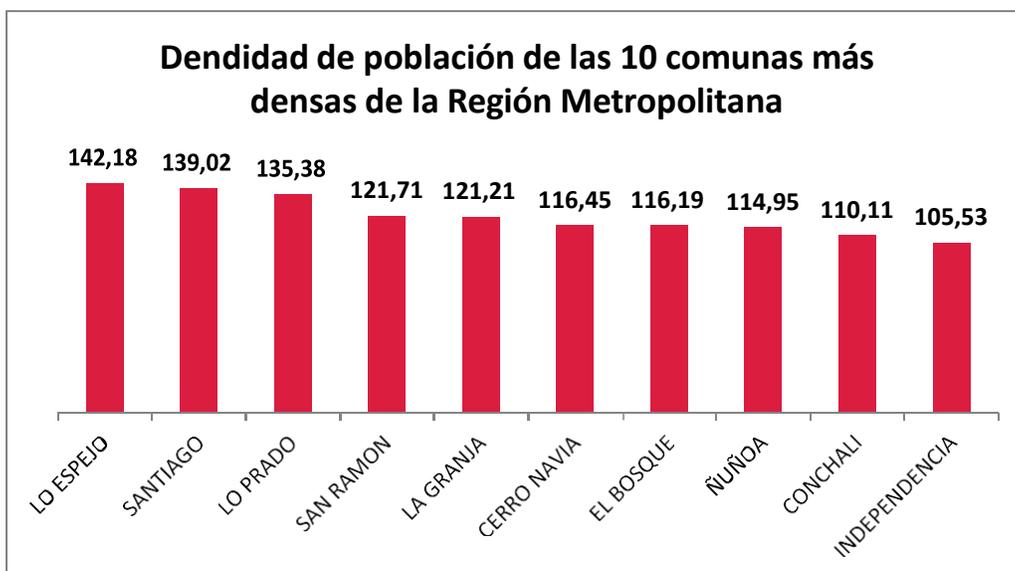
En la misma línea, según el Censo de 2012, la población comunal asciende a 311.415 habitantes, presentándose como la cuarta comuna con mayor población de la Región Metropolitana. Destaca asimismo, el aumento poblacional que ha sufrido la comuna en el período intercensal, el cual alcanzó a un 110.623 personas.



Con base en esta población, la densidad demográfica estimada comunal es de 139 habitantes por hectárea, siendo superada en la Región Metropolitana sólo por la comuna de Lo Espejo.

La población, no se distribuye homogéneamente en el territorio comunal, generando áreas con densidades por sobre los 200 habitantes por hectárea (al sur de la Alameda y norte de Av. Santa Isabel) y áreas puntuales con menos de 75 habitantes por hectárea.

Asimismo, de acuerdo al último censo, la población comunal pasó de ser una de más mujeres que hombres a una mayoritariamente de hombres. Lo anterior se traduce en que actualmente hay 158.533 hombres y 152.882 mujeres, con un índice de masculinidad de 103,7 hombres por cada 100 mujeres. El año 2002 este índice era de 97,6 hombres cada 100 mujeres.



El índice de dependencia etaria (número de menores de 15 y mayores de 64 por cada 100 personas entre 15 y 64 años) disminuyó de 38,4, el año 2002, a 27,8 el año 2012. La población de adultos mayores aumentó en el período intercensal, de 24.423 a 26.742. Mientras que los menores de 15 años varió de 31.279 a 41.043. Es decir, aumentó la población infantil y adulta mayor, pero porcentualmente el mayor incremento se experimentó en la población entre 15 y 64 años. Ver pirámides demográficas.

La distribución por grupos de edad se expresa en la siguiente tabla.

<b>Grupo de</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
<b>0 a 4 años</b>	16.988	8.581	<b>8.407</b>
<b>5 a 9 años</b>	12.228	6.251	<b>5.977</b>
<b>10 a 14 años</b>	11.827	6.116	<b>5.711</b>
<b>15 a 19 años</b>	16.326	8.305	<b>8.021</b>
<b>20 a 24 años</b>	35.463	18.911	<b>16.552</b>
<b>25 a 29 años</b>	47.381	25.460	<b>21.921</b>
<b>30 a 34 años</b>	40.487	22.321	<b>18.166</b>
<b>35 a 39 años</b>	28.413	15.540	<b>12.873</b>
<b>40 a 44 años</b>	20.751	10.969	<b>9.782</b>
<b>45 a 49 años</b>	17.251	8.805	<b>8.446</b>
<b>50 a 54 años</b>	15.652	7.413	<b>8.239</b>
<b>55 a 59 años</b>	12.096	5.579	<b>6.517</b>
<b>60 a 64 años</b>	9.810	4.340	<b>5.470</b>
<b>65 a 69 años</b>	8.082	3.538	<b>4.544</b>
<b>70 a 74 años</b>	6.395	2.492	<b>3.903</b>
<b>75 a 79 años</b>	4.810	1.731	<b>3.079</b>
<b>80 años ó mas</b>	7.455	2.181	<b>5.274</b>
<b>Total</b>	<b>311.415</b>	<b>158.533</b>	<b>152.882</b>

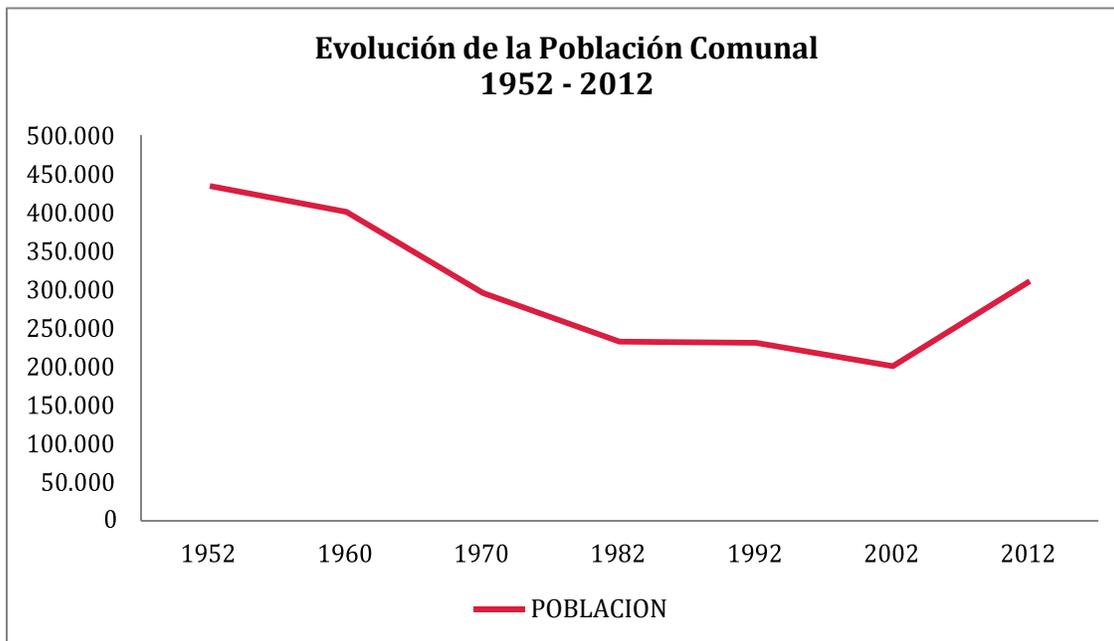
**Fuente:** Censo 2012 (INE).

## **2. Evolución demográfica y migración**

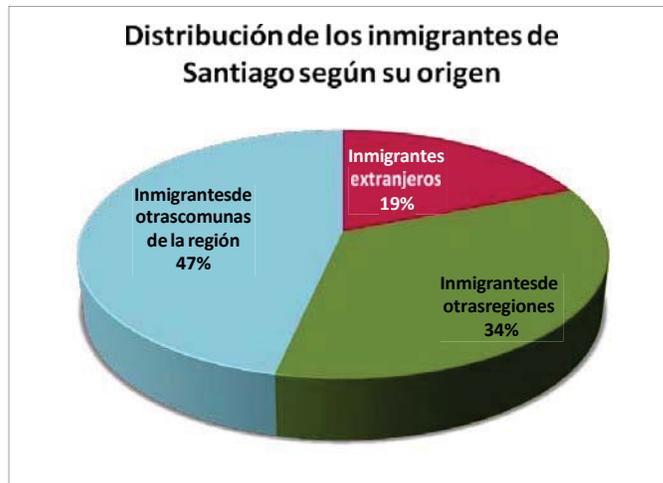
Desde que en el año 1940 la comuna de Santiago alcanzara los 440.196 habitantes, esta experimentó un proceso constante y paulatino de disminución poblacional, hasta alcanzar su nivel más bajo el año 2002 con 200.792 habitantes (Censo 2002).

Posteriormente, durante el último período intercensal, la población ha experimentado un incremento de un 95% a una tasa anual de 4,5%.

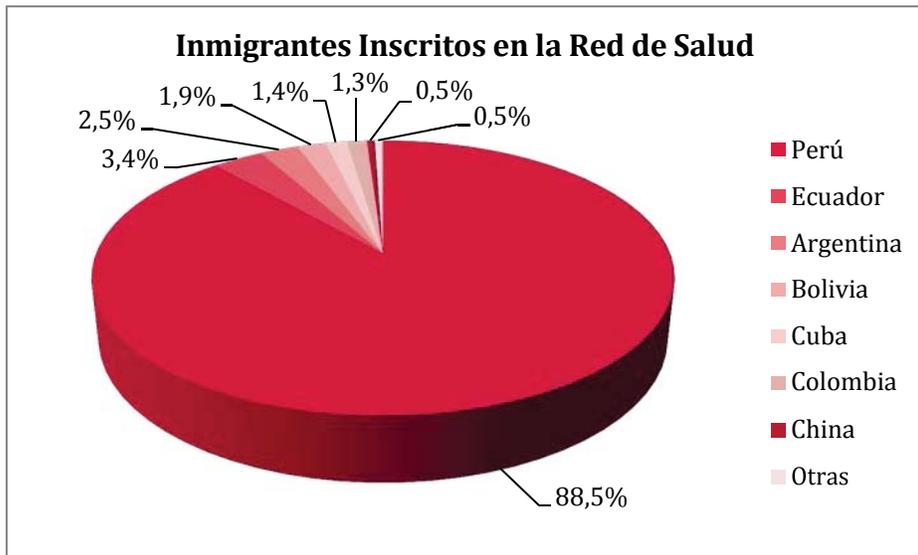
Esto como consecuencia del proceso de repoblamiento comunal.



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



En tanto, en nuestra Red de Salud Municipal actualmente existen 10.342 personas de nacionalidad extranjera. Esto corresponde al % de la población inscrita. Sin embargo, esta cifra debe ser observada con cautela debido a causa del cambio en el Sistema de Ficha Electrónica que experimentamos en el último año, así como también a la existencia de errores en el momento de la inscripción, que deben ser corregidos. La nacionalidad con mayor proporción es la peruana, con un 88,5%, seguido de la ecuatoriana y argentina con 3,3% y 2,5% respectivamente.



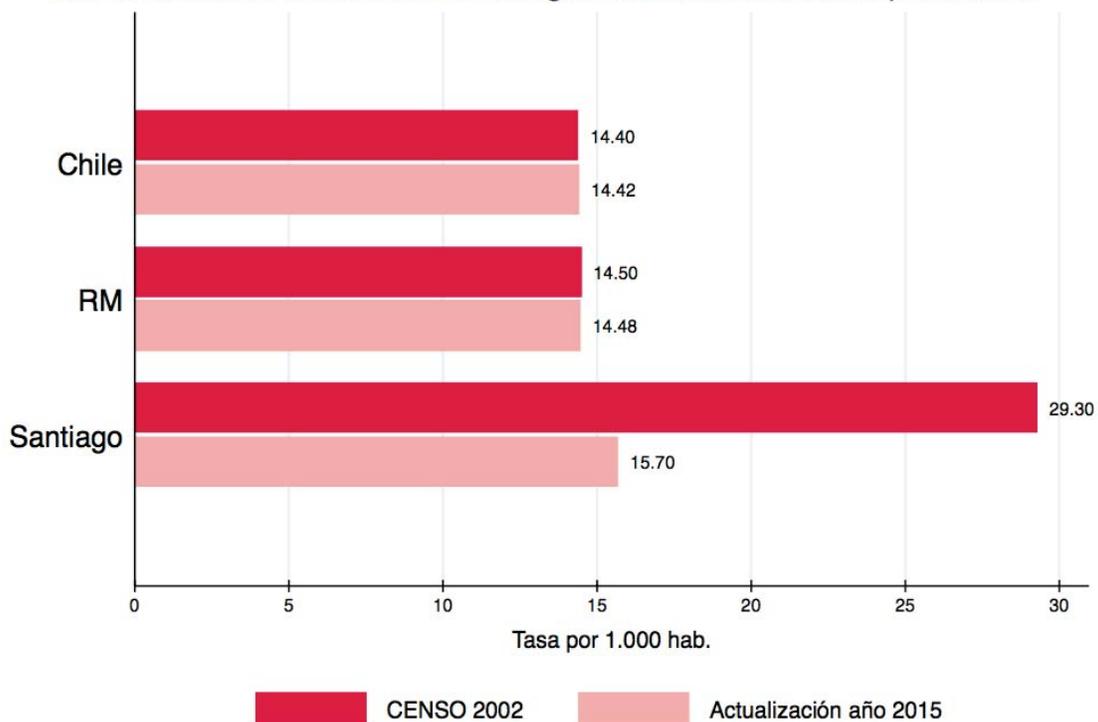
## 2. Natalidad

La tasa de natalidad de la Comuna de Santiago varía prácticamente un 50% según la estimación de población que utilizemos. La cifra oficial estipula una tasa de 29.30 x 1000 hab. la cual no tiene ninguna relación a la tasa de la Región Metropolitana y el País. La calculada con los datos actualizados del INE estima la tasa de natalidad en 15.70 x 100 hab. sutilmente sobre las estimaciones nacionales (14.42 x 1000 hab.) y la regional (14.48 x 1000 hab.), lo que parece más cercano a la realidad.

No tenemos información desagregada a nivel comunal respecto a natalidad.

El leve aumento de la natalidad respecto a la región podría explicarse por la gran cantidad de familias jóvenes que han repoblado la Comuna los últimos años.

Tasa de Natalidad General año 2011 según versión de estimación poblacional



### 3. Fecundidad

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

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

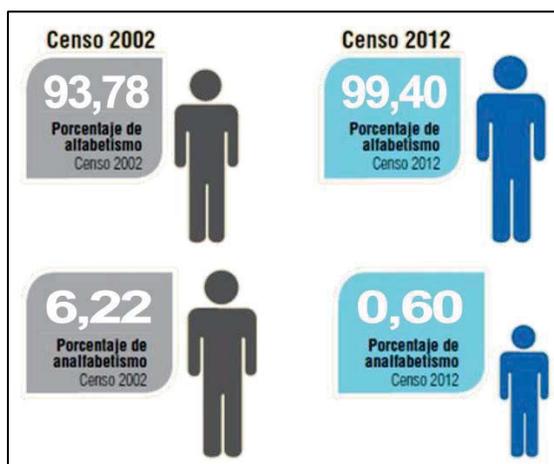
El promedio de hijos por mujer para el grupo de edad por sobre los 49 años es superior a 2.



## 2. Medio Socio-Cultural

### 1. Educación

#### 1. Alfabetismo y nivel de instrucción de la población



La población alfabetizada (que sabe leer y escribir) aumentó fuertemente en 5,62 puntos porcentuales en los últimos 10 años, alcanzando al 99,4% de la población de 10 años y más.

Si consideramos a la población de 15 años o más, más de la mitad de este grupo está cursando o ha cursado niveles de educación superior, alcanzando el 55,1%. Esto es 18 puntos porcentuales más que en el año 2002.

Respecto de la distribución de los niveles de educación de la población, estos se evidencian en el cuadro a continuación:

Nivel de instrucción	Población de 5 años o más	%
Nunca asistió	1.127	0,38
Pre Básica	2.931	1,00
Diferencial	725	0,25
Básica, primaria o preparatoria	45.446	15,44
Media científico humanista o humanidades	66.209	22,49
Media técnica profesional, comercial, industrial o normalista	15.653	5,32
Técnico de nivel superior	38.573	13,10
Profesional	109.733	37,27
Postítulo	5.666	1,92
Magister	7.072	2,40
Doctorado	1.292	0,44
Total	294.427	100

Fuente: Censo 2012 (INE).

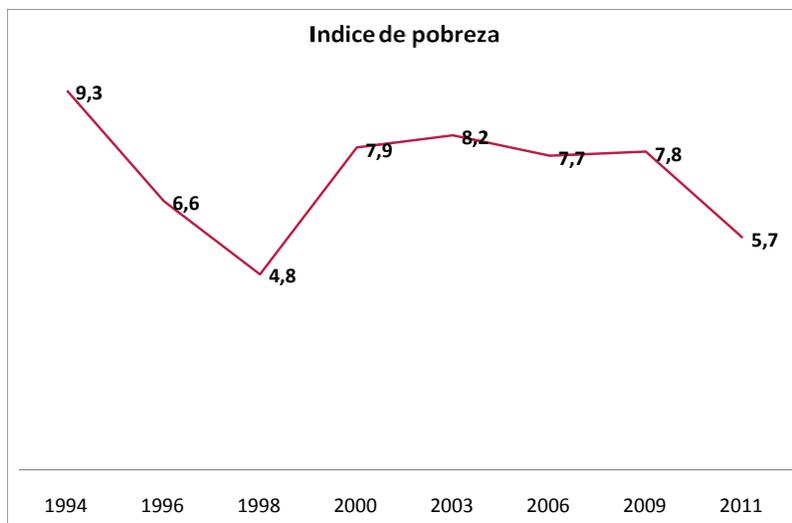
## 2. Situación socioeconómica de la población

### 1. Pobreza

Santiago es una de las comunas con menor índice de pobreza de la Región Metropolitana. De acuerdo a los datos del Ministerio de Desarrollo Social, el año 2011 Santiago figuraba como la quinta comuna con menor tasa de pobreza, según la encuesta CASEN, con un 5,7% de su población, esto es, menos que los 7,8% del año 2009.

Comuna	Año 2009	Año 2011
Vitacura	1,60%	0,10%
Providencia	0,20%	0,20%
Las Condes	1,40%	1,40%
Ñuñoa	2,80%	5,20%
Santiago	<b>7,80%</b>	<b>5,70%</b>
La Reina	2,50%	7,10%
La Cisterna	12,30%	7,50%
Independencia	8,60%	8,20%
La Florida	9,70%	9,20%
Maipú	6,40%	9,20%

Fuente: Ministerio de Desarrollo Social 2013 (CASEN).



La pobreza en la comuna experimentó una fuerte disminución durante la década del 90, llegando a menos de un 5%. Luego, durante el primer decenio del siglo XXI bordeó el 8% durante los diez años, para experimentar una nueva disminución a los actuales 5,7%.

En términos generales, la comuna es socialmente heterogénea. Los datos de la Ficha de Protección Social revelan que los hogares de la comuna presentan la siguiente distribución porcentual:

Quintiles	Descripción	N° de fichas	%
I	Menor o igual a 8.500 puntos	38.125	41,41
II	De 8.501 a 11.734 puntos	19.902	21,61
III	De 11.735 a 13.484 puntos	15.414	16,74
IV	De 13.485 a 14.557 puntos	12.217	13,27
V	Mayor o igual a 14.558 puntos	6.416	6,97
Total		92.074	100

Fuente: Ficha de Protección Social.

## 2. Ingreso

De acuerdo a la CASEN 2013, el Ingreso promedio de los hogares de la comuna se sitúa dentro de los 10 mejores de la región, presentándose en el 7° lugar, y siendo superior al ingreso promedio de toda la Región Metropolitana. La siguiente tabla muestra lo anterior.

Ingreso promedio del hogar por tipo de ingreso según comuna  
(Ingresos promedio en \$ de noviembre de 2013)

Comuna/Región	Ingreso Autónomo	Ingreso Monetario	Ingreso Total
<b>Vitacura</b>	<b>2.645.755</b>	<b>2.649.750</b>	<b>3.177.830</b>
Las Condes	2.268.546	2.275.015	2.678.127
La Reina	1.915.668	1.930.327	2.312.882
Providencia	1.971.040	1.976.061	2.307.348
Ñuñoa	2.044.500	2.052.981	2.295.026
Lo Barnechea	1.567.557	1.582.340	1.930.652
<b>Santiago</b>	<b>1.271.688</b>	<b>1.279.990</b>	<b>1.400.581</b>
San Miguel	1.028.130	1.045.134	1.215.206
Pirque	958.220	970.910	1.182.407
Macul	970.585	978.706	1.141.524
<b>Región Metropolitana</b>	<b>926.897</b>	<b>943.153</b>	<b>1.106.263</b>

Fuente: CASEN 2013 (Ministerio de Desarrollo Social)

### 3. Previsión

Según la encuesta CASEN de 2013, un 53,5% de las personas pertenecen al Sistema Público de Salud. Esto representa una disminución respecto de la misma encuesta en 2011, en cuya ocasión el valor fue de 56%. A la inversa, en el resto de las categorías, y en un período de 2 años, los afiliados al Sistema privado (Isapres), aumentaron desde 33,1% a los 35,9%.

Al comparar con la Región Metropolitana, en la comuna de Santiago destaca una proporción menor de personas en Fonasa, así como una mayor en Isapres y en quienes se clasifican como sin Sistema Previsional en Salud o particulares.

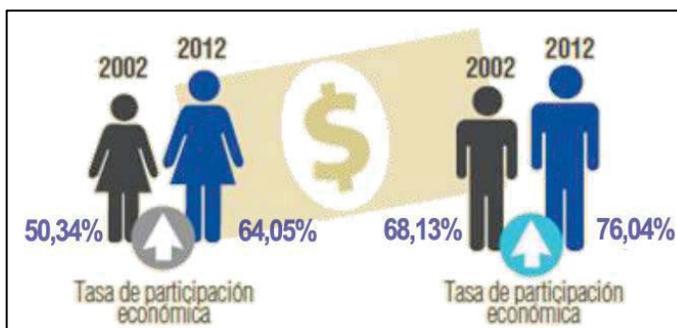
Comuna	Fonasa	Isapre	Ninguno (particular)	FF.AA. y del orden	Otro sistema	Total
<b>Santiago</b>	53,5	35,9	7,9	2,3	0,4	100,0
Región Metropolitana	73,1	21,2	2,8	1,9	0,9	100,0

**Fuente:** CASEN 2013 (Ministerio de Desarrollo Social)

### 3. Situación laboral

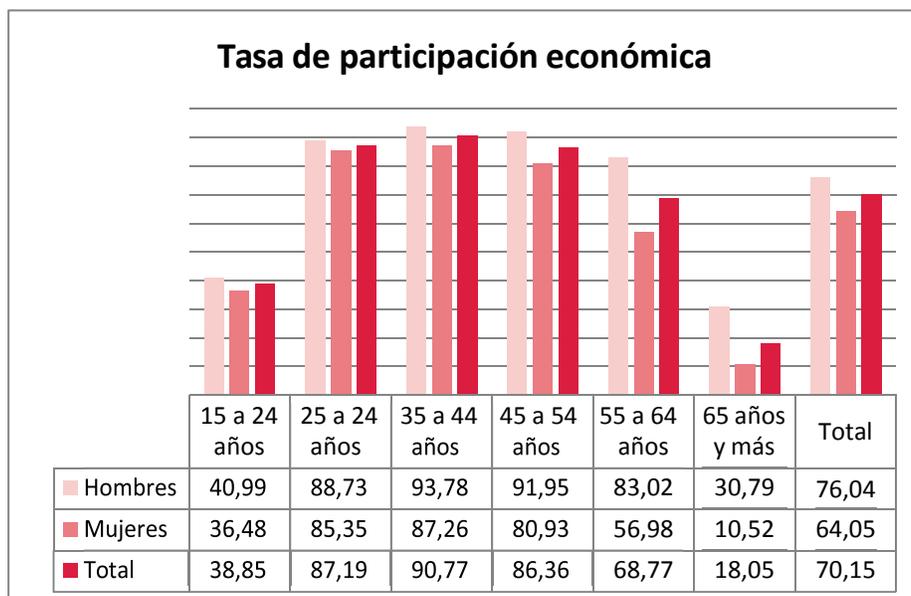
#### 1. Participación laboral

De las 270.372 personas de 15 años o más de la comuna, el 70,15% es población económicamente activa, esto es 11,07 puntos porcentuales más que la población del año 2002 (59,08%).



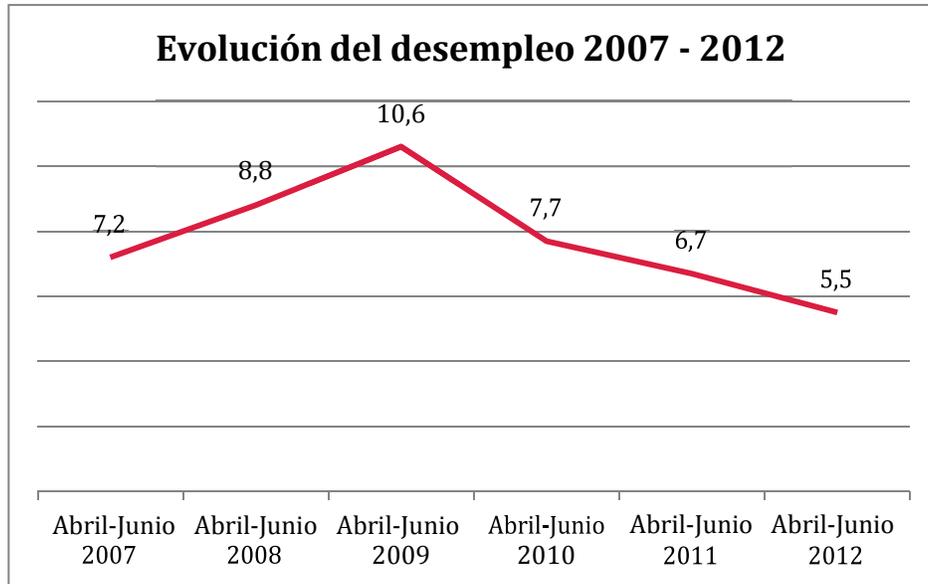
Categoría	Situación laboral	Población
Económicamente activa	Ocupados	179.307
	Desocupados	10.362
	<b>Subtotal</b>	<b>189.669</b>
No Económicamente Activa	Quehaceres del hogar	12.774
	Estudiando	34.014
	Jubilado, pensionado o rentista	23.582
	Otra situación	10.333
	<b>Subtotal</b>	<b>80.703</b>
<b>Total</b>		<b>270.372</b>

Fuente: Censo 2012 (INE).



Fuente: Censo 2012 (INE).

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



Fuente: Censo 2012 (INE).

## 2. Familia y Hogares

### 1. Estado civil y estado de hecho de la población

De acuerdo a los datos del censo 2012, de la población de 15 años o más (270.372 personas), el 63,3% se declaró soltero/a y el 28,6% se declaró casado/a.

Estado civil	Hombres	Mujeres	Total	%
Soltero/a	89.623	81.420	171.043	<b>63,26</b>
Casado/a	40.474	36.899	77.373	<b>28,62</b>
Divorciado/a	4.706	4.491	9.197	<b>3,40</b>
Anulado/a	875	1.383	2.258	<b>0,84</b>
Viudo/a	<b>1.907</b>	<b>8.594</b>	<b>10.501</b>	<b>3,88</b>

Fuente: Censo 2012 (INE).

La estructura cambia al graficar las situaciones de hecho y no de derecho. Los/as no convivientes son menos que la totalidad de solteros/as, en cambio no todos/as los/as casados/as viven con su esposo/a. Son más los convivientes (25,4%) que los/as casados/as viven con su esposo/a. Los convivientes con parejas del mismo sexo son sólo un 1,77%.

Estado de hecho	Hombres	Mujeres	Total	%
No convive con pareja	71.140	73.060	144.200	<b>53,33</b>
Casado/a vive con su esposo/a	27.266	26.701	53.967	<b>19,96</b>
Conviviente con pareja de distinto sexo	33.829	30.088	63.917	<b>23,64</b>
Conviviente con pareja del mismo sexo	3.345	1.438	4.783	<b>1,77</b>
Ignorado	<b>2.005</b>	<b>1.500</b>	<b>3.505</b>	<b>1,30</b>

Fuente: Censo 2012 (INE).

## 2. Estructura de los hogares de la comuna

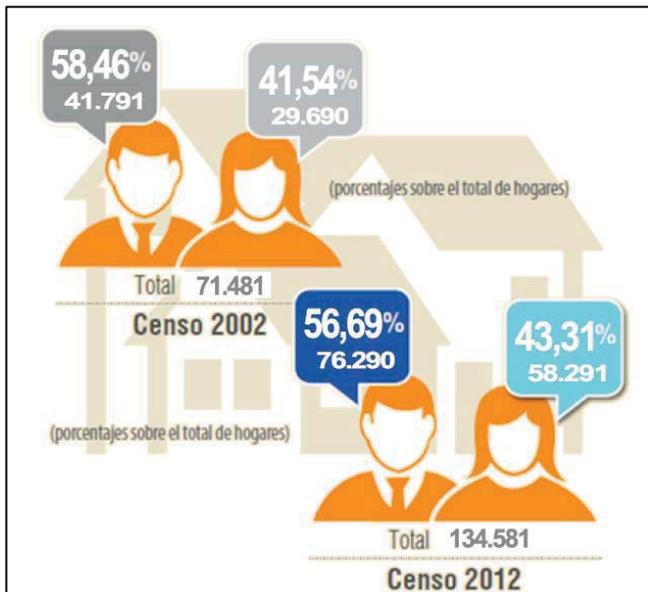
### 1. Jefes/as de hogar

En la comuna de Santiago hay 134.581 hogares, según el censo de 2012. Estos hogares se distribuyen de la siguiente forma en las viviendas:

Número de hogares	Viviendas particulares			
<b>1</b>	128.918	98,3%	128.918	95,8%
<b>2</b>	1.571	1,2%	3.142	2,3%
<b>3</b>	483	0,4%	1.449	1,1%
<b>4 o más</b>	233	0,2%	1.072	0,8%
<b>Total</b>	<b>131.205</b>	<b>100,0%</b>	<b>134.511</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Censo 2012 (INE).

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

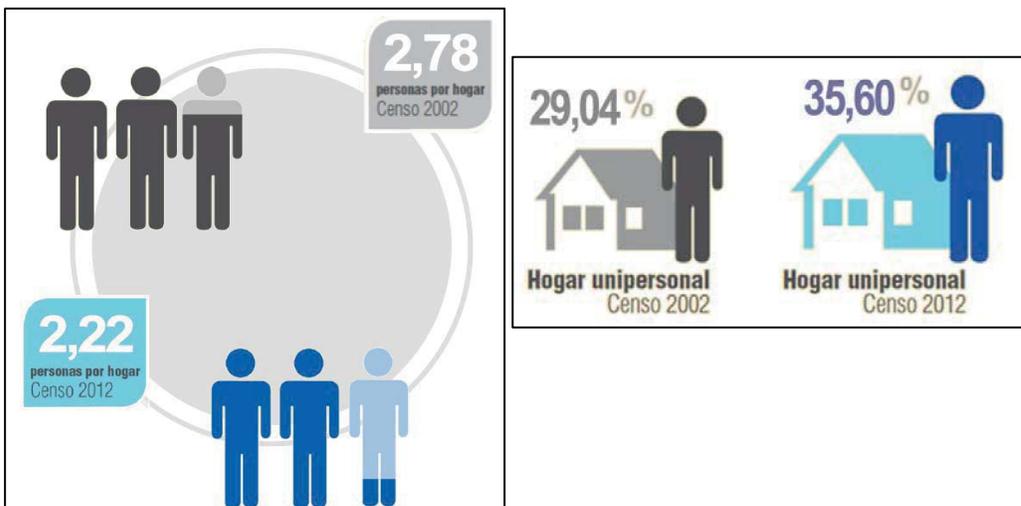


## 2. Composición de los hogares

El número de personas por hogar en la comuna disminuyó a 2,22, uno de los más bajos de la Región Metropolitana. Ello es concordante con el incremento de los hogares unipersonales, (compuestos por una sola persona), la mayoría de ellos conformados por mujeres sobre 64 años o jóvenes de entre 24 y 35 años. En este indicador, nuestra comuna alcanza uno de los valores más altos de la Región Metropolitana, el cual llega al 35,6%.

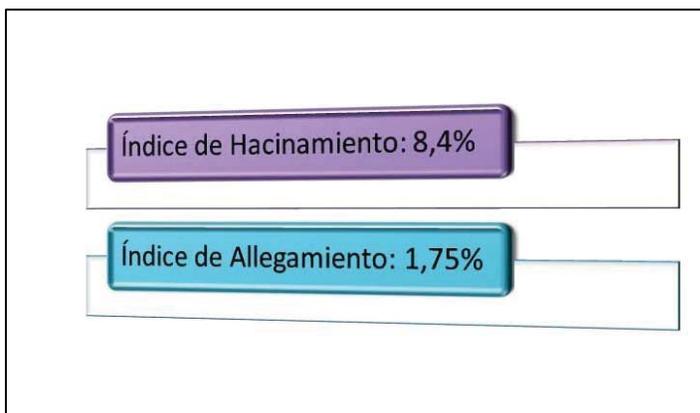
Tipo de hogar	Hogares	%	Personas
Unipersonal	47.914	35,60%	<b>47.914</b>
Otros	86.667	64,40%	<b>250.745</b>
Total	134.581	100%	48.165

Fuente: Censo 2012 (INE).



### 3. Hacinamiento y allegamiento

De acuerdo a los datos de la encuesta CASEN 2011, la comuna presenta un 8,7% de hacinamiento, esto es, la aglomeración de personas en una misma vivienda que se considera excesivo. Según el Censo 2012 esta proporción disminuye a 8,4%. Para ello se consideran el número de personas que duermen en un mismo dormitorio, siendo más de 2,5 un número extremo y desproporcionado. Se asocia esta situación, en forma mayoritaria, a las viviendas de tipología de conventillo.



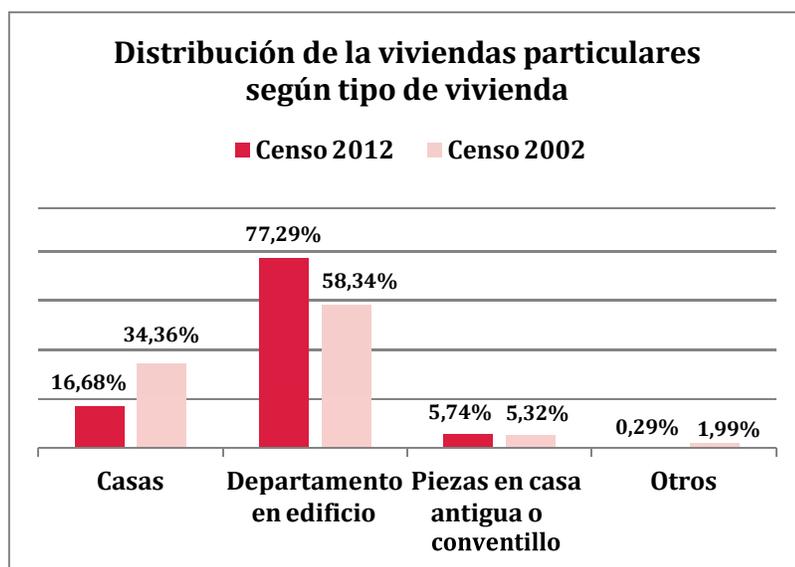
Por otra parte, el índice de allegamiento (más de un hogar en una misma vivienda) ha disminuido en la comuna llegando a un 1,75% según los resultados del censo 2012. Se presume que estos índices se asocian a inmigrantes, principalmente extranjeros y/o de bajos recursos.

### 3. Vivienda y habitabilidad urbana de la comuna

#### 1. Tipología de las viviendas

En base a los datos obtenidos del Censo 2012, el número de viviendas en la comuna de Santiago experimentó un crecimiento de un 95,7% durante el último período intercensal, situándose en la región después de Puente Alto (165.450) y Maipú (152.915) con 151.662 viviendas.

Al observar la distribución según categoría de vivienda, destacan en primer lugar los departamentos en edificio (77,29%), seguidos de lejos por las casas (16,68%). Durante el período intercensal, la mayor variación se da en la primera categoría, con un incremento de un 160% de los departamentos. Por otra parte, si bien las casas disminuyeron, se incrementaron las piezas en casas antiguas o conventillos.

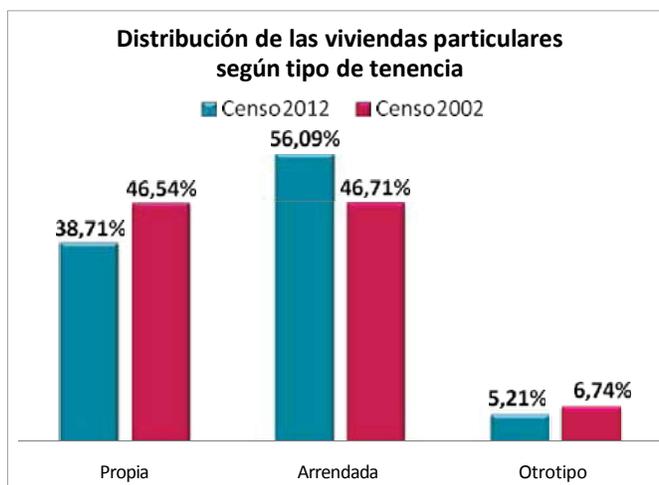


Tipo de vivienda	Censo 2012	Censo 2002	Diferencia Intercensal neta	Distribución 2012
Casas	25.299	26.635	-1.336	16,68%
Departamento en edificio	117.216	45.218	71.998	77,29%
Piezas en casa antigua o conventillo	8.710	4.122	4.588	5,74%
Mejora, mediagua	67	186	-119	0,04%
Rancho, choza	82	21	61	0,05%
Móvil (carpa, vagón, container, similar)	0	23	-23	0,00%
Otro tipo de vivienda particular	182	472	-290	0,12%
Vivienda colectiva (residencial, hotel, hospital)	106	837	-731	0,07%
Total	151.662	77.514	74.148	100,00%

Fuente: Censo 2002, Censo 2012 (INE).

## 2. Tenencia de las viviendas

Más de la mitad de las viviendas (56,1%) están bajo arriendo y, si bien ha aumentado el número de viviendas en las que residen sus propietarios, proporcionalmente la tenencia por parte de propietarios ha disminuido a un 38,7%.



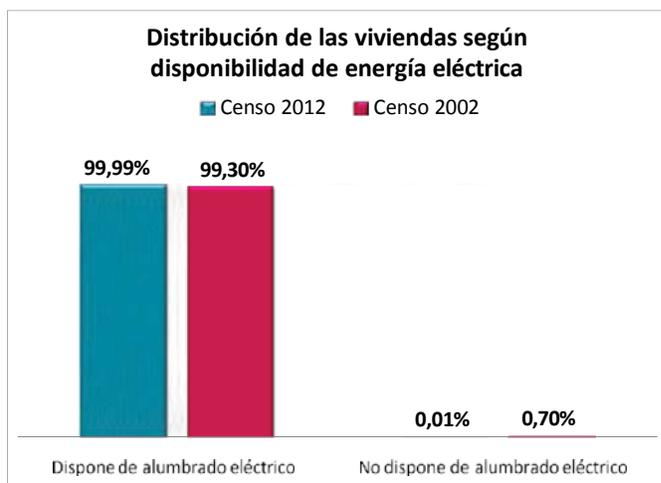
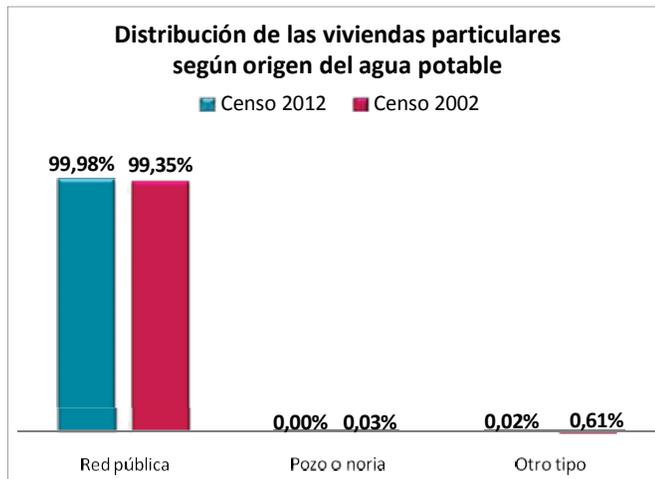
Tipo de tenencia	Censo 2012	Censo 2002	Diferencia intercensal neta	Distribución 2012
<b>Propia (pagada totalmente)</b>	20.473	20.623	-150	15,6%
<b>Propia (pagando a</b>	30.311	9.242	21.069	23,1%
<b>Arrendada</b>	73.588	29.975	43.613	56,1%
<b>Cedida por trabajo o servicio</b>	1.125	2.091	-966	0,9%
<b>Gratuita</b>	5.708	2.236	3.472	4,4%
<b>No sabe, no responde</b>	0	13.374	-13.374	0,0%
<b>Total</b>	131.205	77.541	53.664	100,0%

Fuente: Censo 2002, Censo 2012 (INE).

### 3. Servicios básicos de la urbanización

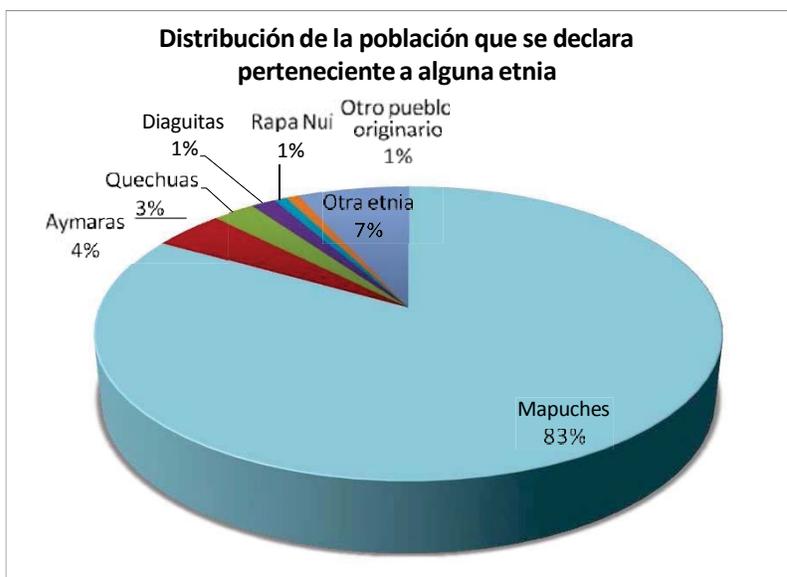
Los servicios básicos, tales como agua potable, alcantarillado y electricidad, presentan una cobertura total en el territorio comunal, salvo pequeñas excepciones que no superan el 0,01%.

A pesar de que la comuna de Santiago tiene urbanización completa hace varias décadas, este nivel de cobertura fue logrado sólo recientemente. Sólo en la década del 70 se alcanzó más de un 90% de cobertura eléctrica y de conexiones a la red de alcantarillado.



## 4. Etnias y Religión

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



Al considerar la distribución por religión, se observa que la población católica ha ido disminuyendo de un 69% a un 61% en su representación, mientras que la población evangélica se ha incrementado levemente de un 8,2% a un 8,9%. Finalmente, un fuerte incremento han tenido las personas que se declaran ateas, agnósticas o que no tienen ninguna religión o credo.

Religión	Censo 2002		Censo 2012	
<b>Católica</b>	116.404	68,7%	165.607	61,3%
<b>Evangélica</b>	13.921	8,2%	24.187	8,9%
<b>Otra religión o credo</b>	14.124	8,3%	20.657	7,6%
<b>Ninguna</b>	25.064	14,8%	56.842	21,0%
<b>Total</b>	<b>169.513</b>	<b>100,0</b>	<b>267.293</b>	<b>98,9%</b>

**Fuente:** Censo 2012 (INE).

**Nota:** En los datos del Censo 2012 no llega al 100% por existir población ignorada.

## 5. Discapacidad

En cuanto a discapacidad, Santiago se encuentra en el lugar 31 dentro de las comunas de la Región Metropolitana, con un 5,4% de personas en situación de discapacidad, estando este valor cercano al presentado por la región y a 7 puntos porcentuales bajo la comuna que tiene la mayor proporción, que es San Ramón.

Comuna	Población discapacitada	Población sin discapacidad	Total
San Ramón	12,7	87,3	100,0
Santiago	5,4	94,6	100,0
Región Metropolitana	5,7	94,3	100,0

Fuente: CASEN 2013 (Ministerio de Desarrollo Social)

## 6. Participación Social

Según resultados de Casen 2013, la población mayor de doce años que participa en Organizaciones alcanza a casi un 15% en la comuna, lo que la sitúa en el lugar 33° y cerca del promedio regional. Sin embargo, esto se encuentra lejos de Isla de Maipo, la comuna en el primer lugar y que se destaca con un 33,2%.

Comuna	Participa	No participa	Total
Isla de Maipo	33,2	66,8	100,0
Santiago	14,9	85,1	100,0
Región Metropolitana	16,0	84,0	100,0

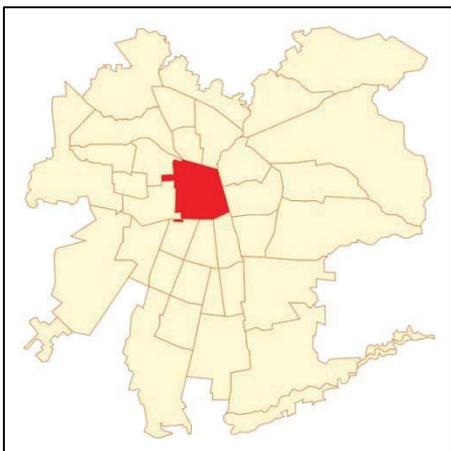
Fuente: CASEN 2013 (Ministerio de Desarrollo Social)

### 3. Medio Natural

#### 1. Ubicación, superficie y configuración comunal

La comuna de Santiago es una unidad territorial de tipo urbana que integra el conjunto de comunas que conforman el Gran Santiago. El 100% de su territorio está urbanizado y tiene una superficie de 22,4 km<sup>2</sup>.

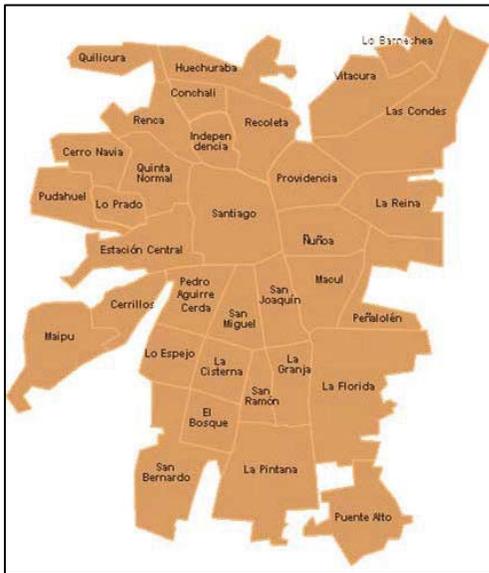
La comuna se emplaza en el centro de la ciudad de Santiago, Región Metropolitana, constituyendo la Plaza de Armas su centro histórico. Esta se localiza en las coordenadas geográficas los 33°26'16" de latitud sur y los 70°39'01" de longitud oeste.



## 2. Límites comunales y Organización territorial

Por su emplazamiento la comuna de Santiago limita con diez comunas, cuya distribución es como sigue:

- Al Norte: comunas de Renca, Independencia y Recoleta, en donde el río Mapocho actúa como límite natural
- Al Oriente: comunas de Providencia y Ñuñoa, delimitado por la avenida Vicuña Mackenna
- Al Sur con las comunas de San Joaquín, San Miguel y Pedro Aguirre Cerda, en donde la antigua vía férrea actúa como hito geográfico
- Al Poniente: las comunas de Estación Central y Quinta Normal



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



### 3. Características geográfico-físicas de la comuna

La comuna de Santiago se emplaza en una cuenca tectónica rellena de materiales aluviales (ripios y rodados) acarreados por el río Mapocho. Cuenca que tiene un leve declive de este a oeste y forma parte de la Depresión Intermedia, que separa la cordillera de los Andes al este y la cordillera de la Costa al oeste. En este contexto, la comuna presenta una topografía llana y sin variaciones, sólo interrumpida por la presencia del río Mapocho.



El clima es de tipo mediterráneo, con veranos secos y calurosos e inviernos suaves y levemente húmedos. Rara vez nieva en la comuna.

Mes	Temperatura media (°C)	Precipitaciones promedio (mm)
Enero	21,4	0,3
Febrero	20,7	0,9
Marzo	18,8	3,2
Abril	15,7	10,4
Mayo	12,5	42,2
Junio	9,7	70,4
Julio	9,4	86,6
Agosto	10,8	50,8
Septiembre	12,5	23,0
Octubre	15,3	13,4
Noviembre	17,8	9,2
Diciembre	20,3	2,1
Anual	15,4	312,5

## 4. Red Vial

La comuna cuenta con una red vial de más de 280 kilómetros, siendo una de las redes viales más importantes de la ciudad. Más de 3,5 km<sup>2</sup> de la superficie comunal corresponde a calzadas y aceras.

Por su centralidad, la red vial de la comuna de Santiago incluye a los principales ejes viales de la ciudad, los que a escala metropolitana, adoptan la forma de ejes concéntricos y radiales. Su estructura vial es reticulada y adaptada al plano de damero.

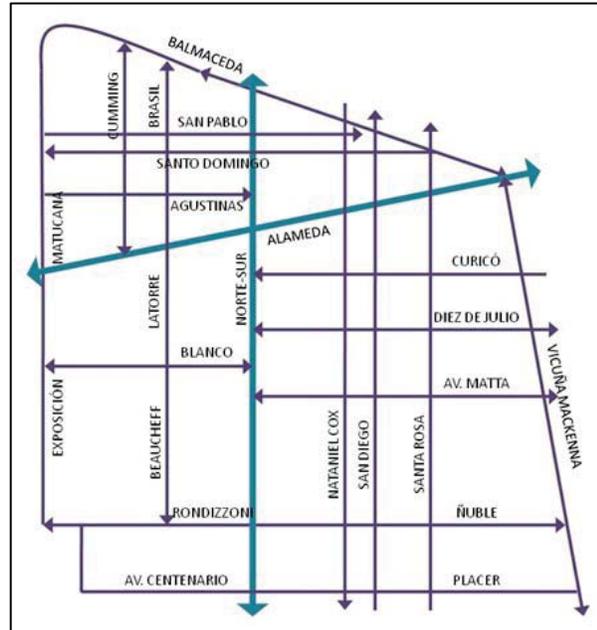
A nivel comunal, la estructura vial conforma una red en la que destacan los siguientes ejes principales:

### Ejes Norte-Sur:

- Matucana/Exposición.
- Ricardo Cumming.
- Av. Brasil/Almirante Latorre/Beaucheff.
- Autopista Central.
- Teatinos/Nataniel Cox.
- Bandera/San Diego.
- Enrique Mac Iver/Santa Rosa.
- Av. Vicuña Mackenna.

### Ejes Este-Oeste:

- Cardenal José María Caro/Balmaceda.
- San Pablo.
- Santo Domingo.
- Agustinas.
- Alameda Lib. Bernardo O'Higgins.
- Curicó/Tarapacá/Vidaurre.
- Santa Isabel.
- Av. Diez de Julio Huamachuco.
- Copiapó/Av. Blanco Encalada.
- Av. Manuel Antonio Matta.
- Ñuble/General Rondizzoni/Ramón Subercaseaux.



## 5. Transporte y tránsito

A nivel de la Ciudad de Santiago, gran parte de los flujos Norte-Sur y Este-Oeste (y demás combinaciones) pasan por la comuna.

La red de transporte público está establecida en base a recorridos troncales, locales y de paso de recorridos. Estos últimos son los más abundantes en Santiago.

La red de transporte público permite proveer de accesibilidad intercomunal, pues utiliza preferentemente ejes de escala metropolitana, que justamente corresponden a los principales ejes de la comuna. Por otro lado, los recorridos locales alimentan los recorridos troncales, posibilitando la conectividad al sistema troncal. Estos recorridos permiten además los desplazamientos al interior de la comuna.

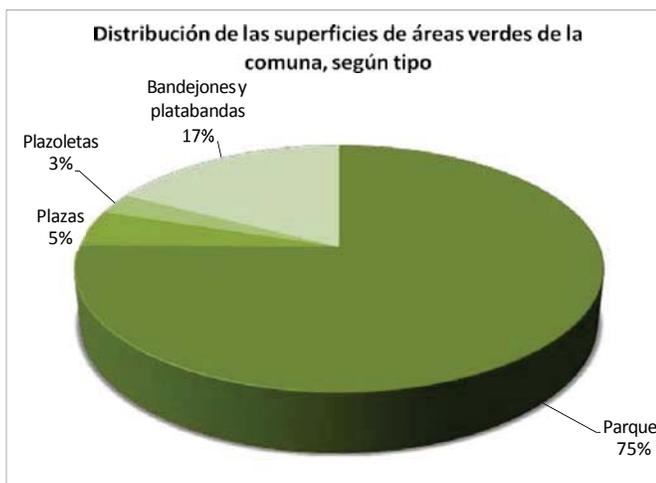
Cabe destacar que la comuna concentra la mayor cantidad de recorridos y que éstos circulan, mayoritariamente por la Alameda Libertador Bernardo O'Higgins y el par Compañía/Santo Domingo, para las circulaciones oriente-poniente y los pares San Diego-Bandera/Nataniel Cox y San Antonio-San Francisco/Mac Iver-Santa Rosa, para las circulaciones norte-sur.

Además, por Santiago cruzan tres de las cuatro líneas de metro existentes en la capital (líneas 1, 2 y 5), con 17 estaciones, siendo la comuna con mayor dotación de esta infraestructura de transporte. Cabe destacar que tres de las estaciones son lugares de combinación de líneas. Asimismo, se proyecta la ejecución de dos líneas para los próximos 4 años (líneas 3 y 6), que añadirán cuatro estaciones nuevas y generarán cuatro nuevas estaciones de combinación.

## 6. Áreas verdes

La superficie comunal destinada a áreas verdes mantenidas es de 2.040.000 m<sup>2</sup>. De las cuales, el 75,3% (1,5km<sup>2</sup>) corresponde a los siete parques urbanos de la comuna, lo que la consolida como la comuna con mayor superficie de parques de la ciudad.

A pesar del crecimiento de su población, la comuna de Santiago sigue manteniendo un alto índice de áreas verdes por habitante: 6,6 m<sup>2</sup> por persona. Es esperable que este índice vaya decayendo, de no incrementarse las actuales áreas verdes de la comuna, las que no han variado desde hace una década.



Nombre del parque	Superficie en m <sup>2</sup>	%
<b>Cerro Santa Lucía</b>	63.000	4,10%
<b>Quinta Normal</b>	367.975	23,97%
<b>Parque O'Higgins</b>	739.125	48,14%
<b>Parque Portales</b>	24.676	1,61%
<b>Parque San Borja</b>	24.063	1,57%
<b>Parque Los Reyes</b>	272.395	17,74%
<b>Parque Almagro</b>	44.018	2,87%
<b>Total</b>	<b>1.535.252</b>	<b>100,00%</b>

Fuente: Dirección de Aseo, Ornato y Jardines (2013).

## **4. Sector Salud**

### **1. Política 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 distintos Departamentos y Unidades de la Dirección:

#### **1. Misión**

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

#### **2. Visión**

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

#### **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.

### **2. Estructura y Organización de la red asistencial**

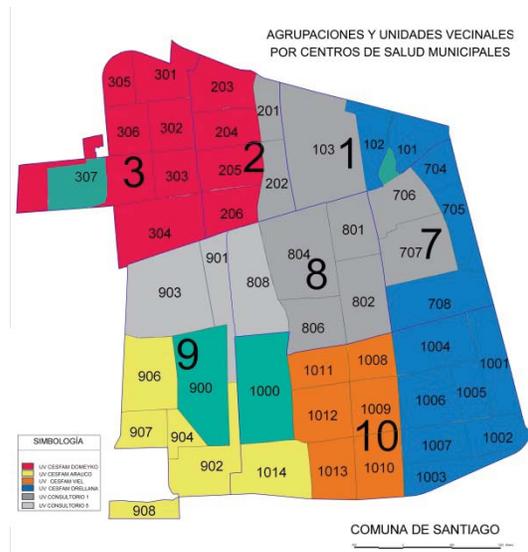
#### **1. Estructura de la Red del Servicio de Salud Metropolitano Central**

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

NIVEL	DEPENDENCIA	
	MUNICIPAL	SSMC
PRIMARIO	Centro de Salud Familiar Ignacio Domeyko	<b>Centro de Salud Familiar N° 1 (Ramón Corvalán Melgarejo)</b>
	Centro de Salud Familiar Benjamín Viel	
	Centro de Salud Familiar Padre Orellana	
	Centro de Salud Familiar Arauco	
	Estación Médica de Barrio Balmaceda	
	Estación Médica de Barrio Brasil	
	Estación Médica de Barrio Carol Urzúa	<b>Centro de Salud N° 5</b>
	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	<b>Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) N° 1</b>
	Estación Médica de Barrio Parque Forestal	
	Estación Médica de Barrio Rojas Jiménez	
Estación Médica de Barrio San Emilio		
Estación Médica de Barrio Sargento Aldea		
SECUNDARIO	Centro Comunitario de Salud Mental y Familiar (COSAM)	<b>Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) San Borja</b>
	Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)	<b>Centro de Referencia de Salud de Maipú (CRS)</b>
	Unidad Geriátrica Móvil (UGM)	
TERCIARIO		<b>Hospital de Urgencia Asistencia Pública, HUAP</b>
		<b>Hospital San Borja Arriarán, HSBA</b>

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



La red de Salud Municipal de Santiago se estructura actualmente en 4 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:

POLO	CENTRO DE SALUD	DIRECCIÓN	VALIDADOS FONASA 2014	ENCARGADO(A) DEL CENTRO	DIRECTORA DEL POLO	PROPIEDAD
DOMEYKO	CESFAM Ignacio Domeyko	Cueto 543	32.006	Dra Sandra León	Dra. Sandra León	Municipal
	EMB Balmaceda	Herrera 1231	5.684	EU Adriana Robles		Arrendada
	EMB Nicola D'Onofrio	Ricardo Cumming 1275	4.261	TS Myriam Berríos		Arrendada
	EMB Concha y Toro	Santa Mónica 2229	4.213	EU Patricia Ricaurte		Arrendada
	EMB Brasil	Rosas 1963	4.919	EU Claudia Ortega		Arrendada
PADRE ORELLANA	CESFAM Padre Orellana	Padre Orellana 1708	7.515	EU Alejandra Márquez	EU Alejandra Márquez	Municipal
	EMB Parque Forestal	José Ramón Gutiérrez 80	2.744	Dra Catalina Murialdo		Arrendada
	EMB Dávila Larraín	General Gana 334	3.328	EU Angelina Leyva		Arrendada
	EMB Gacitúa	Artemio Gutiérrez 1354	3.135	MAT Carolina Mundaca		Arrendada
	EMB Coquimbo	Madrid 789	2.840	Dra Bárbara Alonso		Arrendada
	EMB Rojas Jiménez	Rojas Jiménez 21	2.643	MAT Ingrid González		Arrendada
	BENJAMIN VIEL	CESFAM Benjamín Viel	San Ignacio 1217	7.142	EU Scarlet Cassus	EU Scarlet Cassus
EMB Sargento Aldea		Sargento Aldea 1470	4.485	EU Sonia García		Arrendada
EMB San Emilio		San Emilio 2106	1.652	EU Tamara Navarrete		Arrendada
EMB Carol Urzúa		Santa Rosa 1727	3.239	EU M <sup>a</sup> Teresa Iglesias		Municipal
ARAUCO	CESFAM Arauco	Av. Mirador 1599	14.534	MAT Andrea Caro	MAT Andrea Caro	Municipal

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



Este 2015, en un esfuerzo por progresar en el trabajo en red, y en concordancia con el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud, es que se ha desarrollado una propuesta de trabajo entre la Red de Salud Municipal y los 2 centros de Atención Primaria dependientes del SSMC de la comuna de Santiago.

Ambos equipos directivos hicieron una reflexión respecto a cómo enfrentan el trabajo del Plan de Salud y la Programación de Actividades anualmente, así como también levantaron un diagnóstico cualitativo respecto a las necesidades y situaciones a abordar para que dicho trabajo se enfoque de manera conjunta.

Esto ha dado como resultado la generación de algunos ámbitos de acción entre los que se encuentran:

- Coordinación en las áreas de:
  - o Actividades de Promoción, aprovechando las diferentes instancias en las que participa el Programa Santiago Sano de nuestra Dirección de Salud, el cual desarrolla un trabajo intersectorial a nivel municipal.
  - o Actividades de Prevención, como por ejemplo en la ejecución de las campañas de inmunización en escuelas de la comuna
  - o Referencia y Contrareferencia de Pacientes atendidos
  - o Traslado de Pacientes
  - o Atención Domiciliaria
- Conocimiento y Flujo de Información

Esto hace referencia a poder establecer un canal de comunicación efectivo y eficiente que permita compartir información de manera sistemática de carácter:

- Epidemiológico: por ejemplo Poblaciones bajo control en Programas APS
- De gestión:
  - Atenciones de urgencia en SAPU, que permita coordinar atenciones ambulatorias posteriores así como también realizar gestión de demanda.
  - Cartera de Servicios actualizada para proveer a la población de nuestras prestaciones de manera más integrada y equitativa
- Organizacional: Conformación de los equipos directivos de ambas partes. El contar con esta información se describe como muy relevante por parte de ambos equipos para poder lograr todo lo anterior.

Como herramientas para conseguir lo mencionado, la Dirección de Salud de Santiago proporcionará un espacio en nuestra Intranet/Página web donde se aloje información como la descrita. Asimismo, se compartirá información obtenida a partir de una plataforma web con la que contamos desde agosto de este año, llamada InstaGIS, la cual permite georreferenciar diferentes tipos de datos, procesarlos y difundirlos para la toma de decisiones a la que se enfrentan los equipos directivos y de sector.

Finalmente, como una manera de impulsar el trabajo en red, es que ambos equipos directivos proponen la realización de una jornada que permita que funcionarios y encargados se conozcan, compartan experiencias y generen algunas estrategias para conseguir lo expuesto.

## 2. Organización de la Dirección de Salud Municipal y sus centros dependientes

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

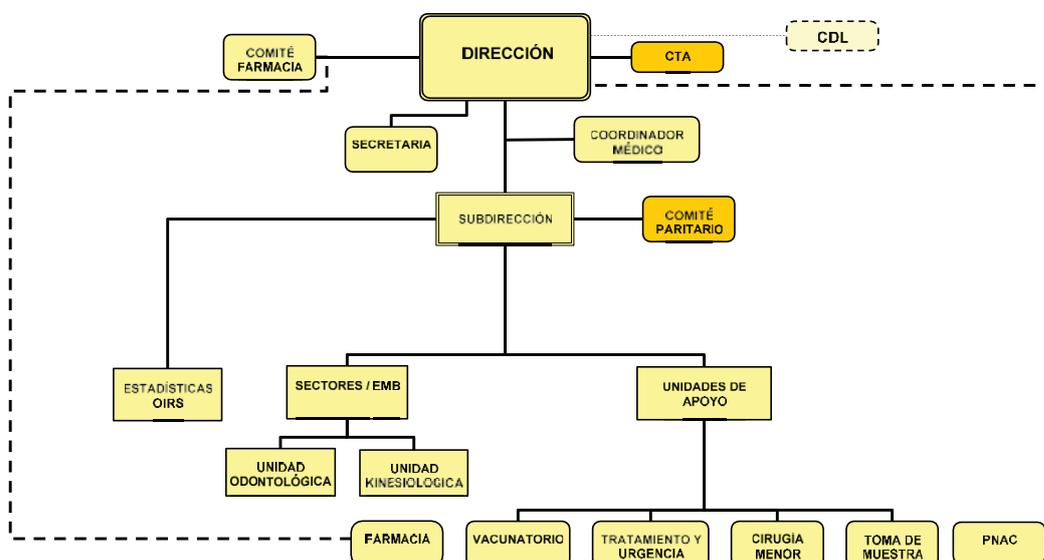
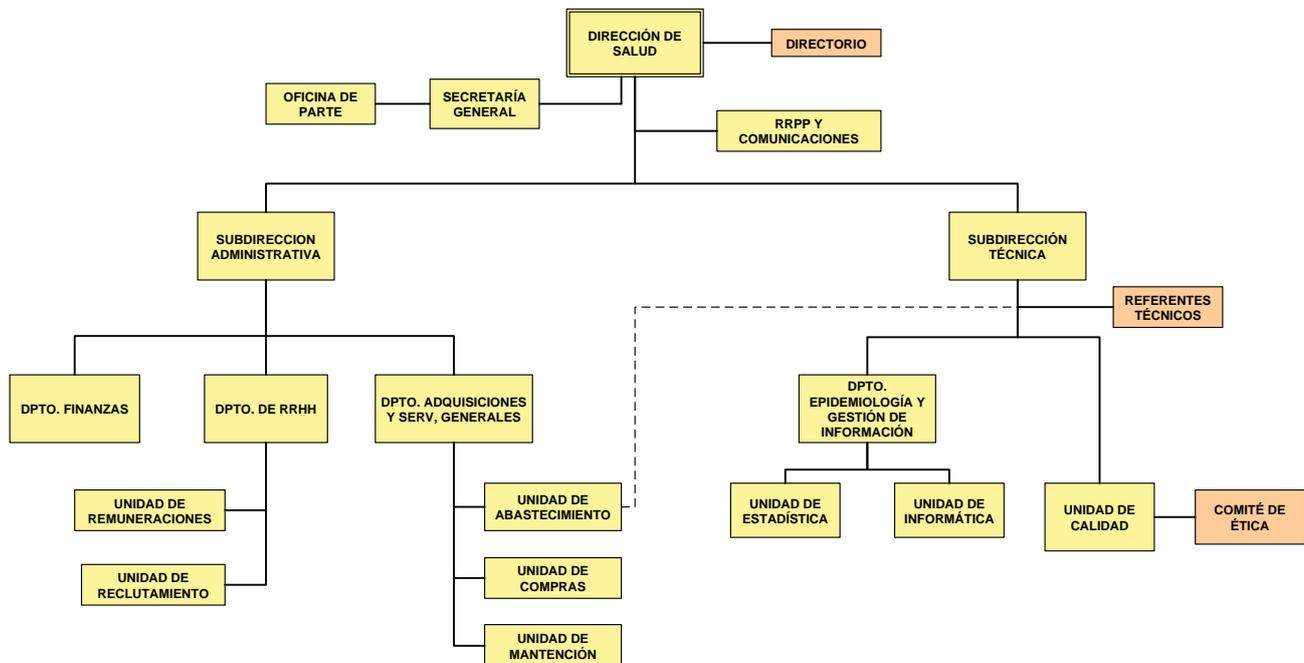


Ilustración: Estructura organizacional interna de los centros de salud

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:



### 3. 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: Principales prestaciones entregadas según centro de Salud APS**

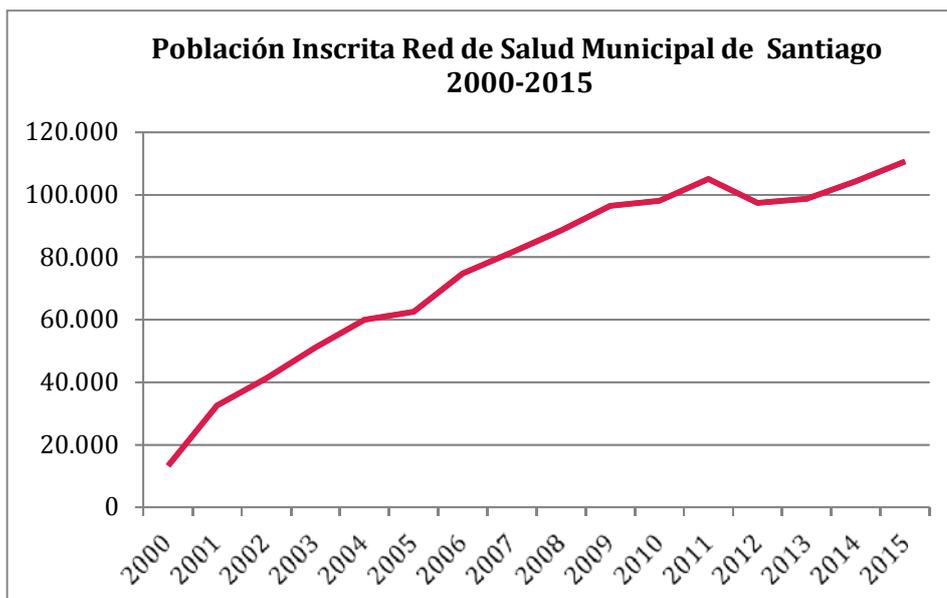
TIPO DE CENTRO	ESTABLECIMIENTO	PRESTACIONES													
		AT. MÉDICA	AT. ENFERMERÍA	AT. DENTAL	AT. NUTRICIONISTA	AT. MATRONA	AT. PSICÓLOGO	AT. SOCIAL	SALA IRA	SALA ERA	SALA PAME	VACUNATORIO	ALIM. NIÑOS	ALIM. EMBARAZADAS	ALIM. AD MAYOR
<b>CESFAM</b>	Ignacio Domeyko	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<b>EMB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

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 y otro en la zona norte de la comuna.

#### **4. Población inscrita Red de Salud Municipal de Santiago**

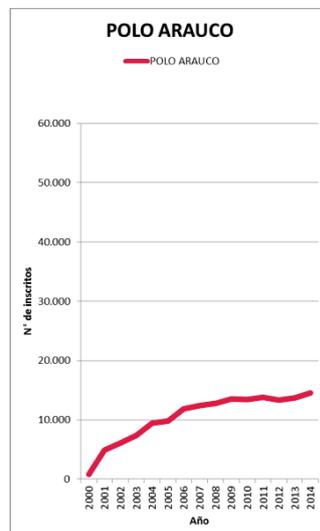
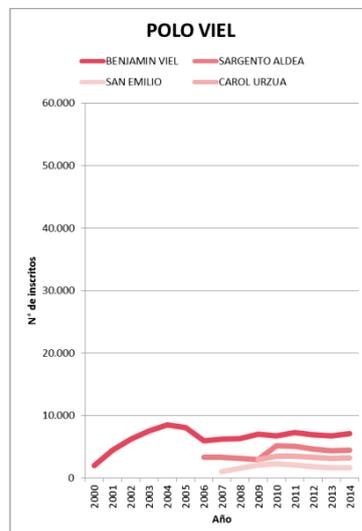
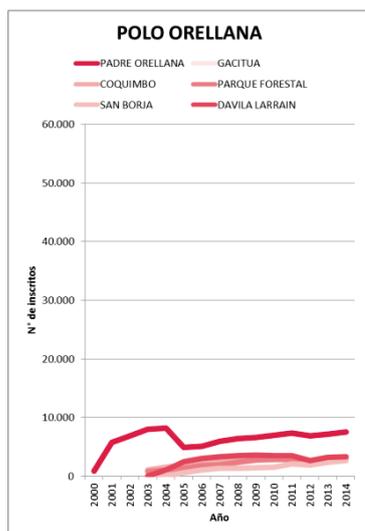
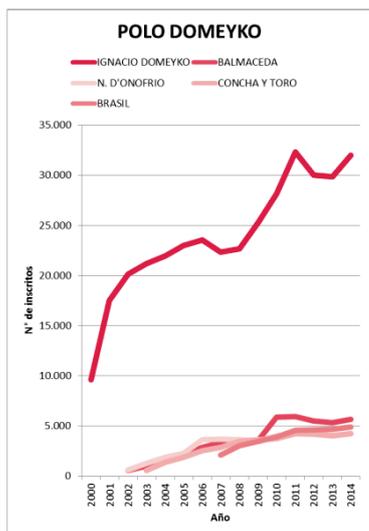
Desde el año 2000 hasta el año 2012, se observa un aumento sostenido de la población inscrita validada por FONASA. Tendencia que se ve interrumpida el año 2013 cuando el número de inscritos validados por FONASA baja a 97.385, lo que representó una baja de un -7,32% con respecto al año anterior. Una causa 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 de 2013 entregó un total de 101.058 usuarios validados.

Posteriormente, se ha retomado la tendencia al alza alcanzando los 104.340 el año 2014 y los 110.686 el año 2015.



Fuente: Registros Propios

Al considerar la evolución por establecimiento y polo de atención de los inscritos validados, se puede apreciar la existencia de fluctuaciones en el crecimiento que ha experimentado en el tiempo esta población en el nivel local. Sin embargo, se destaca que la tendencia general ha sido predominantemente al alza. Esto queda más claramente reflejado en las gráficas a nivel de polo. A continuación se presenta la gráfica con la evolución de inscritos para cada polo de atención, los que a su vez se desagregan por Estación Médica de Barrio:



**Ilustración: Evolución de la población validada FONASA según establecimiento de atención**

## 5. Análisis de la Demanda

Para efectos de su interpretación, se entenderá por demanda a la cobertura de la población bajo control según sexo y grupo de edad como un indicador de la demanda cubierta, considerando para el análisis el período comprendido entre Enero y Junio de 2015.

### 1. Programa Infantil

Respecto de la población inscrita menor de 6 años de edad, a nivel de red se observa que el 59% está cubierto, muy similar al 60% de cobertura de 2014. En este contexto es Orellana el Polo que muestra la menor cobertura de su población infantil. Por el otro lado, destacan las coberturas exhibidas por Arauco y Viel, con valores de 63% y 62%, respectivamente.

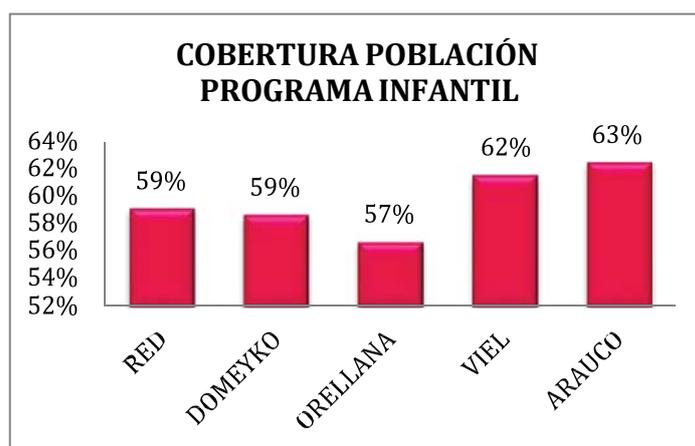


Ilustración: Cobertura Población Programa Infantil A Junio De 2015 (PBCx100/Pob. Infantil Inscrita < 6 Años)

### 2. Programa de Salud Cardiovascular

De la Población inscrita validada, un 16% de las personas han tenido al menos una atención en el programa a junio de 2015. De acuerdo a la prevalencia estimada de la enfermedad, este valor debe ser de un 27%. A nivel de polos, Arauco y Orellana presentan la mejor situación, siendo mejor aún en Arauco al considerar el menor diferencial que tiene respecto a la tasa esperada. En el caso opuesto se encuentran los polos Domeyko y Viel, con brechas de 11% y 14% respectivamente.

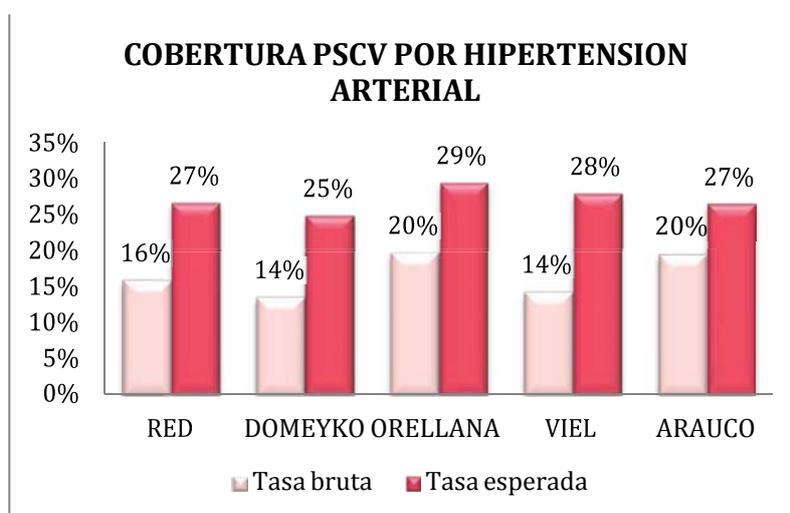


Ilustración: Cobertura Población PSCV Por Hipertensión Arterial A Junio De 2015 (PBCx100/Inscritos Vs PBC Esperada/Inscritos)

En el caso de Diabetes, un 7% de las personas inscritas validadas han tenido al menos una atención en el programa cardiovascular a junio de 2015. De acuerdo a la prevalencia estimada de la enfermedad, este valor debe ser de un 13%. Todos los polos presentan cifras similares, siendo el Domeyko el que tiene el menor valor, con un 6%.

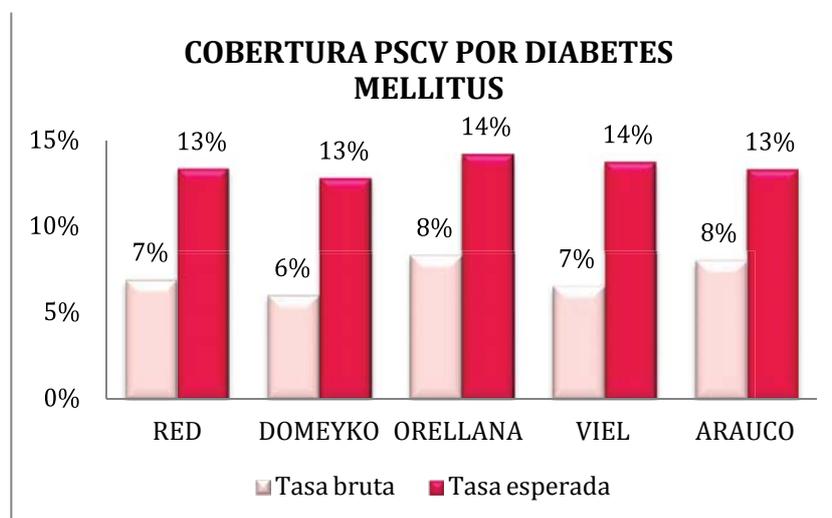


Ilustración 46: Cobertura Población PSCV Por Diabetes Mellitus A Junio De 2014 (PBCx100/Inscritos Vs PBC Esperada/Inscritos)

### 3. Programa del Adulto Mayor

A nivel general la Red de Salud la cobertura de la población de 65 y más años es de un 43%. Mientras que a nivel de polos destacan con las mejores coberturas Orellana (51%) y Arauco (44%). Especial atención requiere el Polo Viel que cubre sólo a un tercio de esta población.

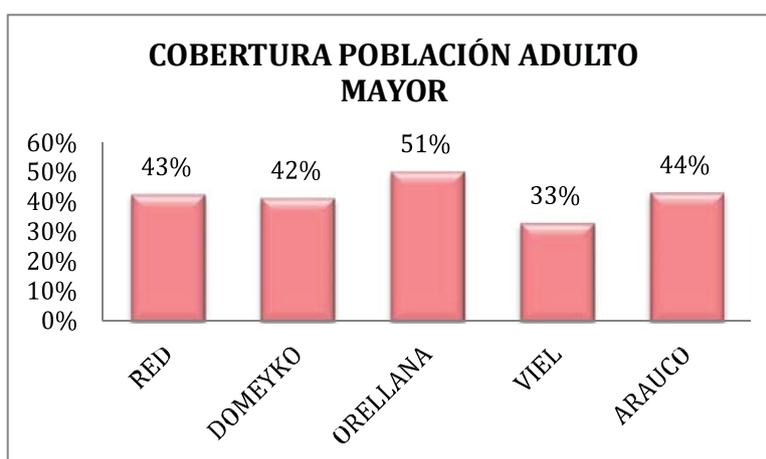


Ilustración 47: Cobertura Población Adulto Mayor A Junio De 2014 (PBCx100/Inscritos >64 Años)

## 6. Análisis de la Oferta

### 1. Consultas Médicas

Respecto del período Enero a Septiembre de 2015 la Red de Salud presenta una tasa de consulta médica de 0,5. Sobre este valor aparece el Polo Arauco, el que realiza la mayor cantidad de consultas médicas en base a su población inscrita. Por el contrario, el Polo Orellana destaca por poner a disposición de la comunidad la tasa más baja de consultas horas médicas en la Red de Salud.

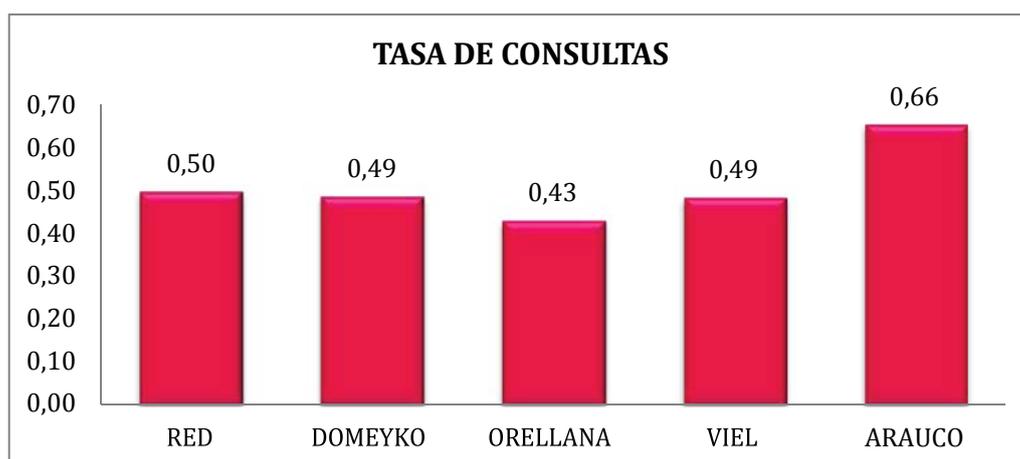


Ilustración: Tasa De Consultas Realizadas Acum A Septiembre 2015 (Nº Consultas Médicas Según Rem/ Pob. Inscrita)

### 2. Controles de Salud según Ciclo Vital

La Red de Salud presenta una tasa de controles de salud según ciclo vital de 0,23. El Polo Orellana se sitúa sobre este indicador realizando la mayor cantidad de controles de salud según ciclo vital. Por el contrario, el Polo Viel realiza la menor cantidad de controles de acuerdo a su población inscrita.

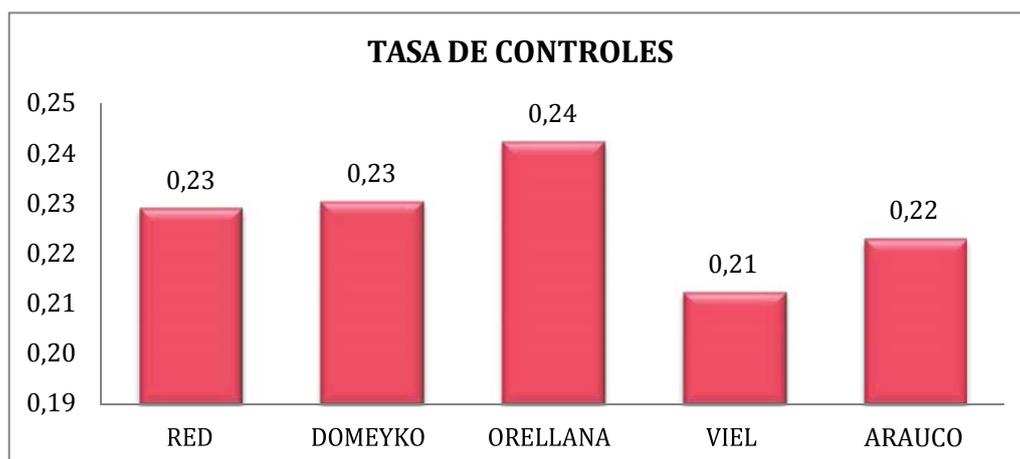


Ilustración 50: Tasa Controles Ciclo Vital Acum A Septiembre 2015 (Nº De Controles Rem /Pob. Inscrita)

### 3. Controles de Salud Programa Cardiovascular

A nivel de la Red de Salud se observa una tasa de 1,44 controles por persona inscrita en el programa. Sobre este valor destaca el polo Viel como el que concreta la mayor cantidad de controles con una tasa de 1,79. Por el contrario, el Polo Arauco aparece como el que realiza el menor número de controles, con una tasa de 1,28.

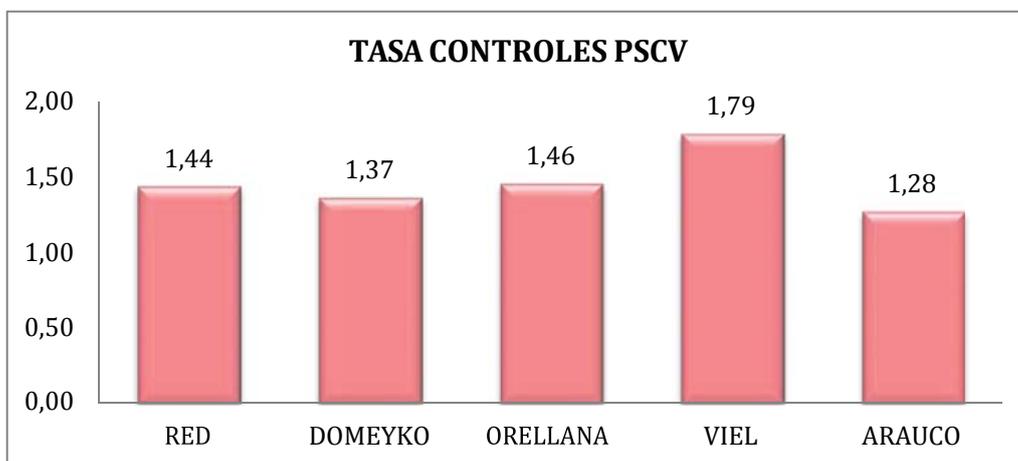


Ilustración: Tasa Controles PSCV Acum A Septiembre 2015 (Nº Controles PSCV Según Rem/PBC PSCV)

### 4. Consultas de Salud Mental

A nivel de la Red de Salud, este indicador se presenta con un valor de 0,08. Sobre este valor se sitúan los polos de Orellana y Viel con tasas de 0,12 y 0,09, respectivamente. Mientras que el Polo Domeyko es el territorio donde los usuarios tienen menor acceso a consultas de salud mental.

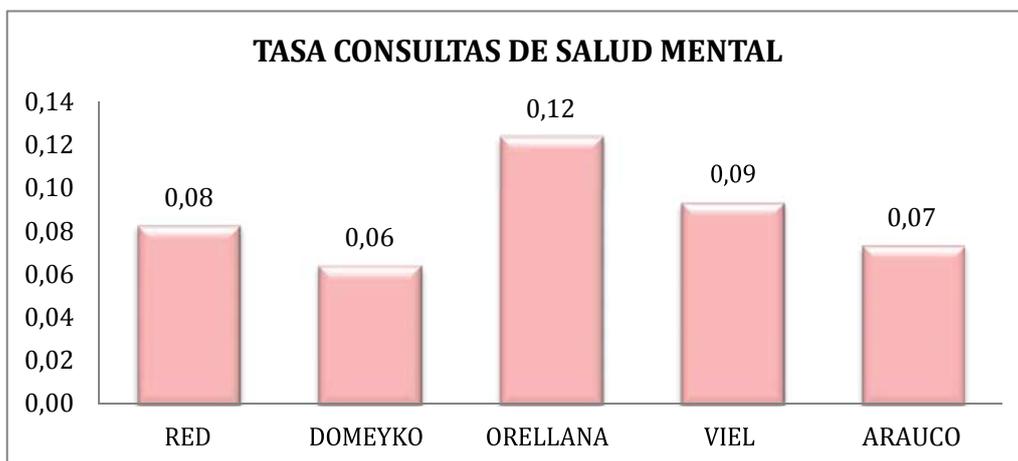


Ilustración: Tasa Consultas De Salud Mental Acum A Septiembre 2015 (Nº Consultas De Salud Mental Rem/Pob. Inscrita)

## 5. Consultas Dentales

La tasa de consultas dentales a nivel de Red de Salud es de 0,25. Sólo el Polo Arauco, donde se dispone de mayor cantidad de sillones dentales, se sitúa sobre este valor con una tasa de 0,48. Entre los restantes polos destaca Viel con la menor tasa de la Red de Salud (0,20).

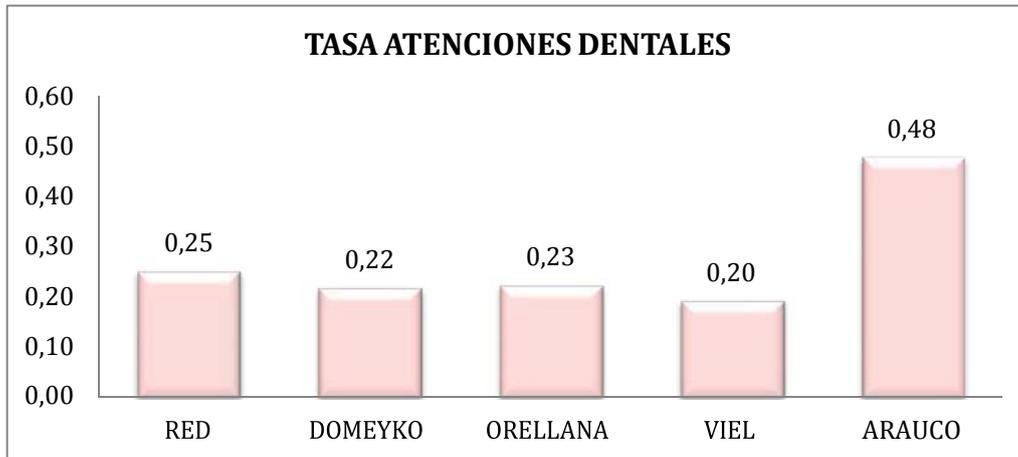


Ilustración: TASA ATENCIONES DENTALES ACUM A SEPTIEMBRE 2015 (Nº Consultas y Atenciones de Urgencias Dentales /Pob. Inscrita)

## 7. Indicadores de Gestión APS

### 1. Índices de Actividad de Atención Primaria (IAAPS). Septiembre de 2015

Tabla: 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 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	META ANUAL 2015
<b>DOMEYKO</b>	744	7.062	10,54%	13.8%	14,2%	12,1%	<b>17.40%</b>
<b>ORELLANA</b>	338	2.627	12,87%	10.8%	11,5%	9,1%	<b>17.40%</b>
<b>VIEL</b>	238	2.155	11,04%	9.1%	8,9%	7,3%	<b>17.40%</b>
<b>ARAUCO</b>	199	1.959	10,16%	12.5%	12,6%	10,9%	<b>17.40%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.519</b>	<b>13.803</b>	<b>11,00%</b>	<b>12.3%</b>	<b>12,65%</b>	<b>10,55%</b>	<b>17.40%</b>

Tabla: 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 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	META ANUAL 2015
<b>DOMEYKO</b>	890	4.974	17,89%	22.8%	23,9%	21,9%	<b>26%</b>
<b>ORELLANA</b>	517	2.405	21,50%	19.5%	24,5%	18,0%	<b>26%</b>
<b>VIEL</b>	335	1.917	17,48%	16.7%	20,1%	17,4%	<b>26%</b>
<b>ARAUCO</b>	238	1.514	15,72%	20%	22,0%	18,0%	<b>26%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.980</b>	<b>10.810</b>	<b>18,32%</b>	<b>20%</b>	<b>23,0%</b>	<b>19,6%</b>	<b>26%</b>

**Tabla: 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 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	MET ANUAL 2015
<b>DOMEYKO</b>	3.304	7.680	43,02%	46.5%	41,01%	36,2%	<b>54,20%</b>
<b>ORELLANA</b>	2.166	5.446	39,77%	41.4%	45,61%	33,6%	<b>54,20%</b>
<b>VIEL</b>	1.334	3.602	37,03%	44.1%	32,19%	24,5%	<b>54,20%</b>
<b>ARAUCO</b>	938	2.703	34,70%	38.6%	36,72%	30,0%	<b>54,20%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>7.742</b>	<b>19.431</b>	<b>39,84%</b>	<b>43.5%</b>	<b>39,74%</b>	<b>32,5%</b>	<b>54,20%</b>

**Tabla: 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 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	META ANUAL 2015
<b>DOMEYKO</b>	570	681	83,70	73.4%	78,69%	70,0%	<b>81%</b>
<b>ORELLANA</b>	200	256	78,13	79.7%	83,24%	63,5%	<b>81%</b>
<b>VIEL</b>	175	207	84,54	90.6%	88,89%	80,4%	<b>81%</b>
<b>ARAUCO</b>	117	139	84,17	86%	90,23%	69,4%	<b>81%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.062</b>	<b>1.283</b>	<b>82,77</b>	<b>77.6%</b>	<b>82,04</b>	<b>69,5%</b>	<b>81%</b>

**Tabla: 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 2015	CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	META ANUAL 2015
<b>DOMEYKO</b>	2.552	13.292	19,20%	18.0%	16,58%	21,1%	<b>27%</b>
<b>ORELLANA</b>	722	4.065	17,76%	23.5%	16,22%	14,0%	<b>27%</b>
<b>VIEL</b>	933	3.215	29,02%	29.4%	20,62%	16,8%	<b>27%</b>
<b>ARAUCO</b>	931	3.334	27,92%	35.6%	25,61%	19,0%	<b>27%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>5.138</b>	<b>23.906</b>	<b>21,49%</b>	<b>23.0%</b>	<b>18,29%</b>	<b>19,0%</b>	<b>27%</b>

**Tabla: 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	N° total Niños/as 12 a 23 meses bajo control	CUMPLIMIENTO SEPT 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	META ANUAL 2015
<b>DOMEYKO</b>	483	683	70,72%	79.4%	84,54%	82,6%	<b>100%</b>
<b>ORELLANA</b>	127	180	70,56%	76.4%	79,67%	68,6%	<b>100%</b>
<b>VIEL</b>	79	127	62,20%	67.7%	79,59%	54,2%	<b>100%</b>
<b>ARAUCO</b>	103	183	56,28%	64.6%	52,98%	70,7%	<b>100%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>792</b>	<b>1.173</b>	<b>67,52%</b>	<b>75.5%</b>	<b>78,03%</b>	<b>75,3%</b>	<b>100%</b>

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

POLO	N° total de reclamos respondidos con solución dentro de los plazos legales establecidos (20 días hábiles)	N° Total de reclamos.	CUMPLIMIENTO SEPT 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	META ANUAL 2015
<b>DOMEYKO</b>	67	67	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
<b>ORELLAN</b>	72	72	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
<b>VIEL</b>	5	5	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
<b>ARAUCO</b>	29	30	96,67%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>173</b>	<b>174</b>	<b>99,43%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

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

POLO	N° de personas con diabetes mellitus 2 bajo control de 15 y más	Prevalencias estimadas	CUMPLIMIENTO SEPT 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	META ANUAL 2015
<b>DOMEYKO</b>	2.446	5.209	46,95%	44.8%	47,10%	41,6%	<b>52,10%</b>
<b>ORELLANA</b>	1.629	2.743	59,39%	56.6%	70,93%	46,1%	<b>52,10%</b>
<b>VIEL</b>	961	1.970	48,78%	50.6%	51,34%	36,8%	<b>52,10%</b>
<b>ARAUCO</b>	983	1.614	60,89%	57.2%	58,02%	40,9%	<b>52,10%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>6.019</b>	<b>11.537</b>	<b>52,17%</b>	<b>50.3%</b>	<b>54,44%</b>	<b>41,7%</b>	<b>52,10%</b>

**Tabla: 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 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	META ANUAL 2015
<b>DOMEYKO</b>	5.576	10.102	55,19%	52.8%	59,86%	53,5%	<b>61%</b>
<b>ORELLANA</b>	3.840	5.670	67,72%	68.8%	85,81%	60,3%	<b>61%</b>
<b>VIEL</b>	2.094	3.995	52,41%	59.8%	64,37%	47,8%	<b>61%</b>
<b>ARAUCO</b>	2.384	3.212	74,23%	72.2%	71,88%	56,3%	<b>61%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>13.894</b>	<b>22.980</b>	<b>60,46%</b>	<b>60,7%</b>	<b>68,04%</b>	<b>54,5%</b>	<b>61%</b>

**Tabla: Tasa de visita integral.**

POLO	Nº de visitas integrales realizadas	Nº de familias (población Inscrita/4)	CUMPLIMIENTO SEPT 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	META ANUAL 2015
<b>DOMEYKO</b>	2.185	12.771	17%	16%	17%	20%	<b>22%</b>
<b>ORELLANA</b>	777	5.551	14%	14%	19%	11%	<b>22%</b>
<b>VIEL</b>	664	4.130	16%	16%	13%	14%	<b>22%</b>
<b>ARAUCO</b>	436	3.634	12%	19%	12%	10%	<b>22%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4.062</b>	<b>26.085</b>	<b>16%</b>	<b>16%</b>	<b>16%</b>	<b>15%</b>	<b>22%</b>

**Tabla: Actividad con Garantía Explícita de Salud GES.**

POLO	Nº casos GES con garantía cumplida	Nº de casos GES	CUMPLIMIENTO SEPT 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	META ANUAL 2015
<b>DOMEYKO</b>	2.321	2.321	100,0%	99.96%	100,0%	100,0%	<b>100%</b>
<b>ORELLANA</b>	1.121	1.121	100,0%	100.0%	100,0%	100,0%	<b>100%</b>
<b>VIEL</b>	777	777	100,0%	100.0%	100,0%	99,9%	<b>100%</b>
<b>ARAUCO</b>	846	846	100,0%	100.0%	100,0%	100,0%	<b>100%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>5.065</b>	<b>5.065</b>	<b>100,0%</b>	<b>99.98%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100%</b>

**Tabla: Disponibilidad de Fármacos Trazadores**

POLO	N° fármacos trazadores disponibles	N° total fármacos trazadores	CUMPLIMIENTO SEPT 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	META ANUAL 2015
<b>DOMEYKO</b>	1	1	100,0%	100,0%	100,0%		<b>100%</b>
<b>ORELLANA</b>	1	1	100,0%	100,0%	100,0%		<b>100%</b>
<b>VIEL</b>	1	1	100,0%	100,0%	100,0%		<b>100%</b>
<b>ARAUCO</b>	1	1	100,0%	100,0%	100,0%		<b>100%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>		<b>100%</b>

**Tabla: 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 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	META ANUAL 2015
<b>DOMEYKO</b>	1	1	100%	100%	100%		<b>100%</b>
<b>ORELLANA</b>	1	1	100%	100%	100%		<b>100%</b>
<b>VIEL</b>	1	1	100%	100%	100%		<b>100%</b>
<b>ARAUCO</b>	1	1	100%	100%	100%		<b>100%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>		<b>100%</b>

**Tabla: Cobertura de Atención de Asma en población General y EPOC en personas de 40 y más años (asma > 3 años por 10% y Epoc <40 años por 8%)**

**\*IAAPS 2015**

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 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	META ANUAL 2015
<b>DOMEYKO</b>	610	6.650	9,17%				<b>15%</b>
<b>ORELLANA</b>	457	3.145	14,53%				<b>15%</b>
<b>VIEL</b>	332	2.333	14,23%				<b>15%</b>
<b>ARAUCO</b>	352	1.977	17,80%				<b>15%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.751</b>	<b>14.106</b>	<b>12,41%</b>				<b>15%</b>

Del conjunto de indicadores se destacan 3 por presentar un mejor desempeño en el período considerado. Siendo estos:

- Ingreso a control embarazo, antes de las 14 semanas
- Gestión de reclamos en atención primaria
- Cobertura diabetes mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años

Se destacan como los de más bajo desempeño, los siguientes indicadores:

- Cobertura examen de medicina preventiva (EMP), en hombres de 20 a 44 años
- Cobertura de evaluación del desarrollo psicomotor de niños/as de 12 a 23 meses
- Tasa de visita integral

## 2. METAS SANITARIAS Y DE MEJORAMIENTO DE LA APS (LEY N° 19.813). SEPTIEMBRE DE 2015

**Tabla: 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 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	META ANUAL 2015
<b>DOMEYKO</b>	36	41	87.80%	72%	75,86%	91,7%	<b>81%</b>
<b>ORELLANA</b>	7	20	35.00%	55.5%	69,23%	62,5%	<b>81%</b>
<b>VIEL</b>	10	16	62.50%	25%	62,50%	66,7%	<b>81%</b>
<b>ARAUCO</b>	9	9	100.00%	41.6%	44,44%	36,4%	<b>81%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>86</b>	<b>72,09%</b>	<b>57.6%</b>	<b>67,80%</b>	<b>70,2%</b>	<b>81%</b>

**Tabla: Reducción del número de mujeres de 25 a 64 años Sin PAP Vigente (meta Santiago reducir en un 16% la brecha de cobertura de mujeres sin PAP vigente lograda a Dic. 2015).**

POLO	N° de mujeres 25 a 64 años inscritas con PAP vigente (informado) al 2015	N° de mujeres con PAP vigente comprometidas para 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	META ANUAL 2015
<b>DOMEYKO</b>	6.091	7.224	84.32%	91%	71,89%	83,4%	<b>100%</b>
<b>ORELLANA</b>	3.411	3.843	88.76%	85.5%	91,73%	100,3%	<b>100%</b>
<b>VIEL</b>	2.096	2.747	76.30%	82.3%	122,58%	91,2%	<b>100%</b>
<b>ARAUCO</b>	2.249	2.368	94.97%	88%	102,42%	93,7%	<b>100%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>13.847</b>	<b>16.182</b>	<b>85.57%</b>	<b>87.8%</b>	<b>87,60%</b>	<b>89,3%</b>	<b>100%</b>

**Tabla: 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 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	META ANUAL 2015
<b>DOMEYKO</b>	207	557	37.16%	29.7%	35,95%	103,04%	<b>72%</b>
<b>ORELLANA</b>	76	188	40.43%	58.8%	51,44%	41,50%	<b>72%</b>
<b>VIEL</b>	105	176	59.66%	28.9%	32,82%	18,02%	<b>72%</b>
<b>ARAUCO</b>	81	82	98.78%	67.7%	52,50%	79,87%	<b>72%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>469</b>	<b>1003</b>	<b>46.76%</b>	<b>39.8%</b>	<b>40,33%</b>	<b>72,48%</b>	<b>72%</b>

**Tabla: Cobertura alta integral odontológica embarazadas.**

POLO	N° embarazadas con alta odontológica integral	N° total embarazadas ingresadas (enero a septiembre 2015)	CUMPLIMIENTO SEPT 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	META ANUAL 2015
<b>DOMEYKO</b>	564	681	82.82%	61.6%	57,37%	57,6%	<b>68%</b>
<b>ORELLANA</b>	143	256	55.86%	60.6%	62,43%	59,3%	<b>68%</b>
<b>VIEL</b>	55	207	26.57%	67.7%	66,67%	59,8%	<b>68%</b>
<b>ARAUCO</b>	104	139	74.82%	90.9%	69,17%	74,1%	<b>68%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>866</b>	<b>1.283</b>	<b>67.50%</b>	<b>65.4%</b>	<b>60,74%</b>	<b>60,0%</b>	<b>68%</b>

**Tabla: 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 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	META ANUAL 2015
<b>DOMEYKO</b>	274	658	41.64%	50.6%	42,32%	79,5%	<b>72%</b>
<b>ORELLANA</b>	73	215	33.95%	88.6%	77,52%	71,4%	<b>72%</b>
<b>VIEL</b>	47	128	36.72%	66.7%	35,71%	20,7%	<b>72%</b>
<b>ARAUCO</b>	91	76	119.74%	132.6%	69,13%	107,3%	<b>72%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>485</b>	<b>1077</b>	<b>45.03%</b>	<b>68.9%</b>	<b>49,20%</b>	<b>73,3%</b>	<b>72%</b>

**Tabla: Aumento de la cobertura efectiva de personas de 15 años y más con DM controlada (Meta Santiago incremento de 1% cobertura efectiva (HbA1c< 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 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	META ANUAL 2015
<b>DOMEYKO</b>	1.476	5.209	28.33%	25.1%	23,97%	16,8%	<b>27.95%</b>
<b>ORELLANA</b>	998	2.743	36.39%	33.1%	41,50%	19,7%	<b>32.50%</b>
<b>VIEL</b>	586	1.970	29.74%	30.9%	28,50%	14,7%	<b>29.90%</b>
<b>ARAUCO</b>	576	1.614	35.68%	31.9%	29,21%	16,4%	<b>35.50%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3.636</b>	<b>11.537</b>	<b>31.52%</b>	<b>28.9%</b>	<b>29,23%</b>	<b>17,0%</b>	<b>30.40%</b>

**Tabla: Aumento de la cobertura efectiva de personas de 15 años y más con HTA controlada (Meta Santiago incremento de 2% cobertura efectiva (PA < 140/90 mm Hg)**

POLO	Nº de pacientes con HTA de 20 y más años bajo control compensados (PA < 135/85 mm Hg)	Nº HTA de 15 años y más, estimados según prevalencia (15-64 años: 15,7%; 65 y más años: 64,3%)	CUMPLIMIENTO SEPT 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	META ANUAL 2015
<b>DOMEYKO</b>	3.715	10.102	36,77%	34,8%	38,97%	32,6%	<b>40,45%</b>
<b>ORELLANA</b>	2.633	5.670	46,43%	45%	59,76%	39,6%	<b>47,00%</b>
<b>VIEL</b>	1.379	3.995	34,52%	37,8%	43,04%	31,2%	<b>35,70%</b>
<b>ARAUCO</b>	1.279	3.212	39,82%	37,2%	38,95%	35,6%	<b>41,50%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>9.006</b>	<b>22.980</b>	<b>39,19%</b>	<b>38,2%</b>	<b>44,23%</b>	<b>34,4%</b>	<b>41,39%</b>

**Tabla: Consejos desarrollo funcionando regularmente con Plan evaluado y ejecutado a Dic.2015**

POLO	Nº establecimientos de salud con Consejo de Desarrollo funcionando regularmente, con Plan evaluado y ejecutado, a DIC. 2015	Nº total de establecimientos de salud de la Comuna.	CUMPLIMIENTO SEPT 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	CUMPLIMIENTO SEPT 2012	META ANUAL
<b>DOMEYKO</b>	1	1	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
<b>ORELLANA</b>	1	1	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
<b>VIEL</b>	1	1	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
<b>ARAUCO</b>	1	1	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

**Tabla: Evaluación anual del pie en personas diabéticas evaluado y ejecutado a Sep. 2015**

POLO	Nº de personas diabéticas bajo control de 15 y más años con evaluación del pie diabético	Nº de personas diabéticas de 15 y más años	CUMPLIMIENTO SEPT 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	META ANUAL 2015
<b>DOMEYKO</b>	1.735	2.320	74,78%	78,1%	<b>80%</b>
<b>ORELLANA</b>	974	1.400	69,57%	67,8%	<b>80%</b>
<b>VIEL</b>	601	866	69,40%	53,3%	<b>80%</b>
<b>ARAUCO</b>	553	866	63,86%	38,8%	<b>80%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>3.863</b>	<b>5.452</b>	<b>70,85%</b>	<b>64,8%</b>	<b>80%</b>

**Tabla: Incrementar a lo menos 2 puntos porcentuales respecto al año anterior los menores con lactancia materna exclusiva. 2015 (Meta Nueva 2015)**

<b>POLO</b>	<b>Lactancia Materna Exclusiva (6 meses )</b>	<b>N° de Niños Controlados</b>	<b>CUMPLIMIENTO SEPT 2015</b>	<b>META ANUAL 2015</b>
<b>DOMEYKO</b>	236	436	54.13%	<b>54.00%</b>
<b>ORELLANA</b>	48	106	45.28%	<b>54.00%</b>
<b>VIEL</b>	35	78	44.87%	<b>54.00%</b>
<b>ARAUCO</b>	29	69	42.03%	<b>54.00%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>348</b>	<b>689</b>	<b>50.51%</b>	<b>54.00%</b>

Del conjunto de indicadores es posible destacar 3 por evidenciar un mejor desempeño en el período considerado. Siendo estos:

- Cobertura alta integral odontológica en embarazadas.
- 1% Aumento de la Cobertura Efectiva de Diabetes Mellitus Tipo 2 en personas de 15 y más años.
- Cobertura efectiva HTA.

Llama la atención la baja de más de 20% observada en la cobertura de altas odontológicas en niños de 6 años.

Se destacan como los de más bajo desempeño, los siguientes indicadores:

- Cobertura Alta Odontológico Total en Niños de 6 años.
- Cobertura Alta Odontológico Total en Adolescentes de 12 años.
- Reducción del N° de Mujeres de 25 A 64 Años sin PAP Vigente, Meta comunal reducir 16% la brecha de cobertura de mujeres con pap vigente.

### 3. Indicadores Cuadro de Mando Integral. Enero a septiembre de 2015

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 2015 es la siguiente:

**Tabla: 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 JUNIO 2015	CUMPLIMIENTO SEPT.	CUMPLIMIENTO JUNIO	CUMPLIMIENTO SEPT.		META MENSUAL
			2015	2014	2013	2012	
<b>DOMEYKO</b>	4.957	5.834	85%	69%	78%	---	100%
<b>ORELLANA</b>	3.364	3.772	89%	75%	83%	---	100%
<b>VIEL</b>	2.176	2.030	107%	78%	77%	---	100%
<b>ARAUCO</b>	1.842	2.276	81%	73%	88%	---	100%
<b>TOTAL</b>	12.339	13.912	89%	73%	81%	---	100%

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

POLO	Nº de niños con aplicación EDP entre 8 y 11 meses	PBC niños 0-11 meses	CUMPLIMIENTO SEPT.	CUMPLIMIENTO JUNIO	CUMPLIMIENTO SEPT.		META MENSUAL
			2015	2014	2013	2012	
<b>DOMEYKO</b>	500	530	94%	59%	84%	67%	90%
<b>ORELLANA</b>	134	175	77%	54%	81%	84%	90%
<b>VIEL</b>	81	90	90%	61%	74%	82%	90%
<b>ARAUCO</b>	105	129	81%	51%	74%	51%	90%
<b>TOTAL</b>	820	924	89%	57%	81%	69%	90%

**Tabla: 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. 2014	CUMPLIMIENTO SEPT.	CUMPLIMIENTO JUNIO	CUMPLIMIENTO SEPT.		META ANUAL
			2015	2014	2013	2012	
<b>DOMEYKO</b>	1.711	2.320	74%	59%	75%	---	90%
<b>ORELLANA</b>	965	1.400	69%	51%	73%	---	90%
<b>VIEL</b>	588	866	68%	41%	62%	---	90%
<b>ARAUCO</b>	550	866	64%	30%	51%	---	90%
<b>TOTAL</b>	3.814	5.452	70%	49%	69%	---	90%

**Tabla: Alcanzar 80% de cobertura en la 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.	CUMPLIMIENTO JUNIO	CUMPLIMIENTO SEPT.	CUMPLIMIENTO SEPT.	META ANUAL
			2015	2014	2013	2012	
<b>DOMEYKO</b>	224	367	61%	53%	66%	55%	80%
<b>ORELLANA</b>	133	250	53%	59%	45%	41%	80%
<b>VIEL</b>	170	214	79%	62%	55%	35%	80%
<b>ARAUCO</b>	169	188	90%	25%	51%	30%	80%
<b>TOTAL</b>	696	1019	68%	51%	56%	43%	80%

**Tabla: Realizar examen baciloscopia a la población**

POLO	Nº de baciloscopías tomadas	Nº de consultas por médico	Nº baciloscopías / 1000 consultas	META / 1000 consultas			
			2015	2014	2013	2012	
<b>DOMEYKO</b>	812	24.211	33,5	46,3	45	42,4	60
<b>ORELLANA</b>	378	9.587	39,4	39	28,7	14	60
<b>VIEL</b>	170	7.199	23,6	16,6	38	21	60
<b>ARAUCO</b>	225	9.519	23,6	29,7	28,7	46,8	60
<b>TOTAL</b>	1585	50.516	31,4	37	37,4	32,4	60

**Tabla: Ingreso a ficha programa artrosis al 100% de los pacientes notificados e ingresados a SIGGES**

POLO	Nº PACIENTES INGRESADOS FICHA ARTROSIS 2015	Nº PACIENTES INGRESADOS SIGGES POR ARTROSIS 2015	CUMPLIMIENTO SEPT. 2015	CUMPLIMIENTO JUNIO 2014	META ANUAL
<b>DOMEYKO</b>	108	155	70%	92%	100%
<b>ORELLANA</b>	47	59	80%	99%	100%
<b>VIEL</b>	49	56	88%	89%	100%
<b>ARAUCO</b>	39	49	80%	83%	100%
<b>TOTAL</b>	243	319	76%	94%	100%

**Tabla: Realización de control nutricional anual del PSCV al 60% de los pacientes bajo control de dicho programa**

POLO	Nº DE PACIENTES PBC CON CONTROL NUTRICIONAL	PACIENTES PSCV JUNIO 2014	CUMPLIMIENTO SEPT. 2015	CUMPLIMIENTO JUNIO 2014	META ANUAL
<b>DOMEYKO</b>	2.665	6.391	42%	37%	60%
<b>ORELLANA</b>	1423	4.193	34%	26%	60%
<b>VIEL</b>	677	2.328	29%	26%	60%
<b>ARAUCO</b>	782	2.397	33%	33%	60%
<b>TOTAL</b>	5.547	15.309	36%	31%	60%

**Tabla: Realización de control nutricional al 70% de las puérperas al 3º mes después del parto**

POLO	Nº DE PACIENTES PUERPERAS 3º MES CON CONTROL NUTRICIONAL	Nº DE PACIENTES PUERPERAS 3º MES SEGÚN DIADA	CUMPLIMIENTO SEPT. 2015	CUMPLIMIENTO JUNIO 2014	META ANUAL
<b>DOMEYKO</b>	356	454	78,41%	38%	70%
<b>ORELLANA</b>	78	148	52,70%	13%	70%
<b>VIEL</b>	50	100	50,00%	14%	70%
<b>ARAUCO</b>	35	86	40,70%	11%	70%
<b>TOTAL</b>	519	788	65,86%	30%	70%

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

POLO	Nº DE MUJERES CONTROLADAS FICHA CLIMATERIO AÑO 2014 MÁS NUEVAS CONTROLADAS	OB. FEM VALIDADA FONASA ENTRE 45 Y 64 AÑOS	CUMPLIMIENTO SEPT. 2015	CUMPLIMIENTO JUNIO 2014	CUMPLIMIENTO JUNIO 2013	META ANUAL
<b>DOMEYKO</b>	1.109	6.501	17%	76%	32%	18%
<b>ORELLANA</b>	785	3.399	23%	117%	77%	18%
<b>VIEL</b>	417	2.585	16%	84%	30%	18%
<b>ARAUCO</b>	432	2.138	20%	107%	118%	18%
<b>TOTAL</b>	2.743	14.623	19%	91%	50%	18%

**Tabla: Lograr 68% de cobertura en Problema GES alta odontológica en embarazadas**

POLO	Nº DE ALTAS ODONTOLÓGICAS EMBARAZADAS	Nº DE EMBARAZADAS INGRESADAS	CUMPLIMIENTO SEPT. 2015	CUMPLIMIENTO JUNIO 2014	META ANUAL
<b>DOMEYKO</b>	560	693	81%	90%	68%
<b>ORELLANA</b>	138	223	62%	87%	68%
<b>VIEL</b>	55	169	33%	99%	68%
<b>ARAUCO</b>	104	123	85%	117%	68%
<b>TOTAL</b>	857	1208	71%	94%	68%

**Tabla: Visita domiciliaria al 90% de los niños con riesgo de morir por neumonía**

POLO	Nº VISITA DOMICILIARIA A NIÑOS CON RIESGO DE MORIR POR NEUMONIA	Nº TOTAL DE NIÑOS CON RIESGO DE MORIR POR NEUMONIA	CUMPLIMIENTO SEPT. 2015	CUMPLIMIENTO JUNIO 2014	META ANUAL
<b>DOMEYKO</b>	30	57	53%	75%	90%
<b>ORELLANA</b>	9	18	50%	111%	90%
<b>VIEL</b>	9	12	75%	111%	90%
<b>ARAUCO</b>	9	21	43%	89%	90%
<b>TOTAL</b>	57	108	53%	90%	90%

**Tabla: Realizar 5 intervenciones grupales durante 2015 en salud mental.  
(Incluye 1 taller de memoria y otras 4 intervenciones en temáticas de acuerdo a la realidad local del sector)**

POLO	Nº DE INTERVENCIONES GRUPALES INICIADAS	CUMPLIMIENTO SEPT. 2015	CUMPLIMIENTO JUNIO 2014	META ANUAL (Nº de intervenciones)
<b>DOMEYKO</b>	13	52%	77%	25
<b>ORELLANA</b>	6	67%	57%	9
<b>VIEL</b>	4	44%	95%	9
<b>ARAUCO</b>	9	90%	100%	10
<b>TOTAL</b>	32	60%	77%	53

**Tabla: Cobertura de atención integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años**

POLO	Nº DE PERSONAS DE 5 Y MAS AÑOS CON TRASTORNO MENTAL BAJO CONTROL	Nº DE PERSONAS ESPERADAS SEGÚN PREVALENCIA DE TRASTORNOS MENTALES	CUMPLIMIENTO SEPT. 2015	META ANUAL
<b>DOMEYKO</b>	1.016	10.321	10%	15,5%
<b>ORELLANA</b>	851	4.635	18%	15,5%
<b>VIEL</b>	383	3487	11%	15,5%
<b>ARAUCO</b>	547	3004	18%	15,5%
<b>TOTAL</b>	2.797	21.447	13%	15,5%

**Tabla: Realización de Visita domiciliaria al 100% de los niños/as evaluados como en riesgo o en retraso del desarrollo psicomotor a los 8, 18 y 36 meses**

POLO	Nº VD A NIÑOS CON RIESGO O RETRASO DE DSM, 8, 18 Y 36 MESES	Nº NIÑOS CON RIESGO O RETRASO DE DSM, 8, 18 Y 36 MESES	CUMPLIMIENTO SEPT. 2015	CUMPLIMIENTO JUNIO 2014	META ANUAL
<b>DOMEYKO</b>	36	58	62%	54%	100%
<b>ORELLANA</b>	9	22	41%	75%	100%
<b>VIEL</b>	21	29	72%	100%	100%
<b>ARAUCO</b>	3	9	33%	59%	100%
<b>TOTAL</b>	69	118	58%	64%	100%

**Tabla: Realización de 5 actividades comunitarias anuales en temáticas de participación social (2) y promoción de salud (2). Al menos una de las de promoción debe ser en salud mental**

POLO	Nº DE ACTIVIDADES COMUNITARIAS REALIZADAS	CUMPLIMIENTO SEPT. 2015	CUMPLIMIENTO JUNIO 2014	META ANUAL
<b>DOMEYKO</b>	44	183%	75%	24
<b>ORELLANA</b>	97	693%	50%	14
<b>VIEL</b>	3	33%	125%	9
<b>ARAUCO</b>	19	190%	50%	10
<b>TOTAL</b>	163	286%	75%	57

**Tabla: Mantener o mejorar el promedio de altas odontológicas del total de ingresos**

POLO	Nº DE ALTAS ODONTOLÓGICAS	Nº DE INGRESOS	CUMPLIMIENTO SEPT. 2015	CUMPLIMIENTO JUNIO 2014	META ANUAL
<b>DOMEYKO</b>	3.620	3.730	97%	101%	68%
<b>ORELLANA</b>	946	1.120	84%	87%	68%
<b>VIEL</b>	1112	893	125%	136%	68%
<b>ARAUCO</b>	1.881	1.494	126%	114%	68%
<b>TOTAL</b>	7.559	7.237	104%	106%	68%

**Tabla: Alcanzar 90% de cobertura en fondo de ojos a población DM bajo control**

POLO	Nº DE PCTES DM CON FONDO DE OJO	PBC DM	CUMPLIMIENTO SEPT. 2015	CUMPLIMIENTO JUNIO 2014	META ANUAL
<b>DOMEYKO</b>	375	2.346	16%	11%	90%
<b>ORELLANA</b>	263	1.549	17%	11%	90%
<b>VIEL</b>	141	1117	13%	12%	90%
<b>ARAUCO</b>	288	926	31%	11%	90%
<b>TOTAL</b>	1067	5.938	18%	11%	90%

**Tabla: Lograr la meta anual de consultas por tecnólogo médico por vicio de refracción exigidas en convenio UAPO 2015**

POLO	Nº DE CONSULTAS DE VICIO DE REFRACCION	CUMPLIMIENTO SEPT. 2015	CUMPLIMIENTO JUNIO 2014	META ANUAL
<b>UAPO</b>	914	40%	47%	2.300

**Tabla: Entregar a secretaria de dirección la documentación correspondiente a Transparencia Municipal del mes anterior hasta el 5° día del mes actual**

POLO	MESES ENTREGA A TIEMPO	MESES	CUMPLIMIENTO SEPT. 2015	CUMPLIMIENTO AGOSTO 2014	META ANUAL
<b>ADQUISICIONES</b>	5	9	56%	63%	100%
<b>SECRETARIA</b>	7	9	78%	100%	100%
<b>RECURSOS HUMANOS</b>	6	9	67%	100%	100%
<b>FINANZAS</b>	4	9	44%	88%	100%

**Tabla: Implementar a diciembre de 2015 en la Intranet de la Dirección de Salud de Santiago Módulos con información por cada departamento o área**

POLO	SECCIONES INTRANET REALIZADAS	SECCIONES INTRANET PLANIFICADAS	CUMPLIMIENTO SEPT. 2015	CUMPLIMIENTO JUNIO 2014	META ANUAL
ESTADÍSTICAS	1	1	100%	100%	100%
INFORMÁTICA	1	1	100%	0%	100%
ABASTECIMIENTO	1	1	100%	100%	100%
ADQUISICIONES	1	1	100%	0%	100%
RECURSOS HUMANOS	0	1	0%	100%	100%
FINANZAS	0	1	0%	0%	100%
SECRETARÍA	1	1	100%	100%	100%
EPIDEMIOLOGÍA Y GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN	1	1	100%	100%	100%

**Tabla: Lograr meta de PPV en Trastorno Depresivo en menores de 15 años**

POLO	Nº DE ATENCIONES DEPRESION MENORES DE 15 AÑOS	CUMPLIMIENTO SEPT. 2015	CUMPLIMIENTO JULIO 2014	META ANUAL
COSAM	136	91%	38%	150

**Tabla: Lograr Meta de Actividades en la Comunidad**

POLO	Nº DE ACTIVIDADES	CUMPLIMIENTO SEPT. 2015	META ANUAL
COSAM	58	322%	18

Respecto del período abarcado en el corte a Septiembre del Cuadro de Mando Integral (CMI), es posible relevar los siguientes indicadores a partir del desempeño mostrado en su evaluación:

Logrados a Septiembre de 2015

- 100% de las personas hipertensas o diabéticas bajo control en Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) han sido clasificada según etapa Enfermedad Renal Crónica (ERC).
- Ingreso a ficha programa artrosis al 100% de los pacientes notificados e ingresados a SIGGES.
- Aplicar EDP en controles sanos correspondiente a los 8 meses meta 90%
- El 90% de las personas con diabetes tipo 2 bajo control se les realiza una evaluación de los pies.
- Realización de control nutricional al 70% de las púérperas al 3° mes después del parto

- Lograr Meta de Actividades en la Comunidad
  - Meta: lograr meta de PPV en trastorno depresivo en menores de 15 años
- Aumentar la población de mujeres de 45 a 64 años bajo control en el programa de climaterio meta 30%
- Alcanzar 80% de cobertura en la espirometría anual en los pacientes bajo control del programa respiratorio ERA
- Realización de 5 actividades comunitarias anuales en temáticas de participación social (2) y promoción de salud (2). Al menos una de las de promoción debe ser en salud mental
- Mantener o mejorar el promedio de altas odontológicas del total de ingresos. Meta 68%
- Implementar a diciembre de 2015 en la Intranet de la Dirección de Salud de Santiago Módulos con información por cada departamento o área

Aún sin cumplir a Septiembre de 2015

- Realización de control nutricional anual del PSCV al 60% de los pacientes bajo control de dicho programa.
  - Lograr 68% de cobertura en problema GES alta odontológica en embarazadas
  - Visita domiciliaria al 90% de los niños con riesgo de morir por neumonía
  - Realizar 5 intervenciones grupales durante 2015 en salud mental. (incluye 1 taller de memoria y otras 4 intervenciones en temáticas de acuerdo a la realidad local del sector)
  - Realización de visita domiciliaria al 100% de los niños/as evaluados como en riesgo o en retraso del desarrollo psicomotor a los 8, 18 y 36 meses
  - Alcanzar 90% de cobertura en fondo de ojo a población DM bajo control
  - Lograr la meta anual de consultas por tecnólogo médico por vicio de refracción exigidas en convenio UAPO 2015
  - Entregar a secretaría de dirección la documentación correspondiente a transparencia municipal del mes anterior hasta el 5° día del mes actual
- Realizar examen baciloscopía a la población. Meta 100% (implica cumplimiento tasa de 60bk/1000 consultas >15 años)

## 8. Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)

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, con prioridad a pacientes diabéticos
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 resolutiveidad 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 con Oftalmoscopia directa
- Evaluación del Fondo de Ojos con Oftalmoscopia Indirecta
- 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

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: Consultas Tecnólogo Médico (Vicio de Refracción). Datos al 30 de septiembre de 2015**

Atenciones	Cantidad de pacientes Atendidos	Actividades comprometidas 2014
Vicios de refracción	1488	2300

**Fuente:** Informe de evaluación: "PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS AÑO 2015"

**Tabla: Consultas Oftalmólogo: Vicios de Refracción; Glaucoma nuevos; Glaucoma controles; Otras consultas. (Datos al 30 de Septiembre de 2015)**

Atenciones	Cantidad de pacientes Atendidos	Actividades comprometidas 2014
Consultas oftalmólogo	993	1288

**Fuente:** Informe de evaluación: "PROGRAMA DE RESOLUTIVIDAD EN APS AÑO 2015"

## **9. COSAM**

### **1. Antecedentes**

El Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) de la IM Santiago inició sus actividades a fines del año 2010 y durante todo el 2011 se mantuvo en un periodo de marcha blanca, desarrollando coordinaciones de red, definiendo su funcionamiento, organización interna y aumento progresivo de horas profesionales contratadas. Todas estas actividades se lograron establecer gracias al financiamiento que aporta el Municipio y mediante los convenios celebrados con el SSMC.

La reducida disponibilidad de espacio físico de COSAM hasta mediados de 2014, dificultó la expansión rápida requerida para dar respuesta a las necesidades planteadas por las características de la población de la comuna y de acuerdo a lo indicado en la Norma Técnica de COSAM. Sin embargo, durante el año pasado la Dirección de Salud de Santiago, logró habilitar un segundo Centro, con la finalidad de contar con mayor disponibilidad de box y así poder aumentar cobertura y brindar más prestaciones a sus usuarios.

En la actualidad COSAM ha tenido un salto cualitativo y cuantitativo importante, puesto que gracias a los esfuerzos realizados ha logrado acrecentar de manera considerablemente el número de atenciones tanto individuales, como también las distintas modalidades Grupales existentes, entregando así una atención más oportuna, efectiva y de calidad para sus pacientes.

### **2. Análisis de contexto.**

#### **Disponibilidad de Infraestructura:**

La actual infraestructura de COSAM (ubicado en Vicuña Mackenna) permite contar con los espacios y dimensiones apropiadas para que el RRHH existente realice las atenciones requeridas y entregue mayor cantidad de prestaciones. En este momento el Equipo se encuentra conformado por profesionales multidisciplinarios, lo que ha permitido responder a lo planificado y disminuir en algo la gran brecha que presentaba COSAM, en relación a la dotación indicada como necesaria en la Norma Técnica. Es así como la oferta de prestaciones especializadas en salud mental ha aumentado en relación al año pasado, sin embargo aún solo logra completar el 26% de lo requerido.

#### **Participación Activa en Coordinación en Red:**

Se mantiene de manera permanente el trabajo de coordinación iniciado "Polo Santiago - Estación Central", en el cual participan el SSMC, la Unidad de Psiquiatría del Hospital San Borja Arriarán, Cosam Estación Central y Santiago, con el objeto de permitir una mayor disponibilidad de recursos para las comunas de Santiago y Estación Central, facilitando principalmente el acceso a camas de corta estadía, que actualmente presentan una brecha de más de 80% respecto de lo estimado técnicamente adecuado.

#### **Situación de contingencia:**

Es de conocimiento generalizado la dificultad para la contratación de Médicos Psiquiatras, en todos los Servicios de Atención de Especialidad en Salud Mental. En la actualidad COSAM Santiago ha aumentado su dotación, logrando contar con 3.25 jornadas de Psiquiatras. Si bien aún no se cuenta con la dotación que corresponde, según Norma Técnica, esta situación es privilegiada en relación a las realidades de otros COSAM que no cuentan con este recurso.

### 3. Recursos

De acuerdo a Norma Técnica COSAM vigente, se debe contar con un Equipo Base por cada 40.000 beneficiarios.

**Tabla: Norma técnica COSAM y dotación COSAM Santiago a Noviembre de 2015.**

tipo RRHH	Estándar Norma Técnica equipo por 40.000 inscritos		DOTACION ACTUALIZADA COSAM		según estandar NT x 160.000 inscritos		
	nº horas x 40.000 beneficiarios	jornadas completas x 40.000 beneficiarios	jornadas completas actuales	Horas actuales en COSAM	nº horas x 160.000 inscritos	jornadas completas x 160.000	% horas totales
Psiquiatra adulto	33	0,75	2,25	99	132	3,00	75,0%
Psiquiatra infantojuvenil	22	0,50	1,00	44	88	2,00	50,0%
Enfermera	44	1,00	0,00		176	4,00	0,0%
Psicólogo adulto	88	2,00	3,50	154	352	8,00	43,8%
Atención general			1,50	66			
Psicólogo PAB			1,25	55			
Neuropsicólogo			0,50	22			
Evaluac. Tribunales			0,25	11			
Psicólogo infantojuv	44	1,00	2,00	88	176	4,00	50,0%
Atención general				55			
Psicólogo PAB-PAC				22			
Neuropsicólogo				11			
Asistente Social	88	2,00	2,00	88	352	8,00	25,0%
T.S. Infantojuv				22			
T.S. Adulto				22			
T.S. PAB adulto				22			
T.S. PAB - PAC Infantojuv				22			
Terapeuta Ocupacional	88	2,00	2,00	88	352	8,00	25,0%
Técnico en Salud Mental	132	3,00	1,00	44	528	12,00	8,3%
Técnico Paramédico	44	1,00	1,00	44	176	4,00	25,0%
Administrativo	88	2,00	2,00	88	352	8,00	25,0%
Auxiliar de Servicio	44	1,00	0,00		176	4,00	0,0%
Dirección y Gestión	33	0,75	2,00	88	132	3,00	66,7%
Monitores	66	1,50	0,00		264	6,00	0,0%
Otros (Guardia)	22	0,50	1,00	44	88	2,00	50,0%
	<b>836</b>	<b>19,00</b>	<b>23,25</b>	<b>869,00</b>	<b>3.344,00</b>	<b>76,00</b>	<b>26,0%</b>

#### 4. Cartera de Prestaciones.

COSAM da atención - de acuerdo a lo señalado en la Normativa Técnica y las definiciones existentes en el mapa de derivación de Salud Mental del SSMC -, para todas las patologías derivadas por la Red de Salud, a excepción de trastornos alimentarios y patologías del espectro autista, que debido al requerimiento y definición de prestaciones médicas de complejidad, deben ser derivados al HCSBA.

Luego de un año ya se encuentra instalado y funcionando de manera regular y estable El Programa de Rehabilitación Tipo I, beneficiándose de sus intervenciones una gran cantidad de usuarios.

En relación a las Patologías GES, permanecen las atenciones de casos de Depresión (con criterios de derivación a especialidad), Bipolaridad y Consumo de sustancias en menores de 20 años.

En el caso de los GES Esquizofrenia primer brote se derivan, para toda la red de salud mental, de acuerdo al mapa de derivación SSMC, la primera sospecha debe ir dirigida al HCSBA. Sin embargo, COSAM asume el tratamiento de estos pacientes a partir del año 2, realizando un trabajo coordinado con la Unidad de Psiquiatría del HSBA, y dándole continuidad a los tratamientos oportunos a para estos pacientes cuenten con la posibilidad de rehabilitarse y retomar sus rutinas y vidas, de la manera más adecuado posible.

**Tabla: Cartera de Prestaciones COSAM.**

<b>Evaluación Diagnóstica</b>
Evaluación Psiquiatra
Evaluación Psicólogo
Psicodiagnóstico
Evaluación Trabajador Social
Evaluación Terapeuta Ocupacional
Evaluación otro profesional
Evaluación Terapeuta Ocupacional
Tratamiento Consulta Médico psiquiatra
Consulta Psicológica
Consulta Terapeuta Ocupacional
Psicoterapia individual
Psicoterapia Grupal
Intervención Psicosocial Grupal
Rehabilitación Tipo I
Visita Domiciliaria Integral
Otras Intervenciones Grupales
Trabajo en la Comunidad.
Consultorías Programa Adultos.
Consultorías Programa Infanto - Juvenil.
Capacitaciones en Patologías y temáticas de Salud mental.

## 5. 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: Categorías diagnósticas por programa de atención**

<b>PRESTACIONES 2015</b>	
<b>I.</b>	<b>PROGRAMA AUGE</b>
TRATAMIENTO ESQUIZOFRENIA SEGUNDO AÑO	
DEPRESIÓN en personas de 15 años y más	
TRATAMIENTO DEPRESION CON PSICOSIS, TRASTORNO BIPOLAR, ALTO RIESGO SUICIDA, O REFRACTARIEDAD AÑO 1	
CONSUMO PERJUDICIAL Y DEPENDENCIA DE ALCOHOL Y DROGAS EN MENORES DE 20 AÑOS	
Tratamiento inicial	
Tratamiento de refuerzo	
Plan de Seguimiento	
TRASTORNO BIPOLAR EN PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	
Tratamiento Trastorno Bipolar Año 1	
Tratamiento Trastorno Bipolar a partir del Año 2	
<b>II.</b>	<b>PROGRAMA NO AUGE</b>
DEPRESION UNIPOLAR Y DISTIMIA, MENORES DE 15 AÑOS, TRATAMIENTO AMBULATORIO NIVEL ESPECIALIZADO	
TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEL COMPORTAMIENTO, TRATAMIENTO AMBULATORIO NIVEL ESPECIALIZADO	
DEMENCIA Y TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS, TRATAMIENTO AMBULATORIO NIVEL ESPECIALIZADO	
ESQUIZOFRENIA Y PSICOSIS NO ORGANICA	
TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO, TRATAMIENTO NIVEL ESPECIALIZADO	
TRASTORNOS HIPERCINETICOS, TRATAMIENTO AMBULATORIO NIVEL ESPECIALIZADO	
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO EMOCIONALES DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	
PLAN AMBULATORIO BASICO OH Y DROGAS, POBLACION GENERAL (NO AUGE) (NO CONACE)	
PLAN AMB. INTENSIVO INFANTO ADOLESCENTES OH Y DROGAS (TRAT. MENSUAL) (NO CONACE)	
PLAN AMBULATORIO INTENSIVO - OH Y DROGAS, POBLACION GENERAL (NO CONACE)	
PLAN AMB. INTENSIVO COMUNITARIO INFANTO ADOLESCENTES OH Y DROGAS (TRAT. MENSUAL) (NO CONACE)	
PERITAJE JUDICIAL PSICOLÓGICO ADULTOS (POR EVENTO)	
PERITAJE JUDICIAL PSICOLÓGICO A MENORES (POR EVENTO)	
<b>III.</b>	<b>ATENCIÓN CERRADA Y TELEMEDICINA</b>
PROGRAMA REHABILITACIÓN TIPO I	

Adicionalmente, se desarrolla programa de evaluación y respuesta a demanda desde el Poder Judicial, el que hasta el año pasado era financiado Convenio Ley de Alcoholes que intermediaba el SSMC. Sin embargo durante 2015 no fue posible contar con ese aporte debiendo asumir el costo de esta actividad la Dirección de Salud. En la actualidad se cuenta sólo con 11 horas destinadas a estos fines, lo que es insuficiente para la alta demanda que emana desde ese Poder del estado.

A pesar de esa disminución, desde enero a septiembre de 2015 se ha logrado dar respuesta a 207 informes.

Por último, se encuentra instalado hace tres años el 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.

## **6. Proyección desarrollo prestaciones 2016.**

Durante el año 2015 se consolidó la Implementación del Programa de Rehabilitación Tipo I, lo que significó poder dar respuesta a los usuarios que requerían prestaciones destinadas a la rehabilitación de personas que presentan patologías psiquiátricas severas. En esta misma línea de trabajo para 2016, se encuentra proyectado reforzar el trabajo con pacientes en año 2, que deban reinsertarse a la vida y ámbito psicosocial.

En torno al Programa Ambulatorio Intensivo para atención de Adultos que presentan dependencia a sustancias psicoactivas, cuenta con asignación de recursos para su ejecución, por parte de la Dirección del SSMC y SENDA. Sin embargo hasta el momento la principal limitación ha sido que requiere para su adecuado funcionamiento de espacios físicos apropiados y permanentemente disponibles para su implementación correcta.

### 3. 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: Población validada 2° Corte FONASA de 2014**

<b>Polo</b>	<b>Población Validada</b>
Ignacio Domeyko	51.083
Padre Orellana	22.205
Benjamín Viel	16.518
Arauco	14.534
<b>Total Red</b>	<b>104.340</b>

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

<b>Estamento</b>	<b>Población</b>
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 2016, por categorías funcionarias es la siguiente:

**Tabla: Dotación de Funcionarios año 2016**

<b>DIRECCION DE SALUD DE S ANTIAGO. AÑO 2016</b>			
<b>CATEGORIAS</b>	<b>CARGO</b>	<b>DOTACION 2015</b>	<b>PROPUESTA DOTACION 2016</b>
CATEGORIA " A "	DIRECTORA	88	88
	Médicos	1859	1859
	Médicos Especialistas	308	308
	Dentistas	868	868
	Químico	110	132
	<b>TOTAL CATEGORIA "A"</b>	<b>3.233</b>	<b>3.255</b>
CATEGORIA " B "	Directora	176	176
	Enfermera	1452	1496
	Matrona	815	859
	Nutricionista	572	572
	Kinesiología	484	484
	Asistente Social	792	792
	Profesor	220	220
	Tecnólogo Médico	44	66
	Psicólogos	957	957
	Educadora de Párvulos	88	44
	Fonoaudióloga	44	44
	Terapeuta Ocupacional	88	132
	Otros Profesionales	792	792
	<b>TOTAL CATEGORIA "B"</b>	<b>6524</b>	<b>6634</b>
CATEGORIA " C "	Técnicos de Nivel Superior	4334	4928
	<b>TOTAL CATEGORIA "C"</b>	<b>4334</b>	<b>4928</b>
CATEGORIA " D "	Auxiliar Paramédico en Enfermería	682	462
	<b>TOTAL CATEGORIA "D"</b>	<b>682</b>	<b>462</b>
CATEGORIA " E "	Administrativos de Salud	1694	1694
	<b>TOTAL CATEGORIA "E"</b>	<b>1694</b>	<b>1694</b>
CATEGORIA " F "	Auxiliares servicios de salud	506	506
	CHOFER	220	220
	<b>TOTAL CATEGORIA "F"</b>	<b>726</b>	<b>726</b>
<b>TOTAL HORAS SEMANALES</b>		<b>17.193</b>	<b>17.699</b>

## 4. Recursos Financieros

### 1. Presupuesto de Salud año 2016

#### 1. Ingresos

NOMBRE DE LA CUENTA	PPTO. 2014	PPTO. 2015	PPTO. 2016	COMPOSICION
Del Sector Privado	4.420	12.552	13.000	0%
Subvención Per cápita	4.955.000	5.179.003	6.159.000	47%
Otras Subvenciones	897.933	1.913.859	2.266.398	17%
De Otras Entidades Publicas	743.186	280.150	268.480	2%
De la Municipalidad a los Servicios Traspasados a su Gestión (Aporte Municipal)	2.600.000	2.600.000	2.600.000	20%
Recuperaciones y Reembolsos por Licencias Medicas	203.990	196.284	313.815	2%
Otros	55.080	25.000	89.000	1%
Saldo Inicial de Caja	1.972.400	2.200.000	1.318.500	10%
<b>TOTAL INGRESOS PRESUPUESTADOS</b>	<b>11.432.009</b>	<b>12.406.848</b>	<b>13.028.193</b>	

Valores en Miles de pesos

#### 1. Principales fuentes de Financiamiento

##### Transferencias del Sector Privado

Detalle	2016 \$	M\$
	reajustado	
Convenio U. Andrés Bello	\$ 9.000.000	9.000
Convenio U. Santo Tomas	\$ 4.000.000	4.000
<b>Proyección ingresos del Sector Privado</b>	<b>\$ 13.000.000</b>	<b>13.000</b>

##### Subvención Percápita

Se proyecta Subvención per cápita por **M\$ 6.159.000.-**

Para ello se considera una cantidad estimada de **inscritos validados por FONASA de 106.136**, de los cuales **19.654** corresponderían a un rango etario **superior a 65 años** (Adultos mayores).

El monto de **per cápita basal** se proyecta en **\$ 4.723** y el **adicional por adulto mayor** en **\$ 606.-**

AÑO	Inscritos validados	Mayores de 65 años	\$ MES	\$ AÑO	M\$ AÑO
	\$ mensual	\$ mensual			
2014	98.710 \$ 375.616.228	18.426 \$ 8.586.516	\$ 384.202.744	\$ 4.610.432.922	4.610.433
2015	104.340 \$ 456.278.820	19.431 \$ 11.308.842	\$ 467.587.662	\$ 5.611.051.944	5.629.513
2016	106.136 \$ 501.280.328	19.654 \$ 11.910.324	\$ 513.249.961	\$ 6.158.999.532	6.159.000

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

	2016 \$	M\$
<b>VALORES PROYECTADOS</b>	<b>REAJUSTADO</b>	
APOYO AL DESARROLLO BIOPSIOSOCIAL EN LA RED ASISTENCIAL	\$ 59.184.000	59.184
ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES	\$ 17.545.000	17.545
CONTROL DE JOVEN SANO (FUSIONADO CON ESPACIOS AMIGABLES)	\$ -	0
ATENCION INTEGRAL DE SALUD MENTAL EN ATENCION PRIMARIA (PER CAPITADO)	\$ -	0
PRESTACIONES VALORADAS. PRESTACIONES DE SALUD	\$ 104.462.000	104.462
RESOLUTIVIDAD	\$ 119.198.000	119.198
SEMBRANDO SONRISAS 2015 (EX PREVENTIVO SALUD DENTAL)	\$ 15.084.000	15.084
GES ODONTOLOGICO INTEGRAL	\$ 82.862.000	82.862
GES ODONTOLOGICO GES	\$ 157.349.000	157.349
GES ODONTOLOGICO FAMILIAR (FUSIONADO GES ODONTOLOGICO Y ADULTO)	\$ -	0
NUEVAS PATOLOGIAS GES (NO VIGENTE)	\$ -	0
CONTROL DE SALUD DEL NIÑO O NIÑA SANA	\$ 57.854.000	57.854
VIDA SANA CON INTERVENCION EN OBESIDAD EN NIÑOS, ADOLESCENTES, ADULTOS Y MUJERES POST PARTO	\$ 48.649.000	48.649
APOYO A LA GESTION LOCAL 2015	\$ 14.688.632	14.689
VIDA SANA, ALCOHOL Y EN ATENCION PRIMERA DE SALUD (PROGRAMA INTERVENCIONES BREVES ALCOHOL)	\$ 21.625.204	21.625
COMPLEMENTARIO GES	\$ -	0
PROGRAMA MODELO ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA (EX ENFOQUE FAMILIAR)	\$ 18.569.000	18.569
DE CONTROL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (ERA)	\$ 19.080.000	19.080
ESPECIAL DE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS (PESPI)	\$ 4.028.000	4.028
VACUNACION ANTIINFLUENCIA NEUMOCOCICA DEL ADULTO	\$ 1.590.000	1.590
DE APOYO A LAS ACCIONES DE SALUD MENTAL (LEY DE ALCOHOLES) 2013	\$ 10.070.000	10.070
ASIG TRATO USUARIO L.20645	\$ 90.789.000	90.789
ASIG. DESEMP. DIFICIL ART.28 L.19378	\$ 48.356.000	48.356
ASIG.DES.EST.19813	\$ 631.297.000	631.297
INFRAESTRUCTURA 2015 2DO PISO DOMEYKO DEFICIT OBRA	\$ 147.796.000	147.796
ATENCION DOMICILIARIA (ESTIPENDIO) 2015	\$ 50.700.000	50.700
<b>MÁS NUEVOS CONVENIOS 2015.</b>		
MISIONES DE ESTUDIO 2015	\$ 45.050.000	45.050
VIDA SANA FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	\$ 23.803.000	23.803
INMUNIZACION ANTIINFLUENZA 2015	\$ 1.489.000	1.489
ACCESO A LA ATENCION INMIGRANTES 2015	\$ 67.543.000	67.543
MEJORAMIENTO ACCESO A LA ATENCION ODONTOLOGICA 2015	\$ 70.505.000	70.505

IMÁGENES DIAGNOSTICAS 2015	\$ 80.849.000	80.849
FORTALECIMIENTO DE LA SALUD FAMILIAR 2015	\$ 68.591.000	68.591
DISPENSADOR AUTOMATICO DE FARMACOS 2011	\$ 58.612.000	58.612
CONVENIOS 2014 PERCIBIDOS 2015	\$ 129.180.000	129.180
<b>PROYECCION OTRAS SUBVENCIONES</b>	<b>\$ 2.266.397.836</b>	<b>2.266.398</b>

#### De Otras Entidades Públicas

Detalle	2016 \$	M\$
	REAJUSTADO	
BONO ESCOLAR	\$ 12.070.000	12.070
BONO ESCOLAR ADIC.	\$ 1.140.000	1.140
BONO VACACIONES	\$ 30.130.000	30.130
AGUINALDO FIESTAS PATRIAS	\$ 20.915.000	20.915
AGUINALDO NAVIDAD	\$ 15.540.000	15.540
BONO ESPECIAL	\$ 69.790.000	69.790
CONVENIO JUNAEB	\$ 28.830.000	28.830
CONVENIO JUNAEB ESCUELAS SALUDABLES	\$ 21.205.000	21.205
SENDA	\$ 48.780.000	48.780
CONVENIO PROMOCION (SEREMI)	\$ 20.080.000	20.080
<b>PROYECCION DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS</b>	<b>\$ 268.480.000</b>	<b>268.480</b>

#### Recuperación y Reembolso de Licencias Médicas

Entidad Pagadora	Costo proyectado al 31/12/14 \$	Recuperación Años anteriores	Meta Recuperabilidad	Recuperación Proyectada
				M\$
ACHS	4.652.611		80%	3.722
Fonasa	82.884.847	59.948.000	85%	130.400
Isapres	224.616.330		80%	179.693
<b>Proyección Recuperación Licencias Médicas</b>				<b>313.815</b>

#### Saldo Inicial de Caja

El Saldo Inicial se proyecta en M\$ 1.318.500.- según el siguiente detalle:

<b>COMPOSICION SALDO INICIAL 2016</b>	
<b>PROYECCION SALDO BANCARIO AL 31.12.2015</b>	M\$1.118.500
REMANENTE SALDO INICIAL DE CAJA 2015 PARA 2016 CONVENIOS	M\$674.624
OBRA CIVIL ARAUCO (SALDO NO COBRADO A LA FECHA)	M\$58.876
DEUDA EXIGIBLE	M\$235.000
SALDOS NO EJECUTADOS INFRA 2014 (DENTAL)	M\$150.000
<b>FONDOS DEL SSMC EN TRAMITE</b>	M\$200.000
<b>PROYECCION SALDO INICIAL</b>	<b>M\$1.318.500</b>

## 2. Gastos

Nombre De La Cuenta	PPTO. 2014	PPTO. 2015	PPTO. 2016	COMPOSICION
Gastos en Personal	7.735.150	8.613.240	9.151.634	70%
Medicamentos e Insumos	805.220	579.224	673.894	5%
Servicios Básicos	273.580	222.588	227.942	2%
Mantenimiento y Reparaciones	233.144	589.955	442.725	3%
Servicios de Aseo	282.700	254.765	260.760	2%
Servicios de Vigilancia	342.500	12.479	26.050	0%
Servicios Clínicos Externalizados	707.220	783.312	732.479	6%
Otros Servicios Externalizados		169.564	112.020	1%
Arriendos	193.900	237.772	251.048	2%
Cursos de Capacitación	62.470	73.712	75.000	1%
Activos no Financieros	238.285	201.083	274.300	2%
Deuda Flotante	60.000	250.000	235.000	2%
Otros Rubros	497.840	419.154	565.341	4%
<b>TOTAL GASTOS PRESUPUESTADOS</b>	<b>11.432.009</b>	<b>12.406.848</b>	<b>13.028.193</b>	

### 1. Principales Rubros

#### Gastos en Personal

##### Consideraciones:

- Se toma como base de cálculo el mes de Julio de 2015.
- Reajuste esperado de remuneraciones 6% anual.
- Se considera el cambio de nivel de un 23% del total de funcionarios de la dotación.
- Considera estimación de la Proposición de Dotación que se debe enviar al SSMC en Septiembre del 2015 para su aprobación, más 2 reemplazos categoría B (44 Horas) vigentes.

#### Medicamentos e Insumos

Detalle	2014	2015	2016	
	M\$	M\$	M\$	
Medicamentos CENABAST	170.000	241.625	130.000	1%
Otros Medicamentos de Uso Clínico	278.000	143.280	350.000	3%
Insumos de Enfermería	175.030	120.045	94.994	1%
Insumos Dentales	160.320	68.756	90.000	1%
Instrumental Clínico Menor	21.870	5.518	8.900	0%
<b>Gasto Medicamentos e Insumos</b>	<b>805.220</b>	<b>579.224</b>	<b>673.894</b>	<b>5%</b>

### Servicios Clínicos Externalizados

Detalle	2014	2015	2016	
	M\$	M\$	M\$	
Contrato de exámenes de laboratorio	242.340	294.912	264.600	2%
Contrato de exámenes radiológicos	112.200	103.200	60.000	0%
Contrato de exámenes de imagenología	134.592	124.200	120.707	1%
Servicio de entrega de lentes	34.200	30.000	45.500	0%
Contrato de atenciones dentales	84.240	114.000	124.000	1%
Contrato de atenciones podológicas	33.148	42.000	45.000	0%
Contrato de Esterilización de instrumental médico dental	66.500	75.000	72.672	1%
<b>Gasto en Servicios Clínicos externalizados</b>	<b>707.220</b>	<b>783.312</b>	<b>732.479</b>	<b>6%</b>

### Otros Servicios Externalizados

Detalle	2015	2016	
	M\$	M\$	
Servicio Centro de Contacto	124.164	97.800	1%
Servicio Evaluación Satisfacción Usuaría (Tótem)	14.400	14.220	0%
Contrato Retiro de Residuos Contaminados	24.000	0	0%
Contrato Envío de Imágenes Diagnosticas	7.000	0	0%
<b>Gasto en Otros Servicios Externalizados</b>	<b>169.564</b>	<b>112.020</b>	<b>1%</b>

### Activos no Financieros

Detalle:	2014	2015	2016	
	M\$	M\$	M\$	
Mobiliario y Otros	72.570	19.760	46.500	0%
Máquinas y Equipos	74.150	118.683	139.400	1%
Equipos Informáticos	76.285	58.920	78.300	1%
Programas Informáticos	15.280	3.720	6.300	0%
Otros Activos no Financieros - varios	5.755	1.370	3.800	0%
<b>Gasto en Activos no Financieros</b>	<b>244.040</b>	<b>202.453</b>	<b>274.300</b>	<b>2%</b>

## **3. Diagnóstico Participativo**

### **1. Diagnóstico Participativo en Salud**

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

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

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

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

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

Este año 2015, el SSMC ha dado nuevos lineamientos respecto a la modalidad respecto a cómo realizar el Diagnóstico Participativo de Salud, trasladando el enfoque desde uno comunal a uno por centro de salud, en el cual se releve la diversidad social, cultural y de necesidades que se puede obtener de cada territorio. El inicio del trabajo para actualizar la información del año 2014 será en enero de 2016, sin embargo se presenta a continuación el avance en el trabajo de dos polos de nuestra Red de Salud.

#### **Polo Domeyko**

Nuestros centros de salud corresponden al Cefsam Ignacio Domeyko, que cuenta con 3 sectores, a los que se agregan 4 más conformados por las denominadas Estaciones Médicas de Barrio: Balmaceda, D'Onofrio, Concha y Toro y Brasil. Todos ellos cuentan con la participación activa de la comunidad en el Consejo de Desarrollo Local en donde se desarrolla anualmente un plan de trabajo diseñado con el equipo de salud.

#### **Objetivos Generales**

Indagar las necesidades y/o problemáticas de salud que detectan los usuarios del Polo Domeyko.

#### **Objetivos Específicos**

Conocer las necesidades y/o problemáticas detectadas por la comunidad usuaria en salud.

Priorizar en conjunto las necesidades detectadas.

Establecer acuerdos con autoridad local para responder a esas necesidades o problemas.

#### **Metodología**

Se realizó invitación a representantes de la comunidad y pacientes de los sectores, de distintos rangos etarios, sexo y nacionalidad.

Como principal actividad se dividieron en grupos y se realizó una lluvia de ideas, con las principales dificultades en el acceso a la salud de acuerdo a su experiencia.

Como segunda actividad, se realizó una tabla de priorización de problemas para así abordar de manera más ordenada las principales situaciones que perciben los usuarios.

Una tercera actividad consistió en la realización del análisis FODA, (fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas).

## Principales dificultades Priorizadas

1. Falta de horas Profesionales Médicos, matronas, dentales
2. Call Center (ocupado, acceso difícil para AM y migrantes)
3. Poca disponibilidad de horas en el SOME
4. Falta horas podología
5. Escasas horas en extensión horaria para control crónico
6. Trámites burocráticos
7. Trato y Tiempo de Atención
8. Falta de Box de Atención
9. Falta de acceso a la información
10. Traslado al HSBA
11. Lista de espera de kinesiología
12. Acceso a prestaciones dentales a otros grupos etarios
13. Ausencia de promoción y prevención de salud mental y otros temas de salud
14. Consulta médica muy corta (15 min)
15. Falta de convenios para exámenes
16. Stress y cansancio en funcionarios por no dar abasto
17. Lista de espera larga en el hospital

## FODA

Una vez concretadas las tablas de priorización se trabajó en conjunto con ambos grupos un análisis FODA en relación a las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas, que se detallan a continuación:

Fortalezas	Oportunidades
Vocación de Servicio. Infraestructura Calidad de la atención (buen trato). Profesionalismo. Eficacia y Eficiencia. Trabajo multidisciplinario e integral con cada paciente. Limpieza de los centros No hay discriminación Cercanía a la comunidad	Acercamiento del sector 1 a organizaciones locales. Diagnóstico Participativo. Talleres. Horas Prioritarias población Vulnerables. Talleres educativos Aplicación del modelo de salud familiar Organización de la comunidad Diversidad cultural
Debilidades	Amenazas
Falta de Personal Médico. Falta de horas oftalmólogo. Sobrecarga. Falta Espacio. Falta difusión de prestaciones. Acceso al call center y falta de difusión sobre su uso. Escasez de horas de morbilidad Falta de horas crónicos en extensión horaria Falta de especialistas Rotación de personal Falta de reemplazos en licencias médicas	Gestión de los recursos. Espacio. Call Center (Adulto Mayor-Migrantes). Falta educación usuarios en salud. Falta información de usuarios acerca de las prestaciones. Falta de vinculo con otras instituciones: disal, municipio, ministerio. Adultos mayores sin red. Presencia en la comunidad de aumento de violencia y consumo de drogas / alcohol, por ende aumento de la delincuencia. Falta de gestión local

## Conclusiones

El Proceso realizado fue significativo para todos, ya que permitió una instancia de conversación, dialogo y reunión que antes no se había dado de forma tan formal y establecida, sentó un precedente para los equipos y los usuarios, donde ambos pudieron discutir temáticas fundamentales en el trabajo diario de atención.

Se destaca la participación de la comunidad y los pacientes quienes de forma confiada y tranquila pudieron tener la capacidad de evaluar el funcionamiento de los sectores y de los CESFAM para elaborar estrategias de trabajo conjuntas y mejorar así la atención del personal de salud.

Al diagnóstico participativo asistieron usuarios invitados, quienes junto a los equipos intentaron recoger las inquietudes y necesidades relacionadas con la atención que ofrecen los Centro de Salud Familiar de la dirección de Salud Municipal.

Se generó un ambiente de confianza y cordial. La convocatoria fue significativa para ambas partes.

Después de haber intervenido junto con un grupo de pacientes, se observó que uno de los mayores problemas que tenemos son las limitadas horas de médico y cómo acceder a ellas (call center), poca información. Poco amigable el sistema del acceso a horas médico.

La mayoría coincidió en el buen trato del equipo de salud hacia ellos, resaltando la vocación de servicio. También resaltaron la limpieza y orden de los box y SOME

La realización de un diagnóstico participativo por parte de los equipos de salud tuvo múltiples beneficios. Por un lado, la comunidad percibe que su opinión es considerada y es importante en el proceso de mejorar la atención entregada. Por otro lado, al ser el equipo de cabecera el que dirige la actividad, la comunidad se siente acogida y disminuye la desconfianza. También se dio la instancia para compartir tanto funcionarios como usuarios de forma paralela, discutiendo en un ambiente de confianza los problemas percibidos por ambos.

Es por esto que frente a los cada vez más exigentes objetivos y metas del trabajo en Atención Primaria de Salud, los diagnósticos participativos desde los equipos de salud de cabecera y su comunidad participante, promueven una expresión organizada del sentir de sus integrantes respecto a distintos aspectos del quehacer diario en su relación con las familias y comunidad, favorecen el empoderamiento institucional y permiten fortalecer el trabajo colaborativo entre las distintas instituciones relacionadas, otorgando calidad en la atención realizada desde una mirada multidisciplinaria y utilizando al máximo los recursos disponibles.

Una vez realizado el FODA los participantes reflexionan acerca de las Fortalezas lo que les hace tomar conciencia de la realidad de los beneficios que tienen cercanos a su domicilio.

En Debilidades se menciona la falta de especialistas y los tiempos de espera para recibir una atención, también plantean que las horas para control de Enfermedades Crónicas con muy distantes una de otras.

## Polo Orellana

### Introducción al diseño del diagnóstico Local.

El presente diseño pretende dar cuenta de la situación de las determinantes sociales asociadas al problema de salud que las personas presentan en el sector del Polo Padre Orellana, que corresponde al CESFAM Padre Orellana y sus cinco sectores, denominados Estaciones Médicas de Barrio: Parque Forestal, San Borja, Gacitúa, Dávila Larraín y Coquimbo, situadas en el norte y sur oriente de la comuna, constituyéndose en el sector más grande de todo el territorio comunal y más diverso en términos sociales, políticos, culturales y económicos.

Caracterizar este asentamiento poblacional, tan disímil entre sí, requerirá de diversas estrategias que nos permitan acceder a la mayor cantidad de personas posibles en un periodo acotado de tiempo. Para ello se revisarán fuentes **primarias, secundarias y terciarias** de información que permitan organizar los temas de salud a abordar, teniendo en consideración que ya ha habido intentos de recoger información al respecto, como fue el diagnóstico participativo del año 2014, (aún vigente), los cabildos comunales realizados por la actual administración política de la comuna en el año 2014, además de la encuesta de salud del año 2009, todos documentos que se tendrán en consideración, tanto para organizar los contenidos del diagnóstico como para establecer comparaciones posteriores que nos permitan visualizar

posibles cambios en el panorama total de la salud comunal.

### **Metodología de trabajo:**

La metodología de trabajo abordará dos modalidades de acción:

Para la elaboración de diagnóstico participativo se contempla en primera instancia la búsqueda de problemas, a través de una encuesta de salud, elaborada con aquellos problemas de salud que emergieron en la primera encuesta de salud a nivel nacional realizada por el Ministerio de Salud en el año 2009 y los problemas reconocidos por los vecinos en los cabildos municipales llevados a cabo por la administración edilicia actual, en el año 2014; (anexo 1).

El proceso de diagnóstico participativo contemplará varias etapas, de acuerdo al siguiente esquema:

- 1.- Distribución de una encuesta de salud, entre los grupos organizados del polo y a personas inscritas y adscritas al polo Orellana, usuarios espontáneos que acuden a la atención regular en cada centro de salud, de modo tal, de alcanzar al mayor número de personas posibles que permitan dar cuenta de la situación de salud de la realidad local en que se inserta el CESFAM ORELLANA, obteniendo así una visión de aquellos problemas de salud de mayor frecuencia en el polo.
- 2.- Por otro lado, se trabajará la priorización de problemas encontrados, usando para ello la metodología participativa sugerida desde el SSMC, anexo N° 1, con grupos de adultos mayores, de mujeres que asisten a talleres de autoayuda, de embarazadas, de púerperas, de migrantes y de pueblos originarios, a través de la metodología de GRUPOS FOCALES.
- 3.- Una vez obtenida la priorización de problemas, buscaremos posibles soluciones a estos con los grupos organizados del polo, funcionales y territoriales, formales e informales.
- 4.- Realizadas las etapas anteriores, se procederá a la elaboración del informe final
- 5.- finalmente se devolverá a los participantes: funcionarios y usuarios el resultado del trabajo total, de acuerdo a la carta Gantt. (Anexo N° 2).

De las encuestas tabuladas a la fecha podemos señalar que empiezan a aparecer como problemas relevantes:

#### 1. - A nivel personal:

- Delincuencia
- Disminución de la agudeza visual
- Falta cuidado del medio ambiente
- Falta de espacios públicos
- Falta de infraestructura para el adulto mayor
- Falta de seguridad en el barrio
- Falta de aseo
- Problemas de salud mental
- Problemas dentales
- Problemas de alcantarillado
- Problemas económicos
- Exceso de ruido empresas y discotecas
- Trastornos del sueño
- Destrucción de viviendas patrimoniales

## 2. - Problemas con los vecinos:

- Comercio sexual y drogas
- Consumo de alcohol
- Delincuencia
- Dislipidemia
- Falta cuidado del medio ambiente
- Falta de espacios públicos
- Falta de infraestructura para el adulto mayor
- Falta de seguridad en el barrio
- Problemas de aseo
- Problemas con los vecinos
- Problemas económicos
- Problemas con las discotecas
- Sedentarismo
- Tabaquismo
- Trastornos del sueño
- Veredas sucias y mal cuidadas

## 3.- A nivel del barrio:

- Comercio sexual y drogas
- Delincuencia
- Edificios altos que no respetan las construcciones más pequeñas
- Enfermedades respiratorias crónicas
- Falta de cuidado del medio ambiente
- Falta de infraestructura deportiva
- Falta de seguridad del barrio
- Problemas con el aseo
- Problemas económicos
- Tabaquismo
- Trastornos del sueño

Toda esta información resalta solamente de la mayor frecuencia con que se señalan como problemas tanto personales, de los vecinos, como del barrio, aún no podemos realizar un análisis más profundo, ya que estamos en etapa de recoger información relevante de parte de grupo y personas inscritas y adscritas al polo Orellana.

## 2. Planes de Participación Consejos de Desarrollo Local

Asimismo, se adjuntan los planes de participación realizados por nuestros 4 polos con sus Consejos de Desarrollo Locales.

		<b>Plan anual de participación /Consejo de Desarrollo Local /Consejo OIRS 2016</b>
<b>ESTABLECIMIENTO</b>		<b>RESPONSABLE (S)</b>
CESFAM I. DOMEYKO		DRA. SANDRA LEÓN FERNANDEZ CDLS DOMEYKO
<b>FUNDAMENTACIÓN</b>		
CONTINUAR CON EL TRABAJO DEL CONSEJO DE DESARROLLO LOCAL DE SALUD DOMEYKO, ACTIVO Y CON PLAN DE TRABAJO 2016. COMO META DE TRABAJO SE PRETENDE CONSOLIDAR EL TRABAJO DEL CDLS, FORTALECER EL VINCULO SALUD COMUNIDAD Y AVANZAR EN EL DESARROLLO DE COMUNICACIONES CLARAS Y PRODUCTIVAS ENTRE LA COMUNIDAD Y EL POLO DOMEYKO.		
<b>OBJETIVO GENERAL</b>		
FAVORECER LA PARTICIPACION CIUDADANA EN CONJUNTO CON EL CESFAM DOMEYKO.		
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>-FORTALECER EL TRABAJO DEL CONSEJO DE DESARROLLO LOCAL DOMEYKO</li> <li>-REFORZAR VINCULO DE TRABAJO EN RED EN LAS AREAS SALUD, ORGANIZACIONES SOCIALES Y GESTION COMUNITARIA MUNICIPAL.</li> <li>- GESTIONAR NUEVOS ESPACIOS DE DIALOGOS Y DE ENCUENTROS ENTRE EL PERSONAL DE SALUD, USUARIOS Y COMUNIDAD ORGANIZADA.</li> <li>- CONTINUAR CON LA LABOR PROMOCIONAL DE SALUD A TRAVES DE TALLERES EDUCATIVOS DE SALUD.</li> </ul>		
<b>POBLACIÓN OBJETIVO O BENEFICIARIOS</b>		
USUARIOS DEL CESFAM DOMEYKO, PARTICIPANTES DE ORGANIZACIONES COMUNITARIAS, POBLACION QUE VIVE EN EL CUADRANTE POLO DOMEYKO		
<b>ACTIVIDADES</b>		
	<b>Actividad</b>	
1	Reuniones mensuales desde Marzo a Diciembre 2016	Primer miércoles de cada mes Horario: 16:30 a 18:30 hrs.

		Lugar: Cefam I. Domeyko u Organizaciones. 02-03-2016 06-04-2016 04-05-2016 01-06-2016 06-07-2016 03-08-2016 07-09-2016 05-10-2016 02-11-2016 07-12-2016
2	Reuniones Comité OIRS	Trimestrales Enero- Abril- Julio- octubre
3	Visitas por parte del CDLS a diferentes áreas de atención en el CESFAM.	A realizarse en los siguientes sectores: SOME Central y OIRS (08:30 hrs.) - 07-03-2016 - 14-03-2016 - 21-03-2016 - 28-03-2016 Farmacia (8:30 hrs.) - 04-04-2016 - 11-04-2016 Sectores CESFAM - Junio y Julio por definir fechas.
4	Participación del CDLS en actividades CESFAM Domeyko.	A definir horarios y fechas por parte del CESFAM I. Domeyko.
6	Postulación a Proyecto financiamiento municipal y otros organismos públicos.	Postulaciones durante el año
7	Actividad cierre año	Noviembre 2016
8	Continuar participación en reuniones SSMC área participación	Representante Sra. Hilda Cáceres.

**FECHA ESTIMADA DE EJECUCIÓN DEL PLAN**

MARZO A DICIEMBRE 2016

**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**

LISTAS ASISTENCIA, FOTOS, ACTAS

**DIRECTIVA ELECTA**

**PRESIDENTA: HILDA CACERES**  
**SECRETARIA: GABRIELA CISTERNAS**  
**TESORERO: HECTOR CRISOSTOMO**  
**1° DIRECTOR: NELDA POLETE**  
**2° DIRECTOR: JUAN GALLARDO**





**PLAN ANUAL DE PARTICIPACION  
CONSEJO DE DESARROLLO LOCAL  
CONSEJO OIRS  
2016**

**ESTABLECIMIENTO**

**RESPONSABLE (S)**

**CENTRO DE SALUD PADRE ORELLANA**

**GLORIA MARQUEZ PEÑA**

**FUNDAMENTACION**

La presente programación para el año 2016, fue elaborado en conjunto con los integrantes del consejo de desarrollo local en reuniones de trabajo organizadas con este fin.

Para el año que se aproxima se mantienen los ejes de trabajo:

“Mantención de la salud de los usuarios del centro de salud y de la comunidad circundante, adscrita al centro de salud”.

Para el año 2016, la comunidad reunida en el CDL, propone mantener acciones tendientes a:

- 1.- Generar procesos de mejoramiento de los barrios,
- 2.- Fortalecimiento de redes comunitarias e intersectoriales, como también la
- 3.- Instalación de conductas saludables a nivel del centro de salud y de la comunidad proporcionando la concreción de la modificación de hábitos alimentarios riesgosos que constituyen la base de muchas de las patologías crónicas de alta prevalencia en la comunidad adscrita al centro de salud, como son la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.

**ANTECEDENTES GENERALES:**

El “Consejo de salud y Medio Ambiente” Polo Orellana, se constituye como tal en el año 2011, fecha en que elige su directiva y obtiene personalidad jurídica.

Durante los años 2012 y 2013, realiza charlas educativas de salud, y actividades en beneficio de la comunidad y actividades para sumar nuevos socios.

**OBJETIVO GENERAL**

***“Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios del Polo Orellana a través del fomento de la participación activa en las acciones relacionadas con la salud de la población.”***

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1.- Participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de actividades de participación social y salud.
- 2.- participar en el análisis de las solicitudes ciudadanas, con el fin de proponer a la Dirección acciones que contribuyan a mejorar el funcionamiento y calidad de la atención del establecimiento de salud.
- 3.- Fomentar el desarrollo comunitario a través de la ejecución participativa de actividades locales en las áreas de reciclaje, recuperación de espacios, fomento de la responsabilidad social empresarial, apoyo familiar de socios y vecinos en estado de vulnerabilidad, emprendimiento, entre otras.
- 4.- Fomentar el trabajo en red de las distintas organizaciones comunitarias, centros de salud y consejos de desarrollo local, promoviendo la asistencia y participación en mesas barriales y vecinales, la participación en fondos concursables y el fomento de la organización en la comunidad adscrita al centro de salud.
- 5.- Ejecutar acciones en el marco de la promoción de la salud, tales como educaciones, talleres, ferias, caminatas, entre otras.

## POBLACIÓN OBJETIVO O BENEFICIARIOS

Usuarios y miembros de la comunidad adscrita al polo Orellana

### ACTIVIDADES

1.- Reuniones mensuales, de Marzo a Diciembre	Primer miércoles de cada mes, de 16:00 A 18:00 horas, en casino CESFAM Orellana., a partir del mes de Marzo en adelante: <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 2 de Marzo ,</li> <li>➤ 6 de Abril ,</li> <li>➤ 4 de Mayo.</li> <li>➤ 1 de Junio,</li> <li>➤ 6 de Julio ,</li> <li>➤ 3 de Agosto</li> <li>➤ 7 de Septiembre</li> <li>➤ 5 de Octubre</li> <li>➤ 2 de Noviembre y</li> <li>➤ 7 de Diciembre</li> </ul>		
2.- Reuniones trimestrales del comité OIRS, a partir de Abril del año en curso	Los días Jueves de 15:00 A 17:00 horas <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Miércoles 13 abril</li> <li>➤ Miércoles 13 de Julio</li> <li>➤ Miércoles 19 de Octubre</li> </ul>		
3.- Reuniones de coordinación y gestión de la responsabilidad social empresarial con 5 empresas del sector	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Mayo,</li> <li>➤ Julio,</li> <li>➤ Agosto</li> <li>➤ Octubre</li> <li>➤ Diciembre</li> </ul>		
4.- Gestionar y ejecutar apoyo domiciliario a personas vulnerables, socios y miembros de la comunidad adscrita al centro de salud	Enero a Diciembre, según necesidad		
5.- Realizar talleres de educación sobre reciclaje, GES, City slow e interculturalidad, entre otros	MES	TEMAS PROBABLES	
	Marzo	TBC, Cáncer, la mujer	
	Abril	Cerebro, salud	
	Mayo	Tabaquismo, cáncer y cuidado riñones	
	Junio	Interculturalidad y discriminación	
	Agosto	Corazón, HTA, DM-II, Lactancia materna	
	Octubre	Reciclaje y City Slow	
Noviembre	Vida plena adultos mayores		

	Diciembre	Derechos humanos, migrantes, discapacidad, VIH/SIDA	
6.- Diseñar y ejecutar un concurso de recetas saludables	➤ octubre		
7.- Realización de 1ª encuentro de medicina alternativa	➤ Noviembre		
8.- Realización de actividad masiva de actividad física	➤ Noviembre		
9.- Diseñar y ejecutar la realización permanente de talleres de comida saludable para usuarios del centro de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Semana del 9 al 13 de Mayo,</li> <li>➤ Semana del 13 al 17 de Junio,</li> <li>➤ Semana del 11 al 15 de Julio</li> <li>➤ Semana del 15 al 19 de Agosto</li> <li>➤ Semana del 5 al 9 de Septiembre</li> <li>➤ Semana del 17 al 21 Octubre</li> <li>➤ Semana del 7 al 11 de Noviembre</li> <li>➤ Semana del 12 al 16 de Diciembre</li> </ul>		
10.- participar en mesas barriales de la comunidad	➤ De Enero a Diciembre, según programación Municipal		
11.- Postular a fondos concursables que beneficien a la comunidad inscrita y adscrita en el CESFAM Padre Orellana	➤ De acuerdo a fechas de apertura de concursos		

<b>FECHA ESTIMADA DE EJECUCIÓN DEL PLAN</b>
15 de Marzo al 15 de Diciembre del 2015
<b>MEDIOS DE VERIFICACIÓN:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Listas de asistencia</li> <li>➤ Fotografías</li> <li>➤ Registros audiovisuales: presentaciones power point, videos</li> </ul>

**Directiva CDLS vigente: POLO ORELLANA**

<b>Fecha:</b>	17 de Septiembre de 2015
<b>Lugar:</b>	Centro de Salud Padre Orellana

Nombre	Cargo	Contacto	e-mail	Firma
TANIA MARTINEZ CORDOVA	PRESIDENTA	225566009	taniamartinezcordova@gmail.com	
LEONOR KOCH	TESORERA	225551766	kochleonor@gmail.com	
BERNARDETE OLIVOS	SECRETARIA	225552381	consejopoloorellana@gmail.co	

TOLOZA			m	
ELSA MAASS VILLELA	2° DIRECTORA	83727081	elsamaassv@hotmail.com	
AMPARO FAUSTINO LESCANO	SOCIA	83593701	rafaustino@hotmail.com	

<b>CRONOGRAMA</b>												
<b>ACTIVIDADES/MES</b>	<b>1 ENE</b>	<b>2 FEB</b>	<b>3 MAR</b>	<b>4 ABR</b>	<b>5 MAY</b>	<b>6 JUN</b>	<b>7 JUL</b>	<b>8 AGO</b>	<b>9 SEP</b>	<b>10 OCT</b>	<b>11 NOV</b>	<b>12 DIC</b>
Reuniones mensuales, de Marzo a Diciembre			2	6	4	1	6	3	7	5	2	7
Reuniones trimestrales del comité OIRS, a partir de Abril del año en curso				13			13			19		
Reuniones de coordinación y gestión de la responsabilidad social empresarial con 5 empresas del sector					X		X	X		X		X
Gestionar y ejecutar apoyo domiciliario a personas vulnerables, socios y miembros de la comunidad adscrita al centro de salud *	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar talleres de educación sobre reciclaje, GES, City slow e interculturalidad, entre otros			X	X	X	X	X	X		X	X	X
Diseñar y ejecutar un concurso de recetas saludables										X		
Realización de 1ª encuentro de medicina alternativa											X	
Realización de actividad masiva de actividad física											X	
Diseñar y ejecutar la realización permanente de talleres de comida saludable para usuarios del centro de salud					9 -13	13 -17	11 -15	15 -19	5 - 9	17 -21	7 - 11	12 - 1
participar en mesas barriales de la comunidad *	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Postular a fondos concursables que beneficien a la comunidad inscrita y adscrita en el CESFAM Padre Orellana *	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

\*SEGÚN NECESIDAD A LO LARGO DEL AÑO



Servicio de Salud  
Metropolitano Central

Ministerio de Salud

## Plan anual de participación /Consejo de Desarrollo Local 2016

**ESTABLECIMIENTO**

**RESPONSABLE (S)**

**CESFAM ARAUCO**

**Consejo Integral de Salud Vecinal**

### FUNDAMENTACIÓN

**Fomentar la activa presencia de la comunidad en actividades relacionadas a la salud con el fin de promover el bien común. Logrando con esto que se transformen en actores sociales activos, consientes de sus derechos y deberes teniendo muy presente la corresponsabilidad que les concierne.**

### OBJETIVO GENERAL

**Fomentar la información, promoción y participación de la comunidad en temas vinculados a salud.**

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Fomentar la participación de la comunidad mediante la organización de actividades comunitarias.
2. Realizar reuniones mensuales ordinarias y extraordinarias cuando lo amerite.
3. Postular a proyectos concursables, que no impliquen aportes (SMC, fondos externos).
4. Obtener mejoramientos y propuestas de trabajo vinculados con la salud y calidad de vida.

### POBLACIÓN OBJETIVO O BENEFICIARIOS

Toda la comunidad

### ACTIVIDADES

	<b>Actividad</b>	
1	Reuniones mensuales desde Marzo a Diciembre 2016	Ultimo Martes de cada mes Horario: 10:00 a 11:00.- Lugar: Cesfam Arauco. 29/03 26/04 31/05 28/06 26/07 30/08 27/09

		25/10 29/11 27/12
2	Receso	Enero - febrero
3	Día del Glaucoma. Panel expositivo por parte del CL	12 Marzo
4	Charla informativa programas de salud y participación ( Oirs.)	Abril (reunión del mes)
5	Charla Ges "Parkinson" "Demencia Senil"	Mayo(reunión del Mes)
6	Prevención en maltrato Adulto Mayor Panel informativo a cargo del CL y charla a cargo del equipo.	15 Junio  Reunión del Mes
7		Julio Reunión del Mes
8	Mes del corazón Actividad física a cargo del CL	Agosto
9	Charla de Programas Odontológicos	Septiembre reunión del Mes
10		Octubre reunión del Mes
11	Feria de salud	Noviembre
12	Evaluación final y cierre del año	Diciembre

**FECHA ESTIMADA DE EJECUCIÓN DEL PLAN**

MARZO A DICIEMBRE 2015

**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**

LISTAS ASISTENCIA, ACTAS





Servicio de Salud  
Metropolitano Central

Ministerio de Salud

**Plan anual de participación /Consejo de Desarrollo Local /Consejo OIRS  
PLAN TRABAJO 2016 CLS**

**ESTABLECIMIENTO**

**RESPONSABLE (S)**

**CES BENJAMIN VIEL**

**ANDREA VALENZUELA BADIA  
MARIELA DIAZ VILLAGRA**

**FUNDAMENTACIÓN**

El año 2015 El consejo local se enfoca en actividades participativas impulsadas por el SSMC, la ilustre municipalidad de Santiago, y la Dirección de Salud de Santiago. A través de esta participación han logrado un conocimiento crítico respecto a la necesidad de salud nacional y local; también han reconocido el compromiso de las autoridades la manera de proyectar avances en esta materia vital para el país.

La postulación a proyectos de salud para el año 2015 no se pudo concretar por la falta de expertis administrativa y el poco compromiso de algunos de los dirigentes del Consejo Local.

El 2016 nuestro deseo es seguir colaborando con el Polo Benjamín Viel, mantener continuidad y cohesión dentro de la organización, generar actividades comunitarias a través de proyectos concursables y autogestión.

**OBJETIVO GENERAL**

Fortalecer el trabajo comunitario del Consejo Local de Salud Dr. Benjamín Viel en el territorio.

**OBJETIVO ESPECÍFICO**

- 1.-Generar dos actividades masivas el año 2016 en el Ces Benjamín Viel
- 2.-Continuar el trabajo colaborativo con el Polo Benjamín Viel, el Servicio de Salud Metropolitano Central y el Municipio de Santiago.
- 3.-Capacitar a la directiva del CLS en la generación de proyectos
- 4.- Generar recursos para la postulación de proyectos

**POBLACIÓN OBJETIVO O BENEFICIARIOS**

- Organizaciones territoriales y funcionales del sector
- Usuarios de cada uno de los sectores del Polo Viel
- Vecinos
- Talleres en funcionamiento: Talleres de Adulto mayor (4) y Taller de Actividad Física (4)  
Taller de Medicina alternativa.

ACTIVIDADES	FECHA
Reuniones mensuales	Últimos martes de cada mes a las 15:00 horas 26 de enero (Capacitación) 23 de febrero (Capacitación) 29 de Marzo 26 de Abril 31 de Mayo 28 de Junio 26 de Julio 30 de Agosto 6 de Septiembre 25 de Octubre 29 de Noviembre 6 de Diciembre
-CAMINATAS SALUDABLES	Segundo jueves de cada mes de 10 a 12:30 14 de enero 11 de febrero 10 de Marzo 14 de Abril 12 de Mayo 09 de Junio 14 de Julio 11 de Agosto Septiembre primera actividad comunitaria 13 de Octubre 10 de Noviembre Diciembre segunda actividad comunitaria
-ACTIVIDADES PARA GENERACION DE RECURSOS PARA LA ORGANIZACIÓN	-Rifas sept. 2015-2016 -Y otras actividades que surjan durante el año
-CAPACITACION	Durante Enero y/o Febrero
-ACTIVIDADES COMUNITARIAS	Celebración fiestas patrias con la comunidad 8 de Septiembre (14:00 horas)  Celebración Navidad con la comunidad 15 de Diciembre (14 horas)
-COMITÉ OIRS	Según Fechas de CTA
Postulación a Proyectos	Marzo-abril
Participar en actividades impulsadas por el SSMC, la Dirección de Salud y el municipio de Santiago	Durante el año

**FECHA ESTIMADA DE EJECUCIÓN DEL PLAN**

Marzo a Diciembre 2015

**DIRECTIVA**

Nombre Presidente OSVALDO DELGADO BRAVO

R.U.T. 4484698-5

Domicilio SAN IGNACIO 1523

Teléfono 225542435 email consejosaludbviel@gmail.com

Nombre Secretaria ANGELICA SOTOMAYOR DINAMARCA

R.U.T. 9002975-4

Domicilio ALDUNATE 1241 CASA 8

Teléfono 93908254

Nombre Tesorero CARLOS ROBINSON LIRA DIAZ

R.U.T. 4457306-7

Domicilio AVENIDA VIEL 1686 DEPTO 103

Teléfono 255578652

**MEDIOS DE VERIFICACIÓN**

- Fotos
- Listas de asistencia



## 4. Encuesta de Satisfacción Usuaría

### Satisfacción Usuaría en los Centros de Salud Municipal

Monitoreo continuo de la satisfacción

Los Centros de Salud municipales, desde mediados de junio de 2015, están con un sistema de monitoreo continuo de la satisfacción usuaria.

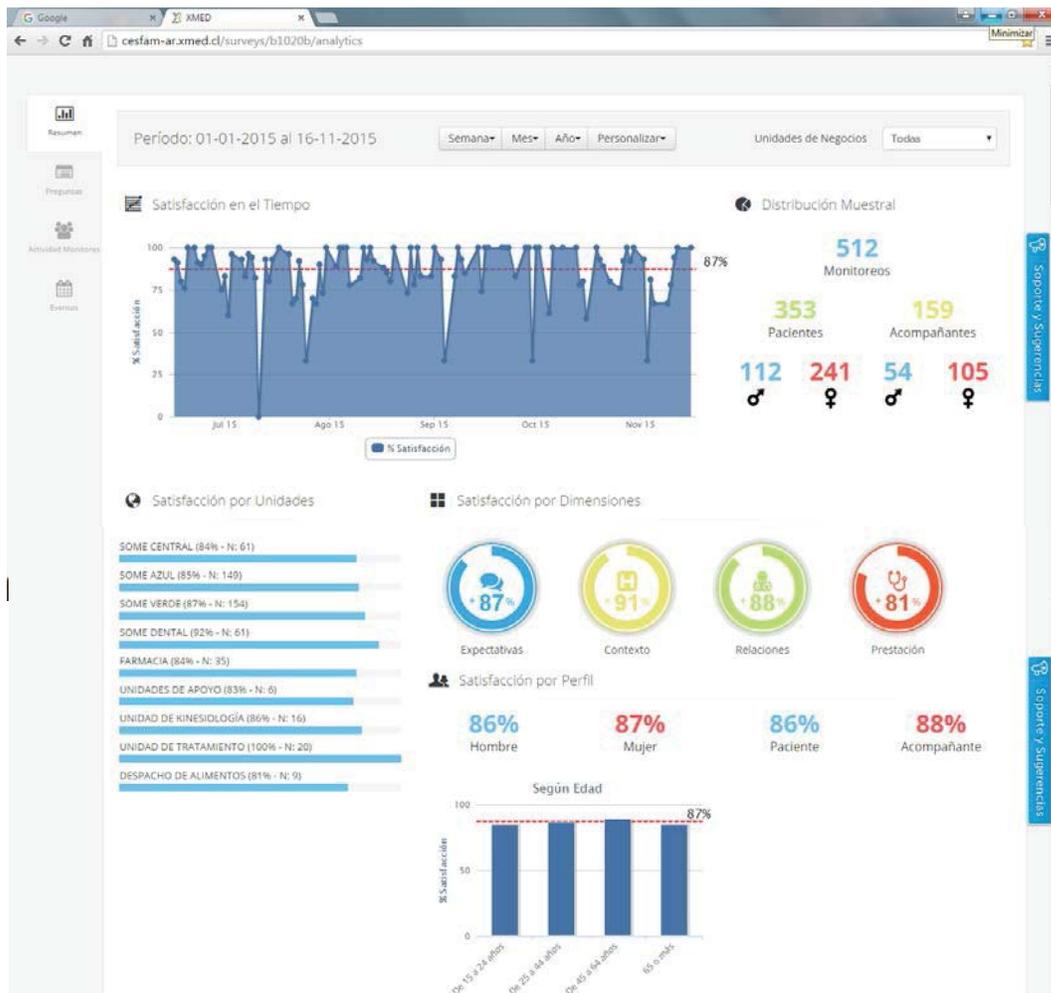
Este sistema consiste en evaluar las cuatro áreas de interés, mayormente usadas, con las siguientes preguntas:

AREA	PREGUNTA
EXPECTATIVA	Antes de entrar al establecimiento ¿En general, qué opinión tenía de las instalaciones?
	¿En general, cómo esperaba ser tratado?
	¿En general, esperaba recibir un servicio o atención de la calidad?
	¿En general, usted cree que el establecimiento satisface sus expectativas?
CONTEXTO	¿El lugar es limpio e higiénico?
	¿El lugar es cómodo y grato?
	¿En general qué opina de las instalaciones?
	¿Es fácil ubicarse al interior del establecimiento?
RELACIONES	¿En general, qué opina del trato recibido en el establecimiento?
	¿El personal le entrega la información que Ud. necesita?
	¿El personal lo trata con respeto? (dignidad)
	¿El personal estuvo dispuesto a responder sus preguntas, dudas e inquietudes?
PRESTACIÓN	¿Obtuvo el servicio o atención por la cual vino?
	¿Siente que recibe una atención segura? (sin riesgos)
	Desde que llegó hasta que lo atendieron ¿Cómo evalúa el tiempo de espera?
	¿El servicio o atención que recibe es de la calidad deseada?

A través de un dispositivo electrónico (Tablet), instalado en un soporte fijo y ubicado en un punto estratégico del Centro, el usuario accede a la encuesta, respondiendo una pregunta, elegida al azar, de cada una de las áreas evaluadas. Hay preguntas generales, del lugar de atención, grupo de edad, género, y condición de paciente o acompañante. Pero la idea es que no requiera más de 2 minutos para completar la encuesta. Las respuestas son binarias, de acuerdo o no de acuerdo, con la siguiente imagen:



Al final, se le da al usuario la posibilidad de escribir un comentario si lo desea. La información recogida por el Tablet es enviada a una plataforma web, donde es procesada y resumida, para conocimiento del cuerpo directivo, quienes tienen acceso diario a este análisis:

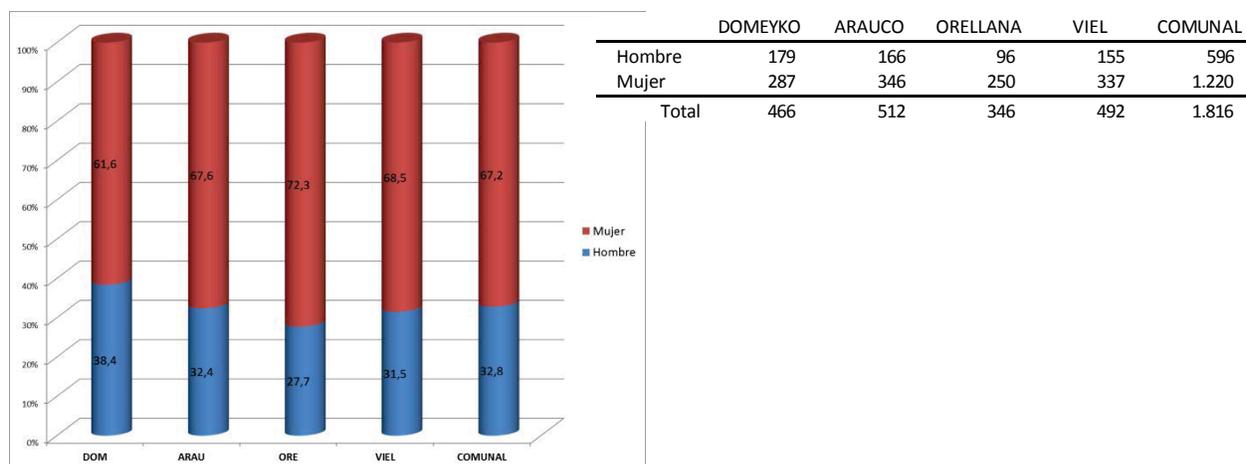


También se tiene la posibilidad de analizar grado de satisfacción por estamentos o equipos de trabajo determinados. Como es un sistema acumulativo de información, se va dando consistencia a los datos a medida de que pasa el tiempo y se junta un número significativo, que en esta medición se considera sobre 300 encuestas. Valor que se tiene a nivel general, pero que a nivel de equipos no se ha aún logrado.

## Principales Resultados

### Caracterización de los encuestados

#### Género



Dos tercios de los encuestados es de sexo femenino. Lo que es coincidente con el perfil del consultante de Atención Primaria. Hay una variación entre un 61.6% en Domeyko a un 72.3% en Orellana.

#### Grupos de edad

En la siguiente tabla observamos que el grupo que más accede a contestar la encuesta es adulto de edad media, entre 25 y 44 años, y le sigue los jóvenes menores de 25 años. Lo que se podría explicar por tratarse de una herramienta tecnológica relativamente nueva. Los que menos acceden entonces, son los adultos mayores. Esta situación crearía, en una primera etapa, un sesgo porque no corresponde al perfil del consultante en APS, y en general ellos tienen una evaluación más positiva del quehacer de los Centros de Salud, que la población más joven.

	DOMEYKO		ARAUCO		ORELLANA		VIEL		COMUNAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
15 a 24 años	145	31,1	167	32,6	74	21,4	124	25,2	510	28,1
25 a 44 años	172	36,9	220	43,0	116	33,5	181	36,8	689	37,9
45 a 64 años	96	20,6	84	16,4	88	25,4	112	22,8	380	20,9
65 o más	53	11,4	41	8,0	68	19,7	75	15,2	237	13,1
Total	466	100	512	100	346	100	492	100	1.816	100

### Tipo de Usuario

Aquí, en forma simple, se distribuyen los encuestados en paciente y acompañante, teniendo en todas los Centros de Salud, una relación cercana a 70/30

	DOMEYKO		ARAUCO		ORELLANA		VIEL		COMUNAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Acompañante	138	29,6	159	31,1	103	29,8	138	28,0	538	29,6
Paciente	328	70,4	353	68,9	243	70,2	354	72,0	1278	70,4
Total	466	100	512	100	346	100	492	100	1.816	100

### Resultados de Satisfacción usuaria

A continuación se muestran los porcentajes de satisfacción en las cuatro áreas evaluadas, es decir, la proporción de “caritas felices” marcadas por los usuarios.

1. Expectativas. Aquí se evalúa la idea que tenía el usuario antes de entrar al Centro, su concepto preconcebido de la estructura y de la atención que va a recibir, todas las preguntas comienzan con la siguiente frase “Antes de entrar al establecimiento...”

	DOMEYKO	ARAUCO	ORELLANA	VIEL	COMUNAL
¿qué opinión tenía de las instalaciones?	77,1	89,4	80,9	83,8	83,4
¿cómo esperaba ser tratado?	80,9	88,1	97,7	92,2	89,2
¿esperaba recibir un servicio o atención de la calidad?	80,5	91,7	97,7	80,6	86,4
¿usted cree que el establecimiento satisface sus expectativas?	75,4	80,3	83,1	81,4	79,8
	78,5	87,1	89,9	84,6	84,7

En general, las expectativas son elevadas, especialmente en el trato y la atención de calidad. En todos los ámbitos consultados, los usuarios de Domeyko presentan comparativamente menores expectativas que el resto, pero siguen siendo altas.

2. Relaciones. En este ítem se mide el grado de satisfacción con las relaciones establecidas con los miembros del equipo.

	DOMEYKO	ARAUCO	ORELLANA	VIEL	COMUNAL
¿En general, qué opina del trato recibido en el establecimiento?	72,9	90,9	91,0	88,0	86,2
¿El personal le entrega la información que Ud. necesita?	77,4	81,5	90,7	87,5	83,8
¿El personal lo trata con respeto? (dignidad)	83,5	92,6	96,6	86,6	89,0
¿El personal estuvo dispuesto a responder sus preguntas, dudas e inquietudes?	83,6	86,9	88,0	82,3	85,1
	79,8	87,7	91,6	86,2	86,0

Las relaciones son bien evaluadas, especialmente en el respeto y la disponibilidad de responder preguntas. El CESFAM Domeyko tiene valores menores que el resto, en el trato y en acceso a la información, puntos que tendrá que trabajar específicamente.

3. Contexto. Lo que se mide aquí es la evaluación de la infraestructura y el mantenimiento de los Centros.

	DOMEYKO	ARAUCO	ORELLANA	VIEL	COMUNAL
¿El lugar es limpio e higiénico?	81,3	94,7	93,3	92,3	90,8
¿El lugar es cómodo y grato?	75,7	84,4	94,2	80,5	83,0
¿En general qué opina de las instalaciones?	75,2	89,8	83,9	76,9	80,7
¿Es fácil ubicarse al interior del establecimiento?	82,8	94,9	95,2	84,1	89,0
	78,5	91,0	91,6	83,1	85,8

En esta medición llama la atención, que tanto Viel como Orellana, que no contando con recintos idóneos para la atención de salud, sus usuarios los evalúan muy bien, superando a Domeyko, que cuenta con una estructura construida para tal efecto. Esto último puede deberse que desde hace unos 8 meses está en reparaciones mayores.

4. Prestación. Aquí se evalúa propiamente tal la atención recibida.

	DOMEYKO	ARAUCO	ORELLANA	VIEL	COMUNAL
¿Obtuvo el servicio o atención por la cual vino?	78,1	92,4	91,0	85,5	87,1
¿Siente que recibe una atención segura? (sin riesgos)	78,3	80,7	96,5	92,2	86,2
Desde que llegó hasta que lo atendieron ¿Cómo evalúa el tiempo de espera?	66,9	74,1	86,2	73,1	74,0
¿El servicio o atención que recibe es de la calidad deseada?	69,7	76,5	88,1	77,9	77,1
	72,7	81,2	90,5	82,1	81,0

Destaca el CESFAM Orellana con sobre un 90% de satisfacción en esta área, lo que es bastante sobresaliente. Arauco y Viel, también se presentan con muy buen nivel, sobre el 80%. Pero Domeyko está bajo el umbral deseado, se comporta similar a la mayoría de los Centros de Salud de más de 30.000 inscritos, con una oferta que no cubre una demanda de una población carenciada.

El más bajo porcentaje de evaluación, como promedio comunal, está en los tiempos de espera. El desafío para los equipos para el próximo año será trabajar específicamente este tema, ver cuáles son los nudos críticos, y resolverlos en post de mejorar la percepción y la atención de nuestros usuarios.

# 5. Plan de Cuidados de Salud de la Población

## 1. Programa Santiago Sano, construyendo entornos saludables

La evidencia nacional e internacional muestra que los comportamientos en salud están fuertemente determinados por condicionantes sociales, económicos y ambientales. Los servicios de salud juegan un rol, pero la mayor parte de la salud de una población está influenciada por las políticas públicas de otros sectores como educación, hacienda, transporte, economía, desarrollo social, deportes, por nombrar algunos. El Estado en su conjunto tiene una responsabilidad en promover la salud de su población.

El Programa Santiago Sano es un programa intersectorial de promoción de la salud que incorpora un enfoque de Salud en Todas las Políticas. Para ello, utiliza un modelo conceptual llamado DAM, que aborda las intervenciones más costo-efectivas para modificar comportamientos en salud: disponibilidad, asequibilidad y marketing. Este enfoque complementa el abordaje tradicional basado en la educación y campañas de comunicación masiva, agregando componentes estructurales que hacen que la opción saludable sea la más fácil.

El objetivo general de Santiago Sano es mejorar la salud y calidad de vida de la población que reside, trabaja, estudia o transita en la comuna de Santiago a través de la reducción de factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, tales como la dieta no saludable, inactividad física, consumo de tabaco y alcohol. También incluye acciones en las áreas de salud mental y salud sexual y reproductiva.

Santiago Sano es un programa transversal, liderado por la Alcaldesa Carolina Tohá, y cuyas acciones se implementan a través del Comité Ejecutivo Santiago Sano, donde participan todas las direcciones municipales convocadas por el Gabinete de Alcaldía. El equipo de la Dirección de Salud es liderado por el Dr. Sebastián Peña y actualmente consiste en un total de 20 profesionales trabajando en 5 áreas de acción:

- Espacio Público
- Agenda de 9 Pasos (Alimentación Saludable y Actividad Física en Establecimientos Educativos)
- Espacios Amigables
- Adulto Mayor
- Alcohol

El año 2015 ha sido un año de gran expansión del trabajo de Santiago Sano, comenzando a inicios del 2015 con la implementación de la Agenda de 9 Pasos, la expansión de la estrategia de Espacios Amigables, el desarrollo de una gran cantidad de iniciativas en espacios públicos y un fuerte trabajo comunitario en temas de alcohol. En Agosto, la Unidad Geriátrica Móvil y el equipo del Programa MAS Adultos Mayores Autovalentes se incorporaron a Santiago Sano, enriqueciendo su cobertura a grupos poblacionales no incluidos previamente. A continuación se detallan los principales logros del año 2015.

### 1. Espacio Público

Las intervenciones en el Espacio Público del año 2015 han apuntado a construir entornos saludables en la comuna, ya sea mejorando la oferta de frutas, verduras, jugos cítricos (que no tienen azúcar adicionada) o alimentos saludables. También hemos priorizado la construcción de la segunda etapa de una plaza para niños menores de 5 años, que les permita jugar en un espacio con un suelo adecuado, con protección de los rayos solares, un cierre perimetral y juegos especialmente diseñados para su edad.

El trabajo del equipo de Espacio Público se ha realizado en conjunto con la Dirección de Desarrollo Económico Local, Dirección de Parques y Jardines, Dirección de Salud, Dirección de Educación, Vía Pública y con apoyo económico de FOSIS, de la Seremi de Salud Metropolitana y del Servicio de Salud Metropolitano Central.

### 1. **Segunda Etapa Plaza Promotora Primera Infancia “Mi Placita”**

Esta plaza está ubicada en la calle San Isidro con Santa Victoria. Las mejoras del año 2014 consistieron en la instalación de un toldo y la instalación de 3 juegos infantiles de resortes en el sector norte de la plaza. El año 2015 se terminará la intervención, incorporando un suelo de superficie blanda, perímetro cerrado con 2 accesos que evitan la salida directa de los niños, juegos infantiles nuevos y reparación de juegos dañados, instalación de señaléticas indicativas de usos y habilidades que desarrollan cada uno de estos.

### 2. **Red de Puntos Sanos**

#### **a. Recuperación de 2 nuevos kioscos de frutas y verduras para el casco histórico**

Dos kioscos abandonados que antes vendían diarios y revistas se recuperaron para la venta de frutas, verduras, frutos secos, agua. Uno de ellos en funcionamiento, está ubicado en Estado 273 y otro que aún no está funcionando se encuentra en Catedral 1213.

#### **b. 40 carros de jugos de frutas**

En un proceso liderado por la Dirección de Comercio y Vía Pública y Fosis, se diseñó un carro especial para la venta de jugos cítricos, con lo que 40 carros previamente ilegales comenzarán a vender jugos de frutas. Estos carros fueron diseñados por alumnos del DUOC y beneficiaran en su mayoría a trabajadores inmigrantes, los que hasta al momento se encuentran trabajando ilegalmente y en malas condiciones sanitarias.

#### **c. Reconversión de 3 carros de confites y sopaipillas a carros saludables fuera de establecimientos educacionales**

Ubicados fuera de 3 establecimientos educacionales (Escuela Básica Salvador Sanfuentes, Escuela Básica Guillermo Matta e Instituto Alonso de Ercilla), son carros que previamente vendían confites y sopaipillas. Entre los productos ofrecidos encontrará frutas, huevos duros, agua, bebidas y jugos sin azúcar, yogurt, leches descremadas y otros alimentos saludables

**d. 18 kioscos saludables en establecimientos educacionales:** los 18 kioscos de 16 establecimientos educacionales que accedieron de manera voluntaria a participar de una propuesta de 30% de oferta de alimentos saludables, serán incluidos en la Red de Puntos Sanos.

### 3. **Video Plato Saludable**

Se elaboró un video cuyo objetivo es promover el consumo de alimentos saludables y en cantidades adecuadas para la población general, donde se reconoce con facilidad las porciones recomendadas para cada grupo de alimentos que conforman un almuerzo o cena. El Plato Saludable de Santiago Sano se basa en las recomendaciones nutricionales de Finlandia y ha sido utilizado para educar a nuestros pacientes de la red de salud municipal previamente.

## 2. **Agenda 9 Pasos**

Las intervenciones de alimentación saludable y actividad física en establecimientos educacionales de Santiago Sano han sido agrupadas en la denominada **Agenda de 9 Pasos**. Esta busca integrar todas las acciones que se desarrollan en torno a la alimentación saludable y actividad física en establecimientos educacionales de manera coherente y sinérgica, con la coordinación de todos los actores intersectoriales. La Agenda de 9 Pasos se implementa en 13 establecimientos priorizados. Las 6 escuelas Stgo Sano son Escuela Irene Frei, Escuela Básica Salvador Sanfuentes, Escuela Benjamín Vicuña Mackenna, Escuela República Ecuador, Escuela República Panamá y Escuela Colombia. Los 7 liceos Stgo Sano son Liceo Confederación Suiza, Liceo José San Martín, Liceo Manuel Barros Borgoño, Liceo República de Brasil, INBA, Liceo Isaura Dinador de Guzmán e Instituto Nacional.

La Agenda de 9 Pasos es liderada por la Dirección de Educación, en conjunto con la Dirección de Salud, Deportes, Desarrollo Económico Local, Medio Ambiente y Tránsito. Las acciones han sido financiadas por el Servicio Metropolitano Central y JUNAEB (Programa Escuelas Saludables para el Aprendizaje).

Las actividades de la Agenda 9 pasos han sido:

**Paso 1. Asesoría para la alimentación escolar y preescolar**

- a. Kioscos saludables. Este año 2015, 18 kioscos de 16 establecimientos educacionales, accedieron de manera voluntaria a participar de una propuesta de 30% de oferta de alimentos saludables. Los concesionarios recibieron capacitación, asesoría técnica, hermoseamiento del kiosco (eliminando publicidad) y si durante 3 de 5 visitas cumplen el 30% saludable serán acreedores de un certificado que los identifica como “personas con experiencia en kioscos saludables” lo cual será considerados en la licitación 2016.
- b. Licitación kioscos escolares 2016. El año 2016 se espera lograr un 50% de oferta saludable el primer semestre y un 70% el segundo semestre. Para ello se han elaborado bases de licitación que definen y aseguran a nivel contractual la oferta saludable, pero al mismo tiempo se preocupan de la sostenibilidad económica, unificando el pago de patentes, disminuyendo el cánón de arriendo y el pago sólo por días trabajado.
- c. Colaciones saludables. Se han realizado talleres de Prekinder a 3º básico en la Escuela Básica Salvador Sanfuentes, Liceo Brasil y Escuela Ecuador. Los niños realizan una votación de qué colación saludable llevar y se realizan visitas de seguimiento donde mediante un panel de refuerzo se selecciona a un curso ganador.
- d. Programa Alimentación Escolar. Estudio “Comer en la Escuela” que realizó la Escuela de Nutrición de la Universidad de Chile en la Escuela Básica Salvador Sanfuentes

**Paso 2. Huertos saludables en establecimientos educacionales**

Se han instalado huertos como parte del Programa Santiago Sano en el INBA, Escuela Irene Frei y prontamente se instalarán en Escuela Básica Salvador Sanfuentes y Liceo Isaura Dinator de Guzman. Esto sumado a los huertos construidos por el Programa de Educación Ambiental.

**Paso 3. Capacitación para el desarrollo de competencias en educación alimentaria y nutricional**

Se han realizado en total 42 talleres de alimentación saludable en dos temas: colaciones saludables (PK a 3º), grupos de alimentos (PK a K) y plato saludable (1º a 3º) en Escuela Básica Salvador Sanfuentes, Liceo Brasil y Escuela Ecuador. Además 42 profesionales de CIF, Deportes, DEM y Salud realizaron un Diplomado de Evaluación Nutricional de la Universidad del Desarrollo.

**Paso 4. Clases de educación física de calidad asegurada**

Se han entregado materiales a profesores de educación física de Escuela Básica Salvador Sanfuentes; se encuentra comprometido por la DEM el desarrollo de un instrumento para evaluar calidad de la clase y acompañamiento en todos los establecimientos

**Paso 5. Infraestructura deportiva acorde a la necesidad**

Se ha realizado evaluación de infraestructura y materiales deportivos en todas las escuelas y liceos Santiago Sano

**Paso 6. Infraestructura recreativa que promueve el movimiento**

Se han entregado kit de recreo activo en Escuela Básica Salvador Sanfuentes y prontamente en Liceo Brasil y Escuela Ecuador. Estos consisten en aros, pelotas, cuerdas y otros materiales que promueven el movimiento sin restringir la libertad de los niños a jugar.

**Paso 7. Transporte activo a y desde establecimientos educacionales**

Se han instalado estacionamientos de bicicleta en 17 establecimientos educacionales. En el primer semestre, la ONG Educlleta realizó talleres de Educación Ciclovial en 4 establecimientos básicos a través de un proyecto de las Direcciones de Tránsito y Educación. Se espera el 2016 replicar estos talleres en escuelas y liceos Santiago Sano

**Paso 8. Adecuada oferta de actividades extracurriculares**

Se ha iniciado un taller de Escalada Deportiva en el Liceo Barros Borgoño.

### **Paso 9. Programas de Prevención de apoyo intensificado**

Se está implementando el Programa Vida Sana del Ministerio de Salud en la Escuela Básica Salvador Sanfuentes y existe el Espacio Amigable Itinerante que recientemente incorporó atenciones nutricionales en Liceo Gabriel González Videla. Se realizan atenciones nutricionales por internas de INACAP en el INBA.

## **3. Espacios Amigables**

El área Espacios Amigables genera intervenciones con adolescentes en establecimientos escolares y otros espacios adecuados para jóvenes en prestaciones de salud mental y salud sexual y reproductiva por medio de atenciones individuales y talleres, en alianza con la Dirección de Educación de Santiago y Santiago Joven. Actualmente se encuentra en 6 liceos y el Espacio Joven (Huérfanos 1805), beneficiando a más de 3000 estudiantes y usuarios del Espacio Joven.

Su objetivo es acercar a jóvenes y adolescentes a la atención de salud primaria, con enfoque de prevención y promoción en salud, para disminuir problemáticas de salud pública en esta etapa, tales como: embarazo adolescente, ITS, consumo riesgoso de alcohol y drogas, trastornos de ansiosos y de ánimo, ideación e intento suicida, entre otros. Del mismo modo, se plantea que las altas prevalencias de Enfermedades Crónicas no Transmisibles son adquiridas en el período de la adolescencia y juventud, provocando morbilidad o mortalidad durante la edad adulta, por lo cual esta oferta de servicios de salud integral en el sistema público para la población de adolescentes y jóvenes, también previene problemas de salud en la adultez.

El diseño de los EEAA intentan responder a las necesidades de este grupo etario, entregando prestaciones oportunas, pertinentes, basadas en la evidencia, evaluables y enfocadas en los modelos de calidad y de mejora continua.

Durante el 2015 se ha coordinado con equipos de Santiago Sano y COSAM, y trabajo intersectorial con Educación, SENDA, Santiago Joven, centros de salud de otras comunas y organismos de derivación. Asimismo se ha incluido en actividades a pasantes de psicología de la UC, estudiantes en proceso de investigación de la carrera de sociología de la UDD y en investigación de proyecto FONIS de equipo CEMERA.

### Actividades 2015

1. Intervención durante todo el 2015 con psicólogo/a y matronas en 6 liceos de la comuna de Santiago en la modalidad del Espacio Amigable Itinerante.
2. Traslado del Espacio Amigable del CESFAM Ignacio Domeyko a las oficinas de Stgo Joven, adecuando sus instalaciones para las atenciones semanales de matrona y psicóloga.
3. Facilitación de atención de salud integral a adolescentes ofreciendo prestaciones de consejerías temáticas de salud mental y salud sexual y reproductiva, fichas CLAP, AUDIT, atenciones psicológicas y entregas de métodos anticonceptivos, de forma individual a adolescentes.
4. Realización de más de 40 talleres sobre salud sexual y consumo problemático de sustancias en los establecimientos educacionales de la comuna, mejorando su metodología participativa / expositiva.
5. Se genera un flujograma de atención en cuanto a las redes de derivación y seguimiento de los alumnos.
6. Fortalecer el enfoque de los Espacios Amigables en torno a ser confidenciales, con enfoque de derechos y autonomía en adolescentes.
7. Participación en mesa intersectorial de consumo, en jornadas de equipos psicosociales de los liceos, en jornadas de adolescencia del SSMC y DAP, y en apoyo a actividades de Santiago Sano, además de asistencia a video conferencias y espacios de capacitación.

8. Inclusión de alumnas de obstetricia de la U de Chile en su proceso de tesis con los EEAA de Santiago, para realizar una caracterización de los adolescentes y medir el impacto de las intervenciones.

## 4. Alcohol

El Programa para la Prevención del Consumo Abusivo de Alcohol, convenio de colaboración técnica entre SENDA y la Ilustre Municipalidad de Santiago, es una política pública en que se implementan estrategias múltiples para la reducción del consumo nocivo de alcohol en la comuna, fortaleciendo la percepción del riesgo y generando incentivos para la reducción de su consumo. Esta estrategia consta de tres elementos: el Control Cero Alcohol, la Gestión Comunal y las Intervenciones Breves.

En el Control Cero Alcohol se realizan operativos aleatorios destinados a evaluar si los conductores han consumido alcohol, tarea realizada en conjunto con Carabineros y SENDA Regional. La Gestión Comunal se orienta a fortalecer las iniciativas municipales que permitan regular el acceso, limitar el marketing y controlar la disponibilidad de alcohol en la comuna. Las medidas implementadas se han podido concretar gracias a un trabajo articulado con distintos departamentos y direcciones municipales, desarrollando un Plan Estratégico de Alcohol y Convivencia Barrial. El tercer componente son las intervenciones preventivas en jóvenes, que en Santiago se realizan en forma de intervenciones breves. Estas intervenciones tienen por objetivo informar a los jóvenes mediante una consejería breve, problematizando respecto a los mitos del consumo de alcohol y desarrollando una estrategia de gestión del riesgo que permita reducir prácticas nocivas de consumo. Para esto se evalúa las prácticas de consumo mediante AUDIT y luego se desarrolla una consejería personalizada dependiendo de los resultados, transfiriendo herramientas y promoviendo prácticas más saludables. Además se ha constituido una Mesa Intersectorial, cuyo producto final son Protocolos de Acción, para que los Establecimientos Educativos tengan claridad sobre cómo actuar en casos de consumo de drogas y alcohol, bullying, violencia y abuso.

En este tema se ha trabajado con la Dirección de Educación, SENDA Previene, la Dirección de Rentas, Seguridad Vecinal, Oficina de Participación de DIDECO y Santiago Joven.

### Actividades 2015

1. Diseño del Plan Estratégico de Alcohol y Convivencia Barrial 2016
2. Conformación de una Mesa Intersectorial de Alcohol, incorporando a las direcciones municipales involucradas en la entrega de patentes, mitigación del daño, prevención y promoción.
3. Sistematización con información comunal, sobre daño alcohol por alcohol.
4. Firma de un Protocolo de Acuerdo con los actores involucrados en el Barrio San Borja, incluyendo en el proceso a botilleros del cuadrante, vecinos, Carabineros, universidades y distintos departamentos de la Municipalidad de Santiago.
5. Grupos focales con jóvenes de la comuna, para conocer sus percepciones respecto al alcohol y conocer sus prácticas de consumo.
6. Intervenciones breves para la reducción del consumo abusivo de Alcohol, dirigidas a jóvenes en espacios públicos y de esparcimiento. Las intervenciones enfatizan en la percepción del consumo y su problematización, para proceder a la transferencia de herramientas para la gestión del riesgo.
7. Talleres en el Liceo Municipal Metropolitano de Adultos, basados en una estrategia participativa que permite problematizar el consumo de alcohol, discutir las consecuencias del consumo, desmitificar algunas prácticas asociadas y promover estrategias de menor riesgo.
8. Conformación de Mesa Intersectorial cuyo producto final son los Protocolos de Acción para Establecimientos Educativos de la comuna.

## 5. Adulto Mayor

Para aumentar la cobertura de los residentes de la Comuna de Santiago mayores de 65 años se integran la Unidad Geriátrica Móvil y Programa Más Adultos Mayores Autovalentes a la acción de Santiago Sano.

La Unidad Geriátrica Móvil (UGM) nació a fines del año 2012 insertándose inicialmente en un programa de apoyo a la gestión de la Atención Primaria de Salud (APS) con el propósito mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores autovalentes con riesgo, que estén inscritos en la red de salud de la Comuna de Santiago.

Los objetivos de la UGM son promover el envejecimiento positivo en el adulto mayor (AM) residente de la Comuna de Santiago, fomentando la permanencia de las personas en su medio habitual, de manera autónoma e interdependiente, mejorando su participación social y empoderamiento y contribuir al mejoramiento de la atención de la población Adulto/a Mayor en APS, mediante el desarrollo de planes de trabajo adecuados y específicos a las necesidades socio-sanitarias de cada AM evaluado.

Para cumplir estos objetivos la principal herramienta que utiliza la UGM es la visita domiciliaria multidisciplinaria, en las cuales se realiza una Valoración Geriátrica Integral, detectando los principales problemas y síndromes del AM. En los hogares se interviene realizando educación, prescripción de medicamentos efectivos y seguros, entrega de apoyo técnico (bastones, andadores, etc), derivación a espacios de participación comunitaria, entre otros. Además, considerando la evidencia disponible, se interviene minimizando las barreras de seguridad en el hogar, mediante la instalación de implementos para prevenir caídas. Las visitas se complementan con la realización de capacitaciones a equipos de APS, capacitación a grupos de adultos mayores que participan en espacios comunitarios y trabajo en red con las distintas organizaciones que se vinculan al adulto mayor.

A partir de abril del año 2015 se suma a la labor de la UGM el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, cuyo objetivo general es prolongar la autovalencia del adulto mayor de 65 años y más. En la comuna de Santiago se encuentran trabajando dos duplas de profesionales Terapeutas Ocupacionales y kinesiólogas situadas físicamente en los Polos Orellana y Polo Domeyko. Para cumplir el objetivo del programa se realizan talleres de adultos mayores inscritos en la red de salud de la Municipalidad de Santiago.

En cada grupo de AM se trabaja la estimulación de funciones motoras y prevención de caídas, estimulación de funciones cognitivas y autocuidado y estilos de vida saludable. Estos talleres son realizados por la dupla profesional del programa y representan una estrategia promocional y preventiva para mantener y/o mejorar la funcionalidad de los adultos mayores de la comuna. La Intervención grupal tiene una duración de 3 meses continuos por persona y los talleres se realizan 2 veces a la semana.

Con el fin de complementar la acción realizada en los talleres se confeccionó un catastro y mapa de red local de organizaciones de adulto mayor y red local de Servicios de la Comuna de Santiago orientados al AM. Para fines del año 2015 se elaborará un diagnóstico participativo para determinar las necesidades y expectativas de capacitación en estimulación funcional y autocuidado de la salud del AM y capacitación de líderes comunitarios en los temas interés según el diagnóstico, con el objetivo que implementen lo aprendido para el desarrollo de actividades afines dentro de sus organizaciones

### **Principales logros y actividades del 2015:**

1. Realización de 850 visitas domiciliarias integrales a la fecha.
2. Instalación de 100 implementos de seguridad para prevenir caídas en los hogares de adultos mayores de la comuna de Santiago.
3. Elaboración de 7 capacitaciones a equipos de cabecera en el manejo del AM
4. Realización de 12 de talleres en organizaciones de AM dentro de la comunidad.
5. Confección de 2 libros de ejercicios de estimulación cognitiva para su utilización en domicilios de adultos mayores y talleres de memoria de la red de salud de la comuna.
6. Coordinación con Centros de salud de APS, COSAM, Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO), Oficina del Adulto Mayor, Programa Vínculos, Mesa de Casos Críticos, Universidad Central y Universidad Iberoamericana con el objetivo de aproximarnos a una intervención efectiva

basada en la comunidad, que favorezca la permanencia del AM en su hogar a través de un plan de acción en conjunto y organizado.

7. Realización de 1600 sesiones educativas a 40 grupos de AM a la fecha, con 15 participantes en promedio residentes de la comuna de Santiago
8. Confección de mapa de red local de organizaciones de adulto mayor y red local de servicios de la Comuna de Santiago orientados al AM

## **6. Desafíos futuros**

Los logros del Programa Santiago Sano han sido reconocidos tanto nacional como internacionalmente. El programa fue elegido Buena Práctica por el Ministerio de Salud el año 2014 y hemos presentado la experiencia en Iquique, Valparaíso, Coyhaique y numerosas jornadas del Ministerio de Salud. En el extranjero, hemos sido elegidos para el Grupo de Expertos de OPS en dos iniciativas (Marketing de Alcohol y Salud en Todas las Políticas) y recientemente estuvimos presentando la experiencia en el congreso anual de la Asociación Americana de Salud Pública. Fuera de esto, el equipo de Salud ha hecho un esfuerzo considerable para presentar el programa y establecer alianzas, presentando a la red de profesores de educación física y a los equipos directivos de DIDECO.

También se han realizado esfuerzos considerables para llegar a la comunidad, participando en más de 20 instancias comunitarias organizadas por el Municipio, en conjunto con otros Municipios o como invitados a instancias organizadas por ONGs o universidades.

Pese a ello, aún hay que hacer mucho más para poder llegar a la comunidad y, en el futuro, ser capaces de construir las intervenciones del programa en conjunto con ella. Para ello, se plantea fortalecer la institucionalidad existente para que la opinión de la comunidad no sea sólo consultiva, sino vinculante.

Santiago Sano implica una nueva mirada de ver la salud, donde se reconoce, valora y fortalece el aporte de otros sectores en la creación de entornos saludables. El año 2016 esperamos fortalecer nuestros lazos con los equipos de atención primaria, con el objetivo de compatibilizar la mirada de la salud poblacional con las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realizan en la red de salud municipal.

## 2. 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.

Para el año 2016 se mantendrán los 9 lineamientos formulados el año 2015, que se detallan a continuación, de los cuales se ha dado prioridad a los puntos 1, 2, 3 y 4.

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

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. Sistema de Aprendizaje a Distancia del Ministerio de Salud SIAD. UVIRTUAL.
- e. Ministerio de Salud, quien coordina con Instituciones Externas.
- f. PAC Comunal.
- g. Las capacitaciones de Carácter voluntario, que guardan relación al PAC.
- h. Universidades debidamente acreditadas.
- i. OTEC, Institutos Profesionales con experiencia en el ámbito de la Salud Pública.
- j. SEREMI.
- k. Cursos Impartidos por la Asociación Chilena de Seguridad. ACHS.
- l. Sistema de Inscripción Nacional SIAD-SPS. Sistema de Aprendizaje a Distancia del Sector Público de Salud programa de aprendizaje a distancia Móvil.

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 2016.**

1. Instalación del Sistema de Información y Control del Personal de la Administración del Estado. SIAPER. En el año 2016, se cumplió en un 100% la capacitación del personal de la unidad de Recurso Humanos destinado a esta labor.
2. Para el año 2016, se gestionará la creación de la unidad de registro SIAPER, dependiente de la Unidad de Recurso Humanos.
3. Realizar trabajos en terrenos, para clarificar oportunamente dudas sobre la carrera funcionaria.
4. Contratación de personal administrativo por 44 horas semanales, para el registro y archivo de antecedentes. Unidad de Registro.
5. Mantener Actualizada 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. Para el año 2016, se mantendrá la orientación técnicas de las capacitaciones en la atención del paciente, para lo cual se capacitará al 80% de las categorías C; D, E y F, en "Trato al usuario y calidad de Atención", y en Reanimación Básica enmarcada mediante convenio "Capacitación Universal", a través de fondos traspasados del SSMC y de fondos propios.
7. 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.
8. Actualizar en forma periódica de la Biblioteca Virtual, cuyo acceso será mediante la Intranet de la Dirección de Salud de Santiago.



Dirección de Atención  
Primaria  
RRHH- Unidad de  
Capacitación  
AOB

**ENCUESTA DE DETECCIÓN DE NECESIDADES DE CAPACITACIÓN A FUNCIONARIOS  
PARA FORMULACION DEL PLAN DE CAPACITACION 2016**

El Ministerio de Salud, con el propósito de orientar la elaboración de los Planes de Capacitación, ha formulado como en años anteriores, los Lineamientos Estratégicos (LE), ha proporcionado las Orientaciones para Programar y planificar en Red 2016, insistido en el cumplimiento de Indicadores ENS, además de mantener un enfoque centrado en RISS, todos estos antecedentes para considerar en la elaboración de dichos planes, los cuales coinciden con las prioridades y objetivos institucionales de DAP SSMC.

Para una adecuada tabulación de la información, favor completar todos los casilleros:

Rut		Centro de Salud	
Calidad Jurídica (Titular/Contrata)		Estamento (Aux/ Adm/ Tec/ Prof/ Odont/ Med/QF) o Categoría (A, B, C, D, E Y F)	
Cargo o Función		Sector o Unidad de Trabajo	

**Instrucciones:** A fin de detectar las necesidades de capacitación de los funcionarios, le solicitamos que señale los temas o cursos de capacitación que usted necesita para mejorar su desempeño laboral, y contribuir así al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la DAP-SSMC.

Le solicitamos también evaluar el nivel de necesidad o importancia que tiene ese tema de capacitación para el mejoramiento de su desempeño laboral. Si requiere de más espacio, utilice el reverso de la hoja, indicando el punto que corresponda.

1 ¿Qué cursos de capacitación necesita Usted para desempeñar mejor su trabajo, y si es jefatura, para mejorar su gestión?	2. ¿Por qué, considera que es necesario? Argumente	3. ¿Cómo cree usted que la capacitación ayuda a resolver la necesidad?	4. ¿Qué aprendizajes espera usted obtener de la actividad de capacitación de las temáticas señaladas? (Aprendizajes esperados; Conocimientos, habilidades o actitudes)	Nivel de Necesidad (importancia)		
				Alto	Medio	Bajo
1						
2						
3						

4						
5						

**5. Señale en qué temas la Unidad de Capacitación, Comité Bipartito de Capacitación o Colocas, pueden mejorar o fortalecer la gestión de la capacitación (no mencione nombres de personas, solo temas o contenidos de capacitación)**

--

<b>6. Tiene problemas para participar en cursos de capacitación. (Si marca No pase a pregunta 8)</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b>7. ¿Qué problemas tiene usted para participar en los cursos de capacitación?</b>	<b>Marque con una X</b>	
Falta de información con respecto a los cursos		
Falta de tiempo por carga de trabajo		
Dificultad para coordinar con mis responsabilidades familiares		
Calidad Contractual (Honorarios)		
Tengo otro trabajo		
Otros (Especifique)		

<b>8. ¿Qué horario propone usted para hacer los cursos de capacitación?</b>	<b>Marque solo una alternativa</b>
08:30 a 17:30 hrs.	
09:00 a 18:00 hrs.	
08:30 a 13:00 hrs. (Solo mañana)	
14:00 a 18:00 hrs. (Solo tarde)	
Otros (Especifique)	

<b>9. ¿Qué días propone usted que debiesen realizarse los cursos de capacitación?</b>	<b>Marque solo una alternativa</b>
De Lunes a Viernes	
De Martes a Jueves	
De Lunes a Sábado	
Otros (Especifique)	

<b>10. Finalmente, ¿usted considera que la información de la oferta de capacitación llega oportunamente?</b>	Si	No, argumente:
--	----	----------------

<b>Comentarios, Observaciones, Sugerencias.</b>

## Lineamientos estratégicos a abordar en el año 2016.

<b>1. MODELO DE SALUD FAMILIAR</b>	
<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.</b>	
Actualización en Modelo de Salud Familiar	
Salud Familiar intermedia intervención en crisis	
Visita Domiciliaria Integral	
Promoción de Salud y Prevención de Enfermedades	
Interculturalidad	
Psicoterapia Grupal	
Salud Mental Comunitaria	
<b>2. MODELO DE GESTIÓN EN RED</b>	
<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).</b>	
Gestión en Red	
Instrumentos de Evaluación e Intervención en Red	
Actualización norma Ira/Era	
Actualización Programa Nacional de Inmunización. (PNI).	
Actualización en Normas de Farmacia	
Actualización en Procedimientos básicos de enfermería.	
<b>3. GES</b>	
<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 2011-2020, a las prioridades sanitarias, problemas de salud, metas y compromisos de salud (GES y no GES).</b>	
Ges	
Manejo sistema de Información Ges (sigges)	
Monitoreo Ges	
<b>4. CALIDAD EN ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO</b>	
<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.</b>	
Manejo de Conflictos, Estrés.	
Trabajo en Equipo.	
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>	
<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.</b>	
Jornada técnico Profesional y de Auto Cuidado	
<b>6. TECNOLOGÍA</b>	
<b>Incorporación de Tecnología y aplicación de estadística básica.</b>	
Manejo de sistemas computacionales a nivel de usuario: Básico, Intermedio, Avanzado Excel.	
Aplicación de herramientas de Estadísticas Básica	
Implementación y Reconocimiento en Redes, Cámaras ip y Fibra Óptica	
Gestión de la Información y Comunicación	
<b>7. GESTIÓN ADMINISTRATIVA, FÍSICA Y FINANCIERA</b>	
<b>Mantenimiento de la infraestructura y equipamiento. Mejoramiento de la gestión de todos los procesos administrativos y financieros de la institución.</b>	
Gestión de recursos físicos y financieros	

Contabilidad Gubernamental	
Manejo de Servicios Generales	
Gestión de Lista de Espera.	
<b>8. RESOLUTIVIDAD APS</b>	
<b>Protocolos estándares de acción ante diversas situaciones provocadas por desastres naturales o accidentes</b>	
Reanimación Básica	
TRIAGE	
<b>9. OTROS (DEFINIDO POR LOS FUNCIONARIOS)</b>	
<b>Señale temas y áreas de capacitación que mejorarían aún más su desempeño laboral</b>	
	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
	6.
	7.

### 3. Plan de Acción Centros de Salud

## Matriz de Cuidados de Salud a lo largo del curso de vida

### Indicadores de Promoción de la Salud

Salud Materno Perinatal							
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable
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 cinco actividades anuales de difusión en cada uno de los centros de salud.	Nº de actividades de difusión realizadas	Rem 19, Sección B.1. celdas L98	Promoción / PADB	La meta de este indicador fue complementada con otra relacionada con la actividad principal y que consiste en la difusión de los derechos de la mujer. Por lo mismo se adaptó un indicador ad hoc y que se registra en el REM 19	Matrona

## Salud Infantil

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable
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 cuatro actividades anuales de difusión en el Polo Domeyko	Nº de actividades de acogida realizadas/ Total de actividades programadas	Rem 19, Sección B.1. celdas L110	Promoción / Infantil / PADB	Este objetivo ha sido incorporado por el equipo de promoción del SSMC con el objeto de potenciar las actividades de fortalecimiento del desarrollo integral, en el marco de los derechos de niño	Matrona - Enfermera
Promover acciones de EVS y del desarrollo integral de niños y niñas	Actividad comunitaria con apoyo de la Guía para la Promoción del Desarrollo Infantil en la Gestión local	5 actividades comunitarias sugeridas en la guía, según realidad local. Entre los temas sugeridos están: Promoción de Derechos de niños y niñas, Promoviendo la Salud Mental de los niños y las niñas, Promoción del Buen Trato, Promoviendo la Salud Bucal desde temprano (escuelas saludables)	Total de actividades comunitarias realizadas/ Total de actividades sugeridas en la Guía	Rem 19, sección B.1. celda L 106 a k109	Promoción, Infantil /PADB		Santiago Sano - Educación nutricional en Escuelas Santiago Sano; Equipo APS Jardines Infantiles con Psicólogos-Asistente Social; Equipo Uziel Rojas acciones de Odontólogo

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	Rem 19, Sección B.1. celda D106 a F106 + D108 a F109	Promoción, Nutrición	Rem 19 Celda E101; E104	Nutricionista - Escuela Calvo Mackenna, Israel, Cervantes, Escuela Panamá, Libertadores de 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 dos actividades anuales 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	Rem 19 sección B.1. celdas D110 + E110	Promoción, Nutrición	El rem 19 registra actividades y no número de personas. Es por ello que el equipo del SSMC ha modificado el indicador para registrar número de actividades y usará un registro local para tener datos del total de participantes.	Santiago Sano
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 20 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	Rem 19 sección A.1. celadas D12 al D41			Nutricionista-kinesiólogo- Enfermera

Realizar actividades de promoción de la Salud Mental infanto juvenil	Intervenciones comunitarias con profesores de establecimientos educacionales	Realizar 1 taller grupal a educadoras de párvulos en Jardines Infantiles del territorio	Total de talleres grupales en jardines infantiles realizados/ N°talleres convenios* 100 <b>(7)</b>	Rem 19	Actividades Comunitarias convenio Programa de Salud Mental	Registro enviado por el SSMC. Planilla PRAPS, Rem 19	Psicólogos/ Asistente Social/ Educadora de párvulos sala de Estimulación; eventualmente Santiago Sano
Realizar actividades de promoción de la Salud Mental infanto juvenil	Intervenciones comunitarias con organizaciones de padres y apoderados	Realizar 1 taller grupal a padres y apoderados en Jardines Infantiles del territorio	Total de talleres grupales en jardines infantiles realizadas/ N°talleres convenios* 100 <b>(7)</b>	Rem 19	Actividades Comunitarias convenio Programa de Salud Mental	Registro enviado por el SSMC. Planilla PRAPS	Psicólogos-Asistente Social- Educadora de párvulos sala de Estimulación; ; eventualmente Santiago Sano
Favorecer el autocuidado (Ges preventivo) de la salud bucal de niños y niñas 4-5 años.	Actividad educativa en las escuelas municipales (aplicación de fluor).	2 talleres jardines infantiles del territorio	Total de actividades realizadas / Total de actividades programadas	Rem 19	Promoción, Salud Bucal	Registro enviado por el SSMC.	Red Odontológica - Sembrando Sonrisas

## Salud del Adolescente

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable
Fortalecer el Autocuidado como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10 a 19 años	Actividades educativas en escuelas (tema: tabaquismo, salud mental.) para niños de 10 a 14 años	Realizar 5 actividad educativa en cada uno de estos temas en las escuelas saludables de la comuna.	Total de actividades educativas realizadas/Total de actividades educativas programadas en escuelas	Rem 19 Sección B.1. F 113 a i113		Este objetivo ha sido ajustado por el equipo del SSMC a las actividades promocionales que se realizan en establecimientos educacionales para diferenciarlas de aquellas propias realizadas en el marco de espacios amigables.	Kinesiólogo - Psicólogo - Nutricionista - Asistente social
	Actividad de autocuidado a jóvenes de 15 a 19 años Intervenciones comunitarias para la promoción de factores protectores del consumo de alcohol y Drogas	1 actividad educativa realizada a adolescentes de 15 a 19 años (escuela saludable o liceo)	Total de actividades realizadas a adolescentes de 15 a 19 años/Total de actividades programados para adolescentes de 15 a 19 años	REM 19, Sección B.2. celdas G109 + i109	Promoción, Salud Mental		Santiago Sano

Favorecer la adquisición de EVS tempranamente como factores protectores	Consejerías en EVS, actividad física, tabaquismo y Sexualidad Responsable a jóvenes inscritos de 10 a 19 años	Realizar 20 consejerías en adolescentes 10-19 años en cada uno de los centros de salud.	Total de jóvenes de 10 a 19 años que reciben consejerías	Rem 19 sección A.1. celdas E12 a F47			Santiago Sano
---	---	---	--	--------------------------------------	--	--	---------------

Salud del Adulto							
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente	Programa involucrado	Observaciones	Responsable
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/o el intersector, de difusión de alimentación saludable y actividad física (se considerará una actividad masiva comunal)	Nº de actividades realizadas con la comunidad / Total de actividades programadas	Rem 19, sección B.1. celdas D98 a E98			Nutricionista - Prof. Ed. Física - Técnicos Enfermería - Santiago Sano
Favorecer adquisición de factores protectores frente a la Violencia de género	Intervenciones comunitarias de prevención en Violencia Intrafamiliar con organizaciones de la comunidad	Realizar 1 actividad con la comunidad y/o el intersector, de difusión de factores protectores en Violencia Intrafamiliar	Nº de actividades realizadas con la comunidad / Total de actividades programadas <b>(7)</b>	Rem 19, sección B.1. celdas D98 a E98	Actividades Comunitarias convenio Programa de Salud Mental	Registro enviado por el SSMC. Planilla PRAPS	Psicólogos-Asistente Social en Taller Chile Crece Contigo
Favorecer adquisición de factores protectores frente a la Violencia de género	Intervenciones comunitarias en Violencia Intrafamiliar con agrupaciones de autoayuda	Realizar 3 actividades con mujeres gestantes que participan en talleres del CHCC	Nº de actividades realizadas en taller ChCC/ Total de actividades convenidas <b>(7)</b>	Rem 19, sección B.1. celdas D98 a E98	Actividades Comunitarias convenio Programa de Salud Mental	Registro enviado por el SSMC. Planilla PRAPS	Psicólogos/ Asistente Social en taller Chile Crece Contigo

Favorecer la salud sexual y reproductiva como factor protector.	Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva a adultos de 20 a 64 años inscritos	Realizar 50 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	Rem 19 sección A celdas G42 a H47			Matrona
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 200 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	Rem 19 sección A.1. celdas G12 a H41			Nutricionista - Kinesiólogo - Enfermera
Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco	Actividades educativas grupales con familiares de pacientes crónicos respiratorios	Realizar 1 actividad grupal con la población inscrita en el programa ERA (usuarios con riesgo de descompensación respiratoria)	Total de actividades educativas realizadas al menos al 10% de la población inscrita en el programa ERA / Total de actividades programadas x 100	Rem 19 sección B.1. celda F110			Kinesiólogo

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

### Salud del Adulto Mayor, familia y cuidadores

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

		1 grupo de adultos mayores por centro de salud (15 usuarios en cada uno), realizando actividad física regular. Monitoreo en OMI.	Nº de adultos/as mayores que al momento del censo se encuentran en actividad física/ Nº Total de AM inscritos)*100	Rem P05, sección D / Pobl. Inscrita validada			
	Fortalecer los EVS y el autocuidado de los AM	Realizar 30 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	Rem 19, Sección A.1. celdas i12 a i41			Nutricionista- kinesiólogo- Enfermera
	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	Rem 19, Sección A.1. celdas i42 a i47			Matrona

	Promover la sexualidad activa en los AM	1 Actividad educativa en temas de sexualidad en los adultos mayores de 65 años.	Total de actividades educativas en temas de sexualidad en adultos mayores de 65 años	Rem 19, Sección B.1. celdas i110			Psicólogos/ Matrona - MAS Adultos Mayores Autovalentes
	Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMP en el AM como acción de detección precoz del riesgo	Dos Actividades de difusión por centro de salud.	Nº de actividades de difusión de la importancia del EMPAM con la comunidad	Rem 19, Sección B.1. celda G110			Enfermera
	Fortalecer la participación de los AM en redes sociales como factores protectores psicosociales	2 Actividad 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 psicosociales y que se comprometen a participar en redes	Rem 19, sección B.1. celda G102		Además de llevará registro local de las asistencias y compromisos suscritos por los AM.	Técnico Enfermería

Promover Cuidado del cuidador	Actividades grupales de "cuidadores", para favorecer adquisición de estrategias de autocuidado	1 ciclo (5 Talleres grupales)	Numero de ciclos de talleres/Número de talleres programados	Rem 19		Registro REM	Equipo de Sector
-------------------------------	--	-------------------------------	---	--------	--	--------------	------------------

## MATRIZ DE CUIDADOS DE SALUD A LO LARGO DEL CURSO DE VIDA

### SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

#### 1. SALUD MATERNA Y PERINATAL - NEONATAL

La vida intrauterina y los primeros 2 años de vida son etapas en las que se puede “programar” la salud y desarrollo del ser humano. Vigilar el desarrollo del proceso de la gestación a través del control prenatal, con enfoque perinatólogo de alto riesgo biopsicosocial, a través de la acción integrada del equipo de salud, permitirá prevenir, detectar y tratar las afecciones, que puedan complicar el proceso reproductivo.

#### Promoción

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la mortalidad perinatal	Implementar control pre concepcional en mujeres en edad fértil	Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	80% gestantes en control participan en taller de educación grupal: <i>Preparación para el parto y crianza.</i>	Talleres de 4 sesiones para gestantes. Según Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo. Nota metodológica PARN “¡Las experiencias tempranas importan mucho!”.	(Nº de gestantes que ingresan a educación grupal <i>Preparación para el parto y crianza</i> / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal)* 100	REM A27 REM P05	80% gestantes en control participan en taller de educación grupal: <i>Preparación para el parto y crianza.</i>	60% gestantes en control participan en taller de educación grupal: <i>Preparación para el parto y crianza.</i>	80% gestantes en control participan en taller de educación grupal: <i>Preparación para el parto y crianza</i>	60% gestantes en control participan en taller de educación grupal: <i>Preparación para el parto y crianza.</i>
		Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo.	Aumento del % de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus pareja, familiar u otro, respecto al año anterior	Control prenatal acompañado pareja, familiar u otro.	(Nº de controles prenatales con acompañante/ Nº Total de controles prenatales realizados)*100	REM A01	Aumento del 10% de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus pareja, familiar u otro, respecto al año anterior	Mantener el % de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus pareja, familiar u otro, respecto al año anterior	Mantener el % de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus pareja, familiar u otro, respecto al año anterior	Aumento del % de mujeres que asisten a controles prenatales

D= DOMEYKO; O= ORELLANA; A= ARAUCO; V= VIEL

## Prevención

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la mortalidad perinatal Disminuir la mortalidad perinatal Disminuir la mortalidad perinatal	Categorización de riesgo en gestantes que se controlan en centros de APS	Ofrecer atención oportuna a embarazadas con riesgo biomédico	100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal.	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo biomédico.	(Nº de gestantes con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes con riesgo biomédico)*100	REM A05 REM P2 Población de gestantes bajo control (prevalencia de ARO)	100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal.	100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal.	100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario para ser evaluadas por especialista, según Guía Perinatal	100% de las gestantes con riesgo biomédico se derivan al nivel secundario
		Detectar gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES Prevención de Parto Prematuro.	100% de gestantes que presentan factores de Riesgo de parto prematuro se derivan al nivel secundario a confirmación diagnóstica.	Derivar precozmente a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario las gestantes con factores de riesgo de parto prematuro, según Guía GES.(Nota: notificación GES)	(Nº de gestantes con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario / Nº total de gestantes con riesgo de parto prematuro)* 100	REM A05 Población de gestantes Bajo control (prevalencia de ARO)	100% de gestantes que presentan factores de riesgo de parto prematuro se derivan al nivel secundario a Confirmación Diagnóstica.	100% de gestantes que presentan factores de riesgo de parto prematuro se derivan al nivel secundario a confirmación diagnóstica.	100% de gestantes que presentan factores de riesgo prematuro se derivan al nivel confirmación diagnóstica.	100% de gestantes

Categorización de riesgo en gestantes que se controlan en centros de APS	<p>Detectar precozmente la depresión en mujeres gestantes</p>	<p>Aumentar la aplicación de tamizaje depresión Edimburgo para gestantes en el segundo control prenatal al respecto al año anterior</p>	<p>Aplicación de tamizaje depresión Edimburgo para gestantes en el segundo control prenatal</p>	<p>(N° de gestantes con tamizaje aplicado de depresión en el 2º control prenatal (año vigente) (MENOS) N° de gestantes con tamizaje aplicado de depresión en el 2º control prenatal (año anterior) / N° de gestantes con tamizaje aplicado de depresión en el 2º control prenatal (año anterior))*100</p>	<p>REM A03</p>	<p>Cobertura del 95% de tamizaje depresión Edimburgo para gestantes en el primer control prenatal</p>	<p>Aumentar en un 80% la aplicación de tamizaje depresión Edimburgo para gestantes en el segundo control prenatal respecto al año anterior</p>	<p>Aumentar la aplicación de tamizaje depresión Edimburgo para gestantes en el segundo control prenatal respecto al año anterior</p>	<p>Aumentar la aplicación de tamizaje depresión Edimburgo para gestantes en el segundo control prenatal respecto al año anterior</p>
	<p>Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por exceso.</p>	<p>100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por exceso.</p>	<p>Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso.</p>	<p>(N° de gestantes con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional / N° total de gestantes con malnutrición por exceso)* 100</p>	<p>REM P01</p>	<p>50% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por exceso.</p>	<p>60% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por exceso</p>	<p>70% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por exceso</p>	<p>Se mantiene PRIORIDAD 2</p>

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la mortalidad perinatal	Categorización de riesgo en gestantes que se controlan en centros de APS	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por déficit.	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.	(Nº de gestantes con malnutrición por déficit, bajo control, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes con malnutrición por déficit)* 100	REM P01	80 % Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por déficit.	60% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con mal nutrición por déficit	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por déficit.	Aumentar la Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición por déficit
			Disminuir en un 20% el porcentaje de gestantes adolescentes menores de 19 años con bajo peso	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes menores de 15 años con bajo peso	(Nº gestantes adolescentes menores de 15 años con bajo peso) / (Nº gestantes adolescentes menores de 15 años)* 100	REM P01 Sección D	Disminuir en un 10% el porcentaje de gestantes adolescentes menores de 19 años con bajo peso	Disminuir en un 20% el porcentaje de gestantes adolescentes menores de 19 años con bajo peso	Disminuir en un 20% el porcentaje de gestantes adolescentes menores de 19 años con bajo peso	Disminuir el porcentaje de gestantes adolescentes menores de 15 años con malnutrición por déficit, mediante Visita Domiciliaria Integral (VDI) realizada por nutricionista
				Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 15 - 19 años con bajo peso	(Nº gestantes adolescentes menores de 15 - 19 años con bajo peso) / (Nº gestantes adolescentes menores de 15 - 19 años)* 100	REM P01 Sección D	Disminuir en un 10% el porcentaje de gestantes adolescentes menores de 19 años con bajo peso	Aumentar en un 5% las Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes con riesgo psicosocial	Disminuir en un 20% el porcentaje de gestantes adolescentes menores de 19 años con bajo peso	Disminuir el porcentaje de gestantes adolescentes menores de 15 a 19 años con malnutrición por déficit, mediante Visita Domiciliaria Integral (VDI)

										realizada por nutricionista
		Aumentar el número visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestante de 10 a 19 en riesgo psicosocial.	Aumentar en un 10% las Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes con riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 14 años con riesgo psicosocial.	(Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-14 años en riesgo psicosocial (año vigente) [MENOS] Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-14 años en riesgo psicosocial (año anterior)/ Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 10-14 años en riesgo psicosocial (año anterior)) *100	REM A26 Sección A	Aumentar en un 10% las Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes con riesgo psicosocial	Aumentar en un 10% las Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes con riesgo psicosocial	Aumentar en un 10% las Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes con riesgo psicosocial.	Aumentar el % las Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 14 años con riesgo psicosocial.
			Aumentar en un 10% las Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes con riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 15 a 19 años con riesgo psicosocial.	(Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 15-19 años en riesgo psicosocial (año vigente) [MENOS] Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 15-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)/ Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 15-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)) * 100	REM A26 Sección A	Aumentar en un 10% las Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes con riesgo psicosocial	Aumentar en un 10% las Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes con riesgo psicosocial	Aumentar en un 10% las Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes con riesgo psicosocial.	Aumentar el % las Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 15 a 19 años con riesgo psicosocial.

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la mortalidad perinatal	Fortalecer la cobertura y calidad de la Atención de la gestante en atención de especialidad abierta y atención cerrada	Aumentar el número de mujeres migrantes que asisten a controles prenatales	Establecer línea base	Control prenatal	Número de Mujeres gestantes migrantes con riesgo psicosocial en Control	REM P1	Establecer línea base	Establecer línea base 100% de las embarazadas migrantes acceden a control prenatal	Establecer línea base	Establecer línea base de gestantes migrantes en control prenatal
		Pesquisa oportuna de las gestantes con infección por <i>T. cruzi</i> para efectuar el consiguiente diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los recién nacidos que resulten confirmados para esta infección y el tratamiento post lactancia de la madre confirmada.	100% de gestantes que ingresa a control prenatal y que resida en zona endémica (Región de Arica y Parinacota hasta Región de O'Higgins, incluida la Región Metropolitana); con tamizaje para enfermedad de Chagas realizado.	Realizar Tamizaje y confirmación diagnóstica de enfermedad de Chagas (seg. Norma General Técnica nº 162, MINSAL), a toda gestante que ingresa a control prenatal y que resida en zona endémica (Región de Arica y Parinacota hasta Región de O'Higgins, incluida la Región Metropolitana).	(Nº de exámenes de tamizaje para infección por <i>T. cruzi</i> realizado en gestantes que ingresan a control prenatal (Zona Endémica)/ Nº Total de gestantes que ingresan a control prenatal (Zona Endémica)*100.	REM A11 REM A05	100% de gestantes que ingresa a control prenatal y que resida en zona endémica (Región de Arica y Parinacota hasta Región de O'Higgins, incluida la Región Metropolitana); con tamizaje para enfermedad de Chagas realizado.	100% de gestantes que ingresa a control prenatal y que resida en zona endémica (Región de Arica y Parinacota hasta Región de O'Higgins, incluida la Región Metropolitana); con tamizaje para enfermedad de Chagas realizado.	100% de gestantes que ingresa a control prenatal y que resida en zona endémica (Región de Arica y Parinacota hasta Región de O'Higgins, incluida la Región Metropolitana); con tamizaje para enfermedad de Chagas realizado	100% de gestantes que ingresan a control prenatal y que resida en zona endémica (Región de Arica y Parinacota hasta Región de O'Higgins, incluida la Región Metropolitana); con tamizaje para enfermedad de Chagas realizado.

Disminuir la mortalidad perinatal	Categorización de riesgo en gestantes que se controlan en centros de APS	Pesquisa precoz de gestantes con infección por <i>T. cruzi</i> para diagnóstico y tratamiento oportuno de recién nacidos que resulten confirmados para esta infección; y para tratamiento post lactancia de la madre confirmada.	100% de gestantes que ingresa a control prenatal, que NO resida en zona endémica (Región del Maule hasta Región de Magallanes) y que presenten criterios de sospecha de infección por <i>T. cruzi</i> definidos en anamnesis dirigida (AD) señalada en la Norma General Técnica n° 0162, MINSAL; con tamizaje para enfermedad de Chagas realizado.	En el resto del país (Región del Maule a Región de Magallanes), Tamizaje y confirmación diagnóstica de gestantes que presenten criterios de sospecha de infección por <i>T. cruzi</i> definidos en anamnesis dirigida (AD) señalada en la Norma General Técnica n° 0162, MINSAL.	(N° Total de exámenes de tamizaje infección por <i>T. cruzi</i> realizado en gestantes que ingresan a control prenatal y que presentan criterios de sospecha de infección por <i>T. cruzi</i> definidos en AD)/ (N° Total de gestantes que ingresan a control prenatal y que presentan criterios de sospecha de infección por <i>T. cruzi</i> definidos en AD)*100.	REM A11 REM A05		100% de gestantes que ingresa a control prenatal, que NO resida en zona endémica (Región del Maule hasta Región de Magallanes) y que presenten criterios de sospecha de infección por <i>T. cruzi</i> definidos en anamnesis dirigida (AD) señalada en la Norma General Técnica n° 0162, MINSAL; con tamizaje para enfermedad de Chagas realizado.	100% de gestantes que ingresa a control prenatal, que NO resida en zona endémica (Región del Maule hasta Región de Magallanes) y que presenten criterios de sospecha de infección por <i>T. cruzi</i> definidos en anamnesis dirigida (AD) señalada en la Norma General Técnica n° 0162, MINSAL; con tamizaje para enfermedad de Chagas realizado	No aplica
-----------------------------------	--	--	--	--	---	--------------------	--	--	---	-----------

Objetivo de Impacto de Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la mortalidad perinatal	Categorización de riesgo en gestantes que se controlan en centros de APS	Pesquisa oportuna de las gestantes con infección por <i>T. cruzi</i> para efectuar el consiguiente diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de los recién nacidos que resulten confirmados para esta infección y el tratamiento post lactancia de la madre confirmada.	100% de Exámenes de confirmación por infección por <i>T. cruzi</i> realizados, en gestantes que ingresan a control cuyo examen de tamizaje ha resultado reactivo.	Confirmación diagnóstica de infección por <i>T. cruzi</i> de la totalidad de casos cuyo examen de tamizaje ha resultado reactivo.	(Nº de caso confirmados para infección por <i>T. cruzi</i> en gestantes que ingresan a control prenatal)/ (Nº de casos con tamizaje reactivo para infección por <i>T. cruzi</i> en gestantes que ingresan a control prenatal)* 100	REM A11	100% de Exámenes de confirmación por infección por <i>T. cruzi</i> realizados, en gestantes que ingresan a control cuyo examen de tamizaje ha resultado reactivo.	100% de Exámenes de confirmación por infección por <i>T. cruzi</i> realizados, en gestantes que ingresan a control cuyo examen de tamizaje ha resultado reactivo.	100% de Exámenes de confirmación por infección por <i>T. cruzi</i> realizados, en gestantes que ingresan a control cuyo examen de tamizaje ha resultado reactivo	Establecer línea base de gestantes migrantes en control prenatal
			100% de exámenes para detección de infección por <i>T. cruzi</i> realizados en recién nacidos hijos de madre con enfermedad de Chagas.	Tamizaje y confirmación diagnóstica para infección congénita por <i>T. cruzi</i> en recién nacidos hijos de madres con enfermedad de Chagas.	(Nº de recién nacidos hijos de madre con enfermedad de Chagas con examen para detección de infección por <i>T. cruzi</i> aplicado)/(Nº de recién nacidos, hijos de madre con enfermedad de Chagas)* 100	REM A 11	100% de exámenes para detección de infección por <i>T. cruzi</i> realizados en recién nacidos hijos de madre con enfermedad de Chagas.	100% de exámenes para detección de infección por <i>T. cruzi</i> realizados en recién nacidos hijos de madre con enfermedad de Chagas.	100% de exámenes para detección de infección por <i>T. cruzi</i> realizados en recién nacidos hijos de madre con enfermedad de Chagas.	100% de gestantes que ingresa a control prenatal y que resida en zona endémica (Región de Arica y Parinacota hasta Región de O'Higgins, incluida la Región Metropolitana); con tamizaje para enfermedad de Chagas realizado.

Disminuir la mortalidad perinatal	Categorización de riesgo en gestantes que se controlan en centros de APS	Disminuir la transmisión vertical del VIH.	100% de embarazadas que ingresan a control prenatal acceden a examen de detección de VIH	Tamizaje para VIH en gestantes al ingreso a control gestación prenatal	$(N^{\circ} \text{ total de exámenes Procesados a gestantes 1er examen para detección del VIH}) / N^{\circ} \text{ total de gestantes que ingresan a control prenatal}) * 100$	REM A11 Sección C1 y C2 REM A05: Sección A	100% de embarazadas que ingresan a control prenatal acceden a examen de detección de VIH	100% de embarazadas que ingresan a control prenatal acceden a examen de detección de VIH	100% de embarazadas que ingresan a control prenatal acceden a examen de detección de VIH	No aplica
			100% de gestantes VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al Programa VIH.	Derivación al Programa de Atención de VIH y a Unidad de Alto Riesgo Obstétrico a gestantes VIH (+) detectadas en el control prenatal	$(N^{\circ} \text{ de gestantes VIH (+) que ingresan al Programa VIH} / N^{\circ} \text{ Total de gestantes VIH (+)}) * 100$	REM A05, Sección B SIGGES	100% de gestantes VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al Programa VIH.	100% de gestantes VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al Programa VIH.	100% de gestantes VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al Programa VIH.	
			100% de gestantes VIH (+) son derivadas a Unidad ARO		$(N^{\circ} \text{ de gestantes VIH (+) ingresadas a ARO} / N^{\circ} \text{ total de gestantes VIH (+)}) * 100$	REM A05, Sección B SIGGES	100% de gestantes VIH (+) son derivadas a Unidad ARO	100% de gestantes VIH (+) son derivadas a Unidad ARO	100% de gestantes VIH (+) son derivadas a Unidad ARO	

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la mortalidad perinatal	Categorización de riesgo en gestantes que se controlan en centros de APS	Mejorar la cobertura del control a gestantes para confirmación diagnóstica de VIH	100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas-citadas.	Visita domiciliaria a gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH que están inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	(Nº gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes, visitadas- citadas a control/ Nº de gestantes en proceso de confirmación diagnóstica para VIH inasistentes a control)* 100	Registros de actividad:  -Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud.  Sistema de Registro único de información de VIH/SIDA	100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas-citadas.	100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son rescatadas (2 llamadas telefónicas y una VD consignadas en FE) -citadas	100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas-citadas	100% de gestantes inasistentes a control para confirmación diagnóstica son visitadas-citadas. EN AGENDA DE TRATAMIENTO DEBE ESTIPULARSE CONDICION
			100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas -citadas.	Citación - Visita domiciliaria a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo, asegurando la confidencialidad.	(Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo citadas-visitadas / Nº de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo)* 100	Registros de actividad:  -Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud.	100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas -citadas.	100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas -citadas.	100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas -citadas.	100% de gestantes VIH (+) que no asisten a control de embarazo, son visitadas -citadas.
			100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al programa VIH.	Derivación de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal al Centro de Atención de VIH.	(Nº de gestantes VIH (+) derivadas al programa VIH/ Nº Total de gestantes ingresadas VIH (+))* 100	Registros locales de derivación. /REM A05	100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al programa VIH.	100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al programa VIH	100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al programa VIH	100% de mujeres VIH (+) detectadas en el control prenatal son derivadas al programa VIH

<p>Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes y sus hijos</p>	<p>Fortalecer la cobertura y calidad de la atención de la gestante en atención primaria</p>	<p>Mejorar y mantener la salud bucal de las gestantes.</p>	<p>100% de las embarazadas que ingresan a tratamiento odontológico han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.</p>	<p>Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado en los ingresos odontológicos de embarazadas.</p>	<p>(Nº de embarazadas con Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado/ N° total de embarazadas que ingresa a tratamiento odontológico)*100</p>	<p>REM A09</p>	<p>100% de las Embarazadas que ingresan a tratamiento odontológico han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.</p>	<p>100% de las embarazadas que ingresan a tratamiento odontológico han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.</p>	<p>100% de las embarazadas que ingresan a tratamiento odontológico han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.</p>	<p>100% de las Embarazadas que ingresan a tratamiento odontológico han recibido Educación Individual con instrucción de técnica de cepillado realizado ya sea por odontólogo o técnico paramédico de odontología.</p>
---	---	--	---	---	---	----------------	---	---	---	---

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
		Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	≥68% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento.	Atención odontológica integral a la embarazada.	(N° de altas odontológica totales en embarazadas/ total de gestantes ingresadas a programa prenatal)*100	REM A09 REM A05	69% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento.	≥68% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento.	≥68% de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento	AUMENTAR EL % de cobertura, en altas odontológicas totales en embarazadas ingresadas a programa prenatal en el establecimiento.
		Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a.	≥ 40% de gestantes ingresadas a Salud Oral Embarazada reciben CBT.	Consejería Breve en Tabaco (CBT).	(N° de gestantes que reciben CBT/ N° ingresos gestantes a Salud Oral Embarazada)*100	REM 09, Sección B / REM 09, Sección C.	100% de gestantes ingresadas a Salud Oral Embarazada reciben CBT.	≥ 40% de gestantes ingresadas a Salud Oral Embarazada reciben CBT	≥ 40% de gestantes ingresadas a Salud Oral Embarazada reciben CBT.	≥ 40% de gestantes ingresadas a Salud Oral Embarazada reciben CBT.
Disminuir la mortalidad perinatal	Categorización de riesgo en gestantes que se controlan en centros de APS	Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el período de gestación	80% de embarazadas con educación sobre prevención de IRA-ERA	Educación grupal a embarazadas sobre prevención de IRA-ERA	(N° de embarazadas que ingresan a educación grupal en prevención de IRA -ERA / total de embarazadas bajo control)*100	REM A27 Sección A REM P1 Sección D	80% de embarazadas con educación sobre prevención de IRA-ERA	50% de embarazadas con educación sobre prevención de IRA-ERA	50% de embarazadas con educación sobre prevención de IRA-ERA	AUMENTAR DE GESTANTES CON EDUCACIÓN EN PREVENCIÓN IRA-ERA, QUE ACUDEN A TALLER CHILE CRECE CONTIGO

## Tratamiento

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
	Categorización de riesgo en gestantes que se controlan en centros de APS	Disminuir la transmisión vertical de la sífilis. Aumento de cobertura preventiva	100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis.	Tamizaje para sífilis durante el embarazo.	(Nº total de VDRL o RPR de gestantes, procesados en el primer trimestre de embarazo / Nº de gestantes que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación)*100	REM A11 REM A05	100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis.	<b>100% de las embarazadas que ingresan a control prenatal acceden a tamizaje para sífilis.</b>	<b>100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis.</b>	<b>100% de las embarazadas que ingresan a control antes de las 14 semanas de gestación acceden a tamizaje para sífilis.</b>
Disminuir la mortalidad perinatal	Fortalecer la cobertura y calidad de la Atención de la gestante en atención de especialidad abierta y atención cerrada	Brindar atención integral a gestantes y madres de hijos menores de 1 año con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	Aumentar el ingreso a tratamiento de gestantes y madres de hijos menores de 1 año con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	Aumentar en un punto porcentual la cobertura de atención a gestantes y madres de hijos menores de 1 año con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	(Nº de gestantes y madres de hijos menores de 1 año con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales ingresados (año vigente) (MENOS) Nº de gestantes y madres de hijos menores de 1 año con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales ingresados (año anterior)/Nº de gestantes y madres de hijos menores de 1 año con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales ingresados (año anterior))*100	REM A05	Aumentar en un 10% el ingreso a tratamiento de gestantes y madres de hijos menores de 1 año con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	60% de las gestantes y madres de hijos con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales ingresan a salud mental	Aumentar el ingreso a tratamiento de gestantes y madres de hijos menores de 1 año con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.	Aumentar el ingreso a tratamiento de gestantes y madres de hijos menores de 1 año con factores de riesgo de salud mental o diagnóstico de trastornos mentales.
			Aumentar el número de gestantes con depresión que ingresan a tratamiento respecto al año anterior	Ingreso de gestantes a tratamiento por depresión	(Nº de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión (año vigente) (MENOS) Nº de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión (año anterior) / Nº de gestantes ingresadas a tratamiento por depresión (año anterior))*100	REM A05	Aumentar el número de gestantes con depresión que ingresan a tratamiento respecto al año anterior	Aumentar el número de gestantes con depresión que ingresan a tratamiento respecto al año anterior	Aumentar el número de gestantes con depresión que ingresan a tratamiento respecto al año anterior	Aumentar el número de gestantes con depresión que ingresan a tratamiento respecto al año anterior

<p>Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida</p>	<p>Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género</p>	<p>Mejorar la derivación de gestantes víctimas de violencia de género</p>	<p>Aumentar los ingresos de gestantes víctimas de violencia de género en relación a las gestantes detectadas en escala EPSA</p>	<p>Ingreso de gestantes víctimas de violencia de género</p>	<p>(Nº de gestantes víctimas de violencia de género ingresadas a atención por violencia de género/gestantes detectadas con factor de riesgo de violencia de género en Escala EPSA) <b>Resultado Proporción</b> (año vigente) [MENOS] Resultado Proporción (año anterior)</p>	<p>Sistema de Registro y Monitoreo Chile Crece Contigo REM A 05</p>	<p>Aumentar a un 30% los ingresos De mujeres víctimas de violencia de género en relación al año anterior.</p>	<p>Aumentar atenciones de gestantes víctimas de violencia de género en relación a las gestantes detectadas en escala EPSA</p>	<p>Aumentar los ingresos De gestantes víctimas de violencia de género en relación a las gestantes detectadas en escala EPSA</p>	<p>DERIVAR AL 100% DE LAS GESTANTES DETECTADAS EN EPSA CON RIESGO DE VIOLENCIA DE GENERO AL EQUIPO DE CABECERA</p>
--	---	---	---	---	--	---	---	---	---	--

## SALUD REPRODUCTIVA

La salud reproductiva es la condición en la cual se logra un proceso reproductivo en un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedades. Incluye el derecho a acceder a información, métodos de regulación de fertilidad y servicios de salud integrales (OMS).

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la mortalidad perinatal	Implementar control pre concepcional en mujeres en edad fértil	Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a las personas tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad)	Aumentar en 5% las personas de 25 y más años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva respecto al año anterior	Consejería en salud sexual y reproductiva	(Nº de personas en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) Nº de personas en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior/ Nº de personas en edad fértil que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior))*100	REM 19 a	Aumentar en 5% las personas de 25 y más años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva respecto al año anterior	Aumentar en 5% las personas de 25 y más años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva respecto al año anterior	Aumentar en 5% las personas de 25 y más años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva respecto al año anterior	Aumentar EL % las personas de 25 y más años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva respecto al año anterior
		Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con actividad sexual activa.	Aumentar respecto al año anterior el ingreso de personas de 25 años y más al programa de regulación de fertilidad.	Control integral de regulación de fertilidad	(Nº total de población 25 años y más bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población de 25 años y más bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ Nº total de población bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	REM P1	Aumentar en un 10% respecto al año anterior el ingreso de personas de 25 años y más al programa de regulación de fertilidad	Aumentar respecto al año anterior el ingreso de personas de 25 años y más al programa de regulación de fertilidad	Aumentar un 10% respecto al año anterior el ingreso de personas de 25 años y más al programa de regulación de fertilidad.	Aumentar respecto al año anterior el ingreso de personas de 25 años y más al programa de regulación de fertilidad
					Número de personas migrantes en control según método de regulación de fertilidad.	REM P1				

		Evaluación integral de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas.	Porcentaje de controles a mujeres que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, antes de los 15 días del alta, según norma de referencia.	Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, antes de los 15 días del alta y entregar consejería en RF e ingreso a Regulación de Fertilidad Prevención aborto.	(Nº de controles de mujeres post aborto y otras pérdidas reproductivas/Nº total de mujeres post aborto y otras pérdidas reproductivas referidas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología) *100	REM A01 Denominador egresos hospitalarios	50% de controles a mujeres que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, antes de los 15 días del alta, según norma de referencia.	Porcentaje de controles a mujeres que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, antes de los 15 días del alta, según norma de referencia.	Porcentaje de controles a mujeres que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, antes de los 15 días del alta, según norma de referencia.	Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, antes de los 15 días del alta y entregar consejería en RF e ingreso a Regulación de Fertilidad Prevención aborto
--	--	---	---	--	--	--	--	---	---	---

## SALUD GINECOLÓGICA

El objetivo es entregar una atención integral en salud ginecológica a las personas, a lo largo del curso de vida, realizando acciones de fomento y protección de la salud, detectando precozmente afecciones ginecológicas, infecciones de transmisión sexual, factores de riesgo psicosocial, enfermedades crónicas, trastornos de la nutrición, cáncer cervicouterino, mama y vesicular.

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la detección precoz del cáncer en grupos de riesgo	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Aumentar el 4% de acceso a control de salud integral ginecológica en el curso de vida.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	(Nº de mujeres en control preventivo ginecológico de 25 años y más /Nº total de mujeres de 25 años y más inscrita y validada )*100	REM A01/ Población inscrita validada	Aumentar al 8% de acceso a control de salud integral ginecológica en el curso de vida.	Aumentar el 4% de acceso a control de salud integral ginecológica en el curso de vida.	Aumentar el 4% de acceso a control de salud integral ginecológica en el curso de vida.	Aumentar el % de acceso a control de salud integral ginecológica en el curso de vida.
		Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Alcanzar meta país un 50% cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente.	Mamografía a mujeres de 50 a 59 años AUGE.	(Nº de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente / Nº de mujeres de 50 a 59 años inscritas validadas)* 100	REM P12, Sección C Población inscrita de mujeres de 50 a 59 años	Alcanzar meta país un 50% cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente	Alcanzar meta país un 50% cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente	Alcanzar meta país un 60% cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente.	Alcanzar meta país un 50% cobertura de mujeres de 50 a 59 años con mamografía vigente.
		Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino.	Alcanzar meta país a un 60% de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años	PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años AUGE y EMPA.	(Nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente / Nº de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas)* 100	Citoexpert/ Revican en algunos centros pilotos. REM P12, Sección A Población de mujeres de 25 a 64 años	Reducir un 18 % la brecha de cobertura de mujeres con PAP vigente.	Alcanzar meta país a un 60% de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años	Alcanzar meta país a un 60% de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años	MANTENER % de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años

**SALUD SEXUAL**

La salud sexual en la integración de los aspectos somáticos, emocionales, sociales y culturales y la capacidad que tienen las personas de disfrutar y expresar su sexualidad, sin coerción, sin violencia, sin discriminación y sin riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual y/o de tener embarazos no planificados o no deseados (OMS).

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Fortalecer la promoción de sexo seguro y prevención del VIH e ITS	Aumentar el número de personas que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva en el curso de vida.	Aumentar el número de consejerías en SSR otorgadas a personas de 25 y más años	Consejería en SSR.	(N° Consejerías en SSR realizadas en personas de 25 años y más / Población de 25 años y más)* 100	REM A19a	Aumentar al 5% de consejerías en SSR otorgadas a personas de 25 y más años	Aumentar el número de consejerías en SSR otorgadas a personas de 25 y más años	Aumentar número de consejerías en SSR otorgadas a personas de 25 y más años	Aumentar el número de consejerías en SSR otorgadas a personas de 25 y más años
		Promover Sexo Seguro en personas que ejercen comercio sexual.	Aumentar en un 10% el ingreso a control de salud sexual de personas que ejercen comercio sexual, respecto al año anterior.	Control de Salud sexual en personas, que ejercen comercio sexual.	(N° de personas que ejercen comercio sexual que ingresan a control de salud sexual (año vigente) (MENOS) N° de personas que ejercen comercio sexual que ingresan a control de salud sexual (año anterior)/N° de personas de 20 24 años que ejercen comercio sexual en control de salud sexual (año anterior))* 100	REM A05, Sección U	Aumentar en un 10% el ingreso a control de salud sexual de personas que ejercen comercio sexual, respecto al año anterior.	Aumentar en un 10% el Ingreso a control de salud sexual de personas que ejercen comercio sexual, respecto al año anterior	Aumentar en un 10% el ingreso a control de salud sexual de personas que ejercen comercio sexual, respecto al año anterior	NO CORRESPONDE

		Aumentar el número de personas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Aumentar en un 10% la cobertura de consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas de 25 años y más.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS realizadas en población 25 años y más (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS realizadas en población 25 años y más (año anterior) / (Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS realizadas en población 25 años y más (año anterior))*100	REM A19a Sección A1	Aumentar en un 10% la cobertura de consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas de 25 años y más.	Aumentar en un 10% la cobertura de consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas de 25 años y más.	Aumentar en un 10% la cobertura de consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas de 25 años y más.	Aumentar El % la cobertura de consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas de 25 años y más.
--	--	--	--	--	---	------------------------	--	--	--	---

## SALUD POST REPRODUCTIVA

La atención integral de la mujer en el período post-reproductivo, requiere un enfoque interdisciplinario y participativo, a nivel de la atención primaria; entre sus objetivos más importantes se puede señalar: mejorar la calidad de vida de la mujer en esta etapa de su vida; prevenir el desarrollo o agravamiento de patologías crónicas y degenerativas; reducir la morbilidad asociada a cánceres ginecológicos. Es un momento en que la mujer también necesita ser escuchada y donde es importante entregarle información detallada y comprensible que le permitirá conocer las opciones respecto a las diferentes posibilidades para enfrentar de la mejor manera este período.

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Aumentar la Cobertura de Controles de salud, de la mujer en edad de climaterio.	Aumentar la cobertura del control de salud de la mujer en etapa de climaterio (45 a 64 años).	Aumentar en 2 % respecto al año anterior, la cobertura en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio.	Control de salud integral de la mujer en etapa de climaterio.	(Nº de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio (año vigente) (MENOS) N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio el (año anterior)/ N° de mujeres en control de salud integral en etapa de climaterio (año anterior))*100	REM P1	Aumentar en 2 % respecto al año anterior, la cobertura en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio.	Aumentar en 2 % respecto al año anterior, la cobertura en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio.	Aumentar en 2 % respecto al año anterior, la cobertura en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio.	Mantener % respecto al año anterior, la cobertura en control de salud integral a mujeres en etapa de climaterio.
	Detectar oportunamente el deterioro de la calidad de vida de las mujeres de 45 a 64 años de edad	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio, según Orientación Técnica (ENS 2011-2020)	Disminuir el puntaje relacionado con calidad de vida en mujeres de 45 a 64 años, bajo control, según MRS (ENS 2011 – 2020)	Aplicación de la Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio	(Nº de mujeres con puntaje elevado MRS / N° total de mujeres bajo control, con pauta aplicada MRS)*100	REM P1		Disminuir el puntaje relacionado con calidad de vida en mujeres de 45 a 64 años, bajo control, según MRS (ENS 2011 – 2020)	Disminuir el puntaje relacionado con calidad de vida en mujeres de 45 a 64 años, bajo control, según MRS (ENS 2011 – 2020)	No aplicable en ces i.m. Santiago
	Mejorar la calidad de atención de las mujeres en edad de climaterio	Aumentar la proporción de mujeres de 45 a 64 años bajo control que requieren terapia hormonal, según puntaje MRS	Aumentar en 2 % las mujeres bajo control con TRH según puntaje MRS, respecto al año anterior	Aplicación de Terapia según puntaje MRS	(Nº de mujeres con TRH, bajo control, según puntaje MRS / N° de mujeres con necesidad de TRH según escala MRS)* 100	REM P1		Aumentar en 2 % las mujeres bajo control con TRH según puntaje MRS, respecto al año anterior	Aumentar en 2 % las mujeres bajo control con TRH según puntaje MRS, respecto al año anterior	No aplicable en ces i.m. Santiago

## SALUD EN LA INFANCIA

### Promoción

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del Indicador	D	O	A	V
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer la prevención primaria del rezago en primera infancia	Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental en niños y niñas dirigido a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año anterior.	Aumentar el número de talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año anterior	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental (Habilidades personales, factores protectores psicosociales, etc.) en el ámbito educacional (Jardines, Escuelas, Liceos, etc.) (Cada taller tiene como referencia 6 asistentes).	(Nº de talleres realizados año vigente (MENOS) N° de talleres realizados (año anterior) / N° de talleres realizados (año anterior))*100	REM A 27	Mantener el número de talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año anterior	Aumentar el número de talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año anterior	Aumentar el número de talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año anterior	2 Taller NEP 2 Taller en SEI  Prioridad 1 % cumplimiento
Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la Prevalencia de factores protectores contra la obesidad infantil en menores de 6 años	Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida.	Incremento de 2 puntos porcentuales de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida respecto al año anterior.	Educación en los beneficios de la lactancia materna exclusiva. Fomentar uso de cojín de lactancia, Evaluar y reforzar las técnicas correctas de amamantamiento en cada Control de Salud de niña y niño. Favorecer las clínicas de lactancia.	1. (Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida / N° de lactantes controlados al 6to mes)*100 2. Resultado de proporción (año vigente) [menos] Resultado de proporción (año anterior)	REM A03, Sección A.7	<b>Aumentar a un 55% la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida. Mantener el 70% de Visitas Domiciliarias realizadas a RN por Nutrición dentro del mes de vida.</b>	<b>Incremento de 2 puntos porcentuales de Lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida respecto al año anterior</b>	<b>Incremento de 2 puntos porcentuales de lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6 mes de vida respecto al año anterior.</b>	<b>Mantener las VD integrales con nutricionista a los RN</b>  Año anterior 54% 2016: 56% Prioridad 1 % cumplimiento "real": 50% de lactancia Irregularidad en la indicación estandarizada de LE entre los equipos de APS y Atención secundaria

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del Indicador	D	O	A	V
Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la Prevalencia de factores protectores contra la obesidad infantil en menores de 6 años	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no transmisibles durante el ciclo vital.	10% de niñas y niños bajo control reciben consejería individual de actividad física.	Consejería individuales de actividad física entregada a niñas y niños menores de 10 años	(Nº de consejería individuales en actividad física entregadas a niños y niñas menores de 10 años/ Total de población bajo control menor de 10 años)* 100	REM A19a, Sección A1 REM P2, Sección A	10% de niñas y niños bajo control reciben consejería individual de actividad física y alimetación saludable	10% de niñas y niños bajo control reciben consejería individual de actividad física.	5% de niñas y niños bajo control reciben consejería individual de actividad física 80% de niñas y niños reciben consulta nutricional al 5º mes de vida.	Prioridad 3 Se mantiene % se mantiene 100% Nutricionista en control obesos
			80% de niñas y niños reciben consulta nutricional al 5º mes de vida.	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	(Población con consulta nutricional al 5º mes / Total de población bajo control menor de 6 meses)* 100	REM P2, Sección E REM P2, Sección A	75% de niñas y niños reciben consulta nutricional al 5º mes de vida.	Mantener % de niñas y niños reciben consulta nutricional al 5º mes de vida.		Prioridad 1 %50 %50 Profesional nutricionista con licencias prolongadas en polo viel Con licencias prolongadas
			80% de niñas y niños reciben consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	(Población con consulta a los 3 años y 6 meses/ Población bajo control entre 42 y 47 meses)* 100	REM P2, Sección E REM P2, Sección A	50% de niñas y niños reciben consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.	Disminuir al 50% de niñas y niños reciben consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.	50% de niñas y niños reciben consulta nutricional a los 3 años y 6 meses de vida.	Prioridad 1 %50 Profesional nutricionista con licencias prolongadas en polo viel

Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer la prevención primaria del rezago en primera infancia	Favorecer la participación de los padres, madres y/o cuidadores en talleres de promoción del desarrollo del lenguaje y del desarrollo motor	20% de los padres , madres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año participan en talleres de promoción del desarrollo del lenguaje y del desarrollo motor	Educación grupal en promoción del desarrollo del lenguaje Educación grupal en promoción del desarrollo motor.	(Nº de padres , madres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año participan en talleres de promoción del desarrollo del lenguaje y del desarrollo moto / Nº de niños bajo control menores de 1 año)*100	REM A27 REM P2	20% de los padres , madres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año participan en talleres de promoción del desarrollo del lenguaje y del desarrollo motor	20% de los padres ,madres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año participan en talleres de promoción del desarrollo del lenguaje y del desarrollo motor	20% de los padres , madres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año participan en talleres de promoción del desarrollo del lenguaje y del desarrollo motor	Prioridad 1  Aumentar en 1 punto porcentual lo logrado el año anterior
		Aumentar el número de padres (hombres) que participan en los controles de salud de sus hijos e hijas.	25% de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 año en los que participa el padre	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 año en los que participa el padre	(Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre / Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 1 año)*100	REM A01, Sección B	25% de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 año en los que participa el padre	25% de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 año en los que participa el padre	25% de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 año en los que participa el padre	Prioridad 1  Se mantiene

## Prevención

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer la prevención primaria del rezago en primera infancia	Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	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.	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.	(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)*100	Sistema de Registro Monitoreo del Chile Crece Contigo	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.	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	2.5 % 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.	Prioridad 1 Mantener %
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la Calidad y Oportunidad de la Atención de pacientes con enfermedades respiratorias agudas	Fortalecer intervenciones educativas relacionadas con los problemas de salud más prevalentes en la infancia	60% de madres, padres y/o cuidadores de menores de 1 año bajo control que ingresan a educación de prevención IRA	Educación grupal a madres, padres y/o cuidadores de niños y niñas menores de 1 año, acerca de prevención de IRA en época de baja circulación viral	(Nº de madres, padres y /o cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA/ Nº total de niños menores de 1 año bajo control)*100	REM A27, Sección A REM P2, Sección A	60% de madres, padres y/o cuidadores de menores de 1 año bajo control que ingresan a educación de prevención IRA moderada y grave.	60% de madres, padres y/o cuidadores de menores de 1 año bajo control que ingresan a educación de prevención IRA	30% de madres, padres y/o cuidadores de menores de 1 año bajo control que ingresan a educación de prevención IRA.	Prioridad 3 Estrategia para aumentar: incluir niños con 1er episodio SBO a taller IRA
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Fomentar la Prevención de Salud en Atención Primaria	Entregar herramientas para la prevención de la violencia en niños y niñas, dirigido a padres y/o cuidadores y/o profesores	Aumentar el Nº talleres preventivos de problemas de violencia (maltrato) en niños, niñas respecto al año anterior	Talleres preventivos en el ámbito educacional (Jardines, Escuelas, Liceos, etc.). (Cada taller tiene como referencia 6 asistentes).	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100	REM A 27	Aumentar el Nº talleres Preventivos de problemas de violencia (maltrato) en niños, niñas respecto al año anterior	Aumentar el Nº talleres preventivos de problemas de violencia (maltrato) en niños, niñas respecto al año anterior	Aumentar el Nº talleres preventivos de problemas de violencia (maltrato) en niños, niñas respecto al año anterior	Prioridad 3

Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer la prevención primaria del rezago en primera infancia	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Disminuir en 10% la inasistencia a control de salud en los distintos grupos etarios	Rescate de población inasistentes a los controles de salud	(N° de niños/as inasistentes a control de salud en el grupo etario/ total de niños/as bajo control en el grupo etario)*100	REM P2	Disminuir en 10% la inasistencia a control de salud en los distintos grupos etarios	Disminuir en 10% la inasistencia a control de salud en los distintos grupos etarios	Disminuir en 10% la inasistencia a control de salud en los distintos grupos etarios	Prioridad 3
		Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Establecer línea base	Control de Salud a niños y niñas migrantes	Número de Niños y Niñas Inmigrantes bajo control según estado nutricional	REM P2	Establecer línea base	Establecer línea base	Establecer línea base	Prioridad 3 Registro local

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer la prevención primaria del rezago en la primera infancia	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Alcanzar el Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo).	Control de salud a niñas y niños de 2 y 3 años inscrito en establecimiento de salud.	(Nº de controles de salud de niñas/os de 24 a 47 meses / Nº total de niñas/os de 24 a 47 meses bajo control)*100	REM A01, Sección B REM P2, Sección A	Aumentar al menos a 1 % el control de salud en el período, realizado a niñas y niños de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo).	<b>Subir a 3 la cantidad de controles promedio realizados en niños de 24 a 47 meses</b>	Alcanzar el Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo).	Prioridad 3
			Alcanzar el Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 48 a 71 meses según estándar (2 controles en el periodo).	Control de salud a niñas y niños de 48 a 71 meses inscrito en establecimiento de salud.	(Nº de controles de salud de niños de 48 a 71 meses/ Nº de niños de 48 a 71 meses bajo control)*100	REM A01, Sección B REM P2, Sección A	Alcanzar a un 10% los controles de salud ( de al menos 1 vez en el período)realizados a niñas y niños de 48 a 71 meses según estándar (2 controles en el periodo).	Alcanzar el Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 48 a 71 meses según estándar (2 controles en el periodo).	Alcanzar el Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 48 a 71 meses según estándar (2 controles en el periodo).	Prioridad 3
			Mantener o aumentar el número controles de salud realizados en establecimiento educacional a niños y niñas de kínder a cuarto básico en relación a lo logrado en el año precedente.	Controles de salud individuales realizados en establecimiento educacional a niños y niñas de kínder a cuarto básico	(Nº de niños y niñas con controles de salud individual realizados en establecimiento educacional de kínder a cuarto básico (año vigente) (MENOS) Nº de niños y niñas con controles de salud individual realizados en establecimiento educacional de kínder a cuarto básico (año anterior))*100	REM A01, Sección F	Mantener el número controles de salud realizados en establecimiento educacional a niños y niñas de kínder a cuarto básico en relación a lo logrado el año precedente.	Mantener o aumentar el número controles de salud realizados en establecimiento educacional a niños y niñas de kínder a cuarto básico en relación a lo logrado en el año precedente	aumentar en un 10% el número controles de salud realizados en establecimiento educacional a niños y niñas de kínder a cuarto básico en relación a lo logrado en el año precedente.	Prioridad 3 Salud escolar

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer la prevención primaria del rezago en la infancia	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	100% niñas/os de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor en el control de salud.	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo 7- 11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)/ total control de salud de niñas/os de 7 a 11 meses bajo control)*100	REM A03, Sección B REM A01, Sección B	90% niñas/os de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor en el control de salud.	100% niñas/os de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo psicomotor en el control de salud	100% niñas/os de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud	Prioridad 1 Se mantiene
			90% niñas y niños se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses.	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses / Total de controles sano realizados a niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	REM A03, Sección A REM A01, Sección B	90% niñas y niños se les aplica pauta breve en el Control de salud a los 12 meses.	90% niñas y niños se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses	90% niñas y niños se les aplica pauta breve en el control de salud a los 12 meses.	Prioridad 1 Se mantiene
			90% niñas/os de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación).	(Nº Aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses / Nº total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control)* 100	REM A03, Sección A REM P2, Sección A	95 % niñas/os de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	90% niñas/os de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud	90% niñas/os de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud	Prioridad 1 Se mantiene
			50% niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud.	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) / Nº total control sano de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	REM A03, Sección A REM A01, Sección B	50% niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud.	50% niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud.	50% niñas y niños de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud.	Prioridad 1 Se mantiene

			90% niñas/os de 36 meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. (Primera evaluación).	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses(Primera evaluación).en el control de salud de los 36 meses / Nº total control sano de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)*100	REM A03, Sección A REM A01, Sección B	50% niñas/os de 36 meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud.	90% niñas/os de 36 meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud	50 % niñas/os de 36 meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud	Prioridad 1 Se mantiene
--	--	--	--	--	--	---------------------------------------	--	---	--	----------------------------

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer la prevención primaria del rezago en primera infancia	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, través de su detección precoz	100% niñas/os de 1 mes de edad con protocolo neurosensorial aplicado.	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	(Nº de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes / Nº Total control de ciclo vital de niñas y niños de 1 mes)*100	REM A03, Sección A1 REM A01, Sección B	95% niñas/os de 1 y 2 meses de edad con protocolo neurosensorial aplicado.	100% niñas/os de 1 mes de edad con protocolo neurosensorial aplicado	100% niñas/os de 1 mes de edad con protocolo neurosensorial aplicado.	Prioridad 1 Se mantiene
			100% de las niñas y niños 3 meses con radiografía de pelvis tomada (GES)	Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses	(Nº de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población de 0 años inscrita validada por FONASA)*100	SIGGES FONASA	100% de las niñas y niños 3 meses con radiografía de pelvis tomada (GES)	100% de las niñas y niños 3 meses con radiografía de pelvis tomada (GES)	100% de las niñas y niños 3 meses con radiografía de pelvis tomada (GES)	Prioridad 1 Se mantiene
			90% de los controles realizados a niñas y niños de 48 a 59 meses con medición de la agudeza visual.	Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual.	(Nº de controles de salud de niños de 48 a 59 meses con evaluación visual / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 48 a 59 meses)* 100	SIGGES REM A03, Sección B	50% de los controles realizados a niñas y niños de 48 a 59 meses con medición de la agudeza visual.	90% de los controles realizados a niñas y niños de 48 a 59 meses con medición de la agudeza visual.	90% de los controles realizados a niñas y niños de 48 a 59 meses con medición de la agudeza visual.	Prioridad 1 Se mantiene
		Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	95 % de los niños s menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada	Administración de esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños/as de 1 año.	(Nº de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada/Nº de niños/as de 1 año)*100	Sistema Informático RNI Población Inscrita Validada	95 % de los niños s menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada	95 % de los niños s menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada	95 % de los niños s menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada	No hay vacunatorio
			90% de los niños pertenecientes a los grupos prioritarios con vacunación anti-influenza	Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años.	(Nº de niños/as entre 6 y 5 años vacunados con anti-influenza / Total de niños/ entre 6 y 5 años) *100.	Sistema Informático RNI Población Inscrita Validada	90% de los niños pertenecientes a los grupos prioritarios con vacunación anti-influenza	90% de los niños pertenecientes a los grupos prioritarios con vacunación anti-influenza	90% de los niños pertenecientes a los grupos prioritarios con vacunación anti-influenza	
				Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años.	(Nº de niños/as entre los 5 años y 10 años vacunados con anti- influenza / Total de niños/ entre 5 y 10 años) *100.					

Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Mejorar Cobertura de Inmunización para las enfermedades transmisibles seleccionadas		95 % de los niños menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna Pentavalente	Administración de esquema primario completo de vacuna Pentavalente en niños/as menores de 1 año	(Nº de niños/as menores de 1 año vacunados con Pentavalente con esquema primario completo/Nº Total de niños/as menores de 1 año de vida)*100	Sistema informático RNI Población Inscrita Validada	95 % de los niños menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna Pentavalente	95 % de los niños menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna Pentavalente	95 % de los niños menores de 1 año con esquema primario completo de vacuna Pentavalente	No hay vacunatorio
---	---	--	---	---	--	---	---	---	---	--------------------

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Mejorar Cobertura de Inmunización para las enfermedades transmisibles seleccionadas	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	95 % de los niños de 1 año de edad con vacuna Trivírica	Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica al año de vida.	(Nº de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivírica administrada / Nº de niños de 1 año)*100	Sistema Informático RNI Proyección INE	95 % de los niños de 1 año de edad con vacuna Trivírica	95 % de los niños de 1 año de edad con vacuna Trivírica	95 % de los niños de 1 año de edad con vacuna Trivírica	No hay vacunatorio
			95 % de las niñas que cursan 4º básico con primera dosis de vacuna papiloma humano	Administrar primera dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan cuarto año básico.	(Nº de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4º básico/Nº de niñas matriculadas en 4º básico)*100	Sistema Informático RNI Nº de matrículas en 4º básico 2015 Ministerio de Educación.	95 % de las niñas que cursan 4º básico con primera dosis de vacuna papiloma humano	95 % de las niñas que cursan 4º básico con primera dosis de vacuna papiloma humano	95 % de las niñas que cursan 4º básico con primera dosis de vacuna papiloma humano	No hay vacunatorio
Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Disminuir la prevalencia de factores de riesgo de Obesidad infantil en población menor de 6 años	Controlar mal nutrición por exceso, perfil metabólico y la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.	Al menos el 50% de los niños y niñas entre 2 a 5 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de peso/talla	Mejorar la mal nutrición por exceso en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes - enfermedad cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de niños y niñas entre 2 a 5 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de peso/talla / Nº total de niños y niñas entre 2 a 5 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10	Al menos el 50% de los niños y niñas entre 2 a 5 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de peso/talla	Al menos el 50% de los niños y niñas entre 2 a 5 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional integrado o ZScore de peso/talla	Al menos el 50% de los niños y niñas entre 2 a 5 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional integrado o ZScore	PRIORIDAD 3 PROFESIONAL NUTRICIONISTA CON LICENCIAS PROLONGADAS
			Al menos el 50% de los niños y niñas entre 6 a 9 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC	Mejorar la mal nutrición por exceso en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus - Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de niños y niñas entre 6 a 9 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC / Nº total de niños y niñas entre 6 a 9 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10	Al menos el 50% de los niños y niñas entre 6 a 9 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC	Al menos el 50% de los niños y niñas entre 6 a 9 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC	Al menos el 50% de los niños y niñas entre 6 a 9 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional o ZScore	PRIORIDAD 3 PROFESIONAL NUTRICIONISTA CON LICENCIAS PROLONGADAS
			Al menos el 50% de los niños y niñas entre 2 a 9 años intervenidos mejoran perímetro de cintura	Mejorar el perímetro de cintura en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus - Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de niños y niñas entre 2 a 9 años intervenidos mejoran perímetro de cintura / Nº total de niños y niñas entre 2 a 9 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10	Al menos el 50% de los niños y niñas entre 2 a 9 años intervenidos mejoran perímetro de cintura	Al menos el 50% de los niños y niñas entre 2 a 9 años intervenidos mejoran perímetro de cintura	Al menos el 50% de los niños y niñas entre 2 a 9 años intervenidos mejoran perímetro de cintura	Al menos el 50% de los niños y niñas entre 2 a 9 años intervenidos mejoran perímetro de cintura

			Al menos el 90% de los niños y niñas entre 2 a 5 años intervenidos mejoran su capacidad motora.	Mejorar la capacidad motora en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus - Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de niños y niñas entre 2 a 5 años intervenidos mejoran su capacidad motora/ Nº total de niños y niñas entre 2 a 5 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10	Al menos el 90% de los niños y niñas entre 2 a 5 años intervenidos mejoran su capacidad motora.	Al menos el 90% de los niños y niñas entre 2 a 5 años intervenidos mejoran su capacidad motora.	Al menos el 90% de los niños y niñas entre 2 a 5 años intervenidos mejoran su capacidad motora.	PRIORIDAD 3 PROFESIONAL NUTRICIONISTA CON LICENCIAS PROLONGADAS
--	--	--	---	--	---	---------	---	---	---	---

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Disminuir la prevalencia de factores de riesgo de Obesidad infantil en población menor de 6 años	Controlar mal nutrición por exceso, perfil metabólico y la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.	Al menos el 90% de los niños y niñas entre 6 a 9 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad.	Mejorar la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus – Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de niños y niñas entre 6 a 9 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad. / Nº total de niños y niñas entre 6 a 9 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10	Al menos el 50% de los niños y niñas entre 6 a 9 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad.	Al menos el 90% de los niños y niñas entre 6 a 9 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad	Al menos el 90% de los niños y niñas entre 6 a 9 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad.	PRIORIDAD 3
		Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.	60% de niños/as bajo control eutróficos, con la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso aplicada	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia.	(Nº de niños eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente/Nº de niños eutróficos bajo control, en cada control correspondiente)*100	REM P2, sección H REM P2, sección A	60% de niños/as bajo control eutróficos, con la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso aplicada	80% de niños/as bajo control eutróficos, con la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso aplicada	60% de niños/as bajo control eutróficos, con la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso aplicada	PRIORIDAD 3 SE MANTIENE
Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Reforzar y expandir el modelo de Intervención de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades Bucales en Párvulos y Escolares	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 6 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	≥ 35% de cobertura de altas odontológicas totales en las niñas/os de 2 a 5 años, inscritos y validados.	Atención odontológica integral a niñas y niños menores de 9 años.	Nº de niñas/os de 2 a 5 años con alta odontológica total / Nº total de niñas/os de 2 a 5 años inscritos y validados)* 100	REM A09 , Sección C./ FONASA	≥ 35% de cobertura de altas odontológicas totales en las niñas/os de 2 a 5 años, inscritos y validados.	≥ 35% de cobertura de altas odontológicas totales en las niñas/os de 2 a 5 años, inscritos y validados.	≥ 35% de cobertura de altas odontológicas totales en las niñas/os de 2 a 5 años, inscritos y validados.	PRIORIDAD 1 DIFICIL CUMPLIMIENTO POR FALTA DE SILLON DENTAL
			100% de los ingresos a tratamiento odontológico de 2 a 6 años de edad con registro de CEOD	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población de 2 a 6 años.	(Nº de niñas/os de 2 a 6 años con registro de CEOD / Nº total de niñas y niños de 2 a 6 años con ingreso odontológico)* 100	REM A09, Sección C	100% de los ingresos a tratamiento odontológico de 2 a 6 años de edad con registro de CEOD	100% de los ingresos a tratamiento odontológico de 2 a 6 años de edad con registro de CEOD	100% de los ingresos a tratamiento odontológico de 2 a 6 años de edad con registro de CEOD	100% de los ingresos a tratamiento odontológico de 2 a 6 años de edad con registro de CEOD

<p>Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables Mantener o Disminuir la obesidad infantil</p>	<p>Reforzar y expandir el modelo de Intervención de Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades Bucales en Párvulos y Escolares</p>	<p>Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 10 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.</p>	<p>Alcanzar el Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo).</p>	<p>Control de salud a niñas y niños de 2 y 3 años inscrito en establecimiento de salud.</p>	<p>(Nº de controles de salud de niñas/os de 24 a 47 meses / Nº total de niñas/os de 24 a 47 meses bajo control)*100</p>	<p>REM A01, Sección B REM P2, Sección A</p>	<p>Alcanzar el Promedio de controles de salud buccal realizados a niñas y niños de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo).</p> <p>Alcanzar un 73% de cobertura de altas odontológicas en niños de 6 años de edad.</p>	<p>Alcanzar el Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo).</p>	<p>Alcanzar el Promedio de controles de salud realizados a niñas y niños de 24 a 47 meses según estándar (2 controles en el periodo).</p>	<p>PRIORIDAD 1</p>
--	--	---	---	---	---	---	---	---	---	--------------------

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la Calidad y Oportunidad de la Atención de Pacientes con enfermedades respiratorias agudas	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	100 % de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave reciben visita domiciliaria.	Visitas domiciliaria a niños y niñas con score de riesgo de morir de neumonía grave.	(Nº de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave que recibe visita domiciliaria integral / Nº de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave)*100	REM P2, Sección D	100 % de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave reciben visita domiciliaria.	100 % de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave reciben visita domiciliaria.	100 % de niños y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave reciben visita domiciliaria.	PRIORIDAD 1  90% PORQUE EXISTE POBLACION INSCRITA FUERA DE COMUNA
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la Calidad y Oportunidad de la Atención de Pacientes con enfermedades respiratorias agudas	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	100% de auditorías clínicas realizadas a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en domicilio.	Realizar auditoría clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en el hogar.	(Nº de auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas menores de 9 años fallecidos por neumonía / Nº de niños y niñas de 0 a 9 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100	Supeditado a Disponibilidad de Plataforma desde el DEIS.	100% de auditorías clínicas realizadas a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en domicilio.	100% de auditorías clínicas realizadas a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en domicilio.	100% de auditorías clínicas realizadas a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en domicilio.	PRIORIDAD 1

## Tratamiento

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados	Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con problemas y trastornos mentales.	Aumentar los ingresos a tratamiento de niños y niñas (5 a 9 años) por problemas y/o trastornos mentales, en relación al año anterior.	Ingreso a tratamiento integral a niñas/os (5 a 9 años) con problemas y/o trastornos mentales.	(Nº de niños/as (5 a 9 años) ingresados a problemas y/o trastornos mentales (año vigente) (MENOS) Nº de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por problemas y/o trastornos mentales (año anterior))/Nº de niños/as (5 a 9 años) en tratamiento por problemas y/o trastornos mentales (año anterior))*100	REM A05	15% de ingresos a tratamiento de niños y niñas (5 a 9 años) por problemas y/o trastornos mentales, en relación al año anterior.	Aumentar los ingresos a tratamiento de niños y niñas (5 a 9 años) por problemas y/o trastornos mentales, en relación al año anterior.	Aumentar los ingresos a tratamiento de niños y niñas (5 a 9 años) por problemas y/o trastornos mentales, en relación al año anterior.	PRIORIDAD 3 NO EXISTE PROFESIONAL IDONEO (SICOLOGA INFANTOJUVE NIL)
			Brindar cobertura de tratamiento de niños y niñas (5 a 9 años) del 22% de prevalencia	Atención integral a niños y niñas (5 a 9 años) con trastorno mental bajo control	(Población bajo control por trastorno mental de 5 a 9 años/ Población inscrita validada de 5 a 9 años x 22% de prevalencia)*100	REM P06	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 15% de la población potencial con trastornos mentales en infancia (5 a 9 años) del 22% de prevalencia	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en infancia (5 a 9 años) del 22% de prevalencia	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en infancia (5 a 9 años) del 22% de prevalencia	PRIORIDAD 3 NO EXISTE PROFESIONAL IDONEO (SICOLOGA INFANTOJUVE NIL)
			Aumentar el número de altas clínicas de niños y niñas con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Egreso por altas clínicas de niños y niñas con problemas y/o trastornos mentales	(Nº de niños/as (5 a 9 años) de egresos por alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año vigente) (MENOS) Nº de niños/as (5 a 9 años) ingresados a tratamiento por problemas y/o trastornos mentales (año anterior))/Nº de niños/as (5 a 9 años) en tratamiento por problemas y/o trastornos mentales (año anterior))*100	REM A05	Aumentar 3% el número de altas clínicas de niños y niñas con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Aumentar el número de altas clínicas de niños y niñas con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Aumentar el número de altas clínicas de niños y niñas con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	PRIORIDAD 3 NO EXISTE DATO

			Aumentar el número de casos de niños y niñas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	Casos presentados en consultoría de Salud Mental	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de niñas/os (año vigente) / N° de niñas/os de ingresados por diagnóstico de trastornos mentales en el (año vigente))(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de niñas/os (año anterior) / N° de niñas/os de ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))*100	REM A06 / REM A05	Aumentar en 3% en 5 número de casos de niños y niñas Presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	Aumentar el número de casos de niños y niñas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	Aumentar el número de casos de niños y niñas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior	PRIORIDAD 2 PRIORIDAD 2  (SOLO PESQUISA)
			Aumentar las VDI en Niños y niñas en riesgo psicosocial en relación año anterior	VDI en Niños y niñas en riesgo psicosocial en relación año anterior	(N° de Niños y niñas en riesgo psicosocial que reciben VDI (año vigente) (MENOS) N° de Niños y niñas en riesgo psicosocial que reciben VDI (año anterior)/ N° de Niños y niñas en riesgo psicosocial que reciben VDI (año anterior))*100	REM A26	Aumentar en 2% las VDI en Niños y niñas en riesgo psicosocial en relación año anterior	Aumentar las VDI en Niños y niñas en riesgo psicosocial en relación año anterior	Aumentar las VDI en Niños y niñas en riesgo psicosocial en relación año anterior	PRIORIDAD 2

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la prevención en distintas etapas del ciclo vital	Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con maltrato	Aumentar la atención de niños y niñas de 0 a 9 años víctimas de maltrato en relación al año anterior.	Entregar atención a niños y niñas de 0 a 9 años víctimas de maltrato en relación al año anterior.	(Nº niños y niñas de 0 a 9 años atendidos por maltrato (año vigente) (MENOS) Nº niños y niñas de 0 a 9 años atendidos por maltrato (año anterior) / Nº niños y niñas de 0 a 9 años atendidos por maltrato (año anterior))*100	REM A 05	Aumentar la pesquisa de niños y niñas de 0 a 9 años víctimas de maltrato en relación al año anterior.	Aumentar la atención de niños y niñas de 0 a 9 años víctimas de maltrato en relación al año anterior	Aumentar la atención de niños y niñas de 0 a 9 años víctimas de maltrato en relación al año anterior	PRIORIDAD 2  (SOLO PESQUISA)
Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer la prevención primaria del rezago en la infancia	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	100% de niñas y niños menores de 4 años que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación del DSM.	Derivación e ingreso a modalidades de estimulación como: sala de estimulación dependiente de salud o comunitaria, servicio de estimulación itinerante o atención domiciliaria. (Ludoteca no es intervención).	(Nº de niñas/os menores de 4 años con rezago en su desarrollo psicomotor derivados a alguna modalidad de estimulación/ Nº total de niñas/os menores de 4 años detectados con rezago en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100	REM A03, Sección A.3  REM A03, Sección A.2	100% de niñas y niños menores de 4 años que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados hacia alguna modalidad de estimulación del DSM.	100% de niñas y niños menores de 4 años que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación del DSM	100% de niñas y niños menores de 4 años que en una primera evaluación presentan rezago en su desarrollo psicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación del DSM.	PRIORIDAD 1  SE MANTIENE
			100% de niñas/os menores de 4 años con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a sala de estimulación del DSM.	Ingreso a Sala de estimulación dependiente de salud.	(Nº de niñas y niños menores de 4 años con déficit en su desarrollo psicomotor ingresados a sala de estimulación/ Nº total de niñas y niños menores de 4 años detectados con déficit en la primera evaluación desarrollo psicomotor)*100	REM A03, Sección A.3  REM A03, Sección A.2	90% de niñas/os menores de 4 años con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a sala de estimulación del DSM.	90% de niñas/os menores de 4 años con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a sala de estimulación del DSM.	100% de niñas/os menores de 4 años con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a sala de estimulación del DSM.	PRIORIDAD 1  SE MANTIENE

			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.	Visita domiciliaria integral a familia con niños y niñas con déficit en su desarrollo	(Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño o niña con déficit de DSM / Nº total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor)*100	REM A26, Sección A  REM P2, Sección C	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.	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.	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.	PRIORIDAD 1 SE MANTIENE
			90% de los niñas y niños detectados con déficit en su desarrollo psicomotor en primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os en reevaluación.	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	(Nº de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ Nº de niñas y niños diagnosticadas con retraso en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses) *100	REM A03, Sección A.2	82% de los niñas y niños detectados con déficit en su desarrollo psicomotor en primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os en reevaluación.	<b>90% de los niñas y niños detectados con déficit en su desarrollo psicomotor en primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses recuperadas/os en reevaluación</b>	90% de los niñas y niños detectados con déficit en su desarrollo psicomotor en primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses Recuperadas/os en reevaluación.	PRIORIDAD 1 SE MANTIENE

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Mantener la Tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la calidad y Oportunidad de la Atención de pacientes con enfermedades respiratorias agudas	Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años en la atención primaria de salud.	Aumentar en un 5% la población diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años, a control en la atención primaria de salud.	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud.	(Nº de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año vigente) (MENOS) Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año anterior)/ Nº de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año anterior))*100	REM P3, Sección A	Alcanzar un 10% de población diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años, a control en la atención primaria de salud.	Aumentar en un 5% la población diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años, a control en la atención primaria de salud	Aumentar en un 5% la población diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años, a control en la atención primaria de salud.	PRIORIDAD 1 SE MANTIENE
			Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlados de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA según niveles de control	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior)) <b>Calculo de proporción:</b> (Nº de personas asmáticas controladas de 0-9 años bajo control /Nº de personas asmáticas de 0-9 años bajo control)*100	REM P3, Sección D	Mantener la proporción de asmáticos controlados de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA según niveles de control	Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlados de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA según niveles de control	Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlados de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA según niveles de control	PRIORIDAD 1 SE MANTIENE
		Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja	100% en niños menores de 5 años atendidos antes de 24 horas luego de derivación médica por IRA Baja	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA Baja en menores de 5 años	(Nº de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación / Nº de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100	SIGGES	100% en niños menores de 5 años atendidos antes de 24 horas luego de derivación médica por IRA Baja	100% en niños menores de 5 años atendidos antes de 24 horas luego de derivación médica por IRA Baja	100% en niños menores de 5 años atendidos antes de 24 horas luego de derivación médica por IRA Baja	PRIORIDAD 1 SE MANTIENE

## SALUD EN LA ADOLESCENCIA Y JUVENTUD

### Promoción

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Fomentar la Prevención de Salud en Atención Primaria	Promover los Cuidadores y/o profesores respecto al año anterior.	Aumentar el número de talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año anterior.	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental.	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / (Nº de talleres realizados (año anterior))*100	REM A 27	Aumentar el número de talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año anterior.	Aumentar el número de talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año anterior.	Aumentar el número de talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto al año anterior.	PRIORIDAD 3  TALLER PSICOLOGO/ ASISTENTE SOCIAL EN COLEGIOS
Aumentar la Prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Población informada sobre salud sexual y salud reproductiva	Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 14 años	Aumentar en un 20% el ingreso de adolescentes de 10 a 14 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva <sup>2</sup>	(Nº de ingresos de adolescentes de 10 a 14 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) Nº de ingresos de adolescentes de 10 a 14 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior)/ Nº de ingresos de adolescentes de 10 a 14 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior))*100	REM A27, Sección A	Aumentar en un 10% el ingreso de adolescentes de 10 a 14 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva	Reducir en un 10% los talleres de educación grupal sobre salud sexual y reproductiva	Aumentar en un 20% el ingreso de adolescentes de 10 a 14 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva	PRIORIDAD 3  TALLER MATRONAS EN COLEGIOS

<sup>2</sup> Se recomienda realizar este tipo de talleres en concentración 1, dado que el objetivo es promocional y busca aumentar cobertura con mensajes que fortalezcan conductas protectoras.



Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Aumentar la Prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Fortalecer la promoción de sexo seguro y prevención del VIH e ITS	Aumentar el número de adolescentes mujeres y hombres de 10 a 19 años que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Aumentar en un 10% el número de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a adolescentes mujeres y hombres de 10 a 14 años.	Consejería en salud sexual y reproductiva.	(Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 a 14 años (año vigente) (MENOS)Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 a 14 años (año anterior)/ Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 a 14 años (año anterior))*100	REM Sección A 19a,	Aumentar en un 5% el número de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas en adolescentes mujeres y hombres de 10 a 14 años.	Aumentar en un 10% el número de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a adolescentes mujeres y hombres de 10 a 14 años.	Aumentar en un 10% el número de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a adolescentes mujeres y hombres de 10 a 14 años.	Aumentar % de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a adolescentes mujeres y hombres de 10 a 14 años
			Aumentar en un 10% el número de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a adolescentes mujeres y hombres de 15 a 19 años.	Consejería en salud sexual y reproductiva.	(Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años (año anterior))/ Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años (año anterior))*100	REM Sección A 19a,	Aumentar en un 10% el número de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas en adolescentes mujeres y hombres de 15 a 19 años.	Aumentar en un 10% el número de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a adolescentes mujeres y hombres de 15 a 19 años	Aumentar en un 10% el número de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a adolescentes mujeres y hombres de 15 a 19 años	Aumentar % de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a adolescentes mujeres y hombres de 15 a 19 años.
		Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención el VIH- SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes.	Aumentar en un 10% consejería en prevención de VIH e ITS en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Consejería en prevención de VIH e ITS a adolescentes y jóvenes	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años realizadas (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, realizadas (año anterior)/ Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS, en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años realizadas ( año anterior))*100	REM Sección A1 A19a,	Aumentar en un 10% consejería en prevención de VIH e ITS en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Aumentar en un 10% consejería en prevención de VIH e ITS en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Aumentar en un 10% consejería en prevención de VIH e ITS en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Aumentar % de consejería en prevención de VIH e ITS en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Aumentar la Prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Fortalecer la promoción de sexo seguro y prevención del VIH e ITS	Promover el uso del condón en adolescentes	Aumentar en un 15% la tasa de consejería con entrega de condones en Espacios Amigables y Diferenciados.	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva, Consejería en prevención de VIH e ITS y Consejería en regulación de la fertilidad, con entrega de condones en Espacios Amigables y Diferenciados	(Nº de consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones a adolescentes en espacios amigables y diferenciados realizadas (año vigente) (MENOS) Nº de consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones a adolescentes en espacios amigables y diferenciados realizadas (año anterior) / Nº de consejería en salud sexual y reproductiva, consejería en prevención de VIH e ITS y consejería en regulación de la fertilidad con entrega de condones a adolescentes en espacios amigables y diferenciados realizadas (año anterior))*100	REM A19a, Sección A1 En Espacios Amigables/Diferenciado	Aumentar en un 15% la tasa de consejería con entrega de condones en Espacios Amigables y Diferenciados	No aplica, no hay espacio amigable	Aumentar en un 15% la tasa de consejería con entrega de condones en Espacios Amigables y Diferenciados	No aplica, no hay espacios amigables
Disminuir el embarazo adolescente	Fortalecer la Cobertura y Calidad de los servicios de salud amigables para	Aumentar el ingreso a control de fertilidad de adolescentes hombres y	25% de adolescentes (10-14 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad. (META ENS)	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.	(Nº de adolescentes (menores de 15 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes (menores de 15 años) inscritos en centros de salud) *100	REM P1, Sección A Población inscrita validada menor de 15 años	25% de adolescentes (10-14 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad. (META ENS)	25% de adolescentes (10-14 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad. (META ENS)	5% de adolescentes (10-14 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad. (META ENS)	Aumenta cobertura de adolescentes (10-14 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad. (META ENS)

	adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva	mujeres con actividad sexual.	25% de adolescentes (15-19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad. (META ENS)	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.	(Nº de adolescentes (15-19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ Nº de adolescentes (15-19 años) inscritos en centros de salud) *100	REM P1, Sección A Población inscrita validada 15-19 años	25% de adolescentes (15-19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad. (META ENS)	25% de adolescentes (15-19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad. (META ENS)	17% de adolescentes (15-19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad. (META ENS)	Aumentar cobertura de adolescentes (15-19 años) inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad. (META ENS)
--	--	-------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	---

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir el embarazo adolescente	Fortalecer la Cobertura y Calidad de los servicios de salud amigables para adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva	Aumentar el uso de doble anticonceptivo (método de Regulación de fertilidad efectivo <sup>3</sup> más preservativo) en adolescentes)	100% de adolescentes de 10 a 19 años con uso de doble anticonceptivo (método de regulación de fertilidad más preservativo)	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad con “método de regulación de fertilidad más preservativo”) / Nº de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad) *100	REM P1, Sección A	Aumentar el uso de doble anticonceptivo (método de Regulación de fertilidad efectivo <sup>3</sup> más preservativo) en adolescentes)	100% de adolescentes de 10 a 19 años con uso de doble anticonceptivo (método de regulación de fertilidad más preservativo)	10% de adolescentes de 10 a 19 años con uso de doble anticonceptivo (método de regulación de fertilidad más preservativo)	Aumentar % de adolescentes de 10 a 19 años con uso de doble anticonceptivo (método de regulación de fertilidad más preservativo)
		Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda	Aumentar en 10% el examen de VIH en jóvenes de 20-24 años en consultas de morbilidad respecto al	Realizar examen de VIH en jóvenes de 20-24 años que lo requieran por demanda	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 20-24 años (año vigente) (MENOS) Nº de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 20-24 años, (año anterior))*100	REM A11 Sección C1 y/o C2 La sección C.1: Establecimientos que poseen Laboratorio. Sección C.2: establecimientos que compran servicios	Aumentar en 10% el examen de VIH en jóvenes de 20-24 años en consultas de morbilidad respecto al año anterior.	Aumentar en 10% el examen de VIH en jóvenes de 20-24 años en consultas de morbilidad respecto al año anterior.	Aumentar en 10% el examen de VIH en jóvenes de 20-24 años en consultas de morbilidad respecto al año anterior	Aumentar % de examen de VIH en jóvenes de 20-24 años en consultas de morbilidad respecto al año anterior.

Aumentar la Prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Fortalecer la promoción de sexo seguro y prevención del VIH e ITS	espontánea y por morbilidad.	año anterior.	espontánea y por morbilidad.	(Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en jóvenes de 20-24 años (año vigente) (MENOS) (Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en jóvenes de 20-24 años (año anterior) /Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en jóvenes de 20-24 años, (año anterior))*100	REM A11 Sección C1 y/o C2 La sección C.1: Establecimientos que poseen Laboratorio. Sección C.2: establecimientos que compran servicios	Aumentar en 10% el examen de VIH en jóvenes de 20-24 años en consultas de morbilidad respecto al año anterior.	Aumentar en 10% el examen de VIH en jóvenes de 20-24 años en consultas de morbilidad respecto al año anterior.	Aumentar en 10% el examen de VIH en jóvenes de 20-24 años en consultas de morbilidad respecto al año anterior.	
		Promover Sexo Seguro en jóvenes que ejercen comercio sexual.	Aumentar en un 10% el ingreso a control de salud sexual de jóvenes que ejercen comercio sexual respecto al año anterior.	Control de Salud sexual en jóvenes, que ejercen comercio sexual.	(Nº de jóvenes de 20-24 años que ejercen comercio sexual que ingresan a control de salud sexual (año anterior)/Nº de jóvenes de 20-24 años que ejercen comercio sexual en control de salud sexual ( año anterior))*100	REM A05 Sección U		Aumentar en un 10% el ingreso a control de salud sexual de jóvenes que ejercen comercio sexual respecto al año anterior.	Aumentar en un 10% el ingreso a control de salud sexual de jóvenes que ejercen comercio sexual respecto al año anterior.	No aplica, atienden en unaccess

<sup>3</sup> Método regulación de fertilidad, métodos de larga duración (LARCS)

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Fomentar la Prevención de Salud en Atención Primaria	Entregar herramientas para la prevención de la violencia en adolescentes, dirigidos a padres y/o cuidadores y/o profesores y/o adolescentes	Aumentar el N° talleres preventivos en la temática de maltrato y de violencia respecto al año anterior	Talleres preventivos en temática de violencia	(N° de talleres realizados (año vigente) (MENOS) N° de talleres realizados (año anterior)/ N° de talleres realizados (año anterior))*100	REM A 27	Aumentar el N° talleres preventivos en la temática de maltrato y de violencia respecto al año anterior	Aumentar el N° talleres preventivos en la temática de maltrato y de violencia respecto al año anterior	Aumentar el N° talleres preventivos en la temática de maltrato y de violencia respecto al año anterior	PRIORIDAD 3  TALLERES DE BUEN TRATO NO SE REALIZAN EN ADOLESCENTES
		Detección temprana de Adolescentes y jóvenes con	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección alcohol y drogas CRAFFT en adolescentes (15 a 19 años) e intervención motivacional.	Intervención preventiva en adolescentes: Realizar tamizaje de consumo de drogas y alcohol en adolescentes junto con una intervención motivacional.	(N° intervenciones preventivas / N° población inscrita validada de FONASA entre 15 y 19 años )*100	REM A05 Población FONASA inscrita validada	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección alcohol y drogas CRAFFT en adolescentes (15 a 19 años) e intervención motivacional.	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección alcohol y drogas CRAFFT en adolescentes (15 a 19 años) e intervención motivacional.	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección alcohol y drogas CRAFFT en adolescentes (15 a 19 años) e intervención motivacional.	PRIORIDAD 3  ESTRATEGIA: LINEA BASAL

		problemas de salud mental, consumo problemático de alcohol y/o drogas	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección alcohol y drogas ASSIST en jóvenes (20 a 24 años) e intervención breve.	Intervención preventiva en jóvenes: Realizar tamizaje de consumo de alcohol y drogas en jóvenes junto con una intervención breve y/o consejería.	(N° intervenciones preventivas / N° población inscrita validada de FONASA entre 20 y 24 años)*100	REM A05 Población FONASA inscrita validada	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección alcohol y drogas ASSIST en jóvenes (20 a 24 años) e intervención breve.	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección alcohol y drogas ASSIST en jóvenes (20 a 24 años) e intervención breve..	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección alcohol y drogas ASSIST en jóvenes (20 a 24 años) e intervención breve	PRIORIDAD 3 ESTRATEGIA: LINEA BASAL
--	--	---	---	--	---	--	---	--	--	---

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Fomentar la Prevención de Salud en Atención Primaria	Aumentar la cobertura de vacunación	90% de cobertura en 2ª dosis de VPH vacunación	Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a adolescentes que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico	(Nº de adolescentes con segunda dosis de vacuna VPH que cursan 5º básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico/Nº de adolescentes matriculadas en 5º básico que recibieron 1ª dosis el año anterior) *100	Sistema Informático RNI Nº de matrículas en 5º básico 2015 Ministerio de Educación	90% de cobertura en 2ª dosis de VPH vacunación	90% de cobertura en 2ª dosis de VPH vacunación	90% de cobertura en 2ª dosis de VPH vacunación	PRIORIDAD 3 NO TENEMOS VACUNATORIO
		Proteger la salud del adolescente	≥ 30% de los adolescentes ingresados a Salud Oral 12 años reciben CBT.	Consejería Breve en Tabaco (CBT).	(Nº de adolescentes de 12 años de edad que reciben CBT/ Nº Total de ingresos odontológicos de adolescentes de 12 años de edad) * 100	REM A09, sección B / REM 09, sección C.	≥ 30% de los adolescentes ingresados a Salud Oral 12 años reciben CBT.	≥ 30% de los adolescentes ingresados a Salud Oral 12 años reciben CBT	≥ 30% de los adolescentes ingresados a Salud Oral 12 años reciben CBT.	PRIORIDAD 3 SE MANTIENE
		Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en	100% de auditorías realizadas a familiares de adolescentes de 10 a 19 años fallecidos por neumonía en domicilio	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	(Nº de auditorías realizadas a casos de adolescentes de 10 a 19 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de adolescentes de 10 a 19 años que fallecen en domicilio por neumonía)* 100	Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS.	100% de auditorías realizadas a familiares de adolescentes de 10 a 19 años fallecidos por neumonía en	100% de auditorías realizadas a familiares de adolescentes de 10 a 19 años fallecidos por neumonía en	100% de auditorías realizadas a familiares de adolescentes de 10 a 19 años fallecidos por neumonía en	PRIORIDAD 1 SE MANTIENE

		domicilio.					domicilio	domicilio	domicilio	
			50% de auditorías realizadas a familiares de jóvenes de 20 a 24 años fallecidos por neumonía en domicilio de 20 a 24 años.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	(Nº de auditorías realizadas a casos de jóvenes de 20 a 24 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de jóvenes de 20 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100.	Plataforma PVS	100% de auditorías realizadas a familiares de jóvenes de 20 a 24 años fallecidos por neumonía en domicilio de 20 a 24 años.	50% de auditorías realizadas a familiares de jóvenes de 20 a 24 años fallecidos por neumonía en domicilio de 20 a 24 años	50% de auditorías realizadas a familiares de jóvenes de 20 a 24 años fallecidos por neumonía en domicilio de 20 a 24 años.	PRIORIDAD 1 SE MANTIENE
		Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o Controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo en jóvenes de 20 a 24 años.	Incrementar al menos en un 20% respecto al año anterior los EMPA en la población de jóvenes de 20 a 24 años inscrita validada.	Realizar Examen de Medicina Preventiva en jóvenes de 20 a 24 años, aplicando pauta de protocolo.	(Nº de EMPA realizados a población 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) Nº de EMPA realizados a población 20 a 24 años (año anterior)/ Nº de EMPA realizados a población 20 a 24 años (año anterior))*100.	REM A02	Aumentar en 10% porcentaje de cumplimiento con respecto al año 2015 de los EMPA en la población de jóvenes de 20 a 24 años inscrita validada.	Incrementar al menos en un 10% respecto al año anterior los EMPA en la población de jóvenes de 20 a 24 años inscrita validada.	Incrementar al menos en un 20% respecto al año anterior los EMPA en la población de jóvenes de 20 a 24 años inscrita validada.	PRIORIDAD 1 MANTENER COBERTURA AÑO ANTERIOR

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Fomentar la Prevención de Salud en Atención Primaria	Controlar mal Nutrición por exceso, perfil metabólico y la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.	Al menos el 50% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC	Mejorar la mal nutrición por exceso en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC / Nº total de adolescentes entre 10 a 19 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10	Al menos el 25% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC	Al menos el 50% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC	Al menos el 50% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran su diagnóstico nutricional o ZScore de IMC	PRIORIDAD 3
			Al menos el 50% de los adolescentes de 10 a 19 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial.	Mejorar la mal nutrición por exceso en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial. / Nº total de adolescentes de 10 a 19 años con control correspondiente realizado)* 100	REM P10	Al menos el 50% de los adolescentes de 10 a 19 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial	Al menos el 50% de los Adolescentes de 10 a 19 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial	Al menos el 50% de los adolescentes de 10 a 19 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial	PRIORIDAD 3

				Cardiovascular a través del programa VIDA SANA						
			Al menos el 50% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran perímetro de cintura	Mejorar el perímetro de cintura en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran perímetro de cintura / Nº total de adolescentes entre 10 a 19 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10	Al menos el 50% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran perímetro de cintura	Al menos el 50% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran perímetro de cintura	Al menos el 50% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran perímetro de cintura	PRIORIDAD 3
			Al menos el 90% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad.	Mejorar la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/ Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejora su condición física, en términos de capacidad. / Nº total de adolescentes entre 10 a 19 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10	Al menos el 50% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad.	Al menos el 90% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad	Al menos el 90% de los adolescentes entre 10 a 19 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad.	PRIORIDAD 3

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Fomentar la Prevención de Salud Atención Primaria	Controlar mal Nutrición por exceso, perfil metabólico y la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.	Al menos el 50% de los jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial.	Mejorar la mal nutrición por exceso en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial. / Nº total de jóvenes entre 20 y 24 años con control correspondiente realizado)* 100	REM P10	Al menos el 50% de los jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial.	Al menos el 50% de los jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial.	Al menos el 50% de los jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial.	PRIORIDAD 3
			Al menos el 50% de los jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos mejoran perímetro de cintura	Mejorar el perímetro de cintura en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos mejoran perímetro de cintura / Nº total de jóvenes entre 20 y 24 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10	Al menos el 50% de los jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos mejoran perímetro de cintura.	Al menos el 50% de los jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos mejoran perímetro de cintura.	Al menos el 50% de los jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos mejoran perímetro de cintura.	PRIORIDAD 3

			Al menos el 90% de los jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad.	Mejorar la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar Diabetes Mellitus/Enfermedad Cardiovascular a través del programa VIDA SANA	(Nº de jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos mejora su condición física, en términos de capacidad. / Nº total de jóvenes entre 20 y 24 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10	Al menos el 50% de los jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad.	Al menos el 90% de los jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad	Al menos el 90% de los jóvenes entre 20 y 24 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad	PRIORIDAD 3
--	--	--	---	--	--	---------	---	--	--	-------------

## Tratamiento

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género	Mejorar la atención de adolescentes víctimas de maltrato	Aumentar la atención de adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato en relación al año anterior.	Entregar atención a adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato en relación al año anterior.	(Nº adolescentes de 10 a 19 años atendidos por maltrato (año vigente) (MENOS) N° adolescentes de 10 a 19 años atendidos por maltrato (año anterior) / N° adolescentes de 10 a 19 años atendidos por maltrato (año anterior))*100	REM A 05	Aumentar la atención de adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato en relación al año anterior.	Aumentar en un 25% la atención de adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato en relación al año anterior	Aumentar la atención de adolescentes de 10 a 19 años víctimas de maltrato en relación al año anterior.	PRIORIDAD 3
			Aumentar los ingresos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años a atención integral por violencia de género.	Ingreso de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años a atención integral por violencia de género.	(Nº adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresados a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) N° adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresados a atención integral por violencia de género (año anterior) / N° adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresados a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	REM 05	Aumentar los ingresos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años a atención integral por Violencia de género.	Aumentar los ingresos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años a atención integral por violencia de género.	Aumentar los ingresos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años a atención integral por violencia de género.	PRIORIDAD
			Disminuir los egresos por abandono de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	Egreso por abandono de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en atención integral por violencia de género.	(Nº adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados por abandono de atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) N° adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados por abandono de atención integral por violencia de género (año anterior) / N° adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados por abandono de atención integral por violencia de género (año anterior))*100	REM 05	Disminuir los egresos por abandono de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	Disminuir los egresos por abandono de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en atención integral por violencia de género en relación al año anterior	Disminuir los egresos por abandono de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años en atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	PRIORIDAD 3

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados	Brindar atención integral y oportuna a adolescentes y jóvenes con problemas y trastornos mentales.	Aumentar los ingresos a tratamiento de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 por trastornos mentales	Ingreso a tratamiento de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 por trastornos mentales	(N° adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que ingresan a tratamiento por trastornos mentales (año vigente) (MENOS) N° adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que ingresan a tratamiento por trastornos mentales (año anterior) / N° adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años que ingresan a tratamiento por trastornos mentales (año anterior))*100	REM A05	Aumentar los ingresos a tratamiento de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 por trastornos mentales	Aumentar los ingresos a tratamiento de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 por trastornos mentales	Aumentar los ingresos a tratamiento de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 por trastornos mentales	PRIORIDAD 3
			Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en adolescentes y jóvenes(10 a 24 años) del 22% de prevalencia	Atención integral de adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) con trastorno mental bajo control	Población bajo control por trastorno mental de 10 a 24 años (año vigente) / Población inscrita validada de 10 a 24 años x 22% de prevalencia	REM P06	Brindar cobertura de atención integral de trastornos mentales al 15% de la población potencial con trastornos mentales incluyendo adolescentes y jóvenes(10 a 24 años)	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en adolescentes y jóvenes(10 a 24 años) del 22% de	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en adolescentes y jóvenes(10 a 24 años) del 22% de	META 15%

							del 22% de prevalencia	prevalencia	prevalencia	
			Aumentar 10% el número de altas clínicas de adolescentes y jóvenes con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Egreso por altas clínicas de adolescentes y jóvenes con problemas y/o trastornos mentales	(Nº de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año vigente) (MENOS) N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año anterior)/ N° de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año anterior))*100	REM A05	Mantener el número de altas clínicas de adolescentes y jóvenes con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Aumentar 10% el número de altas clínicas de adolescentes y jóvenes con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Aumentar 10% el número de altas clínicas de adolescentes y jóvenes con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	PRIORIDAD 3 MANTENER ALTAS 2015
			Aumentar 10% el nº de casos de adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	Casos presentados en consultoría de Salud Mental de adolescentes y jóvenes (10 a 24 años)	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de adolescentes y jóvenes (año vigente) / N° de adolescentes y jóvenes ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente) (MENOS) N° de casos presentados en consultoría de salud mental de adolescentes y jóvenes (año anterior) / N° de adolescentes y jóvenes ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))*100	REM A06 / REM A05	Aumentar 10% el nº de casos de adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	Aumentar 10% el nº de casos de adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	Aumentar 10% el nº de casos de adolescentes y jóvenes (10 a 24 años) presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	PRIORIDAD 3 MANTENER LO REALIZADO EN AÑO 2015

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Prevención de enfermedades bucales en niños y escolares	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	≥ 74% de cobertura de altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años, inscritos y validados	Atención odontológica integral a población adolescente de 12 años.	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/ Nº Total de adolescentes de 12 años inscritos y validados)*100	REM Sección C A09,	≥ 73% de cobertura de altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años, inscritos y validados	≥ 74% de cobertura de altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años, inscritos y validados. Reducir al 50% la meta	≥ 74% de cobertura de altas odontológicas totales en adolescentes de 12 años, inscritos y validados	PRIORIDAD 1 SE MANTIENE
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Atención y detección a tiempo de personas con asma y EPOC	Incrementar la Cobertura de pacientes adolescentes crónicos respiratorios.	Aumentar en 5% la población adolescente de 10 a 19 años bajo control en el Programa IRA.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica.	(Población adolescente de 10 a 19 años bajo control en el Programa IRA (año vigente) (MENOS) Población adolescente de 10 a 19 años bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA (año anterior) / Población adolescente bajo control de 10 a 19 años en el Programa IRA (año anterior))* 100	REM P3, Sección A	Alcanzar el 10% la población adolescente de 10 a 19 años bajo control en el Programa IRA.	Aumentar en 5% la población adolescente de 10 a 19 años bajo control en el Programa IRA	Aumentar en 5% la población adolescente de 10 a 19 años bajo control en el Programa IRA.	PRIORIDAD 1 SE MANTIENE CUMPLIMIENTO 2015
			Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlado de 10 a 19 años bajo control en Programa IRA según niveles de control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 10 a 19 años bajo control en Programa IRA	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / (Proporción de población bajo control asmática controlada( año anterior)) <b>Calculo de proporción:</b> (Nº de personas asmáticas controladas de 10-19 años bajo control /Nº de personas asmáticas de 10-19 años bajo control)*100	REM P3, Sección D	Aumentar la proporción de asmáticos controlado de 10 a 19 años bajo control en Programa IRA según niveles de control con respecto al año anterior.	Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlado de 10 a 19 años bajo control en Programa IRA según niveles de control.	Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlado de 10 a 19 años bajo control en Programa IRA según niveles de control.	PRIORIDAD 1 SE MANTIENE CUMPLIMIENTO 2015

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Atención y detección a tiempo de personas con asma y EPOC crónica	Incrementar la Cobertura de pacientes jóvenes crónicos respiratorios.	Aumentar en 5% la población bajo control de 20 a 24 años en el Programa ERA.	Pesquisa, evaluación, confirmación de diagnóstico de patología respiratoria crónica.	(Población de 20-24 años bajo control Programa ERA (año vigente)/(MENOS) Población de 20 a 24 años bajo control Programa ERA (año anterior) / Población de 20 a 24 años bajo control Programa ERA (año anterior))*100	REM P3, Sección A	Alcanzar el 10% de la población bajo control de 20 a 24 años en el Programa ERA con respecto al año 2015.	Aumentar en 5% la población bajo control de 20 a 24 años en el Programa ERA	Aumentar en 5% la población bajo control de 20 a 24 años en el Programa ERA.	PRIORIDAD 1 SE MANTIENE CUMPLIMIENTO 2015
			Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlado de 20 a 24 años bajo control en Programa ERA según niveles de control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 20 a 24 años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población bajo control asmática de 20 a 24 años controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática de 20 a 24 años controlada (año anterior) / (Proporción de bajo control asmática de 20 a 24 años controlada (año anterior)) <b>Cálculo de proporción:</b> (Nº de personas asmáticas controladas de 20-24 años bajo control /Nº de personas asmáticas de 20-24 años bajo control)*100	REM P3, Sección D	Aumentar la proporción de asmáticos controlados de 20 a 24 años bajo control en Programa ERA según niveles de control, con respecto al año 2015.	Incrementar en un 5% la proporción de asmáticos controlado de 20 a 24 años bajo control en Programa ERA según niveles de control.	Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlado de 20 a 24 años bajo control en Programa ERA según niveles de control.	PRIORIDAD 1 SE MANTIENE CUMPLIMIENTO 2015
			Incrementar en al menos 20% respecto a 2015 la cobertura de personas hipertensas de 20-24 años bajo control.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura hipertensos (año vigente) (Menos) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior) <b>Cálculo de Cobertura:</b> (Nº de personas hipertensas de 20 - 24 años bajo control/Nº de personas hipertensas de 20-24 años estimados en la población	REM P4, Sección B Población estimada según Estudio Fasce 2007 (15,7%)	Incrementar en al menos un 3% respecto a 2015 la cobertura de personas hipertensas de 20-24 años bajo control.	Incrementar en al menos un 10% respecto a 2015 la cobertura de personas hipertensas de 20-24 años bajo control.	Incrementar en al menos un 20% respecto a 2015 la cobertura de personas hipertensas de 20-24 años bajo control	PRIORIDAD 1 SE DIFICULTA SE MANTIENE CUMPLIMIENTO 2015

Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Incrementar cobertura efectiva de HTA	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión jóvenes. en			inscrita validada)*100					2015
			Incrementar en un 30% respecto al año anterior la proporción de hipertensos de 20-24 años bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mm/Hg, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	(Proporción de Metas de compensación (año vigente)/([MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior))/(Proporción de Metas de compensación (año anterior))  <b>Calculo Proporción de Metas de compensación:</b> (Nº de personas hipertensas de 20-24 años bajo control con presión arterial <140/90 mm Hg/Nº de personas hipertensas de 20- 24 años bajo control en PSCV)*100	REM P4, Sección B	Incrementar en un 2% respecto al año anterior la proporción de hipertensos de 20-24 años bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mm/Hg, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Incrementar en un 10% respecto al año anterior la proporción de hipertensos de 20-24 años bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mm/Hg, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Incrementar en un 30% respecto al año anterior la proporción de hipertensos de 20-24 años bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mm/Hg, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	PRIORIDAD 1 SE DIFICULTA SE MANTIENE CUMPLIMIENTO CUMPLIMIENTO 2015

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Incrementar cobertura efectiva de HTA	Aumentar cobertura tratamiento hipertensión jóvenes. la de de en	Incrementar en un 10% respecto al año anterior la proporción de hipertensos de 20-24 años con presión arterial <140/90 mm/Hg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) / Proporción de metas de compensación (año anterior)) <b>Calculo de Proporción de Metas compensación en población inscrita validada :</b> (Nº de personas hipertensas de 20-24 años con presión arterial <140/90 mm Hg / Nº de personas hipertensas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada)*100	REM P4, Sección B Población estimada según prevalencia Estudio Fasce 2007 (15,7%)	Incrementar en un 2% respecto al año anterior la proporción de hipertensos de 20-24 años con presión arterial <140/90 mm/Hg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Incrementar en un 20% respecto al año anterior la proporción de hipertensos de 20-24 años con presión arterial <140/90 mm/Hg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Incrementar en un 10% respecto al año anterior la proporción de hipertensos de 20-24 años con presión arterial <140/90 mm/Hg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	PRIORIDAD 1 SE MANTIENE CUMPLIMIENTO 2015
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Incrementar en al menos 20% respecto a 2015 la cobertura de personas diabéticas de 20-24 años bajo control.	Optimizar el tratamiento De la diabetes en personas de 20-24 años.	(Cobertura Diabéticos (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabéticos (año anterior)/ Cobertura Diabéticos (año anterior)) <b>Cálculo de Cobertura:</b> (Nº de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada)*100	REM P4, Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%)	Incrementar en al menos 2% respecto a 2015 la cobertura de personas diabéticas de 20-24 años bajo control.	Incrementar en al menos un 30% la proporción de diabéticos de 20-24 años bajo control en PSCV con (HbA1c<7%) hasta alcanzar una compensación de al menos 80%	Incrementar en al menos 20% respecto a 2015 la cobertura de personas diabéticas de 20-24 años bajo control.	PRIORIDAD 1 SE MANTIENE LA META 2015

			Incrementar en al menos un 30% la proporción de diabéticos de 20-24 años bajo control en PSCV con (HbA1c<7%) hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de metas de compensación (año anterior)) <b>Calculo de proporción</b> (Nº de personas diabéticas de 20-24 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 20-24 años bajo control en PSCV)*100	REM P4, Sección B	Incrementar en al menos un 2% la proporción de diabéticos de 20-24 años bajo control en PSCV con (HbA1c<7%) hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Incrementar en al menos un 10% la proporción de diabéticos de 20-24 años bajo control en PSCV con (HbA1c<7%) hasta alcanzar una compensación de al menos 80%	Incrementar en al menos un 30% la proporción de diabéticos de 20-24 años bajo control en PSCV	PRIORIDAD 1 MANTENER META 2015
			Incrementar en un 10% la proporción de diabéticos de 20-24 años con (HbA1c<7%) en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de metas de compensación (año anterior) / Proporción de metas de compensación (año anterior)) <b>Calculo de proporción</b> (Nº de personas diabéticas de 20-24 años con HbA1c<7%) / Nº de personas diabéticas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada) * 100	REM P4, Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (10%)		Incrementar en un 10% la proporción de diabéticos de 20-24 años con (HbA1c<7%) en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%	Incrementar en un 10% la proporción de diabéticos de 20-24 años con (HbA1c<7%) en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	PRIORIDAD 1 MANTENER META 2015

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus	Evaluar la calidad de atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en Guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 20 a 24 años en control PSCV.	Incrementar en 50% la proporción de pacientes diabéticos que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados.	Evaluación de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos en control en PSCV.	(N° de personas con diabetes de 20 a 24 años bajo control en PSCV en los centros centinela con evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / N° total de personas con diabetes bajo control en los centros centinela al corte)*100.	QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención.  REM P4, Sección A Definir los centros centinelas	Incrementar en 20% la proporción de pacientes diabéticos que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados.	Incrementar en 50% la proporción de pacientes diabéticos que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados	Incrementar en 50% la proporción de pacientes diabéticos que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados.	PRIORIDAD 3

## Rehabilitación

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la discapacidad	Mejorar la cobertura de la atención de personas con discapacidad	Avanzar en la Detección de necesidades de la población adolescente con capacidades especiales (discapacitados)	Conocer la población adolescente en situación de discapacidad tanto en el ámbito de las alteraciones musculo esqueléticas como de salud mental inscrita en el CESFAM	Elaborar catastro de (19 años) en situación de discapacidad	Nº de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad inscritos en el centro de salud familiar	REM 03, Sección C.2.	Conocer la población adolescente en situación de discapacidad tanto en el ámbito de las alteraciones musculo esqueléticas como de salud mental inscrita en el CESFAM	Conocer la población adolescente en situación de discapacidad tanto en el ámbito de las alteraciones musculo esqueléticas como de salud mental inscrita en el CESFAM	Conocer la población adolescente en situación de discapacidad tanto en el ámbito de las alteraciones musculo esqueléticas como de salud mental inscrita en el CESFAM	PRIORIDAD 3
				Identificar el número de adolescentes (10 a 19 años) insertos en programas de rehabilitación	(Nº de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación / Nº de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad inscritos en el centro de salud familiar)*100	REM 05, Sección R	Conocer la población adolescente en situación de discapacidad tanto en el ámbito de las alteraciones musculo esqueléticas como de salud mental inscrita en el CESFAM	Conocer la población adolescente en situación de discapacidad tanto en el ámbito de las alteraciones musculo esqueléticas como de salud mental inscrita en el CESFAM	Conocer la población adolescente en situación de discapacidad tanto en el ámbito de las alteraciones musculo esqueléticas como de salud mental inscrita en el CESFAM	PRIORIDAD 3

## SALUD EN EDAD ADULTA

### Promoción

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar la Promoción de Salud en Comunas	Promover los factores sicosociales protectores de la salud mental en adultos	Aumentar el número de talleres de educación grupal en adultos respecto al año anterior.	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental.	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) N° de talleres realizados (año anterior) / N° de talleres realizados (año anterior))*100	REM A 27	Aumentar el número de talleres de educación grupal en adultos respecto al año anterior	Aumentar el 1% el número de talleres de educación grupal en adultos respecto al año anterior	Aumentar el número de talleres de educación grupal en adultos respecto al año anterior	PRIORIDAD 1 MANTENER NUMERO DE TALLERES

**Prevención**

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Fomentar la Prevención de Salud en Atención Primaria	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Incrementar en un 20% la cobertura de EMPA en la población inscrita validada	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo.	(Cobertura EMPA (año vigente)(MENOS) Cobertura EMPA (año anterior) / Cobertura EMPA (año anterior))  Calculo de cobertura: (Nº de EMPA realizados a población adulta inscrita validada /Población Total adulta inscrita validada)*100	REM A02	Incrementar en un 15% la cobertura de EMPA en la población inscrita validada	Incrementar en un 20% la cobertura de EMPA en la población inscrita validada	Incrementar en un 10% la cobertura de EMPA en la población inscrita validada p2	PRIORIDAD 1 1 Mantener meta. Alcanzar un 20% cobertura.
			Incrementar en un 15% los EMPA en hombres de 25-64 años respecto a lo realizado el año anterior.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 25 a 64 años aplicando pauta de protocolo.	(Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año vigente) (MENOS) Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año anterior)/ Nº de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año anterior))*100  <b>Calculo de proporción:</b> (Nº de EMPA realizados en hombres 25-64 años/ Nº Total de EMPA realizados en hombres de 25 a 64 años)*100	REM A02	Incrementar en un 8% los EMPA en hombres de 25-64 años respecto a lo realizado el año anterior.	Incrementar en un 15% los EMPA en hombres de 25-64 años respecto a lo realizado el año anterior	Mantener meta año 2015 EMPA en hombres de 25-64 años respecto a lo realizado el año anterior.	PRIORIDAD 1 Mantener meta. Alcanzar un 15% de cobertura EMPA hombre.

<p>Aumentar la Sobrevida de Personas que presentan enfermedades cardiovasculares</p>	<p>Mejorar la continuidad de la atención de las personas con Enfermedades Cardiovasculares</p>	<p>Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM</p>	<p>El 100% de los adultos de 25 a 64 años, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.</p>	<p>Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el Establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.</p>	<p>(Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de personas adultas con ACV o IAM)* 100</p>	<p>SIDRA DEIS Base de egresos hospitalario Hay línea base</p>	<p>El 90% de los adultos de 25 a 64 años, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.</p>	<p>El 100% de los adultos de 25 a 64 años, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.</p>	<p>El 100% de los adultos de 25 a 64 años, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta</p>	<p>PRIORIDAD 3 Mantener meta 100%.</p>
<p>Reducir la progresión de enfermedad renal crónica</p>	<p>Mejorar la Cobertura de Tratamiento de nefroprevención en pacientes diagnosticados con ERC.</p>	<p>Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.</p>	<p>100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.</p>	<p>Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año.</p>	<p>(Nº de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / Nº total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al corte)* 100</p>	<p>REM P4, Sección A</p>	<p>85% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.</p>	<p>100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.</p>	<p>95% de las personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV han sido clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.</p>	<p>PRIORIDAD 1 Mantener meta 100%.</p>

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Aumentar la Sobrevida de Personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Mejorar la oportunidad de la atención de las personas con Enfermedades Cardiovasculares	Aumentar la cobertura diagnóstica en personas de 25-64 años de hipertensión arterial.	Aumentar en un 15% la cobertura de personas de 25-64 años con hipertensión respecto al año anterior.	Screening intencionado de personas hipertensas a través de la toma de presión arterial en todo control de salud o consulta de morbilidad, EMPA, entre otras alternativas	(Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA (año vigente) (MENOS) Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA (año anterior)) / Proporción de personas bajo control de 25 a 64 años con HTA (año anterior))	REM P4, Sección A Población estimada según ENS 2009-2010	Aumentar en un 3% la cobertura de personas de 25-64 años con hipertensión respecto al año anterior.	Aumentar en un 15% la cobertura de personas de 25-64 años con hipertensión respecto al año anterior	Aumentar en un 15% la cobertura de personas de 25-64 años con hipertensión respecto al año anterior	PRIORIDAD 1 Mantener meta.
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus		Aumentar la cobertura diagnóstica en personas de <u>25-64</u> años de diabetes	Aumentar en un 15% la cobertura de personas de 25-64 años con diabetes respecto al año anterior.	Búsqueda intencionada de diabetes en personas de riesgo: obesos, mayores de 40 años, antecedentes familiares de diabetes, antecedentes personales de diabetes gestacional, a través del EMPA, controles de salud, consulta de morbilidad, entre otras alternativas.	(Nº de personas de 25 a 64 años bajo control con DM (año vigente) (MENOS) N° de personas de 25 a 64 años bajo control con DM (año anterior))/de 25 a 64 años bajo control con DM (año anterior))*100	REM P4, Sección A Población estimada según prevalencia a ENS 2009-2010 (10%)	Aumentar en un 2% la cobertura de personas de 25-64 años con diabetes respecto al año anterior.	Aumentar en un 15% la cobertura de personas de 25-64 años con diabetes respecto al año anterior	Aumentar en un 15% la cobertura de personas de 25-64 años con diabetes respecto al año anterior.	PRIORIDAD 1 Mantener meta

	Reducir las complicaciones en personas con diabetes	Disminuir la incidencia de Amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	100% de las personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 en PSCV se les ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV clasificados según el riesgo de ulceración de los pies en los últimos 12 meses / Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control)*100	REM P4	81% de las personas de 25-64 años con DM tipo 2 en PSCV se les ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	100% de las personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 en PSCV se les ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	100% de las personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 en PSCV se les ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	Mantener PRIORIDAD 1
			100% de las personas diabéticas de 25-64 años bajo control con úlceras activas reciben manejo convencional o avanzado de heridas.		(Nº de personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado / Nº total de personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie)*100	QUALIDIAB-Chile REM P4	100% de las personas diabéticas de 25-64 años bajo control con úlceras activas reciben manejo convencional o avanzado de heridas.	100% de las personas diabéticas de 25-64 años bajo control con úlceras activas reciben manejo convencional o avanzado de heridas.	100% de las personas diabéticas de 25-64 años bajo control con úlceras activas reciben manejo convencional o avanzado de heridas.	Mantener PRIORIDAD 1

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en niños, adolescentes y jóvenes	Fomentar la realización de actividad física en la población	Controlar mal nutrición	Al menos el 50% de los adultos de 25 a 64 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial.	Mejorar la mal nutrición por exceso en población con factores de riesgo de desarrollar a través del programa VIDA SANA	(Nº de los adultos de entre 25 a 64 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial. / Nº total de adultos entre 25 a 64 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10	Los adultos de 25 a 64 años intervenidos en vida sana, reduce en el 5% o más del peso inicial.	Al menos el 50% de los adultos de 25 a 64 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial.	Al menos el 50% de los adultos de 25 a 64 años intervenidos reduce el 5% o más del peso inicial.	Mantener meta. PRIORIDAD 1
		or exceso, perfil metabólico y la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares.	Al menos el 50% de los adultos de 25 a 64 años intervenidos mejoran su perímetro de cintura	Mejorar el perímetro de cintura en población con factores de riesgo de desarrollar a través del programa VIDA SANA	Nº de los adultos de 25 a 64 años intervenidos mejoran su perímetro de cintura / Nº total de niños, niñas y adolescentes entre 25 a 64 años con control correspondiente realizado)*100	REM P10	Al menos el 50% de los adultos de 25 a 64 años intervenidos mejoran su perímetro de cintura	Al menos el 50% de los adultos de 25 a 64 años intervenidos mejoran su perímetro de cintura	Al menos el 50% de los adultos de 25 a 64 años intervenidos mejoran su perímetro de cintura	Mantener meta. PRIORIDAD 1
			Al menos el 90% de los adultos de 25 a 64 años intervenidos mejoran su condición física, en términos de capacidad.	Mejorar la condición física en población con factores de riesgo de desarrollar a través del programa VIDA SANA	(Nº de los adultos de 25 a 64 años intervenidos mejora su condición física, en términos de capacidad. / Nº total de los adultos de 25 a 64 años con control correspondiente realizado)* 100	REM P10	Al menos el 50% de los adultos de 25 a 64 años intervenidos	Al menos el 90% de los adultos de 25 a 64 años intervenidos	Al menos el 90% de los adultos de 25 a 64 años intervenidos	Mantener meta. PRIORIDAD 1

							os mejoran su condición física, en términos de capacidad.	os mejoran su condición física, en términos de capacidad	os mejoran su condición física, en términos de capacidad	
Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Aumento de la Detección e Ingreso Precoz a Tratamiento con priorización en grupos vulnerables	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea y por morbilidad.	Aumentar en 10% el examen de VIH en personas de 25-64 años en consultas de morbilidad	Realizar examen de VIH en personas de 25-64 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 25-64 años (año vigente) (MENOS) Nº de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años, ( año anterior))*100	REM A11	Aumentar en 5% el examen de VIH en personas de 25-64 años en consultas de morbilidad	Aumentar en 10% el examen de VIH en personas de 25-64 años en consultas de morbilidad	Aumentar en 10% el examen de VIH en personas de 25-64 años en consultas de morbilidad	Mantener meta aumento 10% de examen en consulta de morbilidad PRIORIDAD 1
			Aumentar en 10% el examen de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea		(Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea de 25-64 años (año vigente) (MENOS) Nº de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea de 25-64 años (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea de 25- 64 años, (año anterior))*100	REM A11	Aumentar en 5% el examen de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea	Aumentar en 10% el examen de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea	Aumentar en 10% el examen de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea	Mantener meta aumento 10% de toma de examen por demanda espontánea PRIORIDAD 1

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Fortalecer la promoción de sexo seguro y prevención del VIH e ITS	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Aumentar en un 10% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo (año vigente) (MENOS) Nº de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo (año anterior) / Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo realizadas (año anterior))*100	REM A19a, Sección A1	Aumentar en un 10% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior.	Aumentar en un 10% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior.	Mantener la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior.	Aumentar % de consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior
		Promover Sexo Seguro en personas que ejercen comercio sexual	Aumentar en un 10 % el ingreso a control de salud sexual de personas que ejercen comercio sexual, respecto al año anterior.	Control de Salud Sexual en personas que ejercen comercio sexual.	(Nº de personas que ejercen comercio sexual que ingresan a control de salud sexual (año vigente)(MENOS) Nº de personas que ejercen comercio sexual que ingresan a control de salud sexual (año anterior)/Nº de personas que ejercen comercio sexual en control de salud sexual (año anterior))*100	REM A05, Sección U		Aumentar en un 10 % el ingreso a control de salud sexual de personas que ejercen comercio sexual, respecto al año anterior.	Aumentar en un 10 % el ingreso a control de salud sexual de personas que ejercen comercio sexual, respecto al año anterior	No aplica, atención unacess
Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la Calidad y Oportunidad de la Atención de Pacientes con enfermedades respiratorias agudas	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por Neumonía en	50% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	(Nº de auditorías realizadas a casos de 25 a 64 años que fallecen en su domicilio por neumonía / Nº de casos de 25 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100	Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS. Informe semestral	50% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía	50% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía en domicilio	50% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos por neumonía	Mantener 50% de auditorías . PRIORIDAD 3

		domicilio				DET.	en domicilio		en domicilio	
Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar la Promoción de Salud en Comunas	Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental en personas adultas.	Aumentar N° talleres preventivos de salud mental respecto al año anterior	Talleres preventivos de salud mental.	(N° de talleres realizados (año vigente) (MENOS) N° de talleres realizados (año anterior) / N° de talleres realizados (año anterior))*100	REM A 27	Aumentar N° talleres preventivos de salud mental respecto al año anterior	Aumentar en un 1% N° talleres preventivos de salud mental respecto al año anterior	Mantener el N° talleres preventivos de salud mental respecto al año anterior	Mantener n° de talleres preventivos de salud mental respecto al año anterior.
		Detección temprana de personas adultas con problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y/o drogas	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección alcohol y drogas con base a instrumento tamizaje (AUDIT y/o ASSIST) en adultos e intervención breve y/o consejería.	Intervención preventiva en adultos: Realizar tamizaje de consumo de alcohol y drogas junto con una intervención breve y/o consejería.	(N° intervenciones preventivas / N° población inscrita validada de FONASA entre 25 y 64 años) * 100	REM A05 Población inscrita validada Fonasa	intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección alcohol y drogas con base a instrumento tamizaje (AUDIT y/o ASSIST) en adultos e intervención breve y/o consejería.	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección alcohol y drogas con base a instrumento tamizaje (AUDIT y/o ASSIST) en adultos e intervención breve y/o consejería.	Implementación	Mantener meta

		Entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas adultas.	Aumentar N° talleres preventivos en temática de violencia respecto al año anterior	Talleres preventivos en temática de violencia.	$(N^{\circ} \text{ de talleres realizados (año vigente)} - N^{\circ} \text{ de talleres realizados (año anterior)}) / N^{\circ} \text{ de talleres realizados (año anterior)} * 100$	REM A 27	Aumentar N° talleres preventivos en temática de violencia respecto al año anterior	Aumentar N° talleres preventivos en temática de violencia respecto al año anterior	Aumentar N° talleres preventivos en temática de violencia respecto al año anterior	Mantener meta obtenida año anterior PRIORITY 3
--	--	---	--	--	--	----------	--	--	--	--

## Tratamiento

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedad es cardiovasculares	Incrementar cobertura efectiva de HTA	Aumentar la Cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Incrementar en al menos 20% la cobertura de personas hipertensas de 25-64 años bajo control	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	(Cobertura hipertensos (año vigente)(MENOS) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior))	REM P4, Sección B Población estimada según prevalencia estudio Fasce 2007 (15,7%) <b>Cálculos de Cobertura:</b> (Nº de personas hipertensas de 25 -64 años bajo control/Nº de personas hipertensas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada)* 100	Incrementar en al menos 3% la cobertura de personas hipertensas de 25-64 años bajo control	Incrementar en al menos 20% la cobertura de personas hipertensas de 25-64 años bajo control	Incrementar en al menos 10% la cobertura de personas hipertensas de 25-64 años bajo control	Mantener meta PRIORIDAD 1
			Incrementar en un 30% la proporción de hipertensos de 25-64 años bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mm/Hg, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.		(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ Proporción de Metas de compensación (año anterior))	REM P4, Sección B <b>Calculo de Proporción de Metas compensación:</b> (Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control con presión arterial <140/90 mm Hg/Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control en PSCV)*100	Incrementar en un 2% la proporción de hipertensos de 25-64 años bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mm/Hg, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Incrementar en un 30% la proporción de hipertensos de 25-64 años bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mm/Hg, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Incrementar en un 10% la proporción de hipertensos de 25-64 años bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mm/Hg, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Mantener meta PRIORIDAD 1

			Incrementar en un 10% la proporción de hipertensos de 25-64 años con presión arterial <140/90 mm/Hg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.		(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ Proporción de Metas de compensación (año anterior))	REM P4, Sección B Según prevalencia estimada en estudio Fasce 2007 (15,7%) <b>Calculo de Proporción de Metas compensación en población inscrita validada :</b> (Nº de personas hipertensas de 25-64 años con presión arterial <140/90 mm Hg / Nº de personas hipertensas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada)*100	Incrementar en un 10% la proporción de hipertensos de 25-64 años con presión arterial <140/90 mm/Hg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Incrementar en un 10% la proporción de hipertensos de 25-64 años con presión arterial <140/90 mm/Hg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Incrementar en un 10% la proporción de hipertensos de 25-64 años con presión arterial <140/90 mm/Hg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Mantener meta PRIORIDAD 1
--	--	--	---	--	---	---	---	---	---	------------------------------

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus	Aumentar la Cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Incrementar en al menos 20% la cobertura de personas diabéticas de 25-64 años bajo control	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	(Cobertura Diabéticos (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabéticos (año anterior)/ Cobertura Diabéticos (año anterior))	REM P4, Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 <b>Cálculos de Cobertura:</b> (Nº de personas diabéticas de 25 -64 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada)* 100	Incrementar en al menos 2% la cobertura de personas diabéticas de 25-64 años bajo control	Incrementar en al menos 5% la cobertura de personas diabéticas de 25-64 años bajo control	Incrementar en al menos 15% la cobertura de personas diabéticas de 25-64 años bajo control	Mantener meta PRIORIDAD 1
			Incrementar en al menos un 30% la proporción de diabéticos de 25-64 años bajo control en PSCV con (HbA1c<7%) hasta alcanzar una compensación de al menos 80%		(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ Proporción de Metas de compensación (año anterior))	REM P4, Sección B <b>Calculo de Proporción de Metas compensación:</b> (Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control en PSCV)* 100	Incrementar en al menos un 2% la proporción de diabéticos de 25-64 años bajo control en PSCV con (HbA1c<7%) hasta alcanzar una compensación de al menos 50%	Incrementar en al menos un 30% la proporción de diabéticos de 25-64 años bajo control en PSCV	Incrementar en al menos un 10% la proporción de diabéticos de 25-64 años bajo control en PSCV	Mantener meta PRIORIDAD 1
	Aumentar la Cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Incrementar en un 10% la proporción de diabéticos de 25-64 años con (HbA1c<7%) en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior) / Proporción de Metas de compensación (año anterior))		REM P4 <b>Calculo de Proporción de Metas compensación en población inscrita validada :</b> (Nº de personas diabéticas de 25-64 años con (HbA1c<7%) / Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada)*100		Incrementar en un 10% la proporción de diabéticos de 25-64 años con (HbA1c<7%) en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%	Incrementar en un 10% la proporción de diabéticos de 25-64 años con (HbA1c<7%) en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.		Mantener meta PRIORIDAD 1

			<p>Aumentar en 10% con respecto al año anterior las personas de 25 a 64 años diabéticas tipo 2 en PSCV con HbA1 &lt;7%, PA &lt;140/90mmHg mmHg y Col LDL &lt; 70mg/dl.</p>	<p>(Proporción (año vigente) (MENOS) Proporción (año anterior)/ Proporción (año anterior))</p>	<p>REM P4  <b>Calculo proporción:</b>  (Nº de personas con diabetes de 25 a 64 años con HbA1c &lt; 7%, PA &lt; 140/90 mmHg y Col LDL &lt; 70 mg/dl, en el último control)/Nº total de personas diabéticas bajo control de 25 a 64 años )*100</p>	<p>Aumentar en 2% con respecto al año anterior las personas de 25 a 64 años diabéticas tipo 2 en PSCV con HbA1 &lt;7%, PA &lt;140/90mmHg mmHg y Col LDL &lt; 70mg/dl.</p>	<p>Aumentar en 3% con respecto al año anterior las personas de 25 a 64 años diabéticas tipo 2 en PSCV con HbA1 &lt;7%, PA &lt;140/90mmHg mmHg y Col LDL &lt; 70mg/dl.</p>	<p>Aumentar en 10% con respecto al año anterior las personas de 25 a 64 años diabéticas tipo 2 en PSCV con HbA1 &lt;7%, PA &lt;140/90mmHg mmHg y Col LDL &lt; 70mg/dl.</p>	<p>Mantener meta  PRIORIDAD 1</p>
--	--	--	--	--	--	---	---	--	---------------------------------------

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus	Evaluar la calidad de atención (cumplimiento de los estándares de calidad establecidos en Guía Clínica GES DM Tipo 2) que reciben las personas diabéticas de 25 a 64 años en control PSCV.	Incrementar en 50% la proporción de pacientes diabéticos que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados.	Evaluación de la calidad de la atención de los pacientes diabéticos en control en PSCV.	(Proporción (año vigente) (MENOS) (Proporción (año anterior)/ (Proporción (año anterior))	QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención REM P4 Proporción pacientes diabéticos evaluados (N° de personas con diabetes de 25 a 64 años bajo control en PSCV en los centros centinela con evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / N° total de personas con diabetes bajo control en los centros centinela al corte)* 100.	Incrementar en 20% la proporción de pacientes diabéticos que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados.	Incrementar en 50% la proporción de pacientes diabéticos que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados	Incrementar en 50% la proporción de pacientes diabéticos que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses, con la meta de lograr al menos el 80% de los pacientes evaluados.	Mantener meta 80% pacientes evaluados PRIORIDA 1
Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Fortalecer la promoción de sexo seguro y prevención del VIH e ITS	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Aumentar en un 10% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS	(N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo (año vigente) (MENOS) N° de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo año (anterior)/ N° de consejerías en prevención del VIH SIDA e ITS en personas adultas por sexo (año anterior))*100	REM A19a, Sección A1	Aumentar en un 10% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior.	Aumentar en un 10% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior	Aumentar en un 10% la consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior	Aumentar % de consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior

<p>Reducir la tasa de mortalidad por cáncer</p>	<p>Mejorar la detección precoz del cáncer en grupos de riesgo</p>	<p>Aumentar la Detección de colelitiasis en población general de 35 a 49 años</p>	<p>Incrementar en un 25% respecto al año anterior la detección de colelitiasis en población general</p>	<p>Ecografía abdominal a la población de 35 a 49 años con sospecha fundada de colelitiasis (síntomas)</p>	<p>(Proporción de detección de colelitiasis (año vigente) (MENOS) (Proporción de detección de colelitiasis (año anterior)/ (Proporción de detección de colelitiasis (año anterior))</p>	<p>SIG GES. REM BS17 (Establecimientos dependientes de Servicio) REM BM18 (Establecimientos dependientes de Municipalidad)</p> <p><b>calculo de proporción:</b> (Nº de adultos 35-49 años con ecografía abdominal positiva para colelitiasis/ Total de adultos 35-49 años con sospecha fundada de colelitiasis (síntomas) con ecografía abdominal efectuada)* 100</p>	<p>Incrementar en un 10% respecto al año anterior la detección de colelitiasis en población general</p>	<p>Incrementar en un 25% respecto al año anterior la detección de colelitiasis en población genera</p>	<p>Incrementar en un 25% respecto al año anterior la detección de colelitiasis en población general</p>	<p>Mantener meta 25%.</p>
---	---	---	---	---	---	---	---	--	---	---------------------------

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la aplicación adecuada y oportunidad de tratamientos de cáncer en estadios I y II en grupos de riesgo.	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas de 25-64 años con cáncer, dolor, dependencia moderada y severa	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a personas con dependencia moderada y severa	Atender en forma integral a la persona oncológica con dependencia moderada y severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas con problemas oncológicos, dolor y dependencia moderada y severa/ Nº de población bajo control por dependencia moderada y severa))*100	REM P3, SIGGES	A lo menos 1 visitas domiciliarias integrales mensuales a personas con dependencia moderada y severa	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a personas con dependencia moderada y severa	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a personas con dependencia moderada y severa	Mantener meta.
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas	Aumentar la Cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 25 a 64 años.	Aumentar en 5% la población bajo control de 25 a 64 años en el Programa ERA	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	(Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año anterior) / Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año anterior))*100	REM P3, Sección A	Aumentar en 5% la población bajo control de 25 a 64 años en el Programa ERA	Aumentar en 5% la población bajo control de 25 a 64 años en el Programa ERA	Aumentar en 5% la población bajo control de 25 a 64 años en el Programa ERA	Mantener población bajo control según año anterior
			Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlado de 25 a 64 años bajo control en Programa ERA según niveles de control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 25 a 64 años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior))	REM P3, Sección D <b>Calculo de proporción:</b> (Nº de personas asmáticas controladas de 25-64 años bajo control /Nº de personas asmáticas de 25-64 años bajo control)*100	Incrementar en 10% la proporción de asmáticos controlado de 25 a 64 años bajo control en Programa ERA según niveles de control.	Incrementar en 5% la proporción de asmáticos controlado de 25 a 64 años bajo control en Programa ERA según niveles de control.	Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlado de 25 a 64 años bajo control en Programa ERA según niveles de control.	Mantener meta.

			Incrementar en 20% la proporción de pacientes con EPOC que logran control adecuado de 40 a 64 años bajo control en Programa ERA	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 40 a 64 años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior) / Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior))	REM P3, Sección D <b>Calculo de proporción:</b> (Nº de personas con EPOC que logran control adecuado de 40-64 años bajo control / Nº de personas con EPOC de 40-64 años bajo control)*100	Incrementar en 10% la proporción de pacientes con EPOC que logran control adecuado de 40 a 64 años bajo control en Programa ERA	Incrementar en 20% la proporción de pacientes con EPOC que logran control adecuado de 40 a 64 años bajo control en Programa ERA	Incrementar en 20% la proporción de pacientes con EPOC que logran control adecuado de 40 a 64 años bajo control en Programa ERA	Mantener meta.
--	--	--	---	---	---	--	---	---	---	----------------

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Recuperación de la salud oral del adulto de 60 años	Mejorar la salud oral y la calidad de vida en salud oral del adulto de 60 años	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto de 60 años (GES Salud Oral Integral del adulto de 60 años)	≥ 50 % de cobertura en altas totales odontológicas en adultos de 60 años inscritos validados.	Atención odontológica integral del adulto de 60 años.	<i>(Nº de adultos 60 años con Altas odontológicas totales / Total estimado de adultos de 60 años inscritos y validados) * 100</i>  <i>Estimación Población de 60 años = Población inscrita y validada por FONASA 60-64 años / 5.</i>	REM A09/ FONASA. Población inscrita validada.	≥ 10 % de cobertura en altas totales odontológicas en adultos de 60 años inscritos validados.	≥ 50 % de cobertura en altas totales odontológicas en adultos de 60 años inscritos validados	≥ 50 % de cobertura en altas totales odontológicas en adultos de 60 años inscritos validados	Mantener meta.
Disminuir la Violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de mujeres que vivan o hayan vivido violencia de género	Mejorar la Pesquisa y Atención de Mujeres víctimas de violencia de género.	Aumentar la atención a mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	Entregar atención a mujeres víctimas de violencia de género.	(Nº de mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género atendidas (año vigente) (MENOS) Nº de mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género atendidas (año anterior) / Nº de mujeres de 25 a 64 de violencia de género atendidas (año anterior))*100	REM A05	Aumentar la atención a mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior.	Aumentar en un 2% la atención a mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior	Aumentar la atención a mujeres de 25 a 64 años víctimas de violencia de género en relación al año anterior	Mantener lo realizado 2015
			Disminuir los egresos por abandono de mujeres en atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	Egreso por abandono de mujeres en atención integral por violencia de género.	(Nº mujeres egresadas por abandono de atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) Nº mujeres egresadas por abandono de atención integral por violencia de género (año anterior)/ Nº mujeres egresadas por abandono de atención integral por violencia de género (año anterior))*100	REM A 05	Mantener los egresos por abandono de mujeres en atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	Disminuir los egresos por abandono de mujeres en atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	Disminuir los egresos por abandono de mujeres en atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	Igual

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados	Brindar atención integral y Oportuna a personas entre 25 y 64 años con problemas o trastornos mentales.	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en infancia (25 a 64 años) del 22% de prevalencia	Atención integral de adultos (25 a 64 años) con trastorno mental bajo control	Población bajo control por trastorno mental de 25 a 64 (año vigente) / Población inscrita validada de 25 a 64 años x 22% de prevalencia	REM P06	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en infancia (25 a 64 años) del 22% de prevalencia	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en infancia (25 a 64 años) del 22% de prevalencia	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en infancia (25 a 64 años) del 22% de prevalencia	Mantener meta 15%
			Aumentar el número de altas clínicas de adultos con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Egreso por altas clínicas de adultos con problemas y/o trastornos mentales	(Nº de adultos egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año vigente) (MENOS) (Nº de adultos egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año anterior) / Nº de adultos egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año anterior))*100	REM A05	Aumentar el número de altas clínicas de adultos con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Aumentar el número de altas clínicas de adultos con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Aumentar el número de altas clínicas de adultos con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Mantener meta Obtenida año 2015
			Aumentar el número de casos de adultos (25 a 64 años) presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	Casos presentados en consultoría de Salud Mental adultos (25 a 64 años)	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de adultos (25 a 64 años) (año vigente) / Nº de adultos (25 a 64 años) ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente) (MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de adultos (25 a 64 años) (año anterior)/ Nº de adultos (25 a 64 años) ingresados por	REM A06 / REM A05	Aumentar el número de casos de adultos (25 a 64 años) presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior	Aumentar el número de casos de adultos (25 a 64 años) presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior	Mantener el número de casos de adultos (25 a 64 años) presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior	Se mantiene esta meta

					diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100					
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--

**Rehabilitación**

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la Mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Aumentar 25% pacientes EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	(Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado año (año vigente) (MENOS) Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior)) *100	REM P3, Sección C REM P3, Sección A	Aumentar 25% pacientes EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar.	Aumentar 25% pacientes EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	Aumentar 25% pacientes EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	Mantener meta.

**SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES**

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo Específico	Meta	Actividad	Indicadores	Fuente del Indicador	D	O	A	V
Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Incrementar la evaluación funcional de las personas adultas mayores y aumentar la cobertura de atención	Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar sobre el envejecimiento saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	Incrementar al menos en un 30% respecto al año anterior el Control de Salud (EMPAM) en las personas de 65 años y más	Realizar Controles de Salud con el fin de evaluar la situación de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevención y control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención	(Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año vigente) (MENOS) (Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior))/Nº de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior))* 100	REM P5	Incrementar al menos en un 8% respecto al año anterior el Control de Salud (EMPAM) en las personas de 65 años y más	Incrementar al menos en un 30% respecto al año anterior el Control de Salud (EMPAM) en las personas de 65 años y más	Incrementar al menos en un 30% respecto al año anterior el Control de Salud (EMPAM) en las personas de 65 años y más	PRIORIDAD 1 MANTENER META 2015

**Promoción\* En estrategias Transversales Prevención**

## Prevención

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo Específico	Meta	Actividad	Indicadores	Fuente del Indicador	D	O	A	V
Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Efectuar Atención Integral del Adulto Mayor	Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM).	80% de las personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia, cuentan con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM).	Realizar control de	(Nº de personas de 65 años y más con riesgo y/o riesgo de dependencia con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM)/ Nº de personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia con Control de Salud (EMPAM) vigente))* 100	REM A01, Sección C	50% de las personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia, cuentan con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM).	80% de las personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia, cuentan con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM).	80% de las personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y/o riesgo de dependencia, cuentan con control de seguimiento con EFAM efectuado con anterioridad a los 6 meses de realizado el control de Salud (EMPAM).	PRIORIDAD 2 REALIZADO POR UGM
	Mejorar la Calidad y Oportunidad de la Atención de pacientes con enfermedades respiratorias agudas	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.	50% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos de 65 años y más por neumonía en domicilio.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de fallecidos de 65 años y más por neumonía en el hogar	(Nº de auditorías 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)* 100	Supeditado a disponibilidad de Plataforma desde el DEIS. Informe semestral DET	100% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos de 65 años y más por neumonía en domicilio.	50% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos de 65 años y más por neumonía en domicilio	50% de auditorías realizadas a familiares de fallecidos de 65 años y más por neumonía en domicilio.	PRIORIDAD 1

Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la Cobertura de inmunización anti- influenza y anti- neumococo en grupos prioritarios	Aumentar cobertura de vacuna Neumocócica Polisacárida 23 valente, en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años según población inscrita y validada	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida 23 valente, a los usuarios de 65 años de edad según población inscrita y validada	(Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica Polisacárida 23 valente/Nº Total de personas de 65 años inscritos y validados)*100	Sistema Informático- RNI Población inscrita y validada, 2016	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años según población inscrita y validada	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años según población inscrita y validada	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años según población inscrita y validada	PRIORIDAD 3 NO CONTAMOS CON VACUNATORIO
		Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y validados.	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años y más según población inscrita y validada	Administrar una dosis de vacuna Anti- influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad inscrita y validada.	(Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti- influenza/Nº Total de personas de 65 años y más inscritos y validados)*100	Sistema Informático – RNI Población inscrita y validada, 2016.	Lograr una cobertura de 95% de vacunación (superior a la comunal) alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años y más según población inscrita y validada	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años y más según población inscrita y validada	Lograr una cobertura superior en un 80% a la cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior, en usuarios de 65 años y más según población inscrita y validada	PRIORIDAD 2 CUMPLIMIENTO AÑO 2015

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo Específico	Meta	Actividad	Indicadores	Fuente del Indicador	D	O	A	V
Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Efectuar Atención Integral del Adulto Mayor	Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM Difusión a través de trípticos, pagina web, Salud responde, poster en	(Proporción de personas bajo control > 70 años que reciben PACAM (año vigente)(MENOS) proporción de personas bajo control > de 70 años que reciben PACAM (año anterior))	REM D16 REM P5 Calculo de proporción: (Nº de personas de 70 años y más que reciben PACAM/ Nº total de personas de 70 años y más bajo control) x 100	Aumentar en 5% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.	Aumentar en 5% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM	PRIORIDAD 2
Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Mejorar la detección precoz de ERC en pacientes de alto riesgo	Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV.	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.	Aplicar la "Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular.	(Nº de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / Nº total de personas de 65 años y más bajo control en PSCV al corte)* 100	REM P4, Sección A	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.	PRIORIDAD 1

		Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$ ) o ERC etapa 3b-5 (VFG estimada $< 45 \text{ mL/min/1.73m}^2$ )	100% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$ ) o ERC etapa 3b-5 en tratamiento con IECA o ARA II.	Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 en el PSCV.	(N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses / N° de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$ ) o ERC etapa 3b-5 al corte)* 100	REM P4, Sección B	100% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$ ) o ERC etapa 3b-5 en tratamiento con IECA o ARA II.	100% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$ ) o ERC etapa 3b-5 en tratamiento con IECA o ARA II	100% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$ ) o ERC etapa 3b-5 en tratamiento con IECA o ARA II.	PRIORIDAD 1
--	--	--	---	---	--	-------------------	---	--	---	-------------

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo Específico	Meta	Actividad	Indicadores	Fuente del Indicador	D	O	A	V
Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Mejorar la continuidad de la atención de las personas con Enfermedades Cardiovasculares	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	El 100% de los pacientes de 65 años y más, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	(Nº de pacientes egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta /Nº total de egresos hospitalarios de personas de 65 años y más con ACV o IAM)*100	SIDRA DEIS Base de egresos hospitalarios	El 100% de los pacientes de 65 años y más, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta. (siempre que nos faciliten la información)	El 100% de los pacientes de 65 años y más, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta	El 100% de los pacientes de 65 años y más, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV ha tenido un control con profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta	PRIORIDAD 2 MEJORAR LA COORDINACION ENTRE HOSPITAL Y APS DADO QUE LOS P  MEJORAR COORDINACION ENTRE INTERNA ENTRE APS Y HOSPITAL HOSPITAL
	Mejorar la oportunidad de la atención	Aumentar la cobertura diagnóstica de	Incrementar a lo menos en un 15% la cobertura diagnóstica de personas de	Screening intencionado de personas de 65 o más años hipertensas a través de la toma de	Cobertura (año vigente) (MENOS) Cobertura (año anterior)/ Cobertura (año anterior) Calculo de la cobertura:	REM P4, Sección A Población estimada	Incrementar a lo menos en un 5% la cobertura	Incrementar a lo menos en un 15% la cobertura	Incrementar a lo menos en un 15% la cobertura	PRIORIDAD 1

	de las personas con Enfermedades Cardiovasculares	hipertensión arterial en personas de 65 años y más.	65 años y más con hipertensión arterial respecto al año anterior	presión arterial en todo control de salud o consulta de morbilidad, EMPAM, entre otras alternativas	Nº de personas de 65 años y más con resultados de EMP de Presión arterial Elevada =PA140/90mmHg	según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%)	diagnóstica de personas de 65 años y más con hipertensión arterial respecto al año anterior	diagnóstica de personas de 65 años y más con hipertensión arterial respecto al año anterior	diagnóstica de personas de 65 años y más con hipertensión arterial respecto al año anterior	
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura diagnóstica de diabetes en personas de 65 años y más	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.	Búsqueda intencionada de diabetes tipo 2 en personas de 65 o más años en riesgo, obesos, antecedentes familiares de diabetes, a través del EMPAM, controles de salud, consulta de morbilidad, entre otras alternativas.	Cobertura (año vigente) (MENOS) Cobertura(año anterior)/ Cobertura (año anterior)  Calculo de la cobertura: Nº de personas de 65 años y más con resultados de EMP de Glicemia Elevada entre 100 y 199 mg/dl 65 años y más/Nº de personas de 65 años y más con diabetes bajo control	REM P4, Sección A Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)	Incrementar a lo menos en un 2% la cobertura de la población de 65 años y más con diabetes tipo 2 bajo control con respecto al año anterior.	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.	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.	PRIORIDAD 1
<b>Objetivo de Impacto Estrategia</b>	<b>Resultado Esperado Estrategia</b>	<b>Objetivo Específico</b>	<b>Meta</b>	<b>Actividad</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuente del Indicador</b>				
Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Aumento de la Detección e Ingreso Precoz a Tratamiento con priorización en grupos vulnerables	Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más, que consultan por morbilidad o que lo soliciten	Incrementar en un 5% el examen de VIH, en personas de 65 y más años que lo requieran o que consultan por morbilidad, con respecto al año anterior	Realizar examen VIH a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año vigente) (MENOS) Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más (año anterior)/Nº total de exámenes para	REM A11, Sección C1 REM A11, Sección C2	Incrementar 5% examen de VIH, en personas de 65 y más años que lo requieran o que consultan	Incrementar en un 5% el examen de VIH, en personas de 65 y más años que lo requieran o que	Incrementar en un 5% el examen de VIH, en personas de 65 y más años que lo requieran o que	PRIORIDAD 3

							por morbilidad, con respecto al año anterior	consultan por morbilidad, con respecto al año anterior	consultan por morbilidad, con respecto al año anterior	
		espontáneamente			VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más, ( año anterior))*100					
	Aumento de la Detección e Ingreso Precoz a Tratamiento con priorización en grupos vulnerables	Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS.	40% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS.	Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos.	(Nº total de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS / Nº total de personas de 65 años y más bajo control)*100	REM A19, Sección A1 REM P5, Sección A	40% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS.	40% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS	40% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS	PRIORIDAD 3
Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Incrementar la evaluación funcional de las personas adultas mayores y aumentar la cobertura de atención	Entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental en personas adultas mayores.	Aumentar el Nº talleres preventivos de salud mental respecto al año anterior.	Talleres preventivos de salud mental.	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100	REM A 27	Aumentar el Nº talleres preventivos de salud mental respecto al año anterior.	Aumentar el Nº talleres preventivos de salud mental respecto al año anterior.	Aumentar el Nº talleres preventivos de salud mental respecto al año anterior.	PRIORIDAD 1 MANTENER META 2015

		Entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas adultas mayores.	Aumentar el N° talleres preventivos en la temática de violencia respecto al año anterior	Talleres preventivos en la temática de violencia. Fomentar el desarrollo de los talleres a cuidadores de personas adultas mayores, entre otros.	(N° de talleres realizados (año vigente) (MENOS) N° de talleres realizados (año anterior) / N° de talleres realizados (año anterior))*100	REM A 27	Aumentar el N° talleres preventivos en la temática de violencia respecto al año anterior	Aumentar el N° talleres preventivos en la temática de violencia respecto al año anterior	Aumentar el N° talleres preventivos en la temática de violencia respecto al año anterior	PRIORIDAD 3 Mantener número de talleres realizados año 2015
		Detección temprana de personas adultas mayores con problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol	Implementación de intervención preventiva con uso de tamizaje para la detección alcohol y drogas con base a instrumento tamizaje (AUDIT) en personas adultas mayores e intervención breve y/o consejería.	Intervención preventiva en personas adultos mayores: Realizar tamizaje de consumo de alcohol junto con una intervención breve y/o consejería.	(N° intervenciones preventivas / N° población inscrita validada de FONASA entre 65 años y más)*100	REM A05	Aplicar pauta de tamizaje para la detección alcohol y drogas con base a instrumento (AUDIT) en personas adultas mayores e intervención breve y/o consejería.	Implementación	Implementación	PRIORIDAD 2
<b>Objetivo de Impacto Estrategia</b>	<b>Resultado Esperado Estrategia</b>	<b>Objetivo Específico</b>	<b>Meta</b>	<b>Actividad</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Fuente del Indicador</b>				
Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Incrementar la evaluación funcional de las personas adultas mayores y aumentar la cobertura de atención	Entregar herramientas para la prevención del consumo de alcohol y drogas en personas adultas mayores.	Implementar la aplicación de tamizaje para la detección de problemas de salud mental en personas adultas mayores (GHQ-12).	Aplicar instrumento de tamizaje de trastornos mentales (GHQ12) en personas adultas mayores	(N° de personas adultas mayores con tamizaje para trastornos mentales (año vigente) (MENOS) N° de personas adultas mayores con tamizaje para trastornos mentales (año anterior) /N° total de personas adultas mayores con control GHQ 12 (año anterior))*100	REM A03	Implementar la aplicación de tamizaje para la detección de problemas de salud mental en personas adultas mayores (GHQ-12).	Implementar la aplicación de tamizaje para la detección de problemas de salud mental en personas adultas mayores (GHQ-12).	Implementar la aplicación de tamizaje para la detección de problemas de salud mental en personas adultas mayores (GHQ-12).	PRIORIDAD 3

	Efectuar Atención Integral del Adulto Mayor	Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con	Que el 60 % de los AM egresados del programa mantengan o mejoren su condición funcional.	Aplicación de Instrumento HAQ-8 al ingreso y egreso del programa.	(Nº de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejoran su condición funcional / Nº de total de adultos mayores ingresados al programa )*100	REM A05 Sesión M	Que el 60 % de los AM egresados del programa mantengan o mejoren su condición funcional.	Que el 10 % de los AM egresados del programa mantengan o mejoren su condición funcional	Que el 60 % de los AM egresados del programa mantengan o mejoren su condición funcional	PRIORIDAD 2 (EQUIPO MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES)
		Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Que al menos el 60 % de los adultos mayores en control en el centro de salud, ingresen al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes Elaboración y ejecución de un diagnóstico participativo en autocuidado y estilos de vida saludables, para la planificación de una capacitación de líderes comunitarios.	Derivación a Programas Más posterior a aplicación de EMPAM que arroje clasificación autovalentes, autovalente en riesgo y en riesgo de dependencia. Planificar y ejecutar diagnóstico participativo con líderes de las agrupaciones participantes de los talleres del Mas Adultos Mayores Autovalentes.	(Nº de personas ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia/ población AM en control con condición autovalente + autovalente con riesgo + riesgo de dependencia)*100	REM A05 Sesión K	Que al menos el 60 % de los adultos mayores en control en el centro de salud, ingresen al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes Elaboración y ejecución de un diagnóstico participativo en autocuidado y estilos de vida saludables, para la planificación	Que al menos el 60 % de los adultos mayores en control en el centro de salud, ingresen al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes Elaboración y ejecución de un diagnóstico participativo en autocuidado y estilos de vida saludables,	Que al menos el 60 % de los adultos mayores en control en el centro de salud, ingresen al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes Elaboración y ejecución de un diagnóstico participativo en autocuidado y estilos de vida saludables, para la planificación de una capacitación de líderes comunitarios.	PRIORIDAD 2 CONVENIO MAS

							de una capacitación de líderes comunitarios.	para la planificación de una capacitación de líderes comunitarios .		
					Dicotómico SI/NO	Informe diagnóstico participativo		Que al menos el 60 % de los adultos mayores en control en el centro de salud, ingresen al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes Elaboración y ejecución de un diagnóstico participativo en autocuidado y estilos de vida saludables, para la planificación de una capacitación de líderes comunitarios.	Que al menos el 60 % de los adultos mayores en control en el centro de salud, ingresen al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes Elaboración y ejecución de un diagnóstico participativo en autocuidado y estilos de vida saludables, para la planificación de una capacitación de líderes comunitarios.	PRIORIDA 2 CONVENIO MAS

## Tratamiento

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo Específico	Meta	Actividad	Indicadores	Fuente del Indicador	D	O	A	V
Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Efectuar Atención Integral del Adulto Mayor	Brindar atención a personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.	Aumentar el ingreso de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.	Ingreso de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias.	(Nº de personas de 65 años ingresadas por Alzheimer y otras demencias (año vigente) (MENOS) Nº de personas de 65 años ingresadas por Alzheimer y otras demencias (año anterior)/ Nº de personas de 65 años ingresadas por Alzheimer y otras demencias (año anterior))*100	REM A05		Aumentar el ingreso de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias	Aumentar el ingreso de personas de 65 años y más con Alzheimer y otras demencias	PRIORIDAD 3
		Mejorar la	Aumentar los ingresos de personas adultas mayores de 65 años y más a atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	Ingreso de personas adultas mayores de 65 años y más a atención integral por violencia de género.	(Nº de personas adultas mayores de 65 años y más ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) Nº de personas adultas mayores de 65 años y más ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ Nº de personas adultas mayores de 65 años y más ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	REM A05		Aumentar los ingresos de personas adultas mayores de 65 años y más a atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	Aumentar los ingresos de personas adultas mayores de 65 años y más a atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	PRIORIDAD 3

		atención de personas adultas mayores víctimas de violencia de género	Disminuir los egresos por abandono de personas adultas mayores de 65 años y más en atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	Egreso por abandono de personas adultas mayores de 65 años y más en atención integral por violencia de género.	(Nº de personas adultas mayores de 65 años y más egresadas por abandono en atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) Nº de personas adultas mayores de 65 años y más egresadas por abandono en atención integral por violencia de género (año anterior)/ Nº de personas adultas mayores de 65 años y más egresadas por abandono en atención integral por violencia de género (año anterior))*100	REM A05		Disminuir los egresos por abandono de personas adultas mayores de 65 años y más en atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	Disminuir los egresos por abandono de personas adultas mayores de 65 años y más en atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	PRIORIDAD 3 MANTENER META
--	--	--	---	--	--	---------	--	---	---	---------------------------------

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo Específico	Meta	Actividad	Indicadores	Fuente del Indicador	D	O	A	V
			Aumentar el ingreso a tratamiento de personas adultas mayores con problemas o trastornos mentales en relación año anterior.	Atención a personas adultas mayores con problemas o trastornos mentales y sus familias.	(Nº de personas adultas mayores que ingresan a tratamiento por problemas mentales (año vigente) (MENOS) Nº de personas adultas mayores que ingresan a tratamiento por problemas mentales (año anterior) / Nº de personas adultas mayores que ingresan a tratamiento por problemas mentales (año anterior))*100	REM A05	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas adultas mayores con problemas o trastornos mentales en relación año anterior.	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas adultas mayores con problemas o trastornos mentales en relación año anterior	Aumentar el ingreso a tratamiento de personas adultas mayores con problemas o trastornos mentales en relación año anterior	PRIORIDAD 3 MANTENER META (POCAS HORAS DE PSICOLOGA)
		Brindar atención integral y oportuna a	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en personas adultas mayores del 22% de prevalencia.	Atención integral de personas adultas mayores con trastorno mental bajo control.	Población bajo control por trastorno mental de personas adultas mayores (año vigente) / Población inscrita validada mayor de 65 años y más x 22% de prevalencia	REM P06	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en personas adultas	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en personas adultas	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en personas adultas	PRIORIDAD 3 MANTENER META (POCAS HORAS DE PSICOLOGA)

Disminuir la Prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la prevención en distintas etapas del ciclo vital	personas adultas mayores de 65 años y más con problemas o trastornos mentales.					mayores del 22% de prevalencia.	mayores del 22% de prevalencia	mayores del 22% de prevalencia	
			Aumentar el número de altas clínicas de personas adultas mayores con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior.	Egreso por altas clínicas de personas adultas mayores con problemas y/o trastornos mentales.	(Nº de personas adultas mayores egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año vigente) (MENOS) N° de adultos mayores egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año anterior)/ N° de personas adultas mayores egresados de alta clínica por problemas y/o trastornos mentales (año anterior))*100	REM A05	Aumentar el número de altas clínicas de personas adultas mayores con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior.	Aumentar el número de altas clínicas de personas adultas mayores con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	Aumentar el número de altas clínicas de personas adultas mayores con problemas y/o trastornos mentales en relación al año anterior	PRIORIDAD 3 MANTENER META (POCAS HORAS DE PSICOLOGA)
			Aumentar el número de casos de personas adultas mayores de 65 años y más presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	Casos presentados en consultoría de Salud Mental de personas adultas mayores.	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas adultas mayores (año vigente) / N° de personas adultas mayores ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) N° de casos presentados en consultoría de salud mental de personas adultas mayores (año anterior) / N° de personas adultas mayores ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100	REM A06 / REM A05	Aumentar el número de casos de personas adultas mayores de 65 años y más presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	Aumentar el número de casos de personas adultas mayores de 65 años y más presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior	Aumentar el número de casos de personas adultas mayores de 65 años y más presentados	PRIORIDAD 2

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo Específico	Meta	Actividad	Indicadores	Fuente del Indicador	D	O	A	V
Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Incrementar cobertura efectiva de HTA	Aumentar la compensación de HTA en personas de 65 años y más.	Incrementar en un 15% la proporción de hipertensos de 65 años y más bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mmhg, hasta alcanzar una compensación de al menos 70% en los años siguientes.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años en el PSCV.	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de Metas de compensación (año anterior)) <b>Cálculo proporción de compensación de metas</b> Nº de hipertensos de 65 años y más bajo control con presión arterial <140/90 mmhg/Nº de hipertenso de 65 años y más bajo control en PSCV	REM P04, Sección B Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%)	Incrementar en un 3% la proporción de hipertensos de 65 años y más bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mmhg, hasta alcanzar una compensación de al menos 70% en los años siguientes.	Incrementar en un 15% la proporción de hipertensos de 65 años y más bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mmhg, hasta alcanzar una compensación de al menos 70% en los años siguientes.	Incrementar en un 15% la proporción de hipertensos de 65 años y más bajo control en PSCV con presión arterial <140/90 mmhg, hasta alcanzar una compensación de al menos 70% en los años siguientes.	PRIORIDAD 1 MANTENER META
		Aumentar la cobertura efectiva de HTA en personas de 65 años y más.	Incrementar en un 10% la proporción de hipertensos de 65 años y más con presión arterial <140/90 mmhg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80% en los años siguientes.	Optimizar el tratamiento de la HTA en los adultos de 65 o más años.	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de Metas de compensación (año anterior)) <b>Cálculo de proporción de compensación de metas Población inscrita validada</b> Nº de hipertensos de 65 años y más con presión arterial <140/90 mmhg / Nº hipertensos de 65 años y más estimados en la población inscrita validada	REM P04, Sección B Población estimada según prevalencia Estudio Fasce E. 2007 (64,3%)		Incrementar en un 10% la proporción de hipertensos de 65 años y más con presión arterial <140/90 mmhg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80% en los años siguientes.	Incrementar en un 10% la proporción de hipertensos de 65 años y más con presión arterial <140/90 mmhg en la población inscrita validada, hasta alcanzar una compensación de al menos 80% en los años siguientes.	PRIORIDAD 1 MANTENER META

Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus	Aumentar compensación de la diabetes en personas de 65 años y más en el último control.	Incrementar en un 15%, la proporción de diabéticos de 65 años y más bajo control en PSCV con HbA1c<7%, mmHg hasta alcanzar una compensación de al menos 80% en los años siguientes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en los adultos de 65 o más años en el PSCV.	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ Proporción de Metas de compensación (año anterior)) <b>Cálculo de proporción de compensación de metas Población inscrita validada</b> Nº de diabéticos de 65 años y más bajo control con HbA1c<7%,/Nº de diabéticos de 65 años y más	REM P04, Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%) más bajo control en PSCV	Incrementar en un 2%, la proporción de diabéticos de 65 años y más bajo control en PSCV con HbA1c<7%, mmHg hasta alcanzar una compensación de al menos 80% en los años siguientes.	Incrementar en un 15%, la proporción de diabéticos de 65 años y más bajo control en PSCV con HbA1c<7%, mmHg hasta alcanzar una compensación de al menos 80% en los años siguientes	Incrementar en un 15%, la proporción de diabéticos de 65 años y más bajo control en PSCV con HbA1c<7%, mmHg hasta alcanzar una compensación de al menos 80% en los años siguientes	PRIORIDAD META MANTENER META
		Aumentar la cobertura efectiva de Diabetes Mellitus en personas de 65 años y más.	Incrementar la proporción de diabéticos de 65 años y más con HbA1c<7%, mmHg en la población inscrita validada en 10%, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Optimizar el tratamiento de la Diabetes Mellitus en los adultos de 65 o más años.	Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior) / Proporción de Metas de compensación (año anterior) <b>Cálculo de proporción de compensación de metas Población inscrita validada:</b> Nº de diabéticos de 65 años y más con HbA1c<7%, / Nº diabéticos de 65 años y más estimados en la población inscrita validada	REM P04, Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)	Incrementar la proporción de diabéticos de 65 años y más con HbA1c<7%, mmHg en la población inscrita validada en 10%, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Incrementar la proporción de diabéticos de 65 años y más con HbA1c<7%, mmHg en la población inscrita validada en 10%, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Incrementar la proporción de diabéticos de 65 años y más con HbA1c<7%, mmHg en la población inscrita validada en 10%, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	PRIORIDAD 1 MANTENER META

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo Específico	Meta	Actividad	Indicadores	Fuente del Indicador	D	O	A	V
Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Reducir las complicaciones en personas con diabetes	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	100% de las personas con diabetes tipo 2 de 65 años o más en el PSCV se le ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona con diabetes de 65 y más años y plan de manejo según el nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	(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 )*100	REM P4, Sección C y A	81% de las personas con diabetes tipo 2 de 65 años o más en el PSCV se le ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	100% de las personas con diabetes tipo 2 de 65 años o más en el PSCV se le ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	100% de las personas con diabetes tipo 2 de 65 años o más en el PSCV se le ha realizado una evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.	PRIORIDAD 1 META DE 90% POR POBLACION CON AMPUTACION DE PIES
			80% de las personas de 65 años y más diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses)*100.	QUALIDIAB-Chile REM P4 Sección C y A	90% de las personas de 65 años y más diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas	80% de las personas de 65 años y más diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas	80% de las personas de 65 años y más diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas	PRIORIDAD 1

Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Incrementar cobertura efectiva de Diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	Al 80 % de las personas de 65 años y más diabéticos en control en PSCV cuentan con un fondo de ojo vigente.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente / (Nº total de personas de 65 años y más (MAS) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))*100	REM P4, Sección C y A REM A05 Sección G QUALIDIAB- Chile	Al 70 % de las personas de 65 años y más diabéticos en control en PSCV cuentan con un fondo de ojo vigente. Se mantiene	Al 80 % de las personas de 65 años y más diabéticos en control en PSCV cuentan con un fondo de ojo vigente	Al 80 % de las personas de 65 años y más diabéticos en control en PSCV cuentan con un fondo de ojo vigente.	PRIORIDAD 1
--	---	---	---	---	--	--	--	--	---	-------------

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo Específico	Meta	Actividad	Indicadores	Fuente del Indicador	D	O	A	V
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas	Aumentar la cobertura de usuarios crónicos respiratorios en personas de 65 años y más.	Aumentar en 5% la población de 65 años y más bajo control en el Programa ERA.	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica a usuarios de 65 años y más que consultan por morbilidad o Urgencia y son derivados a Programa ERA	(Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año anterior) / Población de 65 años y más bajo control Programa ERA (año anterior>))*100	REM P3, Sección A	Aumentar en 5% la población de 65 años y más bajo control en el Programa ERA.	Aumentar en 5% la población de 65 años y más bajo control en el Programa ERA.	Aumentar en 5% la población de 65 años y más bajo control en el Programa ERA.	PRIORIDAD 1 MANTENER META
			Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlado de 65 y más años bajo control en Programa ERA según niveles de control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 65 y más años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada año (anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior)) <b>Calculo de proporción:</b> (Nº de personas asmáticas controladas de 65 y más años bajo control /Nº de personas asmáticas de 65 y más años bajo control)*100	REM P3, Sección D	Aumentar 10% la proporción de asmáticos controlado de 65 y más años bajo control en Programa ERA según niveles de control.	Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlado de 65 y más años bajo control en Programa ERA según niveles de control.	Incrementar en 20% la proporción de asmáticos controlado de 65 y más años bajo control en Programa ERA según niveles de control.	PRIORIDAD 1 MANTENER META
			Incrementar en 20% la proporción de pacientes con EPOC que logran control adecuado de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 65 y más años bajo control en Programa ERA	(Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior) / Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior)) <b>Calculo de proporción:</b> (Nº de personas con EPOC que logran control adecuado de 65 y más años bajo control /Nº de personas con EPOC de 65 y más años bajo control)*100	REM P3, Sección D	Aumentar 10% la proporción de pacientes con EPOC que logran control adecuado de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Incrementar en 20% la proporción de pacientes con EPOC que logran control adecuado de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Incrementar en 20% la proporción de pacientes con EPOC que logran control adecuado de 65 y más años bajo control en Programa ERA	PRIORIDAD 1 MANTENER META

Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la Calidad y Oportunidad de la Atención de Pacientes con enfermedades respiratorias agudas	Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio.	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.	Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años.	(Nº de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/Nº de casos en personas de 65 años y más con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100	SIGGES	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.	100% de los adultos mayores de 65 años y más, atendidos antes de las 24 horas luego de derivación médica por NAC de	100% de los adultos mayores de 65 años y más, atendidos antes de las 24 horas luego de derivación médica por manejo ambulatorio.	PRIORIDAD 1
--	--	---	---	---	---	--------	---	---	--	-------------

## Rehabilitación

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo Específico	Meta	Actividad	Indicadores	Fuente del Indicador	D	O	A	V
Disminuir la Mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar cobertura y calidad de Atención de Personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Aumentar en 25% pacientes EPOC que cuentan con programa de Rehabilitación Pulmonar finalizado.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	(Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año vigente) (MENOS) Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior))*100	REM P3, Sección C  REM P3, Sección A	Aumentar en 25% pacientes EPOC que cuentan con programa de Rehabilitación Pulmonar finalizado.	Aumentar en 25% pacientes EPOC que cuentan con programa de Re	Aumentar en 25% pacientes EPOC que cuentan con programa de Rehabilitación Pulmonar finalizado	PRIORIDAD 2



		Promover los factores psicosociales protectores de la salud mental	Aumentar el número de talleres de educación grupal respecto al año anterior.	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental.	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados	REM A 27	Aumentar el número de talleres de educación grupal respecto al año anterior.	Aumentar el número de talleres de educación grupal respecto al año anterior	Aumentar el número de talleres de educación grupal respecto al año anterior.	MANTENER LA META AÑO 2015
--	--	--	--	---	---	----------	--	---	--	---------------------------

## ESTRATEGIAS DE REHABILITACIÓN

### Promoción

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Aumentar las Personas con Factores Protectores para la salud	Mejorar la Promoción de Salud en Comunas	Contribuir a la generación de redes comunitarias e intersectoriales para el logro de la participación en comunidad (inclusión social) de las PSD.	<p>20% de las actividades y participación corresponden a actividades de Diagnóstico o Planificación Participativa</p> <p>10% de las personas atendidas en el Centro logran la participación en comunidad</p> <p>40% de actividades y participación son Actividades de promoción de la salud</p>	1.- Conocer las redes locales y articularse con el intersector para el apoyo a la inclusión social.	<p>(Nº personas que logran participación en comunidad (inclusión social) /Nº total de ingresos)*100</p> <p>(Total de actividades de Promoción de la Salud / Total de Actividades y Participación)*100</p> <p>(Total de actividades de Diagnóstico o Planificación Participativa/ Total de Actividades y Participación)*100</p>	REM 28		<p>20% de las actividades y participación corresponden a actividades de Diagnóstico o Planificación Participativa</p> <p>10% de las personas atendidas en el Centro logran la participación en comunidad</p> <p>40% de actividades y participación son actividades de promoción de la salud</p>	<p>20% de las actividades y participación corresponden a actividades de Diagnóstico o Planificación Participativa</p> <p>10% de las personas atendidas en el Centro logran la participación en comunidad</p> <p>40% de actividades y participación son actividades de promoción de la salud</p>	SE MANTIENE META PRIORIDAD 3

## Prevención

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la discapacidad	Fortalecer la Prevención de discapacidad en la población	Prevenir y/o retardar la Discapacidad en grupos de personas con enfermedades crónicas, cuidadores	35 % de las personas que ingresan al Programa, reciben Educación Grupal	Realizar Talleres destinados a entregar herramientas para prevenir y/o retardar la discapacidad.	(Nº total de personas que ingresa a Educación Grupal/ Total de Ingresos) * 100.	REM 28		35 % de las personas que ingresan al Programa, reciben Educación Grupal	35 % de las personas que ingresan al Programa, reciben Educación Grupal	LINEA BASE
			50% de actividades para fortalecer los Conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores	Entregar herramientas de manejo y cuidados domiciliarios para personas de alta dependencia, entregar herramientas de autocuidado a los cuidadores.	(Nº de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales a los cuidadores/ total de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales) * 100	REM 28		50% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores	50% de actividades para fortalecer los conocimientos y destrezas personales, se orientan al trabajo con cuidadores	LINEA BASE

**Tratamiento-Rehabilitación**

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la discapacidad	Mejorar la cobertura de la personas con discapacidad	Mantener la atención a personas en situación de Discapacidad leve, moderada o severa.	Mantener al menos un 20% de PSD con Parkinson, secuela de ACV, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular	Realizar el proceso de rehabilitación, logrando funcionalidad e independencia en las actividades de la vida diaria.	(PSD con Parkinson, secuela de ACV, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular/Total Ingresos) *100	REM 28		<b>Mantener al menos un 20% de PSD con Parkinson , secuela de ACV, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular</b>	<b>Mantener al menos un 20% de PSD con Parkinson , secuela de ACV, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular</b>	<b>5%, POR FALTA DE HORAS KINESIOLOGO</b>
Disminuir la discapacidad	Fortalecer la Prevención de discapacidad en la población	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	5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejerías individuales y/o familiar	Consejería individual y consejería familiar	(Nº total de consejerías individuales y familiares/ total de ingresos)*100	REM 28		5% de las actividades Realizadas como intervención corresponden a consejerías individuales y/o familiar	5% de las actividades realizadas como intervención corresponden a consejerías individuales y/o familiar	MANTENER META

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la discapacidad	Fortalecer la Prevención de discapacidad en la población	Realizar visitas domiciliarias integrales para conocer el entorno familiar, físico de las personas en situación de discapacidad y realizar adecuaciones	10%RBC, 10% RI y 50% RR PSD con Visita Domiciliaria Integral	Visita Domiciliaria Integral	(Nº Total de Visitas Domiciliarias Integrales/Total de Ingresos) *100	REM 28		10%RBC, 10% RI y 50% RR PSD con Visita Domiciliaria Integral	10%RBC, 10% RI y 50% RR PSD con Visita Domiciliaria Integral	DISMINUR POR FALTA DE HORAS PROFESIONAL E IMPLEMENTACION DE SALA
Disminuir la discapacidad	Fortalecer la Prevención de discapacidad en la población	Favorecer que las personas en situación de discapacidad atendidas en APS, logren el máximo de autonomía e independencia	50% de PSD que ingresan al programa cuentan con PTI.	Trabajar con Plan de Tratamiento Integral (PTI) consensuado con la persona y/o su familia, con objetivos terapéuticos definidos y alta posterior a su cumplimiento	(Nº Total de ingresos con PTI/ Total Ingresos) *100	REM 28		50% de PSD que ingresan al programa cuentan con PTI.	50% de PSD que ingresan al programa cuentan con PTI	DISMINUR POR FALTA DE HORAS PROFESIONAL E IMPLEMENTACION DE SALA
Disminuir la discapacidad	Mejorar la cobertura de la personas con discapacidad	Promover el trabajo en rehabilitación de acuerdo a Medicina Basada en Evidencia	30 % o menos de los procedimientos corresponden	Procedimientos con énfasis en movilización.	(Nº de procedimientos de fisioterapia / Total de procedimientos) *100	REM 28		30 % o menos de los procedimientos corresponden a fisioterapia	30 % o menos de los procedimientos corresponden a fisioterapia	DISMINUR POR FALTA DE HORAS PROFESIONAL E IMPLEMENTACION DE SALA

**Estrategia de atención domiciliaria en personas con dependencia severa.**

**ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA:**

**PRODUCTOS ESPERADOS**

1. Atención en forma integral, considerando el estado de salud de la Persona con Dependencia Severa que afecta la realización de las actividades básicas de la vida diaria, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.
2. Cuidadores y grupo familiar capacitados con las herramientas necesarias para asumir el cuidado integral los pacientes
3. Reconocimiento del aporte del trabajo de quienes cumplen la función de Cuidadores en los cuidados de las Personas con Dependencia Severa y que cumplan los criterios de inclusión. Este reconocimiento se asocia a pago de cuidadores y su monto se define anualmente
4. Coordinación, continuidad y oportunidad de atención de la persona en la Red Asistencial
5. Mantención del registro actualizado en la página web.

**Indicadores**

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la discapacidad	Fortalecer la calidad de la atención de personas con discapacidad.	Otorgar al paciente con Dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico,	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas con dependencia severa.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	(Nº De visitas domiciliarias realizadas en domicilio a personas con dependencia severa / Nº de población bajo control dependencia severa)*100	REM A26 Población bajo control		A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas con dependencia severa.	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas con dependencia severa.	SE MANTIENE

		emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Disminuir las personas escaradas con dependencia severa respecto del año anterior	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de Escaras (Úlcera por presión).	(Nº de personas escaradas con dependencia severa /Nº de población bajo control con dependencia severa)*100	REM P3		Disminuir las personas escaradas con dependencia severa respecto del año anterior	Disminuir las personas escaradas con dependencia severa respecto del año anterior	SE MANTIENE
	Fortalecer la prevención de discapacidad en la población		100% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente	(Nº de Cuidadores de personas con dependencia severa Capacitados / Nº Total de cuidadores de personas con dependencia severa)*100	REM P3		50% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.	100% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados	SE MANTIENE
			100% de las personas con apoyo monetario a cuidadores registradas en plataforma web.	Mantener registro actualizado en página web para el apoyo monetario a cuidadores	(Nº de personas registradas en plataforma web/ Nº de cupos totales asignados a personas con apoyo monetario a cuidadores)* 100	Plataforma web Registro del programa		100% de las personas con apoyo monetario a cuidadores registradas en plataforma web	100% de las personas con apoyo monetario a cuidadores registradas en plataforma web.	SE MANTIENE

## Estrategias Transversales: Programas Respiratorios Promoción

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar el cese del consumo de tabaco en la población general	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería breve antitabaco	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas / (Nº total de ingresos agudos (MÁS) N° consultas de morbilidad (MÁS) Consultas de atenciones agudas))* 100	REM A23, Sección M  REM A23, Sección A+D+F		100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería breve antitabaco	100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería breve antitabaco	PRIORIDAD 2 (IMPLEMENTAR REGISTRO PARA CONSULTAS DE MORBILDAD)

## Prevención

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas	Contribuir a la Disminución de morbimortalidad	Aumentar en 30% la cobertura visitas domiciliarias integrales a pacientes portadores de enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI-AVI, AVNIA-AVIA).	Visitas Domiciliarias integrales por profesionales de salud, a familias con pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI-AVI, AVNIA-AVIA).	(Nº de Visitas Domiciliarias Integrales de familias con pacientes con enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI-AVI, AVNIA-AVIA) / N° total pacientes bajo control con enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI-AVI, AVNIA-AVIA)) *100	REM A23, sección N  REM P3, Sección A		Aumentar en 30% la cobertura visitas domiciliarias integrales a pacientes portadores de enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI-AVI, AVNIA-AVIA).	Aumentar en 30% la cobertura visitas domiciliarias integrales a pacientes portadores de enfermedades crónicas severas y usuarios con requerimientos especiales (POA, AVNI-AVI, AVNIA-AVIA).	PRIORIDAD 2

## Tratamiento

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas	Evaluar calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Aumentar en 10% cobertura de evaluación de calidad de vida al ingreso al programa en pacientes con Asma y EPOC.	Aplicar encuesta de calidad de vida al ingreso al Programa en pacientes con Asma y EPOC.	(Nº de pacientes con evaluación de calidad de vida al ingreso del programa / Nº de pacientes con Asma y EPOC ingresados al Programa)*100	REM A23 sección P / REM A23 sección B		Aumentar en 10% cobertura de evaluación de calidad de vida al ingreso al programa en pacientes con Asma y EPOC	Aumentar en 10% cobertura de evaluación de calidad de vida al ingreso al programa en pacientes con Asma y EPOC.	PRIORIDAD 2

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivo	Meta	Actividad	Indicador	Fuente del indicador	D	O	A	V
Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar cobertura y calidad de atención de personas con Enfermedades Respiratorias Crónicas	Aumentar la proporción de pacientes con evaluación de calidad de vida que mejora	Aumentar en 10% cobertura de pacientes con evaluación de calidad de vida de control que mejora	Optimizar el tratamiento del Asma y EPOC junto con aplicar encuesta de calidad de vida de control a los 12 meses del ingreso al Programa.	(Nº de encuestas de calidad de vida de control con resultado mejorado (año vigente) (MENOS) Nº de encuestas de calidad de vida de control con resultado mejorado (año anterior) / Nº de encuestas de calidad de vida de control con resultado mejorado (año anterior))*100	REM A23 Sección P		Aumentar en 10% cobertura de pacientes con evaluación de calidad de vida de control que mejora	Aumentar en 10% cobertura de pacientes con evaluación de calidad de vida de control que mejora	PRIORIDAD 2

## SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS

### Objetivos y Productos Esperados

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultados Esperados Estrategia	Objetivos específicos	Productos esperados	D	O	A	V
Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Incorporar en el modelo de atención de salud el enfoque intercultural bajo estándar del Art. 7	1. Generar acciones que permitan mejorar la calidad, accesibilidad en la atención de salud.	De responsabilidad de los Servicios de Salud: 1. Servicios de Salud implementan estrategias de mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas según resultados de perfiles epidemiológicos realizados <sup>4</sup> . 2. Servicios de Salud desarrollan programas de capacitación y sensibilización a directivos y funcionarios <sup>5</sup> . 3. Servicios de Salud diseñan e implementan programas de inducción en salud intercultural a profesionales del ciclo de destinación.				
			De responsabilidad de establecimientos de Salud y otras entidades ejecutoras <sup>6</sup> 4. Establecimientos de la red asistencial brindan atención de salud con pertinencia cultural en comunas con población indígena. 5. Establecimientos de la red asistencial localizados en territorio con población indígena, cuentan con espacios de acogida y facilitadores interculturales. 6. Establecimientos de la red asistencial facilitan el acceso a salud a usuarios indígenas sin discriminación. 7. Establecimientos de la red asistencial incorporan en sus registros la variable de pertenencia a pueblo indígena.				

<sup>4</sup> En caso de no contar con información epidemiológica el Servicio debe identificar en las comunas donde se desarrolla el Programa sus indicadores de salud de la población, visualizando los problemas de salud más relevante que es necesario abordar desde pueblos indígenas.

<sup>5</sup> Las capacitaciones deben ser diseñadas y ejecutadas conforme al Objetivo del Programa, priorizando temas de salud intercultural, sistemas de salud de los pueblos originarios y propuesta de salud complementarias. Los temas de cosmovisión como de historia deben ser trabajados desde los facilitadores y/o organizaciones que desarrollan acciones de salud en el marco del Programa.

<sup>6</sup> Se entiende por "otras entidades ejecutoras" a Municipalidades, Corporaciones de Salud Municipal, Organizaciones indígenas tales como: Asociaciones Indígenas, Comunidades y otras.

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultados Esperados Estrategia	Objetivos específicos	Productos esperados	D	O	A	V
Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos indígenas	Transversalizar el enfoque intercultural en los programas de salud	2. Incorporar la transversalización del enfoque intercultural en los programas de salud.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Diseño, implementación y evaluación participativa para la incorporación del enfoque intercultural en el modelo de atención de salud.</li> <li>2. A lo menos 2 programas de salud priorizados<sup>7</sup> desarrollan actividades orientadas a la prevención, recuperación y/o rehabilitación con enfoque intercultural.</li> <li>3. Servicio de Salud incorporan el enfoque intercultural en su Planificación y Programación Anual.</li> <li>4. Apoyo, asesoría y seguimiento de iniciativas locales de articulación y/o complementariedad de sistemas médicos oficial e indígena a nivel de la Red Asistencial.</li> </ol>				
	Incorporar en el modelo de atención de salud el enfoque intercultural bajo estándar del Art. 7	3. Apoyar procesos orientados al reconocimiento salvaguarda, fortalecimiento y complementariedad de los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Servicios de Salud participan en el diseño y monitoreo de experiencias de salud intercultural o de salud complementaria entre sistemas médicos.</li> <li>2. Servicios de Salud apoyan iniciativas de organizaciones indígenas para convocar, co-organizar y desarrollar actividades en torno a propuesta de Ley de reconocimiento, salvaguarda y prácticas de los sistemas culturales de salud de los pueblos indígenas. Actividad que corresponde a la Oficina de Asuntos Indígenas de la DIPOL – Salud Pública.</li> <li>3. Servicios de Salud facilitan procesos de elaboración participativa de una consulta bajo estándares del Convenio 169 de la OIT para reglamentar el art. 7 de la Ley N° 20.584, cuyo objetivo es “proponer un reglamento que contenga un modelo de salud intercultural validados antes las comunidades indígenas, el que deberá contener, a lo menos, el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y prácticas de los sistemas de sanación de los pueblos originarios; de acuerdo a lo supuesto del art. 7, de la Ley en referencia<sup>8</sup>.</li> </ol>				
		4. Desarrollar el Programa con la participación activa de los pueblos indígenas en la formulación y evaluación de los planes de salud intercultural en la red de Servicios.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Servicios de Salud en conjunto con representantes indígenas priorizan las demandas en salud, formulan, ejecutan, monitorean y evalúan los planes anuales del Programa de Salud y Pueblos Indígenas.</li> <li>2. Servicios de Salud programan y realizan sesiones de mesas de participación indígena provinciales.</li> <li>3. Servicios de Salud y representantes indígenas participan en instancias de participación regional e intersectorial.</li> </ol>				

## PROGRAMA DE TUBERCULOSIS

### Tema/Prioridad: Prevención de la Tuberculosis

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado esperado Estrategia	Objetivos Específicos	Actividades	Metas	Indicadores	Fuente del Indicador	D	O	A	V
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Prevenir que los contactos < de 15 años se infecten con tuberculosis o que desarrollen la enfermedad	Quimioprofilaxis en los contactos < de 15 años	100% de los contactos < de 15 años en tto con quimioprofilaxis	Nº de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis	Evaluación del Estudio de contacto		100% de los contactos < de 15 años en tto con quimioprofilaxis	100% de los contactos < de 15 años en tto con quimioprofilaxis	PRIORIDAD 1

### Tema/Prioridad: Localización de Casos

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivos Específicos	Actividades	Metas	Indicadores	Fuente del Indicador	D	O	A	V
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC.	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis	Confirmación de los casos a través del cultivo	Lograr que el 20 a 30% de los casos de tuberculosis pulmonar sean diagnosticados por cultivo	(Nº de casos pulmonares diagnosticados por cultivo/ nº total de casos pulmonares diagnosticados)*100	Registro nacional de pacientes TBC		Lograr que el 20 a 30% de los casos de tuberculosis pulmonar sean diagnosticados por cultivo	Lograr que el 20 a 30% de los casos de tuberculosis pulmonar sean diagnosticados por cultivo	CORRESPONDE A ATENCION SECUNDARIA
			Identificar los hogares de adultos mayores y clubes de adulto mayor presentes en la comunidad	Contar con un registro de hogares de anciano y clubes de adulto mayor	Catastro con el Nº de hogares y clubes de AM identificados en el área del consultorio		Contar con un registro de hogares de anciano y clubes de adulto mayor	Contar con un registro de hogares de anciano y clubes de adulto mayor	PRIORIDAD 2	

		Realizar coordinación con el equipo de salud de los recintos penales existente en la comunidad para realizar pesquisa sistemática de SR en la población privada de libertad.	Lograr que el 20 a 30% de los casos de tuberculosis pulmonar sean diagnosticados por cultivo.	(Nº casos pulmonares diagnosticados por cultivo en los recintos penales/ Nº total de casos pulmonares diagnosticados en los recintos penales)* 100	Registro del laboratorio donde se identifica la procedencia de la muestra.		Lograr que el 20 a 30% de los casos de tuberculosis pulmonar sean diagnosticados por cultivo	Lograr que el 20 a 30% de los casos de tuberculosis pulmonar sean diagnosticados por cultivo	CORRESPONDE A ATENCION SECUNDARIA
		Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (baciloscopia, PCR o cultivo).	El 90% de los contactos censados debe estar estudiados	(Nº de contactos estudiados / Nº de contactos censados) *100	Evaluación del programa		El 90 % de los contactos censados debe estar estudiados	El 90% de los contactos censados debe estar estudiados	PRIORIDAD 1
		Estudio de Contacto en casos índices menores de 15 años.	100% de los contactos censados deben estar estudiados	(Nº de contactos estudiados < de 15 / Nº de contactos < de 15 censados) *100	Evaluación del programa		100% de los contactos censados deben estar estudiados	100% de los contactos censados deben estar estudiados	PRIORIDAD 1

**Tema/Prioridad: Tema/Prioridad: Tratamiento**

Objetivo de Impacto	Resultado Esperado Estrategia	Objetivos Específicos	Actividades	Metas	Indicador	Fuente de Indicador	D	O	A	V
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Adherencia al Tratamiento contra la TBC	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Aplicar el Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono.	100% de los identificación Riesgo pacientes del Score con de	(Nº de pacientes con score de riesgo identificados/ nº de pacientes ingresados a tratamiento)*100	Tarjeta de tratamiento		100% de los pacientes con identificación del Score de Riesgo	100% de los pacientes con identificación del Score de riesgo	PRIORIDAD 1
			V. Domiciliaria a todos los casos que ingresan a tratamiento	100% de los casos ingresados con visita domiciliaria por enfermera	(Nº de pacientes ingresados a tratamiento /Nº de visitas dom. realizadas)*100	Tarjeta de Tratamiento		100% de los casos ingresados con visita domiciliaria por enfermera o <b>Kinesiólogo</b>	100% de los casos ingresados con visita domiciliaria por enfermera	PRIORIDAD 1
			Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica)	Control mensual por médico al 100% de los pacientes	(Nº de controles médicos realizados y registrados en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ Nº de controles programados según norma técnica)*100	Ficha clínica Tarjeta tratamiento.		Control mensual por médico al 100% de los pacientes	Control mensual por médico al 100% de los pacientes	PRIORIDAD 1
			3 consultas enfermeras: ingreso, cambio de fase de tratamiento y alta de tratamiento (norma técnica)	3 consulta por enfermera al 100% de los pacientes	(Nº de consulta de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ Nº de consultas programadas según norma técnica)*100	Ficha clínica Tarjeta de tratamiento.		3 consulta por enfermera al 100% de los pacientes	3 consultas por enfermera al 100% de los pacientes	PRIORIDAD 1
			Programar y realizar consulta de enfermera al paciente inasistente por más de 1 semana	El 100% de los pacientes con inasistencia al tratamiento de más de 1 semana deben tener consulta de enfermera	(Nº de consultas de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/Nº de consultas de enfermera			El 100% de los pacientes con inasistencia al tratamiento	El 100% de los pacientes con inasistencia al tratamiento de más de 1	PRIORIDAD 1

			al tratamiento		programadas según score de riesgo del paciente)*100			de más de 1 semana deben tener consulta de enfermera	semana deben tener consulta de enfermera	
		Perdida de seguimiento (abandono) menor del 5%	Visita domiciliar de rescate del paciente inasistente por más de 3 semanas al tratamiento realizada por enfermera	V. Dom. al 100% de los pacientes inasistentes al tratamiento por más de 3 semanas	(Nº de inasistentes por más de tres semanas / Nº de visitas domiciliarias realizadas) *100	Tarjeta de Tratamiento		V. Dom. al 100% de los pacientes inasistentes al tratamiento por más de 3 semanas	V. Dom. al 100% de los pacientes inasistentes al tratamiento por más de 3 semanas	PRIORIDAD 1

### Tema/Prioridad: Capacitación del Personal de Salud

Objetivo de Impacto Estrategia	Resultado Esperado Estrategia	Objetivos Específicos	Actividades	Metas	Indicadores	Fuente del Indicador	D	O	A	V
Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	No habría equivalente (pero sí como Resultado Inmediato) nivel operativo	Capacitar al personal del consultorio en Tuberculosis	Programar capacitación en Tuberculosis dirigida a todo el personal que trabaja en el consultorio.	1 capacitación anual dirigida al personal del establecimiento	(Nº de capacitaciones realizadas /Nº de capacitaciones programadas para el año)*100	Listado de asistencia a la capacitación.		1 capacitación anual dirigida al personal del establecimiento	1 capacitación anual dirigida al personal del establecimiento	CORRESPONDE A ATENCION SECUNDARIA

## 4. Plan de Acción Departamentos y Unidades de la Dirección de Salud

### 1. Departamento Epidemiología y Gestión de la Información

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	RRHH	Monitoreo Evaluación
Necesidad del Departamento de una herramienta de consulta de BD que facilite sus procesos de obtención de reportes desde OMI.	Extraer reportes desde la BD de OMI, reduciendo las complejidades asociadas al manejo de lenguaje SQL para la realización de consultas.	Implementación de Herramienta Informática de Consulta de BD para la obtención de reportes.	30% del conjunto de aquellos REM de los cuales el Departamento tiene información extraíble desde OMI. (*)	N° de reportes en plataforma de consulta / N° total de indicadores con información extraíble desde OMI.	Plataforma de consulta de BD	Departamento de Epidemiología y Gestión de la Información	Mayo Septiembre Diciembre
Importancia de sensibilizar a la Red sobre la necesidad de notificar las Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO).	Reforzar a los equipos de la Red sobre los procedimientos de notificación asociados a las Enfermedades de Notificación Obligatoria.	Realización de un ciclo anual de capacitación sobre notificación de Enfermedades de Notificación Obligatoria.	Efectuar una visita en el año a cada centro de la red.	N° de visitas en el año / N° de centros de la red (16)	Listas de asistencia a las jornadas	Departamento de Epidemiología y Gestión de la Información	Mayo Septiembre Diciembre
	Informar a los equipos de la Red con datos propios, sobre la situación que presentan las ENOs a nivel local.	Elaborar un boletín trimestral que aporte información y estadística del estado de las ENOs en la Red.	Elaborar un boletín cada trimestre	N° de boletines realizados en el año / N° de trimestres en el año (4)	Boletín elaborado	Departamento de Epidemiología y Gestión de la Información	Marzo Junio Septiembre Diciembre

(\*) El porcentaje comprometido dice relación solo a las secciones del REM respecto de las cuales el Departamento puede obtener la información desde OMI.

## 1. Unidad de Informática

Problema priorizado	Objetivo Especifico	Actividad	Meta	Indicadores [%]	Fuente del Indicador	RRHH	Evaluación
En consideración a la implementación del módulo de solicitudes informáticas de la intranet se necesita evaluar los tiempos de respuestas que transcurren desde la generación de una solicitud hasta su resolución.	Medir los tiempos de respuestas de cada solicitud generada a través de la intranet.	Recepcionar cada solicitud y generar una solución dentro de 10 días hábiles.	Dar respuesta dentro de 10 días hábiles al 70% de las solicitudes ingresadas en la intranet.	$\frac{\text{[Solicitudes resueltas en 10 días]}}{\text{[Total de solicitudes]}}$	Base de datos Intranet	Unidad de Informática	

## 2. Departamento de Recursos Humanos

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador	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 Direccion de Salud, con el total de Licencias Médicas ingresados por oficina de parte.	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 Alcaidico que instruyen investigación Sumarias	Informe de total de ingreso de solicitudes de investigaciones sumariales emitido por secretaria de la Direccion de Salud	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 Direccion de Salud, del total de certificados ingresados por oficina de parte.	Según hitos del indicador
Instalación del Sistema de Información y Control del Personal de la Administración del Estado. SIAPER	Conocer el manejo y gestión del personal que presta algún servicio en la Administración del Estado, entregando la información del funcionario y facilitando la generación y tramitación de los actos Administrativos y la toma de decisiones en el área de Recurso Humanos.	Registrar todos los actos administrativos de la Unidad de Recurso Humano relativos a materias de personal, según Artículo 46 de la ley 18.695.	El 100% de la documentación sujeta a registro debe estar con su certificado de respaldo emitido por la Contraloría General de la Republica.	Total de Decretos emitidos por la Unidad de Recurso Humano	Número de Decretos solicitados por la Unidad de Recurso Humano de la Direccion de Salud a la Oficina de Partes Municipal. Decreto Afectos/Decreto Secc3ra.	Mensual
Confección de Decreto Sec 3ra/ Afecto en la Unidad de Recurso Humanos	Realizar en forma oportuna la Emisión de los Decretos de Contrato o movimiento de Personal sujetos a Registro. Artículo 46, de la ley 18.695.	Generación del Documento	100% de la generación de los Decretos de Contratación deberán ser realizados en un plazo no superior a 5 días desde la fecha de contrato.	Total de Funcionarios Contratos en el mes.	Total de Órdenes de contratos emitidas por la Unidad de Recurso Humanos.	Semanal

### 3. Departamento de Finanzas

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	Evaluación
Alertar para tomar de medidas correctivas en períodos de baja ejecución	Conocer con anticipación las tendencias de la ejecución, de modo tal que se pueda anticipar una baja ejecución.	Efectuar proyecciones de ejecución presupuestaria mensualmente.	100% de reportes entregados en fecha.	Flujo / Q meses evaluados	Remisión de reporte vía mail a Dirección y secretaria dirección.	
Digitalización de Archivo	Racionalización de Recursos físicos y optimización de tiempos de respuesta en cuanto a solicitudes de información de documentación archivada.	Escanear los egresos y su documentación financiera de respaldo	Digitalización del 100 % de los egresos emitidos el 2014 y del 80 % de egresos entregados a la fecha de evaluación	Egresos escaneados / Total de egresos	Informe de Egresos correlativo	
Saldos bancarios	Informar los saldos reales bancarios de las tres cuentas corrientes que mantiene la Dirección de Salud al cierre de cada periodo contable	Informar a Dirección y Sub Dirección Administrativa mediante email mensualmente	100 % de correos enviados	Correos remitidos / Q meses evaluados	Correo electrónico	

## 4. Departamento de Adquisiciones

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	RRHH	Evaluación
Riesgo de no adjudicación de licitaciones.	Mantener control de la efectividad de las LICITACIONES REALIZADAS POR EL DPTO.	Ejecución de Plan anual de compras	80% o más	(Número de compras SUBIDAS AL PORTAL / n° DE COMPRAS CON ADJUDICADO) x 100. 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. Informes de Mercado Público	Adquisiciones	
Eventos de Ambulancias no cubiertos.	Mantener la excelencia en el servicio de Ambulancias entregado por la	Ejecución anual	90% o más	(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	

## 1. Unidad de Abastecimiento

Problema priorizado	Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador	RRHH	Evaluación
Falta de profesionalización de la dispensación de medicamentos	Identificar el grado de profesionalización de la dispensación de medicamentos, promoviendo la asistencia farmacéutica, el seguimiento fármaco terapéutico y la validación farmacéutica en la Atención Abierta (APS), de acuerdo al Plan Nacional para el uso racional de medicamentos en su punto A1.2	Generar horas para Químico Farmacéutico para los Centros de Salud de la Red.	50% Periodicidad: Anual	Horas disponibles de Químico Farmacéutico para profesionalización de la dispensación de medicamentos por cada Centro de Salud/Horas total de dispensación de medicamentos en los Centros de Salud de la red*100  Obs: Para el cálculo del indicador se considerarán el total de horas en que están abiertas las unidades de farmacias.	Horas contratadas Químico Farmacéutico	Droguería Disal a través de Departamento RRHH	
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 Periodicidad: Mensual	(Número de unidades vencidas en Droguería DISAL para su disposición final por causa de vencimiento/ Número total de unidades ingresadas en Droguería Disal)*100	Sistema Informático Droguería	Droguería Disal	
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 Periodicidad: Mensual	Número Medicamentos e insumos GES enviados/total medicamentos e insumos GES*100	Quiebre de Stock medicamentos e insumos GES en Droguería Disal	Droguería Disal	

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 deseados y efectos adversos de los productos usados en la red (de acuerdo a norma general técnica 140 sistema nacional de farmacovigilancia 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 plataforma web 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 Diciembre de 2016 Periodicidad: Anual	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.	Droguería Disal	
Ocurrencia de efectos adversos por uso de medicamentos en la población	Reportar eventos relacionados con calidad, efectos no deseado y efectos adversos de los productos usados en la Red de Salud	Protocolizar la notificación de todos los eventos relacionados con uso de medicamentos	(Número de centros que registran / Total de centros) * 100 Periodicidad: Trimestral	Reportes entregados a QFs encargados de Farmacovigilancia desde los distintos centros de Salud	Plataforma Web Farmacovigilancia habilitada para el reporte de eventos adversos a medicamentos	Droguería Disal	
Cantidad insuficientes de Comités de Farmacia y Terapéutica (CFT) realizados	Realizar Comités de Farmacia y Terapéutica (CFT) de manera bimensual, tanto a nivel central como local	Ejecutar Comité de Farmacia y terapéutica (CFT) a nivel Central.	Meta: 100% Periodicidad: Anual	(CFT realizados Nivel central / 4) *100	Acta Comité de Farmacia y Terapéutica	QFS, Director(a) (s) de Polo, Coordinadores técnicos. Encargado(a) (s) de Estación Médica de Barrio.	
Falta de protocolos de Buenas prácticas de almacenamiento, Buenas prácticas de distribución de acuerdo a Norma Técnica 147 del Ministerio de Salud.	Desarrollar protocolos tanto de buenas prácticas de almacenamiento como de buenas prácticas de distribución atinentes a Droguería.	Redactar Protocolo descritos en Norma Técnica 147.	Meta:100% Periodicidad: Anual	(Número protocolos redactados/Número total de protocolos descritos en Norma 147) x 100	Protocolos validados por D.T. Droguería Disal	Químicos Farmacéuticos Droguería Disal	