



PLAN DE SALUD 2017
DIRECCIÓN DE SALUD
I. MUNICIPALIDAD DE SANTIAGO

Índice

1. DESCRIPCIÓN DEL NIVEL DE SALUD O SITUACIÓN DE SALUD	4
1. MORTALIDAD	4
1. Mortalidad General	4
2. Mortalidad Infantil.....	5
3. Mortalidad en la Niñez.....	5
4. Mortalidad en la Adolescencia	6
5. Mortalidad en la Adulthood	6
6. Mortalidad en Adultos Mayores.....	7
7. Mortalidad Materna	7
8. Mortalidad por causas	8
9. Esperanza de Vida	9
10. Índice de Swaroop	9
11. Años de vida potencialmente perdidos (avpp)	10
12. Años de vida ajustados por discapacidad (avisa).....	11
2. MORBILIDAD	12
1. Consultas Médicas.....	12
2. Egresos Hospitalarios	27
3. Enfermedades de Notificación Obligatoria.....	30
4. Población bajo control en la Red de Salud Municipal.....	38
5. Lista de Espera a Especialidades	41
2. FACTORES CONDICIONANTES DE LA SALUD.....	45
1. POBLACIÓN.....	45
1. Estructura y Dinámica Poblacional	45
2. MEDIO SOCIO-CULTURAL	52
1. Educación	52
2. Situación socioeconómica de la población.....	53
3. Situación laboral.....	54
4. Familia y Hogares.....	54
5. Vivienda y habitabilidad urbana de la comuna	56
6. Etnias.....	57
7. Discapacidad	57
8. Participación Social	58
3. MEDIO NATURAL.....	58
1. Organización territorial.....	58
2. Áreas verdes.....	59
4. SECTOR SALUD.....	60
1. Política de Salud.....	60
2. Estructura y Organización de la red asistencial	61
3. Recursos Humanos.....	96
4. Recursos Financieros	98
3. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO	103
1. DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO EN SALUD.....	103
4. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN USUARIA.....	106
5. ÁREAS ESTRATÉGICAS Y PLANES DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN	117
1. CALIDAD DE LA ATENCIÓN	117
2. PROGRAMA SANTIAGO SANO, CONSTRUYENDO ENTORNO SALUDABLES.....	122
1. Espacio Público.....	122
2. Agenda 9 Pasos.....	126
3. Espacios Amigables.....	129
4. Adulto Mayor.....	132

5.	<i>Promoción y Participación Comunitaria</i>	134
3.	MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO.....	135
4.	ENFOQUE DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD.....	137
5.	PLANEACIÓN ANUAL.....	142
6.	PLANEACIÓN CENTROS DE SALUD.....	146
7.	PLANEACIÓN DEPARTAMENTOS Y UNIDADES DE LA DIRECCIÓN DE SALUD.....	232
8.	ANEXOS.....	234
1.	<i>Figura 1</i>	234
2.	<i>Figura 2</i>	235
3.	<i>Figura 3</i>	236
4.	<i>Figura 4</i>	237
5.	<i>Figura 5</i>	238
6.	<i>Figura 6</i>	239
7.	<i>Figura 7</i>	240
8.	<i>Figura 8</i>	240
9.	<i>Figura 9</i>	240

1. Descripción del Nivel de Salud o Situación de Salud

1. Mortalidad

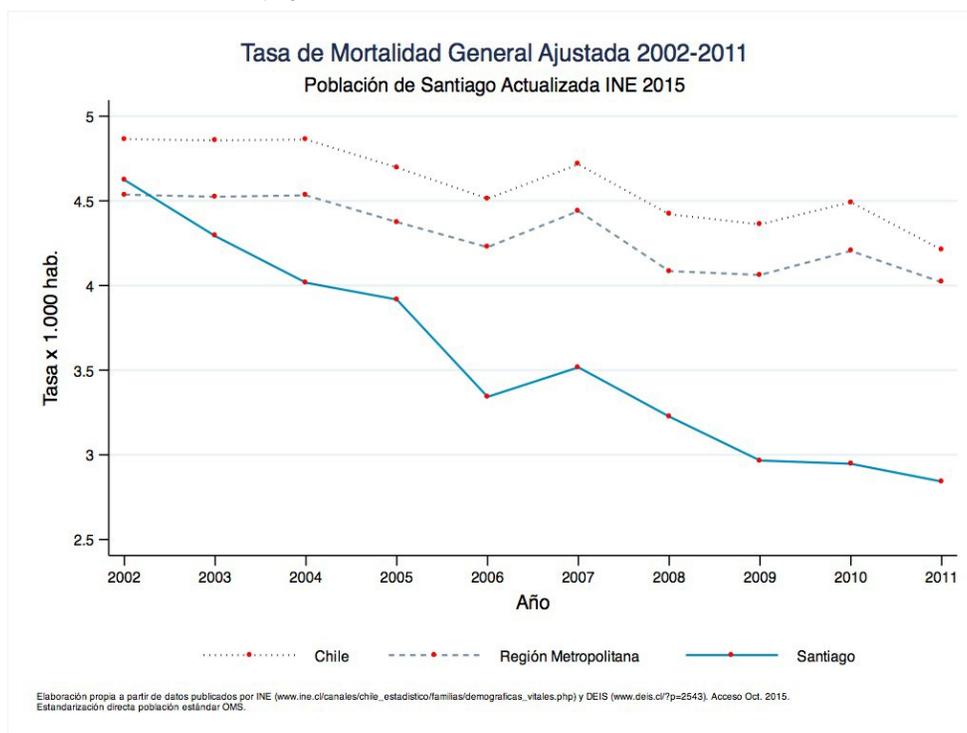
1. Mortalidad General

Tal como se mencionó en el plan de salud 2016, históricamente Santiago presentaba indicadores del nivel de salud de nuestra población alejados de la realidad, debido a que las estimaciones desde el censo 2002 respecto al número de habitantes de la Comuna son muy inferiores a lo realmente observado.

Es así como oficialmente¹ puede observarse que para los años 2011 y 2012, la cifra de mortalidad general de la comuna fue de 9,2 x 1000 habitantes y de 9,6 x 1000 habitantes respectivamente. Drásticamente el año 2013 desciende prácticamente a la mitad, situándose en 4,6 x 1000 hab. y el año 2014 presenta un leve aumento a 4,7 x 1000 hab. Asimismo, estas tasas no están ajustadas por la estructura etaria de nuestra comuna, lo que les resta capacidad de comparación.

Hace aproximadamente un año, el INE actualizó la cifra oficial de proyecciones respecto a los habitantes de Santiago, lo que produjo un quiebre en la tendencia que veníamos observando desde el año 2002.

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 el gráfico siguiente. 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.



¹ Tasa por 1000 hab. Datos publicados por DEIS. Descargados de: www.deis.cl/defunciones-y-mortalidad-general-y-por-grupos-de-edad/. Acceso 17 oct. 2016.

2. Mortalidad Infantil

De acuerdo a nuestros cálculos y considerando tanto las proyecciones derivadas del Censo 2002 como la actualización de proyección realizada por el INE, la tasa de mortalidad infantil en Santiago tiene una fluctuación notoria que impide ver una tendencia marcada en los últimos 9 años, presentándose superior a la de la región y del país. Sin embargo lo anterior, desde 2008 en adelante el valor ha disminuido con leve consistencia ([ver figura 1](#)).

Si tomamos en cuenta los últimos datos de DEIS publicados, es posible apreciar que la tasa de mortalidad comunal alcanza a 5,7 por 1000 habitantes en 2014, manteniéndose inferior a la de la región y país. Asimismo, al observar el desglose por componente de mortalidad, es la neonatal la que más aporta al valor de mortalidad infantil, lo cual es consistente con el nivel de desarrollo social y económico de Chile.

Fuente: DEIS.MINSAL

2014				
Nivel	Infantil	Neonatal (<28 días)	Neonatal Precoz (<7 días)	Postneonatal (28 días a 11 meses)
País	7,2	5,2	4,1	2,0
Metropolitana de Santiago	7,0	5,0	4,0	2,0
Santiago	5,7	4,5	3,6	1,3

3. Mortalidad en la Niñez

La cifra de mortalidad en la niñez del año 2011 que alcanzó Santiago fue de 2,1 x 10.000 hab. según estimación propia y 3,3 x 10.000 hab., considerando cifras oficiales. La tendencia observada es errática, probablemente debido a los pocos casos que se presentan donde una muerte cambia drásticamente el escenario ([ver figura 2](#)). El último valor publicado oficial (con proyección poblacional desactualizada) corresponde al año 2014, en el cual la tasa se situó en 4,8 por 1000 para el rango de edad de 1 a 4 años y de 1,5 por 1000 para el de 5 a 9 años. Como promedio para todo el grupo de niñez, la comuna presenta una tasa de 3,1 por 1000 habitantes, valor algo mayor al de la región y país.

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

Fuente: DEIS.MINSAL

4. Mortalidad en la Adolescencia

Lamentablemente la tendencia de este indicador es hacia el alza ([ver figura 3](#)). 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 utilizando la actualización del año 2014, nuestra comuna presenta una tasa mayor global en el grupo de 10 a 14 años y menor en el de 15 a 19. Al observar la distribución por sexo, se aprecia que esta tasa se presenta mayor en mujeres en el grupo de 10 a 14 años y mayor en hombres en el de 15 a 19. En la adolescencia, la mortalidad está asociada con mayor frecuencia a situaciones violentas y prevenibles, tales como accidentes y suicidio, por lo que sin duda deben hacerse mayores esfuerzos como país en el abordaje de este fenómeno. Asimismo, el contraste observado entre hombres y mujeres debe analizarse con mayor detención, debido a su vinculación con las diferencias por género que se generan en la sociedad.

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

Fuente: DEIS. MINSAL

5. Mortalidad en la Adulthood

Acá las diferencias entre la estimación propia comparada con 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 ([ver figura 4](#)).

Al revisar la última cifra actualizada por DEIS (2014) y compararnos con la Región Metropolitana y el país, la cifra se observa menor que las de los otros niveles, pero mayores a las estimaciones propias debido a las razones ya mencionadas. Desagregando por sexo, son mayores las tasas en hombres para ambos grupos etarios.

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

Fuente: DEIS. MINSAL

6. Mortalidad en Adultos Mayores

De acuerdo a lo observado en el plan 2016, 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 ([ver figura 5](#)).

De acuerdo a lo anterior, 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 siguiente tabla que muestra la serie 2002 – 2011.

	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

Si se observan los datos DEIS 2014, con cifras de proyección poblacional no ajustadas a la realidad, el valor comunal se sitúa en 33, 6 por 1000 como promedio en ambos grupos, siendo igualmente menor que el del país y la región.

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

Fuente: DEIS. MINSAL

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. Las mayores tasas corresponden a las enfermedades del sistema circulatorio o afines (enfermedades cerebrovasculares, isquémicas cardíacas) y las relacionadas a cánceres (sin especificación, tipo digestivo). No obstante, también destacan las enfermedades del sistema respiratorio y las endocrinas, nutricionales y metabólicas. La siguiente tabla muestra lo anteriormente descrito

Mortalidad por Causas Específicas Año 2013

Códigos CIE10	Glosa	Santiago Tasa	RM Tasa
I00-I99	Enfermedades del sistema circulatorio	128,88	147,18
C00-C97	Tumores Malignos	99	117,21
Resto de códigos	Resto de causas	93,87	104,55
J00-J99	Enfermedades del sistema respiratorio	43,16	54,99
I60-I69	Enfermedades cerebrovasculares	41,35	45,63
I20-I25	Enfermedades isquémicas del corazón	39,54	40,33
Resto de C00- C97	Otros tumores malignos	38,03	36,72
K00-K93	Enfermedades del sistema digestivo	35,01	38,53
Resto de I00-I99	Otras enfermedades del sistema circulatorio	27,16	32,54
E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	25,35	28,64
J12-J18	Neumonía	23,24	22,82
I10-I15	Enfermedades hipertensivas	20,83	28,69
K70-K76	Cirrosis hepática y otras enfermedades del hígado	19,62	21,53
E10-E14	Diabetes mellitus	19,01	23,03
A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	16	17,44

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,	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
País	76,4	77,4	71,1	72	82,3	83,4
RM	77	77,9	71	72	83,1	83,9
Santiago	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	Ambossexos	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

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

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

De la tabla se extrae que la principal causa de pérdida de la salud 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

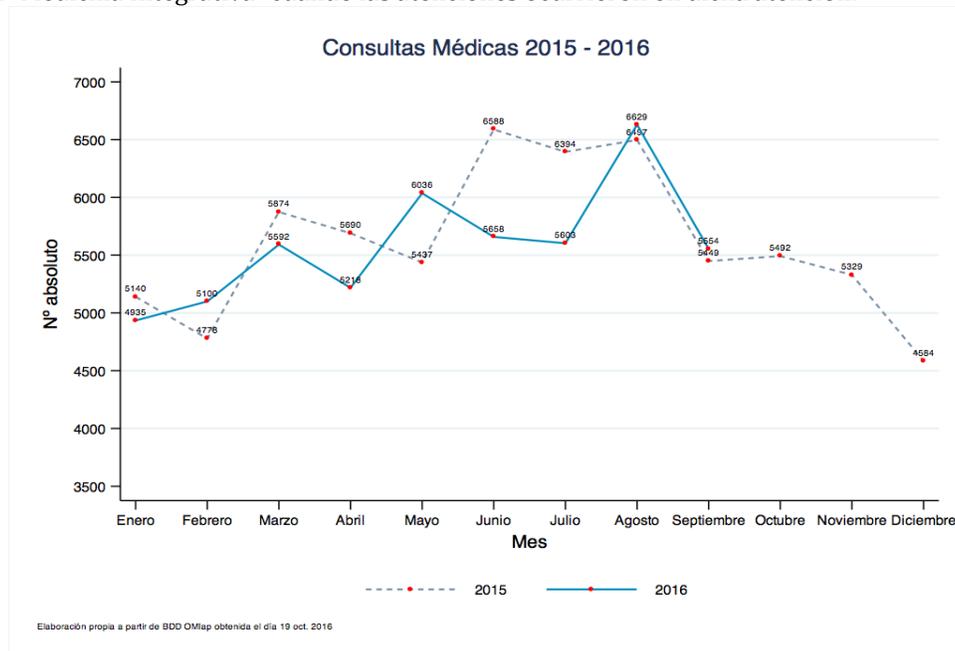
Para ilustrar este capítulo, se contabilizaron los registros en el protocolo Consulta Médica de nuestro sistema de Ficha Clínica Electrónica, agregando las atenciones por medicina integrativa. Como ha ocurrido históricamente, el número de consultas presenta una variabilidad mensual bastante predecible, aumentando las consultas durante el período invernal (Figura: Consultas Médicas 2015 - 2016).

Al comparar este año con el anterior, el número de consultas en general disminuyó y sólo durante los meses de febrero, mayo y agosto el número absoluto es mayor. De esta forma, es posible observar que la media mensual de atenciones en 2015, entre enero y septiembre, fue de 5760.78 atenciones. Por otro lado, este 2016 la media mensual de atenciones, en el mismo período, disminuyó a 5591.67 atenciones.

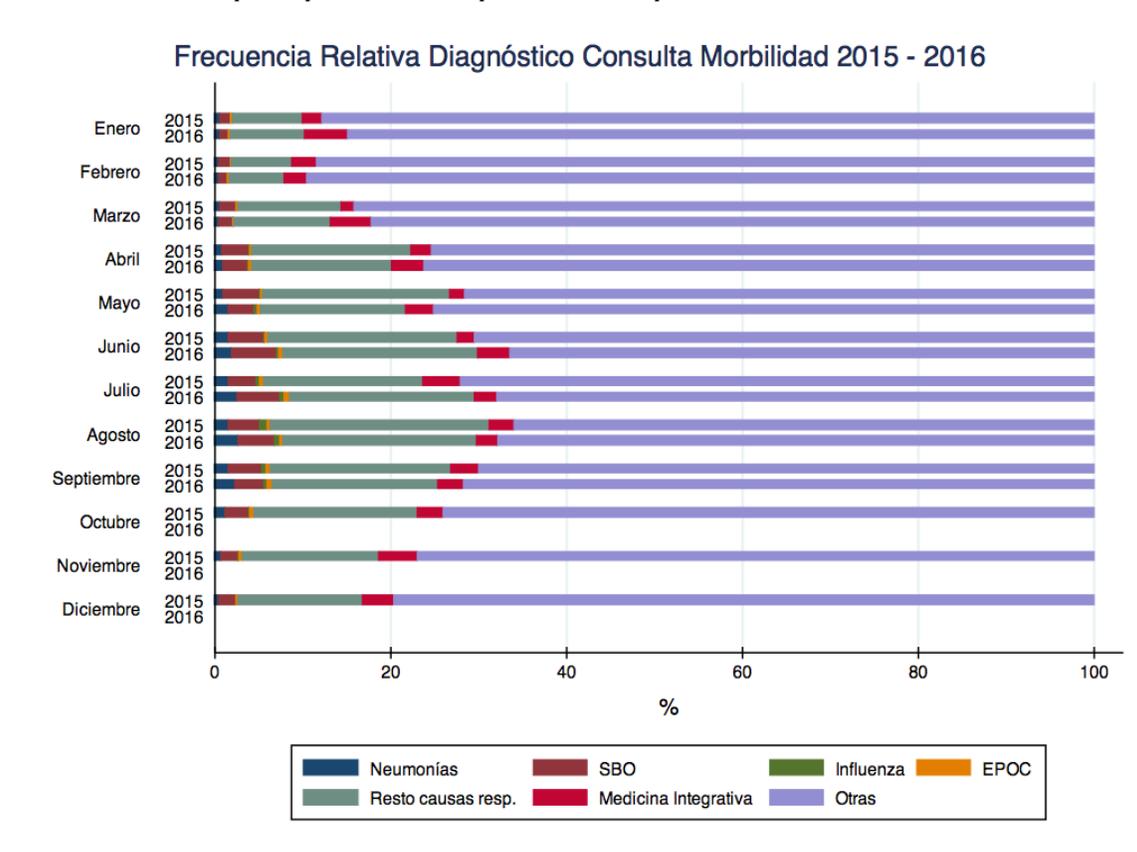
Respecto a los diagnósticos, es importante notar que el REM serie A, específicamente A04, solicita el número de consultas médicas según algunas clasificaciones diagnósticas definidas por el DEIS, estas son:

- IRA Alta
- Síndrome Bronquial Obstructivo
- Neumonía
- Asma
- EPOC
- Otras Respiratorias
- Obstétrica
- Ginecológica
- Ginecológica por infertilidad
- Infección transmisión sexual
- VIH - SIDA
- Otras morbilidades

Dichos diagnósticos son fácilmente identificables desde nuestra ficha electrónica. Se agregó una nueva categoría "Medicina Integrativa" cuando las atenciones ocurrieron en dicha atención.



Como se aprecia en la figura “Frecuencia Relativa Diagnóstico Consulta Morbilidad 2015 - 2016”, la categoría “Otras” disminuye durante el período invernal, lo que es coherente con los cambios en los motivos de consulta que se producen en el período de campaña de invierno cada año.



En las siguientes tablas se describe el número absoluto de atenciones según mes y diagnóstico para el año 2015 y 2016.

2015													
Diagnóstico	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total
Asma	15	9	21	39	49	47	55	49	29	32	35	20	400
EPOC	13	6	12	18	16	21	33	26	25	22	21	10	223
Ginecológica	0	0	3	2	0	1	3	4	2	0	3	2	20
Infertilidad	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
IRA Alta	284	221	541	764	804	977	762	1.095	777	619	548	440	7.832
ETS	2	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	2	8
Influenza	1	0	2	7	5	11	19	52	26	9	5	4	141
Medicina Integrativa	114	139	85	131	91	130	274	181	172	156	238	163	1.874
Neumonía	31	22	35	46	54	102	96	99	84	65	38	18	690
Obstétrica	1	1	0	1	4	1	5	3	1	2	2	1	22
Otras Respiratorias	110	97	126	227	305	394	339	476	318	374	239	191	3.196
Otras Morbilidades	4.505	4.219	4.939	4.279	3.881	4.633	4.597	4.277	3.800	4.062	4.091	3.642	50.925
SBO	59	61	106	172	223	264	208	233	207	148	106	90	1.877
VIH-SIDA	5	3	4	3	5	6	3	1	6	2	3	1	42
Total	5.140	4.778	5.874	5.690	5.437	6.588	6.394	6.497	5.449	5.492	5.329	4.584	67.252

Diagnóstico	2016									Total
	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	
Asma	12	15	18	26	25	36	50	47	36	265
EPOC	8	15	8	18	23	32	32	26	33	195
Ginecológica	3	6	1	3	4	1	0	4	3	25
Infertilidad	0	0	0	1	0	2	0	0	1	4
IRA Alta	261	215	434	583	641	888	779	1.020	745	5.566
ETS	0	1	1	1	3	3	3	7	4	23
Influenza	1	0	1	8	17	14	24	37	18	120
Medicina Integrativa	241	130	262	189	195	204	142	163	164	1.690
Neumonía	26	23	23	51	94	108	145	173	127	770
Obstétrica	6	2	2	1	0	2	1	5	2	21
Otras Respiratorias	147	88	160	223	330	327	351	392	265	2.283
Otras Morbilidades	4.175	4.556	4.590	3.970	4.521	3.750	3.798	4.469	3.965	37.794
SBO	52	47	89	143	179	288	274	282	185	1.539
VIH-SIDA	3	2	3	1	4	3	4	4	6	30
Total	4.935	5.100	5.592	5.218	6.036	5.658	5.603	6.629	5.554	50.325

Durante 2015 y lo que va de 2016, la mayor cantidad de diagnósticos corresponde a la categoría “otras morbilidades”. Esta es una categoría que consolida muchos diagnósticos, por lo que para poder tomar mejores decisiones tendientes a optimizar nuestra oferta de atención médica se han estado realizando gestiones para lograr acceso a nuevos datos de nuestro sistema de registro clínico electrónico que nos permitan realizar los cruces necesarios para desagregar más esa información.

La tasa de consultas médicas de morbilidad (considerando medicina integrativa) durante sept 2015 y sept. 2106, en base a la población validada a octubre del mismo año por FONASA, fue de 0,6 consultas/inscrito. Esta situación debe analizarse con más detención, dado que pueden existir problemas con el agendamiento o en el registro de las atenciones en los protocolos (fichas) adecuados. Esto fundamentalmente porque este año se ha fomentado en los centros de salud la facilitación en el acceso a la población a atenciones de morbilidad, dando prioridad a este tipo de prestaciones.

Sin embargo, otro dato interesante de revisar es el siguiente: el número de consultas por paciente en aquellos que consultaron entre sept. 2015 y sept. 2016 tuvo una media de 3,96 consultas, con una DE de 3.25, un mínimo de 1 y un máx. de 27. De acuerdo a la siguiente tabla, otra forma de ver la información es que cerca de un 60% de las personas que consultaron tuvieron al menos 3 atenciones en un año. Las atenciones médicas se concentran en un grupo de población que habitualmente solicita hora, por lo que se debe trabajar en aumentar la oferta para llegar a quienes no logran acceder a nuestros servicios.

El detalle se describe en la tabla siguiente:

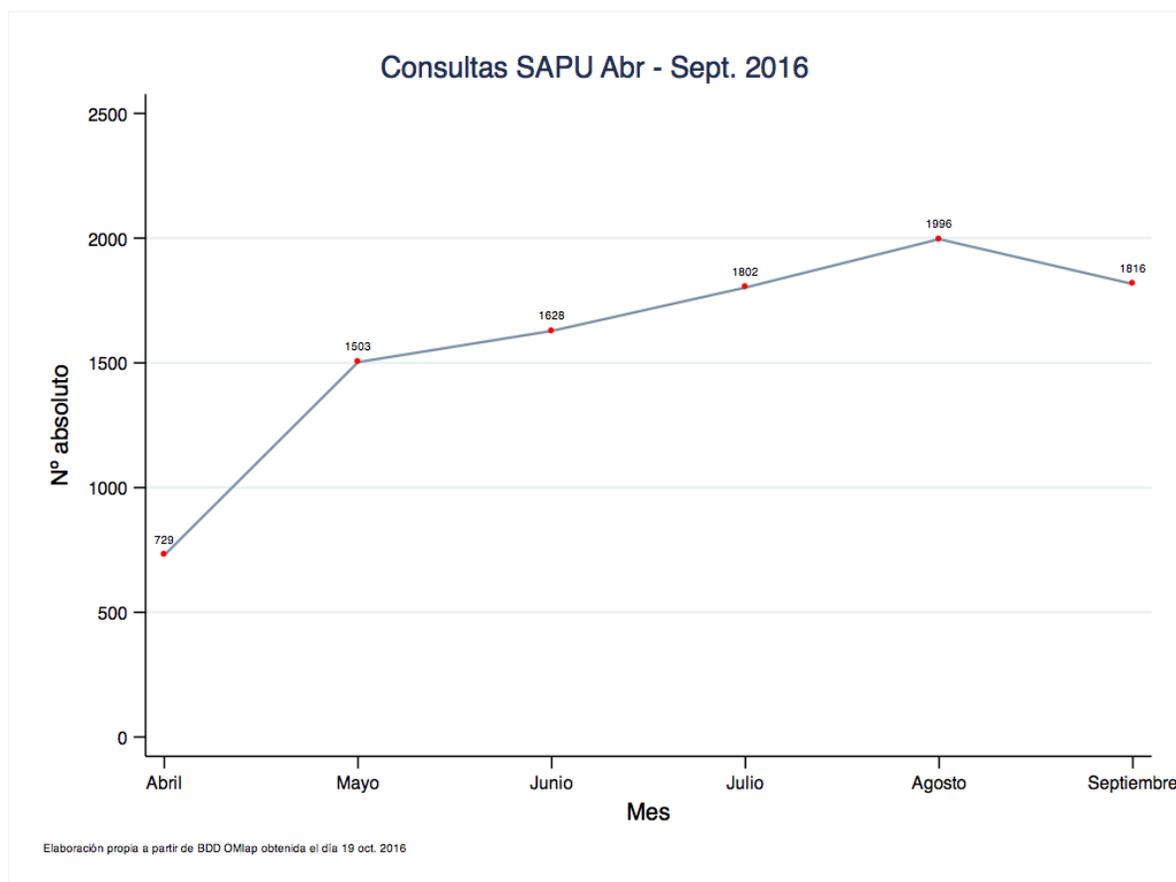
N consultas	N Absoluto	%	% Acumulado
1	14,045	22.12	22.12
2	12,868	20.27	42.39
3	9,771	15.39	57.79
4	7,308	11.51	69.30
5	5,130	8.08	77.38
6	4,038	6.36	83.74
7	2,625	4.13	87.87
8	2,032	3.20	91.07
9	1,548	2.44	93.51
10	1,030	1.62	95.14
11	792	1.25	96.38
12	588	0.93	97.31
13	325	0.51	97.82
14	392	0.62	98.44
15	285	0.45	98.89
16	208	0.33	99.22
17	170	0.27	99.48
18	54	0.09	99.57
19	76	0.12	99.69
20	60	0.09	99.78
21	63	0.10	99.88
22	22	0.03	99.92
23	26	0.04	99.96
24	27	0.04	100.00
Total	63,483	100.00	100.00

Atenciones SAPU

El Servicio de Atención Primaria de Urgencia adosado al CESFAM Ignacio Domeyko, comienza su funcionamiento el día 4 de abril de 2016.

Se realiza un análisis preliminar de su funcionamiento, desde su inicio hasta el día 30 de septiembre.

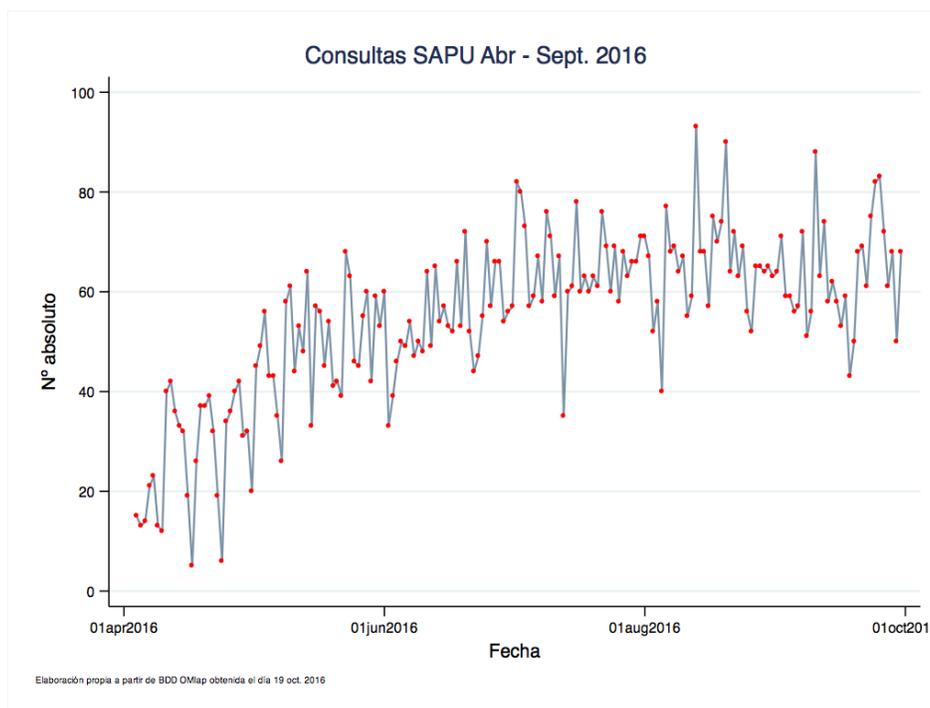
A ese día, en el SAPU Domeyko se han realizado 9474 atenciones. En la figura siguiente se muestra el total mensual de consultas, y la tendencia observada es hacia el aumento en el número hasta el mes de agosto, disminuyendo levemente durante septiembre.



La media de atenciones diarias del período fue de 54,57 atenciones, con una DE mensual de 16.68 atenciones, un mínimo de 5 y un máximo de 93.

Mes	N Atenciones	Días trabajados	Media	DE	Min	Max
Abril	729	27	27,00	11.61	5	42
Mayo	1503	31	48,48	11.13	20	68
Junio	1628	30	54,27	8.99	33	72
Julio	2013	31	64,94	9.04	35	82
Agosto	2040	31	65,81	10.32	40	93
Septiembre	1910	30	63,67	10.50	43	88
Total	9823	180	54,57	16.68	5	93

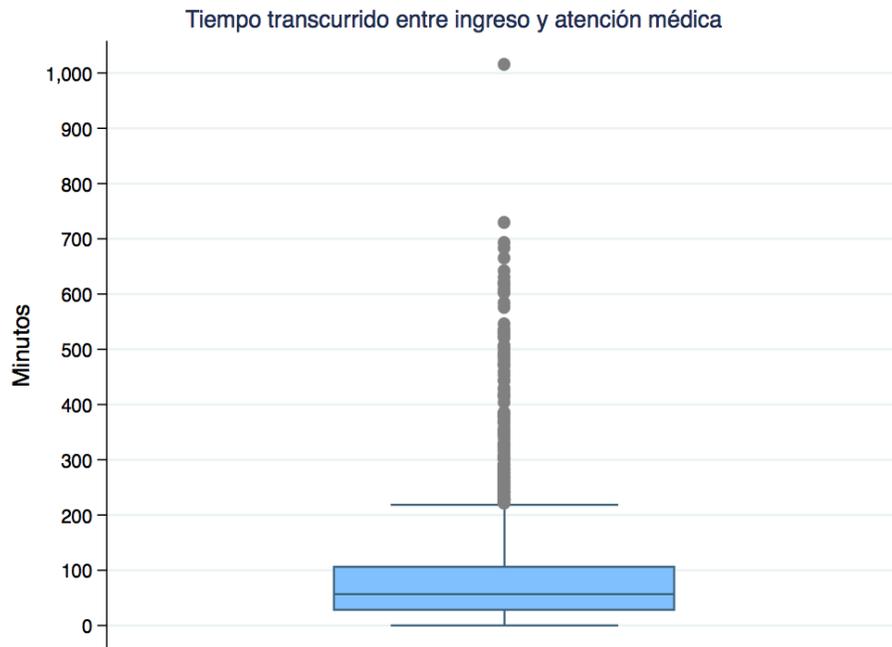
Al observar la tendencia de atenciones durante el período, existe un aumento progresivo desde el inicio hasta agosto, disminuyendo levemente en septiembre.



En cuanto al tiempo que demora el paciente entre que es registrado en admisión y es atendido por el médico, se pudo calcular en 78% de los casos, el 22% restante presenta errores en el registro de la hora de difícil validación.

Se estimó el tiempo transcurrido en 7390 casos, se debió excluir 306 atenciones debido a que la hora de atención ocurrió antes del ingreso. Si bien podría ocurrir en caso de una emergencia real, se excluyen dichos datos (existen sólo 2 pacientes ingresados cuya categorización fue C1).

Se excluyen también 375 observaciones (ver figura siguiente) debido a que correspondían a datos atípicos (*outlier*) y dado que es un reporte preliminar, no se realiza un análisis acabado para poder incluirlos.



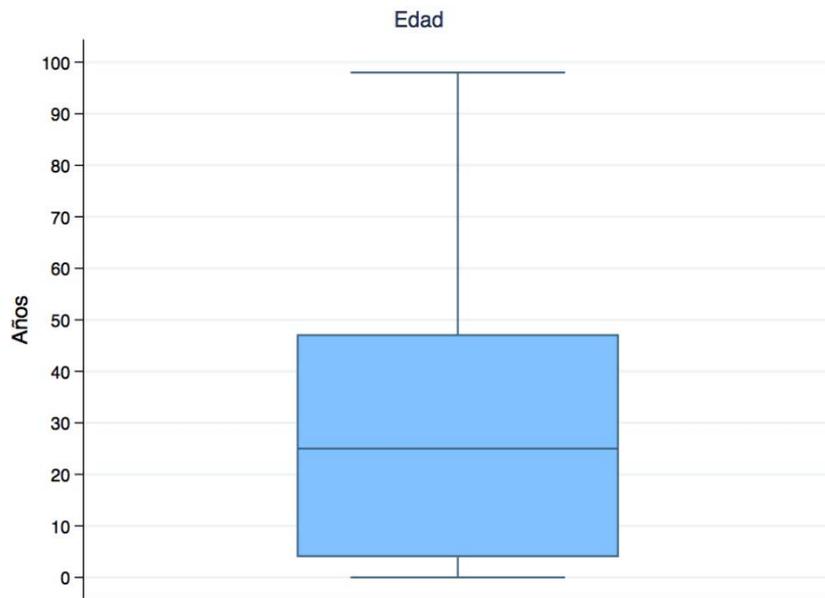
La media se estimó en 67.79 minutos, una DE de 49.08 min, con un mínimo de 0 y un máx de 218.45 min. La mediana se encuentra en 54.61 minutos y el rango intercuartílico (RIC) es de 74.28 minutos. En este caso, una mediana de 54.61 significa que el 50% de las personas se atendieron en un tiempo inferior a los 54 minutos y el otro 50% lo hizo sobre ese tiempo. Respecto al rango intercuartílico, se deduce que el 50% de los tiempos de espera analizados de las personas que se atendieron en SAPU se produjo entre 26.21 y 100.49 minutos (1,6 hr).

Análisis Descriptivo

Antes de realizar un análisis descriptivo de algunas variables de interés, es necesario aclarar que durante el período de funcionamiento del SAPU, en algunas ocasiones debió realizarse registro de atenciones en ficha de papel. En el análisis de la sección anterior esta situación se corrigió, sin embargo, dado el trabajo que significaría tabular dichas atenciones para esta revisión, y debido a que esto es una excepción, (corresponde sólo a 349 atenciones, un 3.7% de la muestra), por lo que no se consideraron en los análisis siguientes.

Edad

En cuanto a la edad de los pacientes atendidos, la media fue de 28,08 años. Un 41.91% fueron menores de 18 años y un 25.78% menores de 5 años. El 9.49% correspondió a atenciones de pacientes mayores de 65 años.



Grupos etarios de interés para exámenes preventivos.

Dado que la población que acude al SAPU probablemente difiere de la que habitualmente consulta en nuestros centros, pudiendo ser una fuente propicia para pesquisar pacientes que no tienen su examen preventivo al día, se analizó el número de hombres que consultó y cuya edad fluctuaba entre 20 y 44 años, arrojando 1012 atenciones a 812 pacientes. En el caso de mujeres entre 45 y 64 años, hubo 1176 atenciones a 875 mujeres.

Sexo

Al analizar esta variable, se observa que predominaron las consultas a pacientes de sexo femenino, representando un 58.73% de las consultas totales.

Origen del paciente

Se cruzó la información de SAPU con la base de datos de pacientes donde figuran todos los usuarios del sistema de registro clínico electrónico para obtener los datos de centro de origen, nacionalidad y previsión.

En un 5.05% de las atenciones no fue posible realizar este proceso debido a que los usuarios registrados en SAPU no contaban con RUT. Esto puede ocurrir por atenciones a pacientes migrantes indocumentados.

De acuerdo al centro se observa lo siguiente:

Un 91.26% de las atenciones fueron realizadas a pacientes del Polo Domeyko. Arauco, Orellana y Viel aportan con muy pocos pacientes, en total un 3.3%. Existen 1184 atenciones de personas que no están inscritas en algún centro municipal nuestro, lo que representa cerca de un 12% del total. Esto se infiere debido a que son inscritas en nuestra ficha clínica electrónica como SAPU Domeyko o también pensamos que han sido ingresados al sistema en COSAM o Santiago Sano.

Centro	Frecuencia absoluta	%	% Acumulado
CESFAM Ignacio Domeyko	5,427	57.28	57.28
SAPU Ignacio Domeyko	1,153	12.17	69.45
EMB Nicola DOnofrio	973	10.27	79.72

EMB Balmaceda	727	7.67	87.40
Sin Dato	478	5.05	92.44
EMB Concha y Toro	366	3.86	96.31
CESFAM Arauco	167	1.76	98.07
EMB Parque Forestal	42	0.44	98.51
CES Padre Orellana	28	0.30	98.81
SIN CENTRO	26	0.27	99.08
CES Benjamín Viel	18	0.19	99.27
EMB Gacitúa	18	0.19	99.46
EMB Coquimbo	16	0.17	99.63
EMB Carol Urzúa	10	0.11	99.74
EMB San Borja	9	0.09	99.83
EMB Dávila Larraín	7	0.07	99.91
COSAM	3	0.03	99.94
Santiago SANO	3	0.03	99.97
EMB Sargento Aldea	2	0.02	99.99
EMB San Emilio	1	0.01	100.00
Total	9,474	100.00	

Migrantes

Esta variable se construyó a partir de la nacionalidad del paciente, considerando como no migrante cuando era chilena y como sí, cuando tenía cualquier otra nacionalidad o se estipuló "No informada".

Un 16.99% de las atenciones fue realizadas a pacientes migrantes. Si pensamos que los sin dato también corresponde a pacientes migrantes, aumenta a un 22.04%. 2 de cada 10 atenciones son realizadas a pacientes cuya nacionalidad no es chilena.

Polo	Frecuencia absoluta	%	% Acumulado
NO	7,386	77.96	77.96
SI	1,61	16.99	94.95
Sin dato	478	5.05	100.00
Total	9,474	100.00	

Previsión

Un 84.11% de las atenciones fue a pacientes FONASA, donde predomina pacientes del tramo A con 28.83% de casos. Durante el período de estudio (04/04/2016 al 30/09/2016) se atendió un 5.00% de pacientes sin previsión y 21 atenciones a pacientes ISAPRE, lo que corresponde a un 0.22%.

Polo	Frecuencia absoluta	%	% Acumulado
Fonasa A	2,731	28.83	28.83
Fonasa B	2,29	24.17	53.00
Fonasa D	1,542	16.28	69.27
Fonasa C	1,406	14.84	84.11
Sin dato	493	5.20	89.32

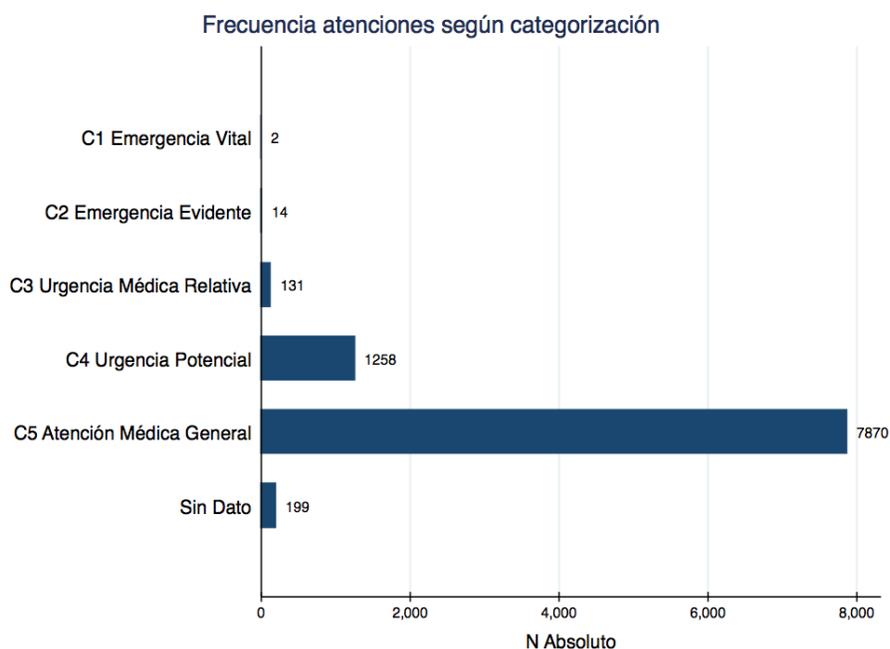
Particular (sin previsión)	474	5.00	94.32
No Informado	442	4.67	98.99
PRAIS	73	0.77	99.76
ISAPRE	21	0.22	99.98
DIPRECA	2	0.02	100.00
Total	9,474	100.00	

Categorización

La categorización de los pacientes al momento de consultar es una herramienta de priorización de la atención individual de urgencia. Sin embargo, otra utilidad es que contribuye a evaluar la complejidad de los problemas de salud por los que consulta la población en este dispositivo. En estos meses de funcionamiento del SAPU, más del 80% de las atenciones son C5 o pueden ser resueltas por una atención médica general y solo 1,55% son emergencias o urgencias médicas. Si bien el SAPU es un dispositivo de atención primaria, es interesante observar que la mayoría de los problemas de salud atendidos podrían resolverse por una atención en un sector del CESFAM.

Categoría	Frecuencia absoluta	%	% Acumulado
C1 Emergencia Vital	2	0.02	0.02
C2 Emergencia Evidente	14	0.15	0.17
C3 Urgencia Médica Relativa	131	1.38	1.55
C4 Urgencia Potencial	1,258	13.28	14.83
C5 Atención Médica General	7,87	83.07	97.90
Sin Dato	199	2.10	100.00
Total	9,474	100.00	

Fuente: Registro Clínico Electrónico OMIap



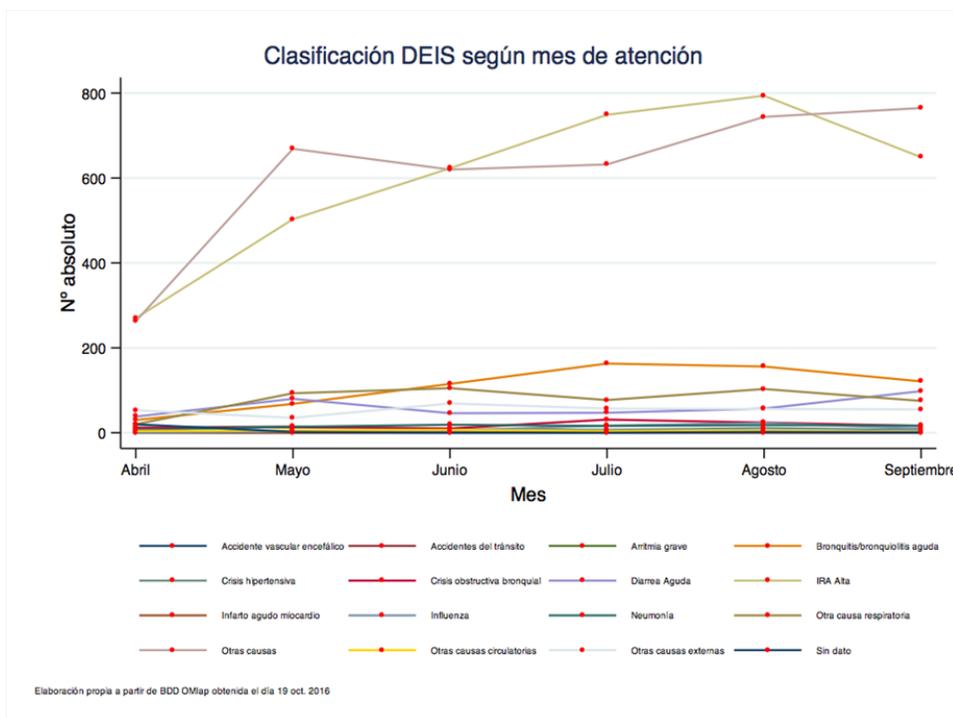
Diagnósticos SAPU

El Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del MINSAL, define algunas categorías diagnósticas para clasificar las atenciones de SAPU. Estas son enviadas diariamente a través de una plataforma web diseñada especialmente para esto, permitiendo monitorizar las consultas de urgencia a nivel nacional. Constituye una buena fuente de información y aproximación diagnóstica, dado que la sospecha diagnóstica se registra como un campo de texto, lo que genera mucha variabilidad y dificulta su análisis.

En base a esta variable, vemos que la mayor proporción de consultas son por otras causas, alcanzando un 38.98% de las atenciones, seguido por IRA alta con un 37.87% y luego bronquitis/bronquiolitis aguda con un 6.89%.

Clasificación DEIS	Frecuencia absoluta	%	% Acumulado
Otras causas	3,693	38.98	38.98
IRA Alta	3,588	37.87	76.85
Bronquitis/bronquiolitis aguda	653	6.89	83.74
Otra causa respiratoria	473	4.99	88.74
Diarrea Aguda	366	3.86	92.60
Otras causas externas	325	3.43	96.03
Crisis obstructiva bronquial	105	1.11	97.14
Neumonía	90	0.95	98.09
Crisis hipertensiva	62	0.65	98.74
Influenza	58	0.61	99.36
Otras causas circulatorias	28	0.30	99.65
Sin dato	25	0.26	99.92
Accidente vascular encefálico	3	0.03	99.95
Arritmia grave	3	0.03	99.98
Accidentes del tránsito	1	0.01	99.99
Infarto agudo miocardio	1	0.01	100.00
Total	9,474	100.00	

Como se muestra en la figura siguiente, en los meses de invierno predominan los diagnósticos de IRA alta. Se aprecia una tendencia hacia el aumento progresivo desde abril a agosto de los diagnósticos de bronquitis/bronquiolitis, para disminuir en el mes de septiembre. A partir de agosto se aprecia un leve aumento de los casos de diarrea.



Antecedentes

En la ficha de atención de urgencia, al momento de categorizar, se pregunta al paciente antecedentes de algunas patologías. A continuación se muestran algunos datos obtenidos en las atenciones:

Hipertensión Arterial

De las fichas analizadas, un 13% de las personas refiere tener Hipertensión Arterial.

Antecedente HTA	Frecuencia absoluta	%	% Acumulado
NO	7,926	83.66	83.66
SI	1,235	13.04	96.70
Sin Dato	313	3.30	100.00
Total	9,474	100.00	

Al cruzar esta información con el dato de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD), vemos que 60.32% de los pacientes que no refieren HTA, presentan cifras de PAS sobre 140 mmHg y/o PAD sobre 90 mmHg. Esta información es sólo preliminar y debe tratarse con precaución, dado que es probable que muchos de estos pacientes hayan estado cursando alguna patología que altere la PA (dolor, ansiedad, etc.). Sin embargo, también nos dice que pudiera existir un grupo de personas con HTA que no conoce su condición de tal porque no se ha diagnosticado, por lo que su acercamiento al SAPU por atención debe gatillar procesos de atención ulteriores que lleven a descartar o confirmar dicha patología.

Antecedente HTA en pacientes con PA alterada	Frecuencia absoluta	%	% Acumulado
NO	932	60.32	60.32
SI	584	37.80	98.12
Sin Dato	29	1.88	100.00
Total	1,545	100.00	

Diabetes Mellitus

Antecedente DM	Frecuencia absoluta	%	% Acumulado
NO	8,644	91.24	91.24
SI	532	5.62	96.85
Sin Dato	298	3.15	100.00
Total	9,474	100.00	

Respecto a Diabetes Mellitus, el 91.24% de las consultas ocurrieron en paciente sin antecedente conocido de la enfermedad.

Al mirar el resultado del hemoglucotest buscando valores mayores o iguales a 200 mg/dl, un 5,60% de las personas pudiesen ser diabéticas y no tendrían diagnóstico, en 2 casos no se consigna el antecedente y también podrían estar en la misma situación. Un 92.80% de los pacientes reconocen ser diabéticos y dicho resultado obliga al menos algún seguimiento que indague el grado de compensación de su patología.

Antecedente DM en pacientes con HGT alterado	Frecuencia absoluta	%	% Acumulado
NO	7	5.60	5.60
SI	116	92.80	98.40
Sin Dato	2	1.60	100.00
Total	125	100.00	

Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica

Para EPOC, sólo un 0.8% de las atenciones ocurrieron en pacientes con el antecedente.

Antecedente EPOC	Frecuencia absoluta	%	% Acumulado
NO	9,086	95.90	95.90
SI	76	0.80	96.71
Sin Dato	312	3.29	100.00
Total	9,474	100.00	

Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente (SBOR)

En 105 atenciones se consigna el antecedente de SBOR, sin embargo, al mirar las edades de los pacientes, todos son mayores de 18 años. Debemos revisar y normar el correcto registro de los antecedentes.

Antecedente SBOR	Frecuencia absoluta	%	% Acumulado
NO	8,994	94.93	94.93
SI	105	1.11	96.04
Sin Dato	375	3.96	100.00
Total	9,474	100.00	

ASMA

Un 4.98% de las atenciones ocurrieron en pacientes con antecedente de asma.

Antecedente ASMA	Frecuencia absoluta	%	% Acumulado
NO	8,673	91.55	91.55
SI	472	4.98	96.53
Sin Dato	329	3.47	100.00
Total	9,474	100.00	

EMBARAZADAS

Durante el período de estudio, hubo 86 atenciones a embarazadas. Preocupa de esta variable la alta proporción de atenciones sin dato, alcanzando un 20.58%.

Embarazadas	Frecuencia absoluta	%	% Acumulado
NO	7,438	78.51	78.51
SI	86	0.91	79.42
Sin Dato	1,950	20.58	100.00
Total	9,474	100.00	

2. Egresos Hospitalarios

A contar del mes de mayo de 2016, producto de una solicitud al SSMC en que se requería información para construir uno de los indicadores del Convenio “Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria”, logró contarse con información de pacientes que se hospitalizaron en algún centro de atención de nivel secundario incluido en nuestra red de derivación.

Periódicamente, se envían los egresos cuyo diagnóstico durante la hospitalización² fuesen: infarto agudo al miocardio, accidente cerebrovascular, diabetes mellitus³, amputaciones por diabetes mellitus⁴ y neumonías.

Esta iniciativa abre la posibilidad de acceder a información muy relevante para los equipos, entregando resultados con las cuales podríamos medir importantes aspectos clínicos y administrativos. Como todo todo proceso que recién se inicia, se requiere generar un modelo sistemático de gestión y análisis. Por otro lado, sería interesante conocer otros aspectos clínicos y administrativos durante la hospitalización que podrían entregar datos relevantes con los cuales construir estrategias de mejora.

A continuación, se presenta un breve análisis según Establecimiento de Atención:

Hospital El Carmen

En 3 meses, el HEC informa 759 egresos, de los cuales sólo un 1.71% corresponde a pacientes nuestros.

Pacientes APS Municipal Santiago	Frecuencia absoluta	%
No	746	98.29
SI	13	1.71
Total	759	100.00

² Se asume, en base a las variables incluidas en la base de datos, que se analiza el “Diagnóstico Principal” del sistema GRD que tendría el centro de atención terciaria.

³ Probablemente estos casos obtienen desde “Diagnóstico Secundario”.

⁴ Esta información ya se recibía desde el año 2015 y se enviaba directamente a Referentes del Programa de Salud Cardiovascular.

Del total de diagnósticos principales reportados, un 61.13% corresponde a Enfermedades del Sistema Respiratorio.

Grupo Diagnóstico	Frecuencia absoluta	%
Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas	109	14.36
Enfermedades del Sistema Circulatorio	186	24.51
Enfermedades del Sistema Respiratorio	464	61.13
Total	759	100.00

Respecto a los diagnósticos de egresos de pacientes inscritos en nuestra red, un 38.46% corresponde a enfermedades del sistema circulatorio.

Grupo Diagnóstico	Frecuencia absoluta	%
Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas	4	30.77
Enfermedades del Sistema Circulatorio	5	38.46
Enfermedades del Sistema Respiratorio	4	30.77
Total	13	100.00

Hospital Clínico San Borja Arriarán

Analizada la información del mes de agosto (20 pacientes) y para los siguientes diagnósticos: amputaciones de EEII por pie diabético, neumonías y ACV. En ACV venía sólo 1 paciente que no pertenecía a la Red.

Respecto a amputaciones de EEII:

Pacientes APS Municipal Santiago	Frecuencia absoluta	%
No	6	85.71
SI	1	14.29
Total	7	100.00

En cuanto a neumonías:

Pacientes APS Municipal Santiago	Frecuencia absoluta	%
No	86	81.90
SI	19	18.10
Total	105	100.00

Hospital de Urgencia Asistencia Pública

De los 3 centros de atención terciaria, el HUAP es el más consistente en cuanto a periodicidad de envío e información contenida. Sólo en el mes de julio no recibimos información de egresos por DM.

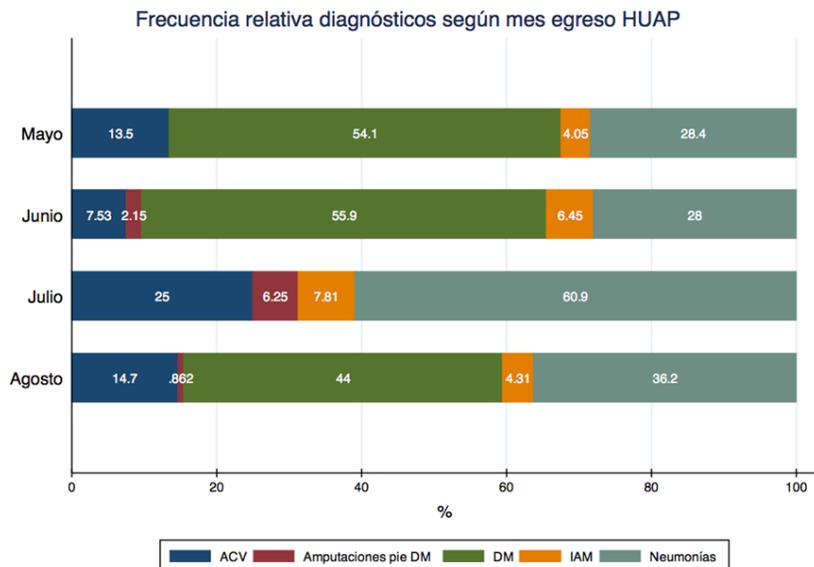
En los 4 meses analizados, se informan 1329 egresos, de los cuales 347 son pacientes que figuran en nuestra base de datos de pacientes, lo que corresponde a un 26.11% de los egresos informados por dicho recinto hospitalario.

Mes	Medida	Pacientes APS Municipal Santiago		Total
		No	SI	
Mayo	N abs.	212	74	286
	%	74.13	25.87	100.00
Junio	N abs.	259	93	352
	%	73.58	26.42	100.00
Julio	N abs.	181	64	245
	%	73.88	26.12	100.00
Agosto	N abs.	330	116	446
	%	73.99	26.01	100.00
Total	N abs.	982	347	1329
	%	73.89	26.11	100.00

Como se aprecia en la tabla siguiente, los mayores egresos del HUAP son por DM con un 41.21% de los casos, seguido por neumonía con un 36.89% y ACV con un 14.41%.

Mes	Medida	Diagnóstico					Total
		ACV	Amputaciones	DM	IAM	Neumonías	
Mayo	N abs.	10	0	40	3	21	74
Junio	N abs.	7	2	52	6	26	93
Julio	N abs.	16	4	0	5	39	64
Agosto	N abs.	17	1	51	5	42	116
Total	N abs.	50	7	143	19	128	347
	%	14.41	2.02	41.21	5.48	36.89	100.00

Sin embargo lo anterior, al observar los datos según mes, es posible apreciar que durante julio el porcentaje de hospitalizaciones por neumonía ascendieron a un 60%. Este valor disminuyó a 36% en agosto, valor del promedio para este diagnóstico. Lo descrito, es esperable para la época invernal del año.



Además de esta información, es importante tener la panorámica amplia respecto a los egresos hospitalarios de nuestro mayor centro receptor de derivaciones, el HCSBA. El SSMC realizó una caracterización al año 2015, la cual muestra que las primeras causas de hospitalización en población adulta y pediátrica son las habituales para el perfil demográfico y epidemiológico actual. En las siguientes tablas se desglosa dicha información:

Grupo CIE 10	N° egresos	Porcentaje
Embarazo, parto y puerperio	5.819	33,9%
Neoplasias	2.426	14,1%
Enfermedades del aparato genitourinario	1.853	10,8%
Enfermedades del aparato digestivo	1.459	8,5%
Enfermedades del sistema circulatorio	1.147	6,7%

Es importante destacar que estos diagnósticos proporcionalmente conforman casi tres cuartos (73,9%) del total, por lo que son representativos de la mayoría de los egresos.

Respecto a la población pediátrica, la información es la siguiente:

Grupo CIE 10	N° egresos	Porcentaje
Enfermedades del sistema respiratorio	1051	21%
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	974	20%
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	406	8%
Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa	381	8%
Enfermedades del aparato digestivo	335	7%
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	237	5%
Enfermedades del sistema nervioso	227	5%
Enfermedades del aparato genitourinario	210	4%

En esta población destacan las enfermedades del sistema respiratorio, las afecciones del período perinatal y las malformaciones y anomalías cromosómicas. Juntas representan casi el 50% de las causas de egresos. Es importante también referir que los traumatismos y causas externas casi alcanzan al 10% de las hospitalizaciones, por lo que el trabajo educativo y en prevención en este tema, tanto a la población infanto-adolescente como a los adultos responsables, debe reforzarse como parte del abordaje en APS.

3. Enfermedades de Notificación Obligatoria

En relación a las enfermedades de notificación obligatoria, el año pasado 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 2014 (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	2,0	2,1	7,4	0,9	1,8	2,5
Sífilis	45,5	19,0	22,6	51,8	23,7	25,5
Hepatitis Viral	47,5	16,4	14,3	15,6	13,9	13,6
Tos Ferina	20,6	15,3	15,0	17,6	13,5	33,3
Infecciones por gonococo	16,4	5,7	8,3	11,3	6,1	8,9

Tabla: Tasa de Notificación de Enfermedades De Notificación Obligatoria (ENO) (por 100.000 hab)

Fuente: DEISMINSAL

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.

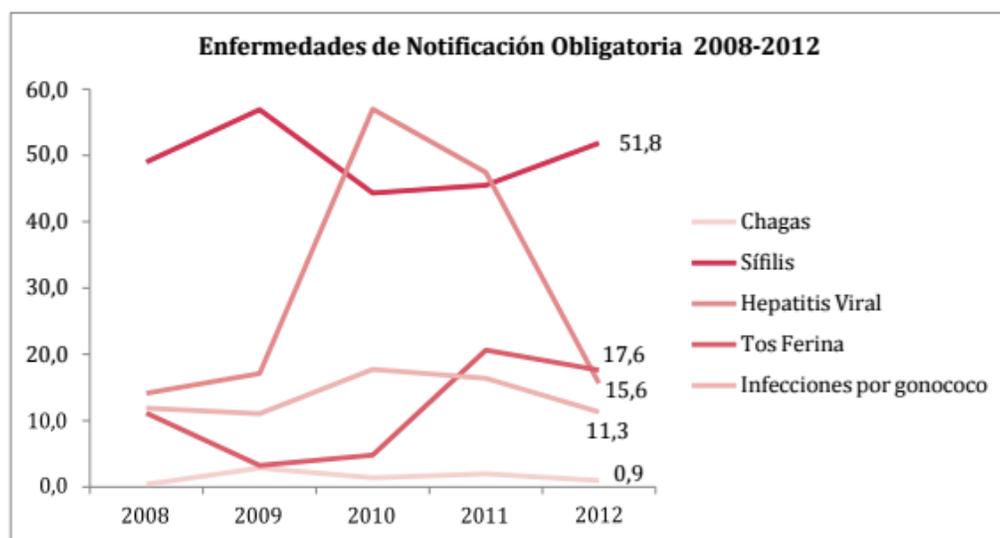


Gráfico: Enfermedades de Notificación Obligatoria 2008-2012. DEIS MINSAL

Al observar nuestra red de salud, entre septiembre del año 2015 y el mismo mes del presente, se diagnosticaron 63 enfermedades de notificación obligatoria.

La siguiente tabla muestra la distribución de las patologías diagnosticadas.

Diagnóstico	Frecuencia absoluta	%	% Acumulado
VIH	35	55.56	55.56
Tuberculosis	11	17.46	73.02
Enfermedad de Chagas	5	7.94	80.95
Hepatitis Viral	3	4.76	85.71
Sífilis	3	4.76	90.48
Mordedura Animal	2	3.17	93.65
Parotiditis	2	3.17	96.83
Gonorrea	1	1.59	98.41
Varicela	1	1.59	100.00
Total	63	100.00	

Más de la mitad de dichas enfermedades (55.56%) correspondió a casos de VIH; la media de edad para estos fue de 31.97 años, con un mínimo de 22 y un máximo de 50. Un 85.71% (30 casos) fue diagnosticado en pacientes de sexo masculino.

Respecto a la nacionalidad de estas personas, un 45.45% corresponde a chilenos. Entre los extranjeros, la nacionalidad peruana es la más frecuente con un 27.27% de los casos.

Nacionalidad pacientes VIH (+) Notificados	Frecuencia absoluta	%	% Acumulado
Chilena	15	45.45	45.45
Peruana	9	27.27	72.73
Colombiana	5	15.15	87.88
Venezolana	2	6.06	93.94
Brasileña	1	3.03	96.97
Cubana	1	3.03	100.00
Total	33	100.00	

También 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 habs).

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 habs).

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

Tuberculosis.

En relación a la Tuberculosis, se tiene información de DEIS para nuestro nivel en el período 2008-2012. La notificación de casos se aprecia estable, 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:

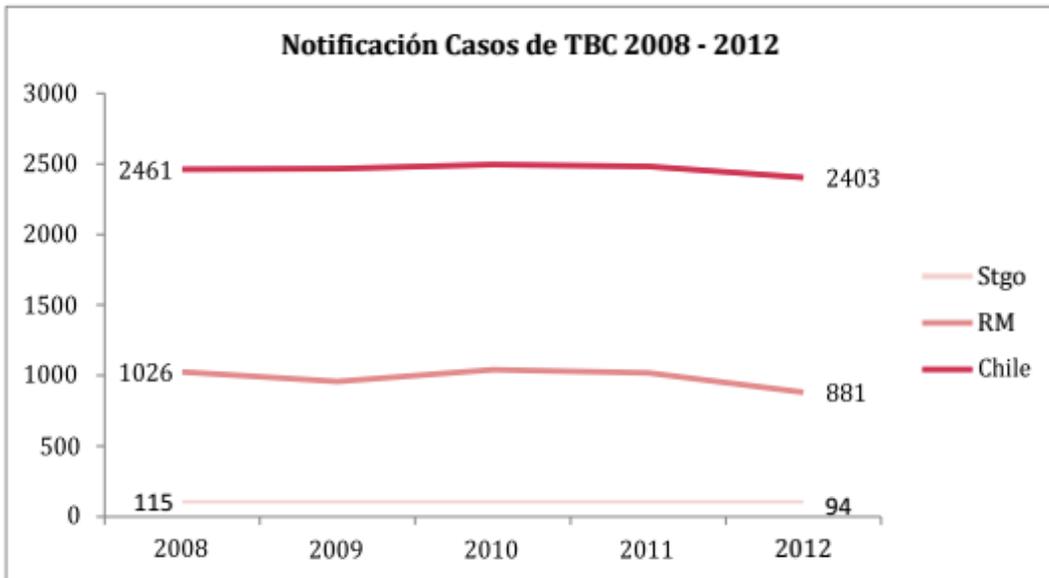


Gráfico: Notificación casos de Tuberculosis 2008-2012. DEIS MINSAL

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. Sin embargo, se evidencia una disminución en las 3 cifras para 2012 respecto del año anterior, siendo mayor esta baja en Santiago. Lo mencionado 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 y esta disminución puede estar evidenciando una vuelta a medidas más pasivas de detección.

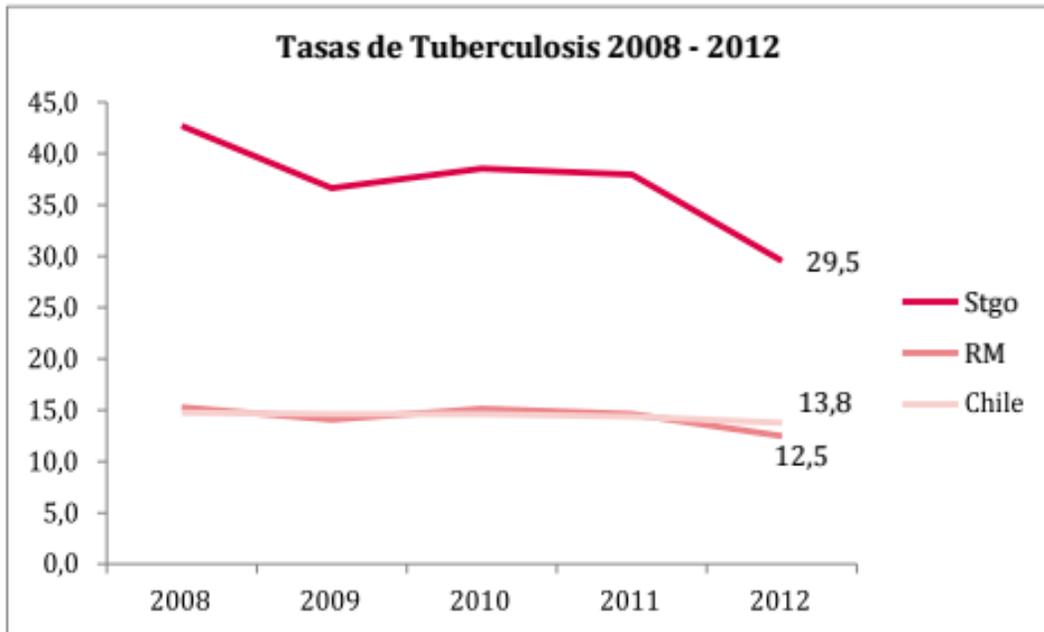
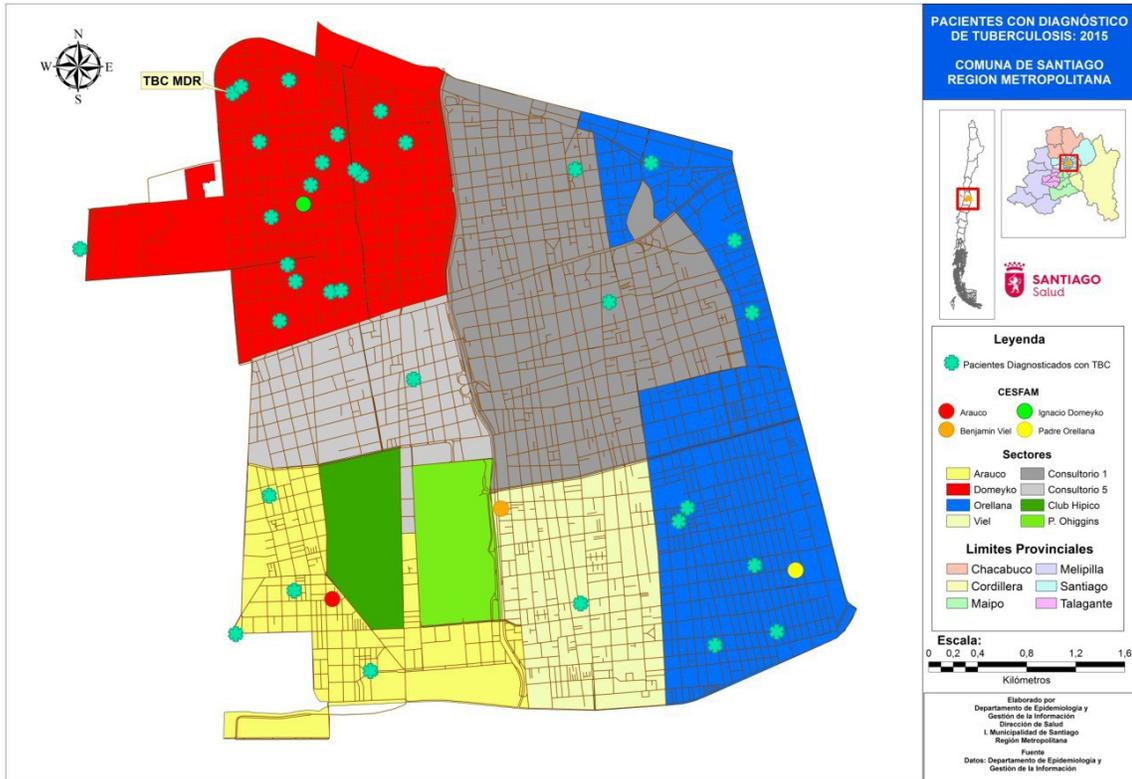


Gráfico: Tasa Notificación casos de Tuberculosis 2008 - 2012 (por 100.000 hab)
DEIS MINSAL

En 2015 se realizó un análisis de la distribución según residencia de los pacientes diagnosticados con tuberculosis. 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. Este último, además, destaca por la presencia de un paciente Multi Drogo Resistente (MDR) en su territorio.

Asimismo, de acuerdo a datos propios, durante el período septiembre 2015 - septiembre 2016 se diagnosticaron 11 casos de TBC en nuestra red de salud. La media de edad fue 41 años, con un mínimo de 16 y un máximo de 76 años. Del total de personas con la enfermedad, un 63,64% son pacientes masculinos y respecto a su nacionalidad, un 54,55% son chilenos y un 45,45% peruanos.



Otra información a revisar para un mejor abordaje de este problema de salud es el índice de pesquisa (IP). Este es un indicador que evalúa el trabajo de localización de casos que realizan los centros de salud. Es importante que los equipos vayan ampliando sus estrategias, desde las pasivas a las más activas, solicitando las baciloscopías en consultantes por otras a causas de morbilidad, así como a grupos de población con mayor riesgo conocido de la enfermedad (hospedería, hogares, penitenciarías, etc).

El índice de pesquisa se define como la relación entre el número de baciloscopías diagnósticas pulmonares procesadas y las consultas de morbilidad totales de mayores de 15 años. Su evolución en los últimos 3 años para los centros de salud de la comuna se muestra en la siguiente tabla:

Centro	Año		
	2014	2015	2016*
Padre Orellana	79,8	74,0	98,1
Benjamín Viel	43,0	34,6	21,3
Ignacio Domeyko	54,6	49,8	45,0
CESFAM 1	39,2	26,8	27,2
CESFAM 5	21,4	25,9	26,0
Arauco	41,3	37,8	40,7
Comuna Santiago	46,6	41,5	43,0

Fuente: Programa TBC Hospital Clínico San Borja Arriarán

* Datos corresponden al período enero a junio de 2016

La meta propuesta por el Minsal es de 50 baciloscopías (bk) por cada 1000 consultas de morbilidad. El promedio para nuestros centros de salud municipales es de 51,7 bk por cada 1000 consultas, con lo cual la meta se cumple desde una perspectiva global. Si se incluye en el análisis a los centros dependientes del Servicio Metroropolitano Central (DAP-SSMC), la comuna baja su cifra promedio de IP a 43,7.

Al observar de forma específica los datos, tanto Arauco como Viel deben realizar mayores esfuerzos para aumentar la realización del examen, ya que sus índices promedio están aún por debajo de la meta (33 y 39,9 respectivamente). Domeyko también debe concentrar su trabajo en ello, pese que presenta un índice más cercano a 50 (49,8). En la misma línea se muestran los centros DAP-SSMC dependientes (Cesfam 1 y Cesfam 5) que presentan cifras aún más bajas que las nuestras (30,1 y 24,4 respectivamente). En el extremo opuesto, en la comuna destaca favorablemente lo realizado en el Cesfam Padre Orellana, centro que cumple con creces lo esperado.

Dado los datos descritos para este problema de salud, se hace relevante el tomar medidas para estimular estrategias tendientes a mejorar la detección oportuna y precoz de la tuberculosis

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.

Programa Mujer

	Numerador	Denominador	Resultado	Fuente
PBC en Regulación de la Fertilidad/ Mujeres Inscritas	7.926	33.332	24%	PBC junio 2016/Pob Validada Inscrita corte Octubre 2015
Controles de Paternidad Responsable/ PBC	10.319	7.926	1,3	Rem Sept 2015 a agosto 2016/PBC junio 2016
Gestantes en Control	852			Serie P corte a Junio 2016

El denominador del primer indicador, considera sólo mujeres entre 15 y 54 años. Es importante trabajar sobre la cobertura de regulación de la fertilidad, dado las bajas coberturas que aún se tienen.

Programa Infantil

	Numerador	Denominador	Resultado	Fuente
Control según Ciclo vital de 0 a 9 años/ PBC de 0 a 9 años	15.350	7.569	2,0	Rem Sept 2015 a agosto 2016/PBC junio 2016
% nutricional Normal de niños de 1 mes a 9 años/PBC	4.819	7.488	64%	PBC junio 2016
% nutricional Bajo Peso de niños de 1 mes a 9 años/PBC	251	7.488	3%	PBC junio 2016
% nutricional Sobre Peso de niños de 1 mes a 9 años/PBC	1.584	7.488	21%	PBC junio 2016
% nutricional Obeso de niños de 1 mes a 9 años/PBC	830	74.88	11%	PBC junio 2016

El numerador del primer indicador considera controles por enfermera, médico y matrona. Respecto a la tabla anterior, 2414 niños (32%) presentan una evaluación nutricional que los categoriza como sobrepeso u obeso, por lo que urge la ampliación de estrategias con enfoque colectivo en establecimientos educacionales, así como también en el entorno barrial y familiar de este grupo poblacional.

Programa de Salud Cardiovascular

	Numerador	Denominador	Resultado	Fuente
N° de controles PSCV por Médico/ PBC PSCV	16.453	16.055	1,0	Rem Sept 2015 a agosto 2016/PBC junio 2016
N° de controles PSCV por Enfermera/ PBC PSCV	9.544	16.055	0,6	Rem Sept 2015 a agosto 2016/PBC junio 2016
N° de controles PSCV por Nutricionista/ PBC PSCV	8.258	16.055	0,5	Rem Sept 2015 a agosto 2016/PBC junio 2016

En el programa cardiovascular se observa un mayor índice de controles médicos por población bajo control. Si bien la atención de este profesional es relevante para la evaluación clínica y el manejo farmacológico, se debe potenciar la participación del profesional enfermera y nutricionista en los ámbitos más educativos del abordaje de este tipo de patologías, para no medicalizar en exceso el enfoque del programa.

Programa IRA - ERA

	Numerador	Denominador	Resultado	Fuente
N° de controles realizados Pacientes IRA-ERA (Médico, Kinesiólogo)/ PBC IRA-ERA	5.594	2.183	2,6	Rem Sept 2015 a agosto 2016/PBC junio 2016

Programa Adulto Mayor

	Numerador	Denominador	Resultado	Fuente
PBC AUTOVALENTE SIN RIESGO/ PBC AM	5.154	11.026	47%	PBC JUNIO 2016
PBC AUTOVALENTE CON RIESGO/ PBC AM	3.114	11.026	28%	PBC JUNIO 2016
PBC RIESGO DE DEPENDENCIA/ PBC AM	945	11.026	9%	PBC JUNIO 2016
PBC DEPENDIENTE LEVE/ PBC AM	1.181	11.026	11%	PBC JUNIO 2016
PBC DEPENDIENTE MODERADO/ PBC AM	221	11.026	2%	PBC JUNIO 2016
PBC DEPENDIENTE GRAVE/ PBC AM	173	11.026	2%	PBC JUNIO 2016
PBC DEPENDIENTE TOTAL/ PBC AM	238	11.026	2%	PBC JUNIO 2016

En el programa de adulto mayor destaca que un 37% de la población tiene algún tipo de riesgo que lo pone en una condición de mayor susceptibilidad de dependencia. Por esa razón, deben hacerse esfuerzos para estimular la derivación por los equipos de cabecera a las atenciones del Programa Más Adultos Mayores autovalentes e informar e incentivar a la población respecto del servicio que se entrega a través de ese programa, con el fin de que la pesquisa que se realiza a través de los EMPAM, tenga una continuidad de manejo y se pueda disminuir o revertir la progresión hacia la dependencia.

Programa Salud Mental

CONCEPTO		Numerador	Denominador	Resultado
FACTORES DE RIESGO Y CONDICIONANTES DE LA SALUD MENTAL				
VIOLENCIA DE GÉNERO	VICTIMA	670	4.449	15,06%
	AGRESOR	204	4.449	4,59%
ABUSO SEXUAL		148	4.449	3,33%
PERSONAS CON DIAGNOSTICOS DE TRASTORNOS MENTALES				
TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)	DEPRESIÓN LEVE	568	4.449	12,77%
	DEPRESIÓN MODERADA	918	4.449	20,63%
	DEPRESIÓN GRAVE	116	4.449	2,61%
	DEPRESIÓN POST PARTO	54	4.449	1,21%
	TRASTORNO BIPOLAR	74	4.449	1,66%
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A CONSUMO SUSTANCIAS PSICOTROPICAS	CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA DE ALCOHOL	211	4.449	4,74%
	CONSUMO PERJUDICIAL O DEPENDENCIA COMO DROGA PRINCIPAL	107	4.449	2,41%

	POLICONSUMO	118	4.449	2,65%
TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	TRASTORNO HIPERCINÉTICO	126	4.449	2,83%
	TRASTORNO DISOCIAL DESAFIANTE Y OPOSICIONISTA	18	4.449	0,40%
	TRASTORNO DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN EN LA INFANCIA	21	4.449	0,47%
	OTROS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS EMOCIONES DE COMIENZO HABITUAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA	293	4.449	6,59%
TRASTORNOS DE ANSIEDAD		1.141	4.449	25,65%
ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS		50	4.449	1,12%
TRASTORNOS CONDUCTUALES ASOCIADOS A DEMENCIA		14	4.449	0,31%
ESQUIZOFRENIA		45	4.449	1,01%
PRIMER EPISODIO ESQUIZOFRENIA CON OCUPACION REGULAR		0	4.449	0,00%
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA		32	4.449	0,72%
RETRASO MENTAL		37	4.449	0,83%
TRASTORNO DE PERSONALIDAD		431	4.449	9,69%
TRASTORNO GENERALIZADOS DEL DESARROLLO		20	4.449	0,45%
OTRAS		2.163	4.449	48,62%

En el programa de Salud Mental destacan algunas problemáticas sobre otras respecto a su prevalencia en la población bajo control. En esa línea, la violencia de género, la depresión, los trastornos de ansiedad y los trastornos de personalidad son las patologías o condicionantes más diagnosticados y para los que se debe tener un abordaje protocolizado que integre el modelo de atención familiar y comunitario y el enfoque de género en sus intervenciones.

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 los párrafos siguientes, se presenta una actualización de la lista de espera según especialidad:

Al 30 de septiembre, tenemos 9518 pacientes en espera por atención, según figura en el Repositorio Nacional de Lista de Espera (RNLE) el día 25 de octubre del presente.

Según especialidad, de las 3 primeras, dos son dentales, tenemos 1476 pacientes (15,51%) esperando prótesis removible y 830 (8,76%) esperando realizarse una endodoncia. Oftalmología representa la segunda especialidad con más casos alcanzando los 1234 pacientes en espera, lo que representa un 12.96%.

Especialidad	Frecuencia absoluta	%
REHABILITACION: PROTESIS REMOVIBLE	1.476	15,51
OFTALMOLOGIA	1.234	12,96
ENDODONCIA	830	8,72
OTORRINOLARINGOLOGIA	692	7,27
TRAUMATOLOGIA ADULTO	446	4,69
TRAUMATOLOGIA	365	3,83
CIRUGIA ABDOMINAL ADULTO	323	3,39
PERIODONCIA	305	3,20
DERMATOLOGIA	249	2,62
DERMATOLOGIA ADULTO	232	2,44
NEUROLOGIA ADULTO	218	2,29
CARDIOLOGIA ADULTO	212	2,23
UROLOGIA ADULTO	169	1,78
CIRUGIA ABDOMINAL	164	1,72
ODONTOPEDIATRIA	156	1,64
NEUROCIRUGIA ADULTO	151	1,59
ORTODONCIA	149	1,57
GASTROENTEROLOGIA ADULTO	143	1,50
CIRUGIA BUCAL	116	1,22
NEUROLOGIA	113	1,19
REUMATOLOGIA	112	1,18
ORTODONCA	111	1,17
CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA MAXILO FACIAL	95	1,00
REHABILITACION: PROTESIS FIJA	92	0,97
CIRUGIA INFANTIL	88	0,92
ENDOCRINOLOGIA ADULTO	88	0,92
NEUROCIRUGIA	88	0,92
DERMATOLOGIA INFANTIL	84	0,88
ALTO RIESGO OBSTETRICO	77	0,81
CIRUGIA VASCULAR PERIFERICA	73	0,77
ENF. TRANSMISION SEXUAL	72	0,76
CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA MAXILOFACIAL	69	0,72
NEUROLOGIA INFANTIL	67	0,70
GINECOLOGIA ADULTO	65	0,68
TRAUMATOLOGIA INFANTIL ORTOPEDIA	56	0,59
MEDICINA INTERNA	48	0,50
CIRUGIA ADULTO	41	0,43
NEFROLOGIA ADULTO	38	0,40
CARDIOLOGIA	37	0,39
GASTROENTEROLOGIA	35	0,37
PSIQUIATRIA ADULTO	26	0,27
CIRUGIA PROCTOLOGICA	21	0,22
BRONCOPULMONAR ADULTO	19	0,20
CARDIOLOGIA INFANTIL	19	0,20

ENDOCRINOLOGIA INFANTIL	19	0,20
TRAUMATOLOGIA INFANTIL Y ORTOPEDIA	19	0,20
UROLOGIA INFANTIL	18	0,19
PEDIATRIA	15	0,16
PSIQUIATRIA	15	0,16
ENF. TRASMICION SEXUAL	14	0,15
UNIDAD PATOLOGIA MAMARIA	14	0,15
NEFROLOGIA	12	0,13
UROLOGIA	12	0,13
ENDOCRINOLOGIA	11	0,12
PSIQUIATRIA INFANTIL	10	0,11
NEFROLOGIA INFANTIL	9	0,09
BRONCOPULMONAR INFANTIL	8	0,08
DERMATOLOGIA INFANTIL	8	0,08
GASTROENTEROLOGIA INFANTIL	7	0,07
HEMATOLOGIA	7	0,07
UNIDAD PATOLOGIA CERVICAL	7	0,07
CIRUGIA PLASTICA ADULTO	6	0,06
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION	6	0,06
CIRUGIA DE PARTES BLANDAS	5	0,05
HEMATOLOGIA ADULTO	4	0,04
CIRUGIA PLASTICA	3	0,03
GINECOLOGIA	3	0,03
GINECOLOGIA INFANTIL	3	0,03
CIRUGIA VASCULAR PERISFERICA	2	0,02
DIABETES	2	0,02
INFECTOLOGIA ADULTO	2	0,02
MED. FISICA Y REHABILITACION	2	0,02
OFTALMOLOGIA ADULTO	2	0,02
REUMATOLOGÍA	2	0,02
TRAUMATOLOGIA INFANTIL	2	0,02
DERMATOLOGÍA	1	0,01
DERMATOLOGIA INFANTIL	1	0,01
INFECTOLOGIA	1	0,01
INFECTOLOGIA INFANTIL	1	0,01
REUMATOLOGIA ADULTO	1	0,01
TOTAL	9518	100

Respecto a pacientes atendidos, en el período comprendido entre septiembre de 2015 y agosto de 2016, se aprecia una leve disminución de casos, sin embargo, al analizar las causales de salida, la proporción de casos cuyo caso se resolvió por atención de especialista aumentó en relación a las salidas administrativas.

Causal de Salida	Sept. 2014 - Agosto 2015		Sept. 2015 - Agosto 2016	
	n abs.	%	n abs.	%
Atención Realizada y Resolutividad	6684	61,14	7349	73,06
Resto de causales	4249	38,86	2710	26,94
TOTAL	10933	100	10059	100

En cuanto al total de casos que salieron de LE, el detalle de las causas se muestra a continuación:

Causal de Salida	SEPT. 2014 A AGOSTO 2015	SEPT. 2015 A AGOSTO 2016	Total general	2015	2016	% Total
GES	1434	331	1765	13,10%	3,30%	8,40%
Atención realizada	5105	4270	9375	46,70%	42,40%	44,70%
SIC duplicada	197	9	206	1,80%	0,10%	1,00%
Contacto no corresponde	388	1320	1708	3,50%	13,10%	8,10%
Traslado coordinado	5	2	7	0,00%	0,00%	0,00%
No pertinencia	45	54	99	0,40%	0,50%	0,50%
Error digitación	24	2	26	0,20%	0,00%	0,10%
Atención Resolutividad	1579	3079	4658	14,40%	30,60%	22,20%
Atención Tele dermatología	0	2	2	0,00%	0,00%	0,00%
Modificación de la condición clínica – diagnóstica del caso.	22	74	96	0,20%	0,70%	0,50%
Atención extrasistema	158	101	259	1,40%	1,00%	1,20%
Cambio asegurador	135	42	177	1,20%	0,40%	0,80%
Renuncia o rechazo voluntario	1280	328	1608	11,70%	3,30%	7,70%
Recuperación espontánea	21	8	29	0,20%	0,10%	0,10%
Inasistencias	327	260	587	3,00%	2,60%	2,80%
Fallecimiento	213	177	390	1,90%	1,80%	1,90%
Total general	10933	10059	20992	100,0%	100,0%	100,0%

Al desagregarlo a este nivel, se aprecia que el aumento de casos atendidos entre los períodos se debe principalmente al aumento de atenciones por el Programa Resolutividad.

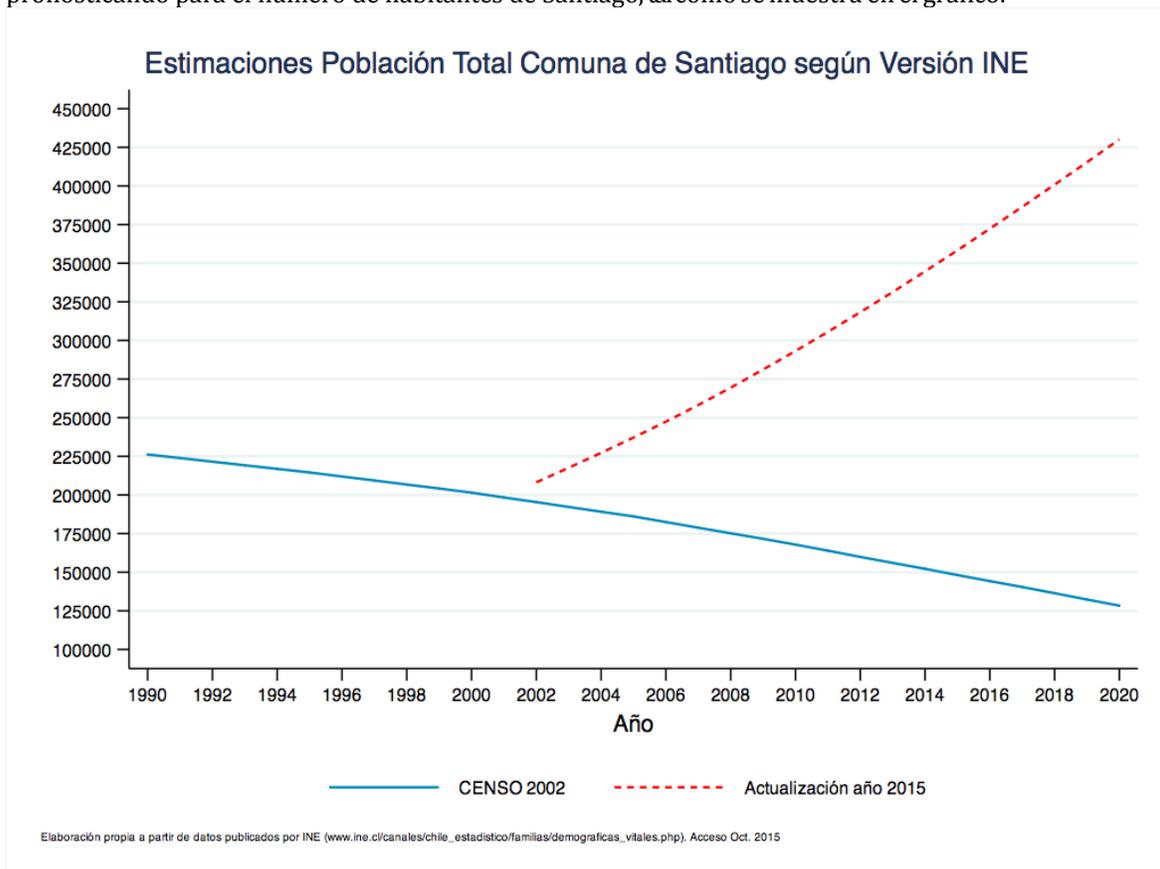
2. Factores Condicionantes de la Salud

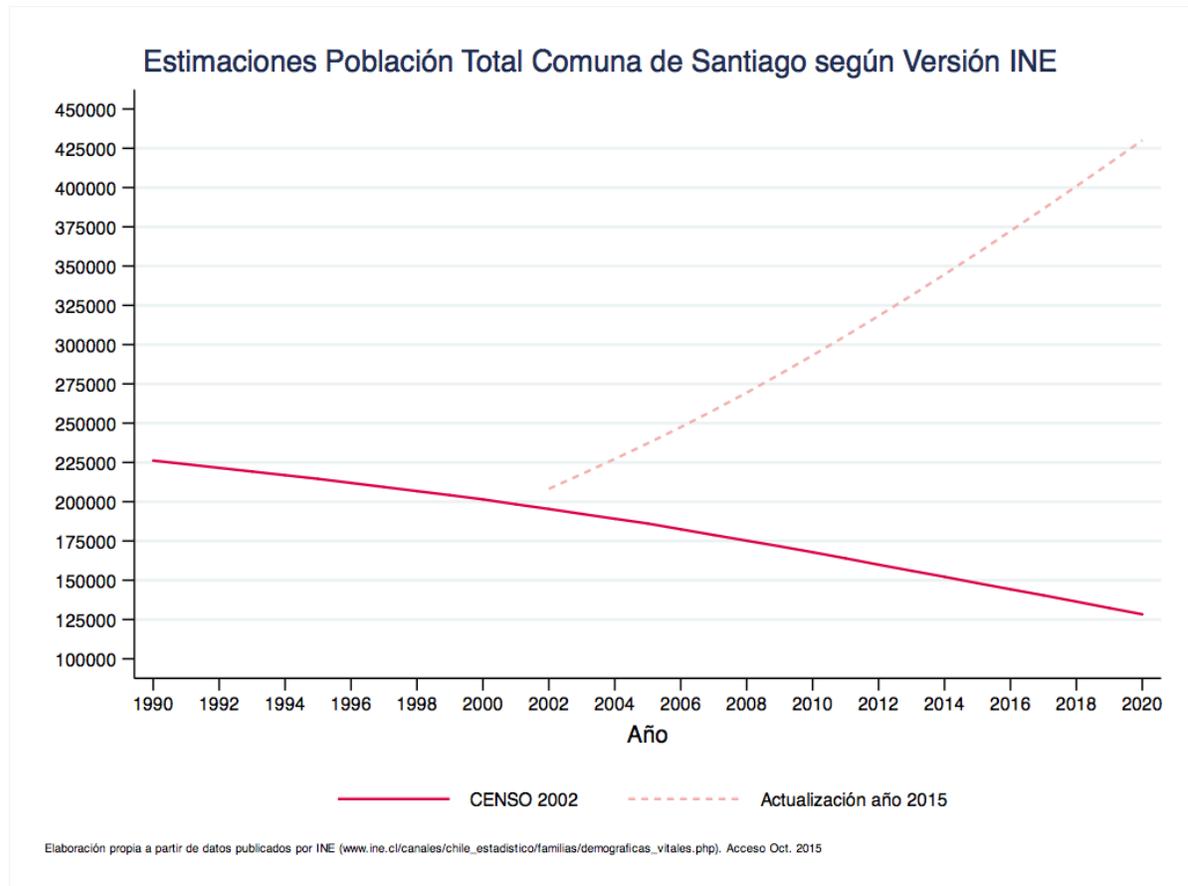
1. Población

1. Estructura y Dinámica Poblacional

1. Volumen y composición de la Población

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





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 ⁵.

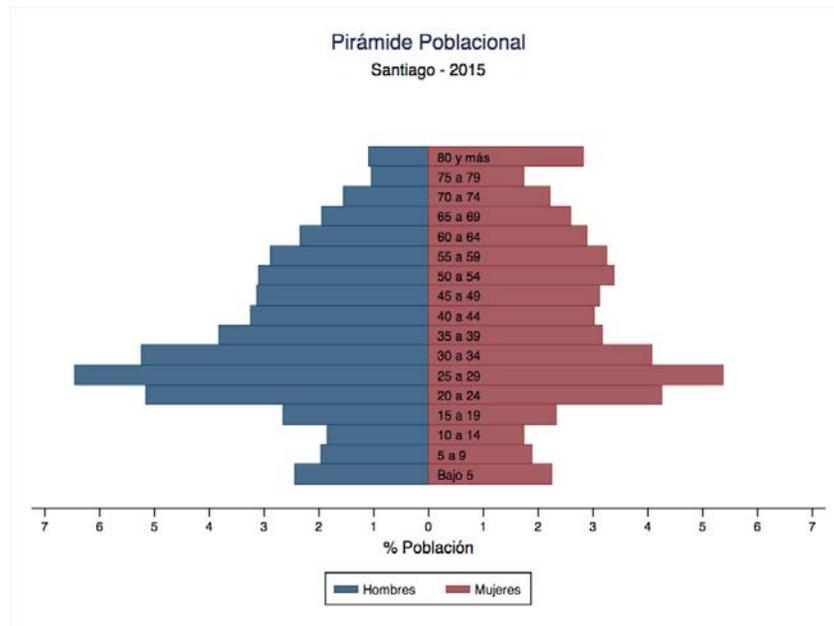
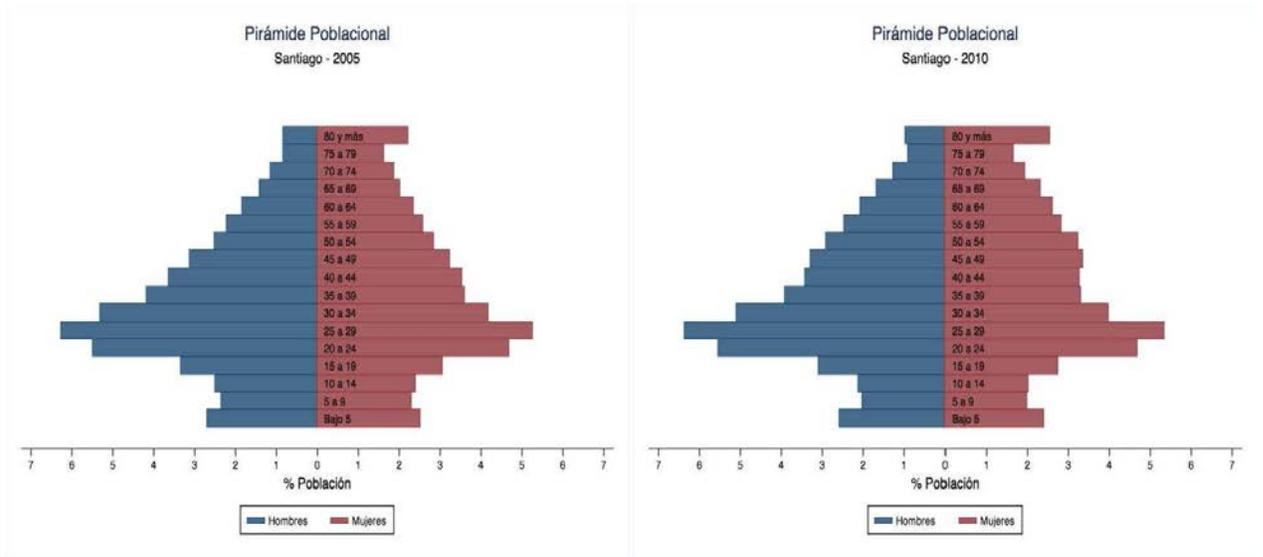
“Santiago, que perdía habitantes hasta el año 2002, viviendas y funciones hasta 1992, se transforma al año 2014 en la comuna de Chile que concentró más edificaciones entre ambos censos, y una de las que más creció en número de habitantes y visitantes... se trata de una comuna que ha experimentado en 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 departamentos⁶”

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.

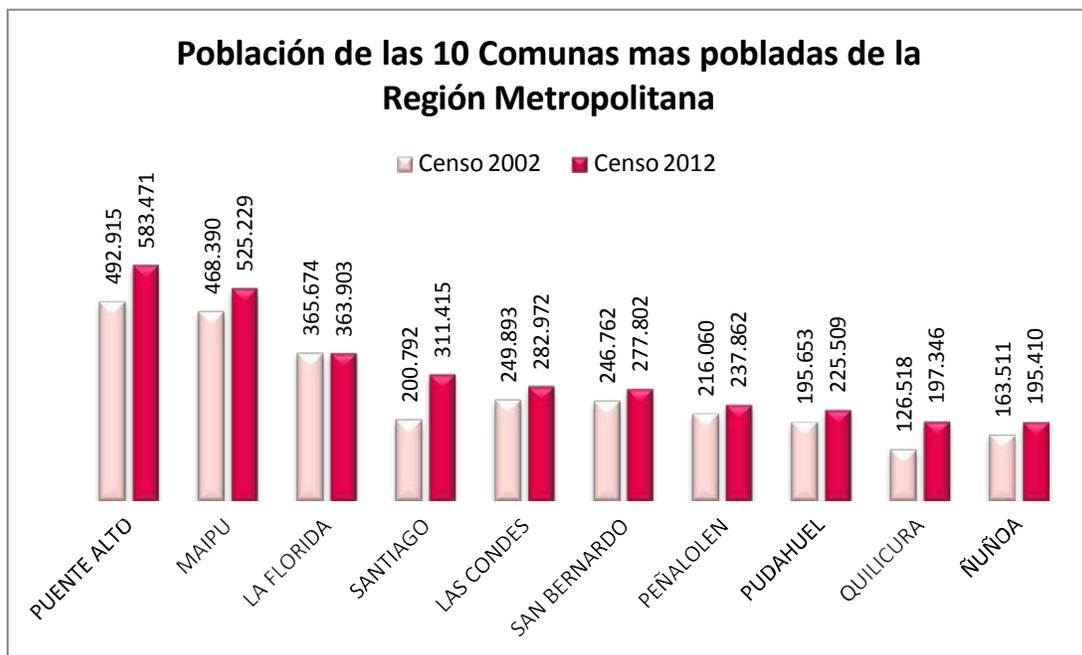
⁵ Observatorio de Ciudades. Pontificia Universidad Católica de Chile. Encuesta de Diagnóstico Comunal 2014. Comuna de Santiago

⁶ Ilustre Municipalidad de Santiago. Santiago, Lugar de Encuentro. Transformaciones y Propuestas. CORTAL. Santiago. Abril 2015; p20,60.

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.



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 unas 110.623 personas.

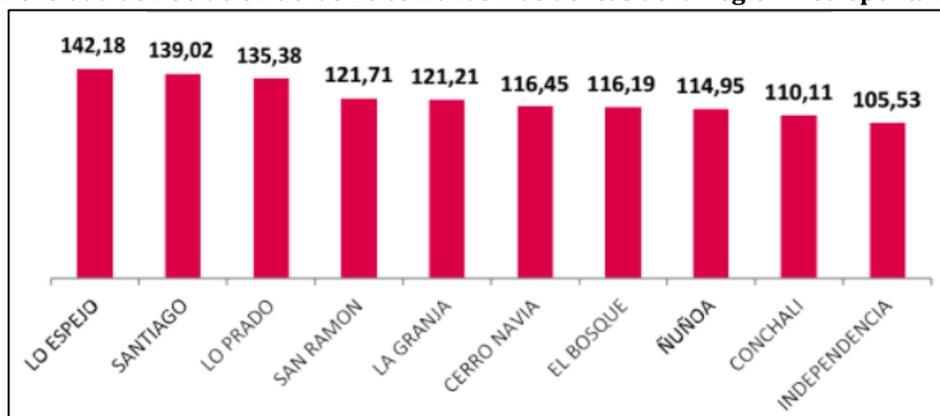


Con base en esta población, la densidad demográfica estimada comunal es de 139 habitantes por hectárea, siendo superada en la Región Metropolitana sólo por la comuna de Lo Espejo.

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.

Densidad de Población de las 10 comunas más densas de la Región Metropolitana



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.

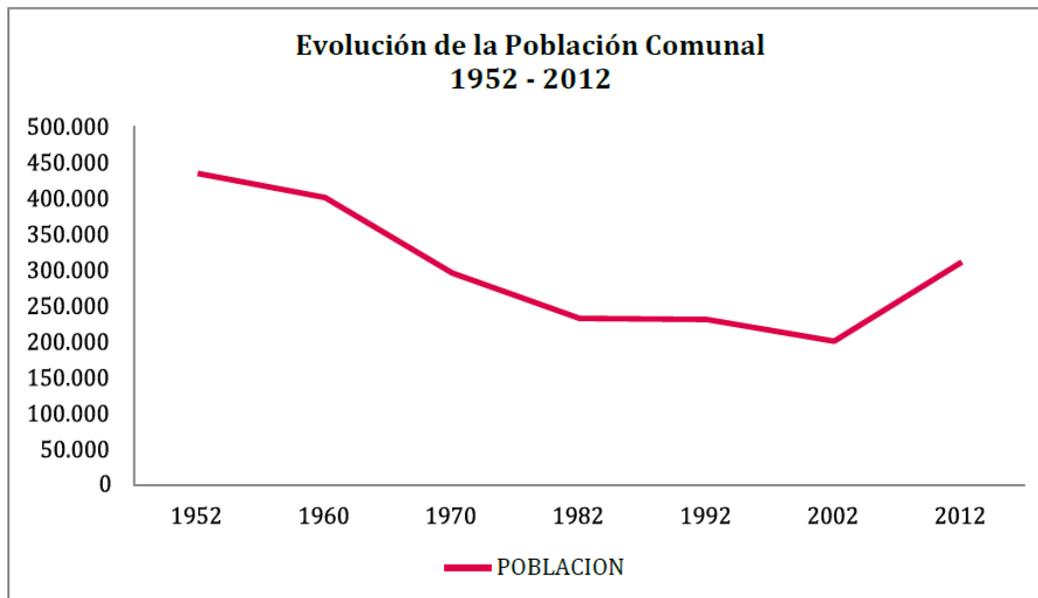
Grupo de	Total	Hombres	Mujeres
0 a 4 años	16.988	8.581	8.407
5 a 9 años	12.228	6.251	5.977
10 a 14 años	11.827	6.116	5.711
15 a 19 años	16.326	8.305	8.021
20 a 24 años	35.463	18.911	16.552
25 a 29 años	47.381	25.460	21.921
30 a 34 años	40.487	22.321	18.166
35 a 39 años	28.413	15.540	12.873
40 a 44 años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

Fuente: Censo 2012 (INE).

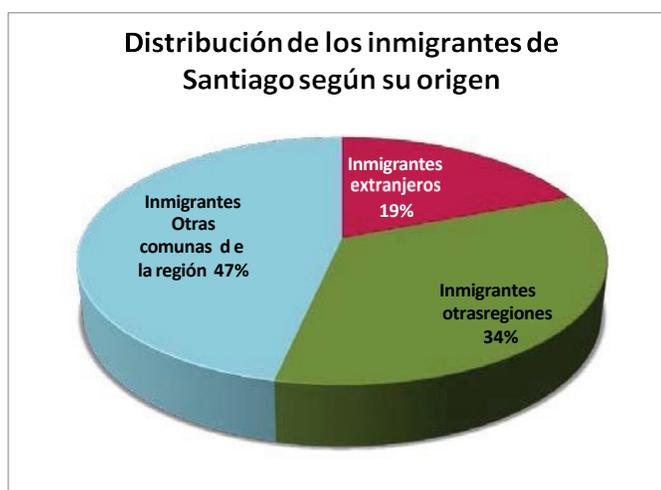
2. Evolución demográfica y migración

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 de un profundo proceso de repoblamiento comunal, debido por una parte a la movilización de familias jóvenes y de estudiantes de nivel superior hacia la comuna, como por otro lado a la inmigración extranjera que se ha dado no sólo en Santiago, sino también en otras regiones del país.



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 20.823 personas inscritas en nuestro sistema de ficha electrónica que cuentan con registro de nacionalidad extranjera. Esto corresponde al 16,9% de la población inscrita em dicho sistema. Sin embargo, esta cifra debe ser observada con cautela, principalmente a que aún persisten deficiencias en el registro de este dato en la inscripción. Esta situación debiera corregirse paulatinamente, dado que ha logrado establecerse la nacionalidad como un campo obligatorio en la inscripción.

La nacionalidad con mayor proporción es la peruana, con un 69,6%, seguido de la colombiana y venezolana con 11,2% y 5% respectivamente.

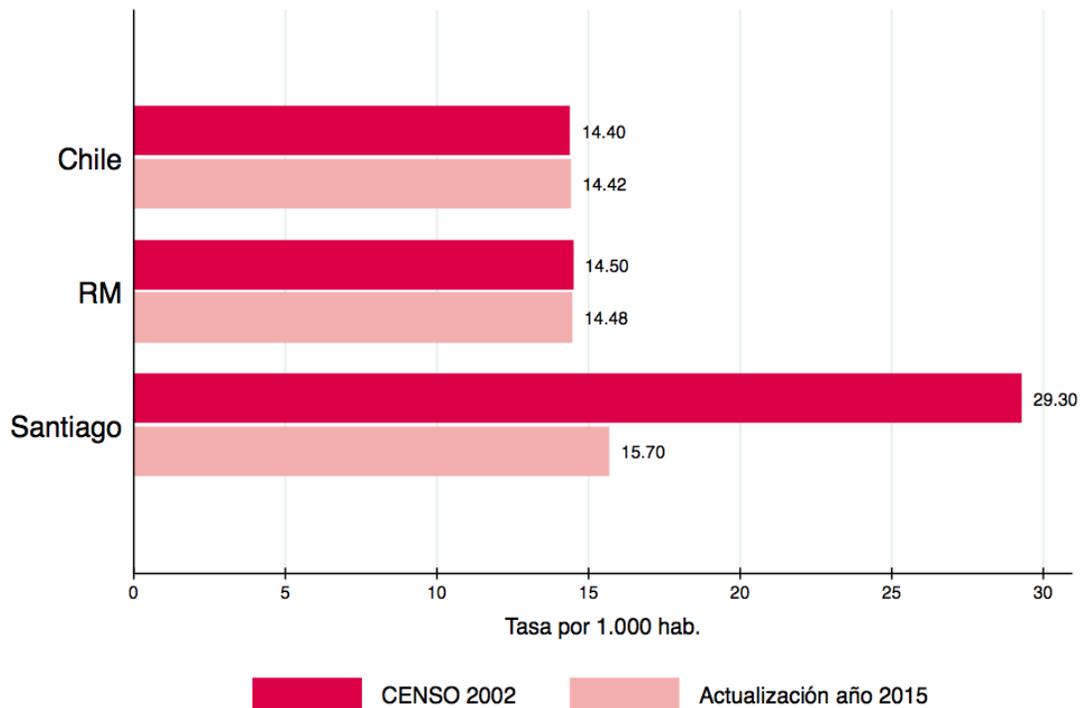
Lo anterior, representa un cambio respecto al año anterior, dado que los 3 países con mayor proporción de inmigrantes eran Perú, que se mantiene en ese lugar pero con menor representatividad (88,5% en 2015), seguido de Ecuador (3,5% en 2016 vs 3,3% en 2015) y Argentina (1,8% en 2016 vs 2,5% en 2015).

3. Natalidad

La tasa de natalidad de la Comuna de Santiago varía prácticamente un 50% según la estimación de población que utilizamos. 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. Actualmente, no se cuenta con 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



Elaboración propia a partir de datos publicados por INE (www.ine.cl/canales/chile_estadistico/familias/demograficas_vitales.php) y DEIS (www.deis.cl/?page_id=3295). Acceso Oct. 2015

4. 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.



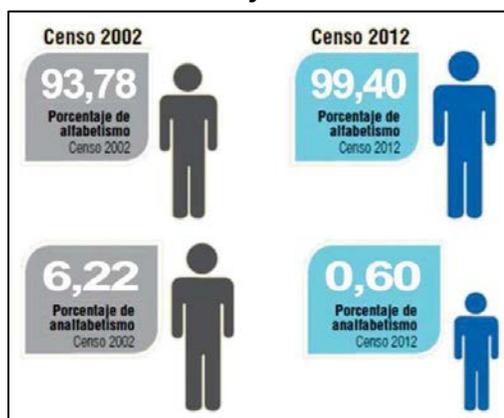
2. Medio Socio-Cultural

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

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

1. Educación

1. Alfabetismo y nivel de instrucción de la población



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

Fuente: Censo 2012 (INE).

2. Situación socioeconómica de la población

1. Pobreza

Santiago es una de las 5 comunas con menor índice de pobreza de la región (5,7%) ([ver figura 7](#)). Sin embargo, al observar datos de la Ficha de Protección Social (FPS), la mayor proporción de los hogares (63%) se encuentra en los 2 primeros, que son los que representan mayor vulnerabilidad.

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. Previsión

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

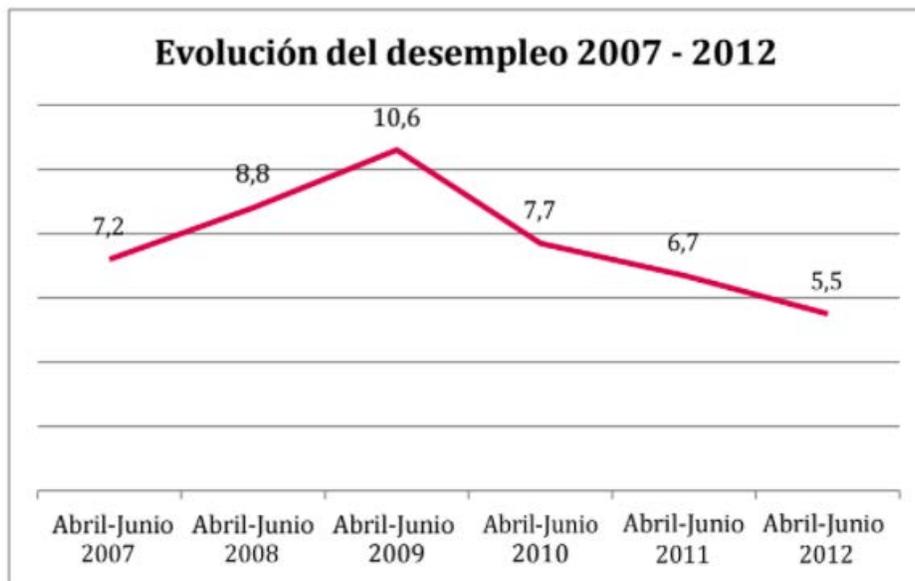
Comuna	Fonasa	Isapre	Ninguno (particular)	FF.AA. y del orden	Otro sistema	Total
Santiago	53,5	35,9	7,9	2,3	0,4	100,0
Región Metropolitana	73,1	21,2	2,8	1,9	0,9	100,0

Fuente: CASEN 2013 (Ministerio de Desarrollo Social)

3. Situación laboral

1. Desempleo

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



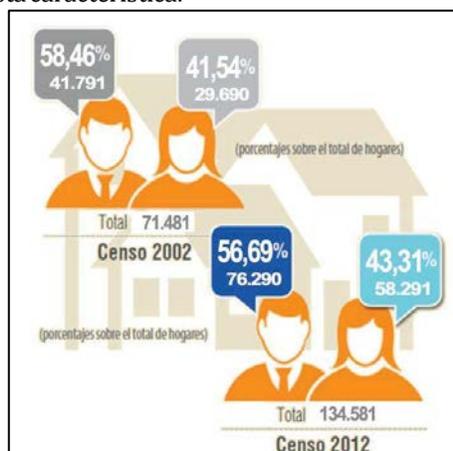
Fuente: Censo 2012 (INE).

4. Familia y Hogares

1. Estructura de los hogares de la comuna

1. Jefes/as de hogar

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

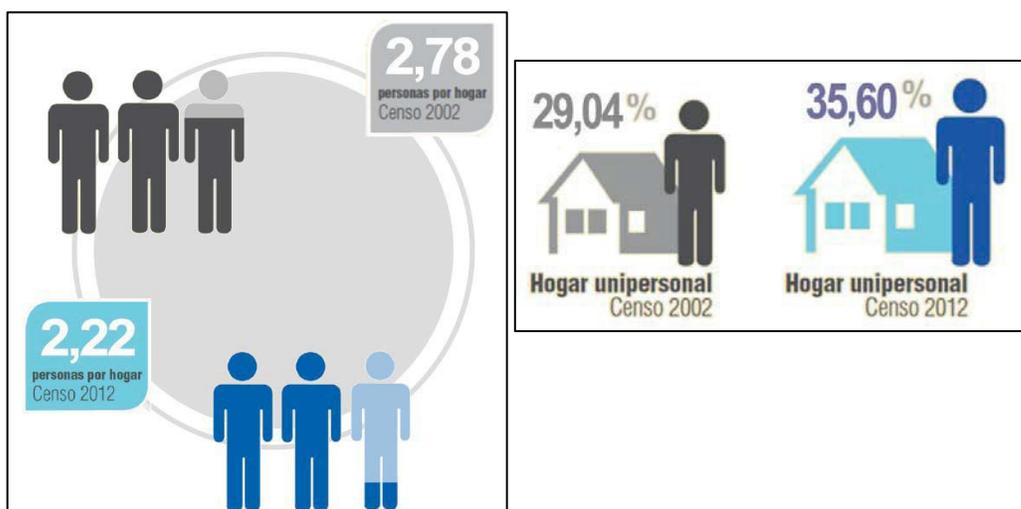


2. Composición de los hogares

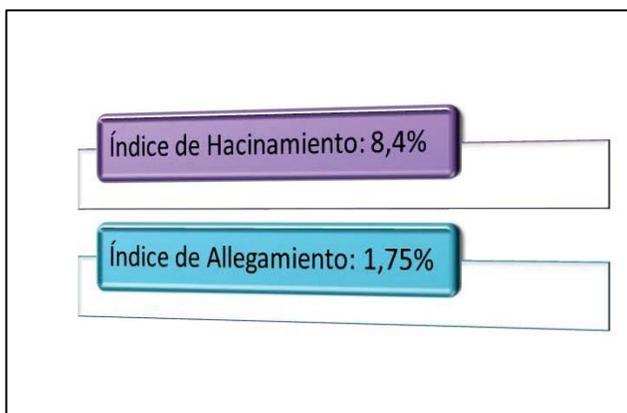
Respecto a su composición, el número de personas que viven en los hogares de la comuna disminuyó a 2,22 en el período 2002-2012, uno de los más bajos de la Región Metropolitana. Ello es concordante con el incremento de los hogares unipersonales, (compuestos por una sola persona), la mayoría de ellos 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%	47.914
Otros	86.667	64,40%	250.745
Total	134.581	100%	48.165

Fuente: Censo 2012 (INE).



3. Hacinamiento y allegamiento



De acuerdo a CASEN 2011, Santiago presenta un porcentaje de hacinamiento (aglomeración de personas en una misma vivienda que se considera excesivo) que alcanza un 8,7%. Según el Censo 2012 esta proporción es similar, pero disminuye a 8,4%. Esta situación se asocia en forma mayoritaria a las viviendas de tipología de conventillo. Por otra parte, el índice de allegamiento (más de un hogar en una misma vivienda) ha disminuido en la comuna llegando a un 1,75% según los resultados del censo 2012. Se presume que estos índices se asocian a inmigrantes, principalmente extranjeros y/o de bajos recursos.

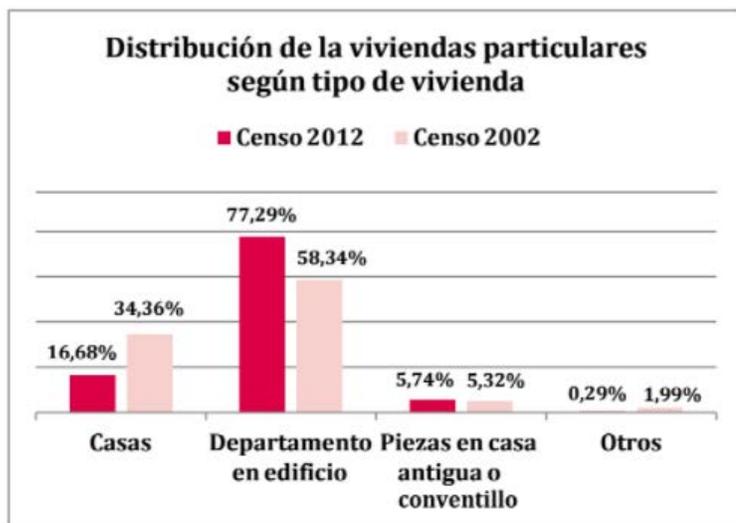
5. Vivienda y habitabilidad urbana de la comuna

En este ámbito, Santiago se presenta como una comuna urbana, con predominancia de construcciones en altura y que en relación a sus servicios básicos, tales como agua potable, alcantarillado y electricidad, estos presentan una cobertura total en el territorio comunal, salvo pequeñas excepciones que no superan el 0,01%.

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

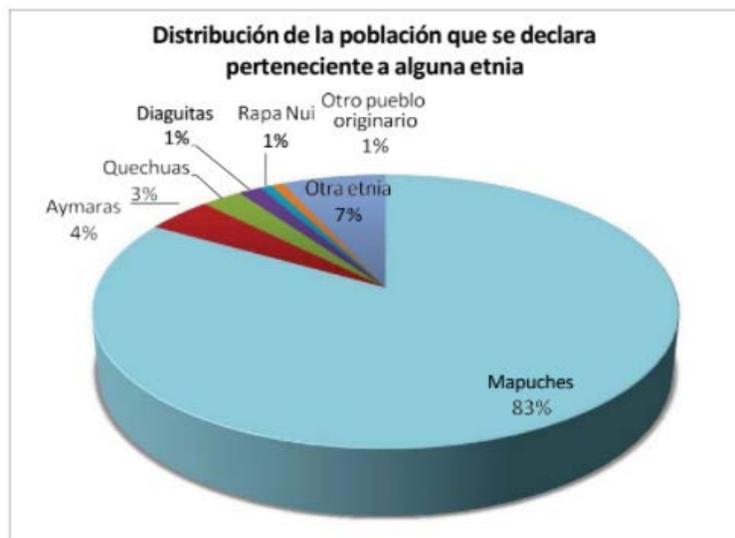
1. Tipología de las viviendas

Santiago destaca como una comuna con alta construcción en altura, demostrándose esto en que un 77,29% de las viviendas son departamentos en edificio. Junto a ello, es importante resaltar que de acuerdo al Censo 2012, un 5,74% de las viviendas fue categorizada como piezas en casa antigua o conventillo, lo que significó un aumento en 4588 viviendas de este tipo ([ver figura 8](#)).



6. Etnias

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



7. 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)

8. 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

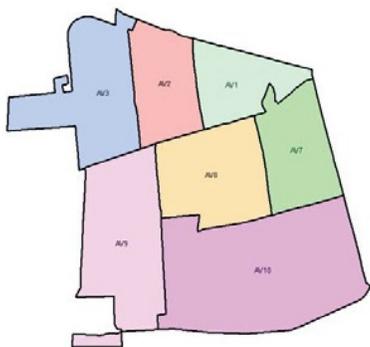
Fuente: CASEN 2013 (Ministerio de Desarrollo Social)

3. Medio Natural

Santiago es una comuna emplazada de forma centralizada en la Región Metropolitana. Es atravesada por el río Mapocho, el cual, si bien puede constituir una oportunidad de desarrollo turístico y un escenario de intervenciones relacionadas con la promoción de conductas saludables, también puede presentarse como una amenaza para la comuna si llegara a desbordarse, como ha ocurrido en el pasado. Debido su condición de comuna capital y a su ubicación, en Santiago están presentes actividades laborales, económicas y gubernamentales y se emplazan instituciones académicas y espacios de interés turístico. Por esta razón concentra una red vial (ver figura 9) y de transporte robusta, pero que se ve sometida a carga importante diaria de usuarios, lo que contribuye a la generación de condiciones favorecedoras para contaminación ambiental (del aire, acústica, etc).

El año 2015, este capítulo también recibió actualización descriptiva de la comuna, por lo que en el siguiente capítulo se reitera lo siguiente:

1. Organización territorial

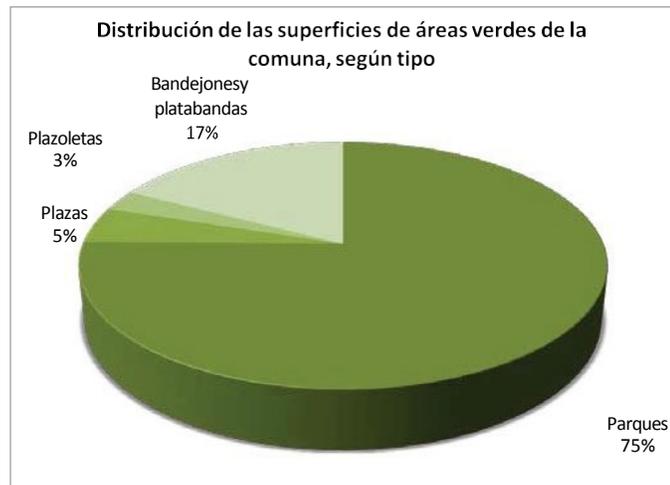


El territorio comunal está conformado por 51 unidades vecinales, las que administrativamente se agrupan en siete agrupaciones vecinales numeradas de la siguiente manera: agrupaciones vecinales 1, 2, 3, 7, 8, 9 y 10.

2. Áreas verdes

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

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



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

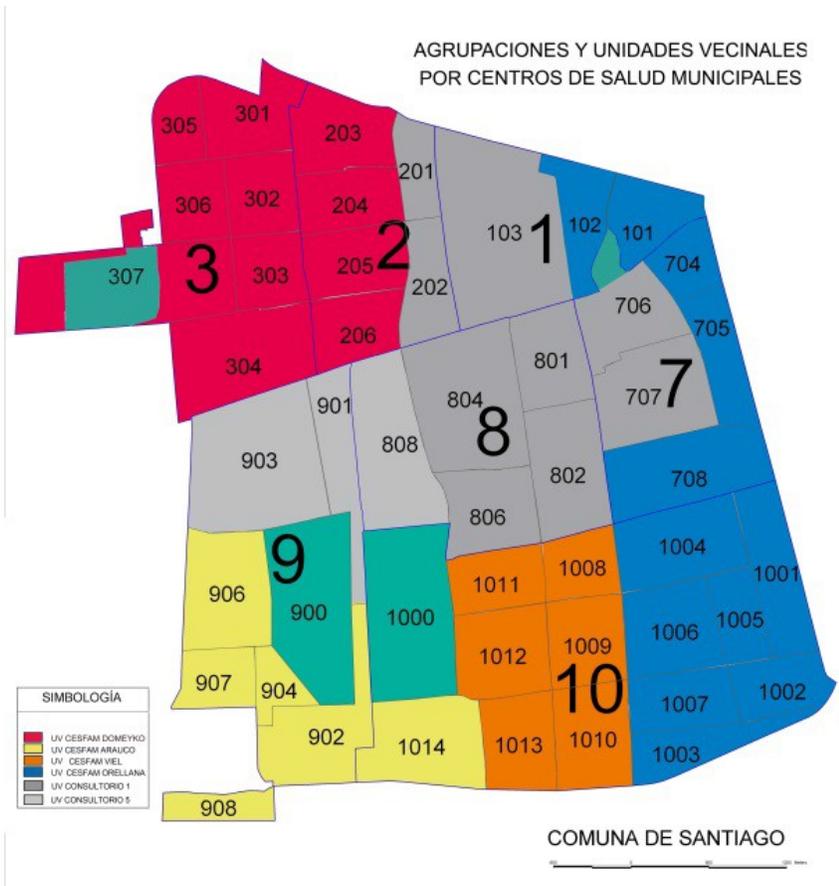
1. Estructura de la Red del Servicio de Salud Metropolitano Central

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	Centro de Salud Familiar N° 1 (Ramón Corvalán Melgarejo)
	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 Carol Urzúa	
	Estación Médica de Barrio Concha y Toro	Centro de Salud Familiar N° 5
	Estación Médica de Barrio Coquimbo	
	Estación Médica de Barrio Dávila Larraín	
	Estación Médica de Barrio Gacitúa	
	Estación Médica de Barrio Nicola D'Onofrio	Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) N° 1
	Estación Médica de Barrio Parque Forestal	
	Estación Médica de Barrio Rojas Jiménez	
	Estación Médica de Barrio San Emilio	
	Estación Médica de Barrio Sargento Aldea	
Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) Ignacio Domeyko		
Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (UAPO)		
SECUNDARIO	Centro Comunitario de Salud Mental y Familiar (COSAM)	Centro de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) San Borja
		Centro de Referencia de Salud de Maipú (CRS)
		Hospital de Urgencia Asistencia Pública, HUAP
		Hospital Clínico San Borja Arriarán, HCSBA
		Hospital El Carmen de Maipú

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:



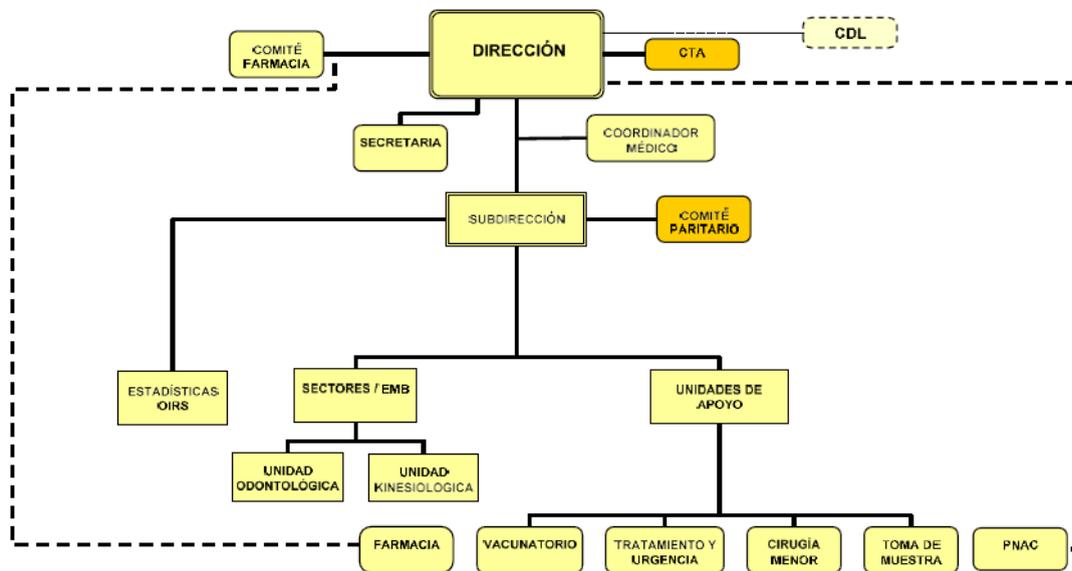
La red de Salud Municipal de Santiago se estructura actualmente en 4 polos de atención: El Polo Domeyko, Viel, Arauco (ex San Vicente) y Orellana. Cada polo está constituido a su vez por 1 establecimiento de salud, ya sea un CES o CESFAM y por un grupo de estaciones médicas de barrio (EMB). La siguiente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

POLO	CENTRO DE SALUD	DIRECCIÓN	VALIDADOS FONASA 2015	ENCARGADO(A) DEL CENTRO	DIRECTORA DEL POLO	PROPIEDAD
DOMEYKO	CESFAM Ignacio Domeyko	Cueto 543	38.503	Dra Sandra León	Dra. Sandra León	Municipal
	EMBBalmaceda	Herrera 1231	5.931	EU Adriana Robles		Arrendada
	EMBNicola D'Onofrio	RicardoCumming1275	4.526	MAT Jessica Arqueros		Arrendada
	EMB Concha y Toro	Santa Mónica 2229	4.533	PS Karla Méndez		Arrendada
PADRE ORELLANA	CESFAM Padre Orellana	Padre Orellana 1708	8.037	EU Alejandra Márquez	EU Alejandra Márquez	Municipal
	EMB Parque Forestal	José Ramón Gutiérrez 80	2.896	EU Marcela Labra		Arrendada
	EMB Dávila Larraín	General Gana 334	3.467	EU Angelina Leyva		Arrendada
	EMB Gacitúa	Artemio Gutiérrez 1354	3.367	MAT Carolina Mundaca		Arrendada
	EMB Coquimbo	Madrid 789	3.059	Dra Bárbara Alonso		Arrendada
	EMB Rojas Jiménez	Rojas Jiménez 21	2.912	MAT Ingrid González		Arrendada
	BENJAMIN VIEL	CESFAM Benjamín Viel	San Ignacio 1217	7.603	EU Scarlet Cassus	EU Scarlet Cassus
EMB Sargento Aldea		Sargento Aldea 1470	4.771	AS Mariela Díaz		Arrendada
EMB San Emilio		San Emilio 2106	1.609	EU Tamara Navarrete		Arrendada
EMB Carol Urzúa		Santa Rosa 1727	3.740	MAT Alejandra Guzmán		Municipal
ARAUCO	CESFAM Arauco	Av. Mirador 1599	15.732	MAT Andrea Caro	MAT Andrea Caro	Municipal

Durante este año, la EMB Brasil perteneciente al polo Domeyko, debió ser cerrada debido a problemas de infraestructura que hacían imposible que continuara prestando sus servicios de forma adecuada. Ante ello, el equipo de cabecera de la Estación Médica fue incorporado al CESFAM Domeyko, desde donde realiza las prestaciones a su población asignada.

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

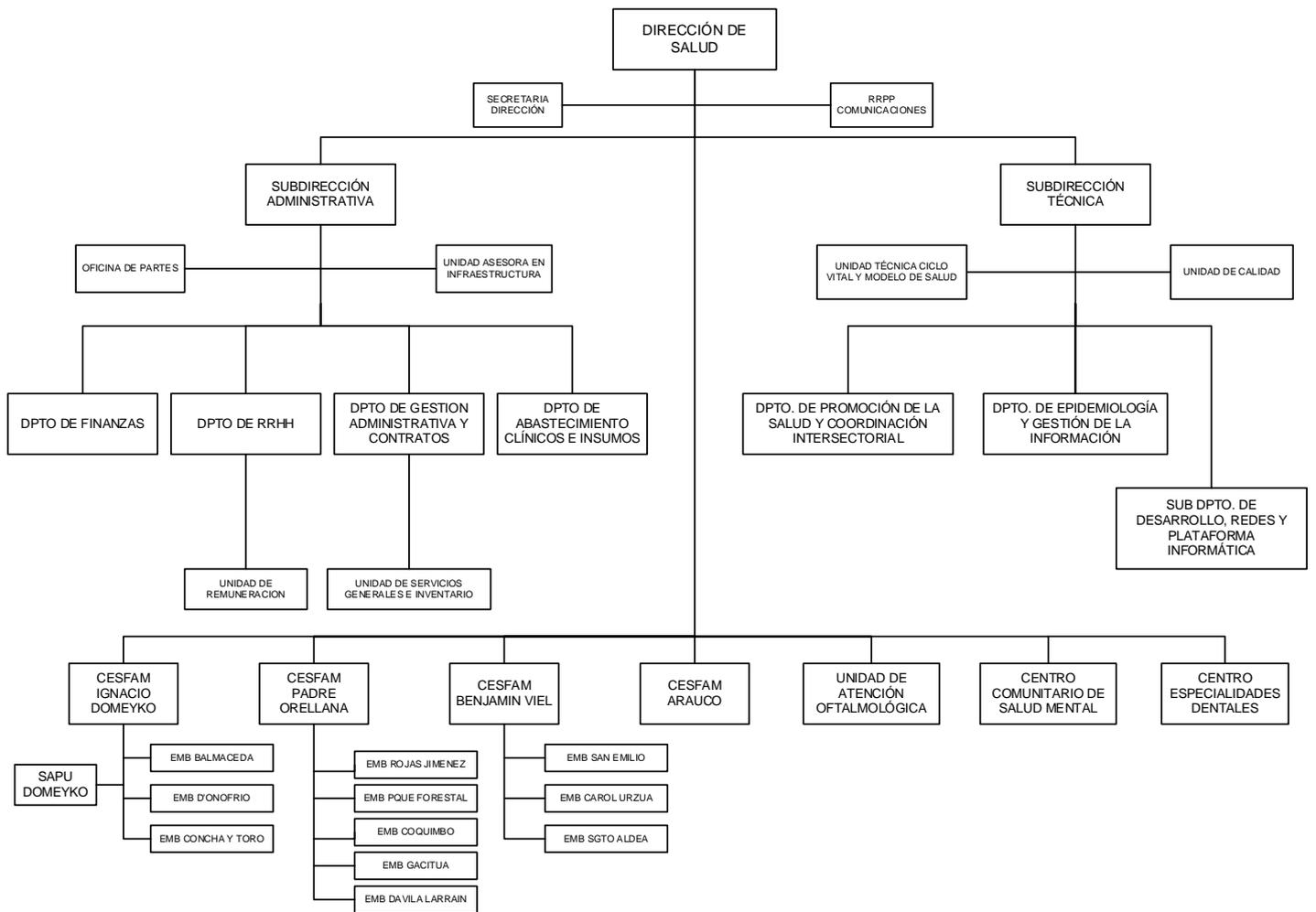
La estructura organizacional de nuestros centros, se basa en el Modelo de Salud Familiar, con la conformación de equipos de cabecera para una población territorial determinada, de acuerdo al siguiente organigrama:



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 de la Red. Este 2016, se hizo una reestructuración con el fin de optimizar ciertos procesos internos. En ese sentido, destaca en el área técnica la creación del Departamento de Promoción de la Salud y Coordinación Intersectorial y la agrupación de referentes técnicos en una unidad técnica de Ciclo Vital y Modelo de Salud. Asimismo, la sección de Informática se independiza del Depto de Epidemiología y Gestión de la Información, pasando a ser la Subunidad de Desarrollo, Mantención de Redes y Plataforma Informática.

En el área administrativa, se recalca la separación de funciones entre los procesos de gestión administrativa de servicios para la red de salud y los de compra de materiales clínicos, por lo que se crean 2 departamentos para dar desarrollo a esta idea: el Departamento de Gestión Administrativa y Contratos y el Departamento de Abastecimiento Clínico e Insumos. A continuación se muestra en la figura lo descrito junto a otros cambios menores.

Cabe señalar que el siguiente organigrama está en proceso de regularización por parte de la Administración Municipal, ya que requiere la modificación del Reglamento 476



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
CESFAM	Ignacio Domeyko	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√
EMB	Balmaceda	√	√	X	√	√	√	√	X	X	X	X	X	X	√
EMB	Nicola D'Onofrio	√	√	X	√	√	√	√	X	X	X	X	X	X	√
EMB	Concha y Toro	√	√	X	√	√	√	√	X	X	X	X	X	X	√
CESFAM	Padre Orellana	√	√	√	√	√	√	√	√	√			√	√	√
EMB	Parque Forestal	√	√	X	√	√	√	√	X	X	X	X	X	X	√
EMB	Dávila Larraín	√	√	X	√	√	√	√	X	X	X	X	X	X	√
EMB	Gacitúa	√	√	X	√	√	√	√	X	X	X	X	X	X	√
EMB	Coquimbo	√	√	X	√	√	√	√	X	X	X	X	X	X	√
EMB	Rojas Jiménez	√	√	X	√	√	√	√	X	X	X	X	X	X	√
CESFAM	Benjamín Viel	√	√	√	√	√	√	√	√	√	X	X	X	√	√
EMB	Sargento Aldea	√	√	X	√	√	√	√	X	X	X	X	X	X	X
EMB	San Emilio	√	√	X	√	X	√	√	X	X	X	X	X	X	√
EMB	Carol Urzúa	√	√	X	√	√	√	√	X	X	X	X	X	X	√
CESFAM	Arauco	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√

En el caso de las Estaciones Médicas de Barrio, no se entregan todas las prestaciones pues corresponde a establecimientos pequeños cuyo centro de referencia es el Consultorio o CESFAM del Polo al que pertenecen. Por otra parte, en los Consultorios CES Padre Orellana y CES Benjamín Viel, no se entregan todas las prestaciones debido principalmente a falta de espacio físico. Las vacunas son entregadas en el Consultorio N° 1 perteneciente a la Red APS del Servicio de Salud Metropolitano Central y el resto de las prestaciones son otorgadas en el CESFAM Domeyko, en tanto se consolidan proyectos para la construcción de dos nuevos establecimientos en la zona sur y otro en la zona norte de la comuna.

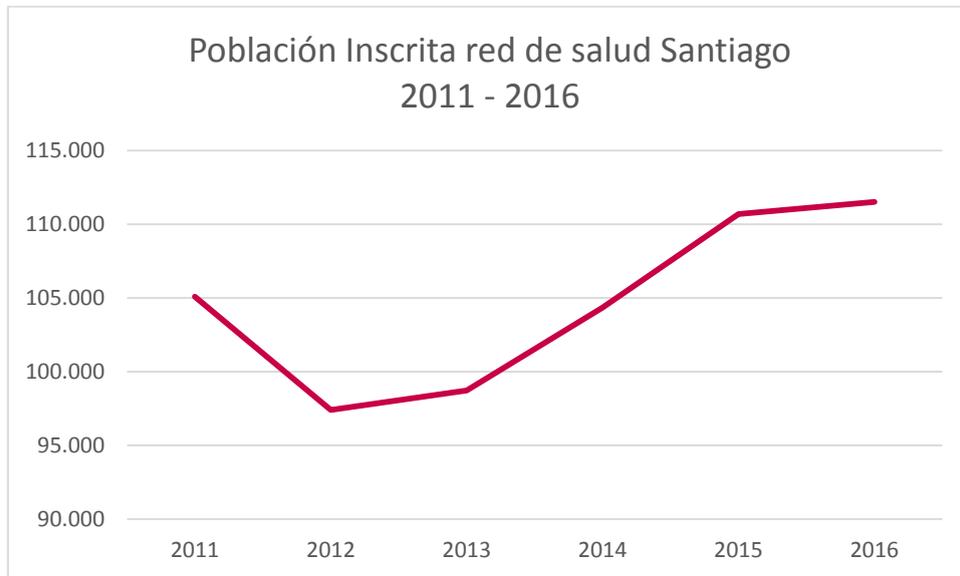
4. Población inscrita Red de Salud Municipal de Santiago

En los últimos 5 años, se observa un aumento de la población inscrita validada por FONASA. Esta tendencia sólo se ve interrumpida el año 2012 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 2011 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.

Este año, FONASA ha modificado el sistema de inscripción en los centros de atención primaria del país, instaurando un mecanismo digital basado en huelleros. Esta decisión se acompañó de un cambio en el criterio de validación de población para el pago del percápita. Debido a esto, y a partir de este año, se considerará el momento de la inscripción para contar a un usuario como parte de un centro y no el lugar de última atención que este hubiere tenido. La información de la cantidad de inscritos validados se almacena en una plataforma virtual, con actualizaciones periódicas y la

cual puede ser consultada cuando se desee El precorte al 31 de agosto de 2016 muestra un aumento de nuestra población en sólo 178 inscritos (111.508), lo que no es acorde con la tendencia que se llevaba en los últimos años, por lo que este cambio de Fonasa deberá ser analizado con mayor detalle.



Fuente: Registros Propios

5. Indicadores de Gestión APS

1. Índices de Actividad de Atención Primaria (IAAPS). Septiembre de 2016

El Índice de Actividad de la Atención Primaria son un conjunto de 16 indicadores que evalúan áreas específicas de la atención sanitaria: cobertura de acciones preventivas, oportunidad, accesibilidad y equidad de atención, actividades con enfoque multidisciplinario y de salud familiar, continuidad de la atención y cumplimiento de garantías GES.

Según se detalla en las siguientes tablas, se ve el cumplimiento de las metas a septiembre de este año y se compara con los años anteriores:

Tabla: Meta 1: Cobertura examen de medicina preventiva (EMP), en hombres de 20 a 44 años.

POLO	N° Examen medicina preventiva realizado en población masculina de 20 a 44 años	Población masculina inscrita de 20 a 44 años menos población bajo control en programa de salud cardiovascular	Cumplimiento SEPT 2016	Cumplimiento SEPT 2015	Cumplimiento SEPT 2014	Cumplimiento SEPT 2013	Meta anual 2016
ARAUCO	191	1952	9.78%	10.14%	12.5%	12.6%	17.4%
DOMEYKO	1130	7039	16.05%	10.54%	13.8%	14.2%	17.4%
ORELLANA	342	2708	12.63%	12.82%	10.8%	11.5%	17.4%
VIEL	299	2107	14.19%	11.04%	9.1%	8.9%	17.4%
TOTAL	1962	13806	14.21%	11%	12.3%	12.65%	17.4%

Tabla: Meta 2: Cobertura examen de medicina preventiva (EMP), en mujeres de 45 a 64 años.

POLO	N° Examen medicina preventiva realizado en población femenina de 45 a 64 años	Poblacion femenina inscrita de 45 a 64 años ,menos población bajo control en programa de salud cardiovascular	Cumplimiento SEPT 2016	Cumplimiento SEPT 2015	Cumplimiento SEPT 2014	Cumplimiento SEPT 2013	Meta anual 2016
ARAUCO	297	1598	18.59%	15.72%	20%	22%	26%
DOMEYKO	1295	5187	24.97%	17.89%	22.8%	23.9%	26%
ORELLANA	342565	2438	23.17%	21.50%	19.5%	24.5%	26%
VIEL	410	1894	21.64%	17.48%	16.7%	20.1%	26%
TOTAL	2567	11117	23.07%	18.32%	20%	23%	26%

Tabla: Meta 3: Cobertura evaluación funcional del adulto de 65 años y más.

POLO	N° de adultos de 65 y más años ,con examen de funcionalidad vigente	N° de adultos de 65 y más años inscritos	Cumplimien to SEPT 2016	Cumplimien to SEPT 2015	Cumplimien to SEPT 2014	Cumplimien to SEPT 2013	Meta anual 2016
ARAUCO	1053	2773	37.97%	34.70%	38.6%	36.72%	54.0%
DOMEYKO	3656	7594	48.14%	43.02%	46.05%	41.01%	54.0%
ORELLANA	2259	5405	41.79%	39.77%	41.4%	45.61%	54.0%
VIEL	1271	3663	34.70%	37.03%	44.1%	32.19%	54.0%
TOTAL	8239	19435	42.39%	39.84%	43.5%	39.74%	54.0%

Tabla: Meta 4: Ingreso a control embarazo antes de las 14 semanas.

POLO	N° de mujeres embarazadas ingresadas antes delas 14 semanas a control	Total de mujeres embarazadas ingresadas a control	Cumplimiento SEPT 2016	Cumplimiento SEPT 2015	Cumplimiento SEPT 2014	Cumplimiento SEPT 2013	Meta anual 2016
ARAUCO	110	133	82.71%	84.1%	86.0%	90.2%	83%
DOMEYKO	550	666	82.58%	83.7%	73.4%	78.6%	83%
ORELLANA	214	260	82.31%	78.1%	79.7%	83.2%	83%
VIEL	185	230	80.43%	84.5%	90.6%	88.8%	83%
TOTAL	1059	1289	82.16%	82.7%	77.6%	82.06%	83%

Tabla: Meta 5: Cobertura altas odontológicas totales en población menor de 20 años.

POLO	N° de altas totales odontológicas en población menor de 20 años	Población total menor de 20 años	Cumplimien to SEPT 2016	Cumplimien to SEPT 2015	Cumplimien to SEPT 2014	Cumplimien to SEPT 2013	Meta anual 2016
ARAUCO	1016	4295	23.6%	27.9%	35.6%	25.6%	27.0%
DOMEYKO	2728	15464	17.6%	19.2%	18.0%	16.5%	27.0%
ORELLANA	1211	5421	22.3%	17.7%	23.5%	16.2%	27.0%
VIEL	931	4236	21.9%	29.0%	29.0%	20.6%	27.0%
TOTAL	5886	29416	20.0%	21.4%	23%	18.2%	27.0%

Tabla: Meta 6: Gestión de reclamos respondidos con solución dentro de 20 días hábiles.

POLO	Nº total de reclamos respondidos con solución dentro de los plazos legales establecidos (20 días hábiles)	Nº Total de reclamos	Cumplimiento SEPT 2016	Cumplimiento SEPT 2015	Cumplimiento SEPT 2014	Cumplimiento SEPT 2013	Meta anual 2016
ARAUCO	46	47	97.87%	96.67%	100%	100%	100%
DOMEYKO	178	178	100%	100%	100%	100%	100%
ORELLANA	42	42	100%	100%	100%	100%	100%
VIEL	18	18	100%	100%	100%	100%	100%
TOTAL	284	285	99.65%	99.43	100%	100%	100%

Tabla: Meta 7: Cobertura Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 años y más.

POLO	Nº de personas con diabetes mellitus 2 bajo control de 15 y más años	Nº de diabeticos esperados según prevalencia (15-64 años 10% - 65 y más 25%)	Cumplimiento SEPT 2016	Cumplimiento SEPT 2015	Cumplimiento SEPT 2014	Cumplimiento SEPT 2013	Meta anual 2016
ARAUCO	985	1654	59.55%	60.89%	57.2%	58.02%	54%
DOMEYKO	2365	5325	44.41%	46.95%	44.8%	47.10%	54%
ORELLANA	1591	2763	57.58%	59.39%	56.6%	70.93%	54%
VIEL	989	2000	49.45%	48.78%	50.6%	51.34%	54%
TOTAL	5930	11742	50.50%	52.17%	50.3%	54.44%	54%

Tabla: Meta 8: 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	Nº de Hipertensos de 15 y más, esperados según prevalencia	Cumplimiento SEPT 2016	Cumplimiento SEPT 2015	Cumplimiento SEPT 2014	Cumplimiento SEPT 2013	Meta anual 2016
ARAUCO	2238	3297	67.88%	74.23%	72.2%	71.8%	62.30%
DOMEYKO	5300	10265	51.63%	55.19%	52.8%	59.8%	62.30%
ORELLANA	3707	5695	65.09%	67.72%	68.8%	85.1%	62.30%
VIEL	2262	4060	55.72%	52.41%	59.8%	64.4%	62.30%
TOTAL	13507	23317	57.93%	60.46%	60.7%	68.04%	62.30%

Tabla: Meta 9: Cobertura de Evaluación del DSM de Niños/As de 12 A 23 Meses Bajo Control

POLO	Niños /as de 12 a 23 meses con evaluación de DSM	N° total de niños/as de 12 a 23 meses bajo control	Cumplimien to SEPT 2016	Cumplimien to SEPT 2015	Cumplimien to SEPT 2014	Cumplimien to SEPT 2013	Meta anual 2016
ARAUCO	98	151	64.90%	56.28%	64.6%	52.96%	100%
DOMEYKO	562	703	79.94%	70.72%	79.4%	84.6%	100%
ORELLANA	164	240	68.33%	70.56%	76.4%	79.67%	100%
VIEL	96	159	60.38%	62.20%	67.7%	79.59%	100%
TOTAL	920	1253	73.42%	67.52%	75.5%	78.03%	100%

Tabla: Meta 10: Tasa de visita integral.

POLO	N° de visitas integrales realizadas	N° de familias (población Inscrita / 4)	Cumplimie nto SEPT 2016	Cumplimie nto SEPT 2015	Cumplimie nto SEPT 2014	Cumplimie nto SEPT 2013	Meta anual 2016
ARAUCO	576	3933	14.65%	12%	19%	12%	22%
DOMEYKO	2367	13374	17.70%	17%	16%	17%	22%
ORELLANA	911	5936	15.35%	14%	14%	19%	22%
VIEL	772	4431	17.42%	16.5%	16%	16%	22%
TOTAL	4626	27676	16.72%	16.5%	16%	16%	22%

Tabla: Meta 11: 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%)

POLO	N° de personas con diagnóstico de Asma y Epoc Bajo control	N° de personas esperadas según prevalencia en Asma y Epoc	Cumplimiento SEPT 2016	Cumplimiento SEPT 2015	Meta anual 2016
ARAUCO	375	2084	17.99%	17.80%	15%
DOMEYKO	529	6898	7.67%	9.17%	15%
ORELLANA	432	3284	13.15%	14.53%	15%
VIEL	373	2443	15.27%	14.23%	15%
TOTAL	1709	14710	11.62%	12.41%	15%

Tabla. Meta 12: Cobertura de atención integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años

POLO	N° de personas de 5 y más con trastornos salud mental	N° de personas esperadas según prevalencia 22%	Cumplimiento SEPT 2016	Cumplimiento SEPT 2015	Meta anual 2016
ARAUCO	654	3164	20.67%	18.81%	16.5%
DOMEYKO	2055	10846	18.95%	10.37%	16.5%
ORELLANA	1354	4809	27.58%	19.62%	16.5%
VIEL	716	3696	19.37%	11.87%	16.5%
TOTAL	4779	22616	21.13%	13.79%	16.5%

Tabla: Meta 13: Cobertura de Control de Salud Integral a Adolescentes de 10 a 14 años

POLO	Control de salud integral de 10 a 14 años	Población inscrita de 10 a 14 años	Cumplimiento SEPT 2016	Meta anual 2016
ARAUCO	51	866	5.89%	10%
DOMEYKO	302	3969	7.61%	10%
ORELLANA	118	898	13.14%	10%
VIEL	77	846	9.10%	10%
TOTAL	548	6579	8.33%	10%

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 2016	Cumplimiento SEPT 2015	Cumplimiento SEPT 2014	Cumplimiento SEPT 2013	Meta anual 2016
ARAUCO	1	1	100%	100%	100%	100%	100%
DOMEYKO	1	1	100%	100%	100%	100%	100%
ORELLANA	1	1	100%	100%	100%	100%	100%
VIEL	1	1	100%	100%	100%	100%	100%
TOTAL	4	4	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla: Actividad con Garantía Explícita de Salud GES.

POLO	N° casos GES con garantía cumplida	N° de casos GES	Cumplimiento SEPT 2016	Cumplimiento SEPT 2015	Cumplimiento SEPT 2014	Cumplimiento SEPT 2013	Meta anual 2016
ARAUCO	1057	1057	100%	100%	100%	100%	100%
DOMEYKO	2848	2851	99.89%	100%	99.96%	100%	100%
ORELLANA	1277	1278	99.92%	100%	100%	100%	100%
VIEL	732	732	100%	100%	100%	100%	100%
TOTAL	5914	5918	99.93%	100%	99.98%	100%	100%

Tabla: Disponibilidad de Fármacos Trazadores

POLO	N° fármacos trazadores disponibles	N° total fármacos trazadores	Cumplimiento SEPT 2016	Cumplimiento SEPT 2015	Cumplimiento SEPT 2014	Cumplimiento SEPT 2013	Meta anual 2016
ARAUCO	1	1	100%	100%	100%	100%	100%
DOMEYKO	1	1	100%	100%	100%	100%	100%
ORELLANA	1	1	100%	100%	100%	100%	100%
VIEL	1	1	100%	100%	100%	100%	100%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Del conjunto de indicadores IAAPS los cumplimientos a la fecha de corte de septiembre dan cuenta del logro de 10 de 15 indicadores, que en comparación con igual fecha del año 2015 se observa un mayor cumplimiento.

Dentro de los indicadores destacan algunos que se logran con marcada variabilidad entre los centros, según se analiza a continuación:

Meta 3 - Cobertura de evaluación funcional del adulto mayor de 65 y más años: si bien a nivel de red se ve un cumplimiento de la meta al corte de septiembre (debería ser de 40.5%), destaca el bajo cumplimiento de los polos Arauco y Viel, sobretodo en este último considerando que dicho polo está en segundo lugar en la red en cantidad de adultos mayores inscritos. Es importante establecer estrategias más activas de pesquisa o captación de adultos mayores, así como también flujos de coordinación más óptimos entre los integrantes de los equipos de cabecera y de ellos con sus SOME para generar condiciones de mejor acceso a estas atención preventivas y con ello lograr más cobertura en este grupo etario.

Meta 5 - Cobertura altas odontológicas en población menor de 20 años: este indicador se logra según lo esperado al corte de septiembre, que es un 20%, sin embargo se resalta que el polo Domeyko esta por debajo de ese porcentaje. Es necesario revisar prácticas exitosas de otros polos, fomentar el trabajo en equipo y establecer protocolos de derivación estandarizados para aumentar la atención dental de este grupo.

Meta 7 - Cobertura de Diabetes Mellitus tipo 2 en personas de 15 y más años; y

Meta 8 - Cobertura de Hipertensión Arterial primaria o esencial en personas de 15 y más años: Estos dos indicadores tienen un comportamiento similar a nivel de red, logrando las metas esperadas al corte de septiembre. Sin embargo, es importante destacar el cumplimiento por sobre ambas metas de los polos Arauco y Orellana y por el contrario un bajo cumplimiento de Domeyko y Viel. Este patrón de cumplimiento entre los polos se repite en los años anteriores comparados en las tablas, por lo que se hace necesario intervenir identificando los nodos críticos en el proceso de pesquisa y derivación a screening para ingresos a programa, aumentar la detección temprana de enfermedades cardiovasculares, y trabajar con los equipos en darle la importancia que requiere este tema de salud en la población, con énfasis a la promoción y prevención. Es necesario identificar y replicar las buenas prácticas instauradas en los dos polos de la comuna que cumplen con este criterio para que como red se logren los objetivos planteados.

Meta 11 - Cobertura en asma en población general y EPOC en personas de 40 y más años

Con respecto a este índice, la meta anual fijada es de 15% y en este corte se espera un 11.25% de cumplimiento, lo cual se cumple a nivel de red. Pese a esto, en el detalle de los 4 centros se aprecia gran variabilidad y el bajo porcentaje en Domeyko (7.67%).

Es importante resaltar que esta meta de cobertura a nivel nacional es de 22%, porcentaje muy distante de la realidad de la red, pero que debiese ser una referencia para el futuro.

Como razones de este cumplimiento se puede detallar que Arauco, al no tener estaciones médicas de barrio y estar organizada la atención en un solo centro, podría facilitar la mantención del control y seguimiento del programa y de su población. Sin embargo, los polos Orellana y Viel, que manejan una población de inscritos similar y alcanzan buenas coberturas, sí tienen estaciones de barrio, pero además tienen buen liderazgo del programa y flujos de derivación y protocolos de atención conocidos por los equipos, práctica que también contribuye al éxito. En relación al polo Domeyko las coberturas bajas se pueden relacionar con la menor oferta de horas kinesiológicas para cubrir las necesidades del programa y una baja sospecha, pesquisa e ingresos al programa por parte de los equipos.

Al comparar con año 2015 se aprecia una leve disminución del porcentaje de cumplimiento a nivel de red, sin embargo al analizar cada polo es variable el comportamiento en el tiempo, lo cual requiere de análisis en los propios equipos para estandarizar la manera de trabajar el programa.

2. METAS SANITARIAS Y DE MEJORAMIENTO DE LA APS (LEY N° 19.813). SEPTIEMBRE DE 2016

Tabla: Meta 1: 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 2016	CUMPLIMIENTO SEPT 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	META ANUAL 2016
ARAUCO	5	12	55.10%	100%	41.60%	44.44%	82%
DOMEYKO	27	49	52.63%	87.80%	72.00%	75.86%	82%
ORELLANA	10	19	65.22%	35.00%	55.55%	69.23%	82%
VIEL	15	23	41.67%	62.50%	25.00%	62.50%	82%
TOTAL	57	103	55.34%	72.09%	57.60%	67.8%	82%

Tabla: Meta 2: Reducción del número de mujeres de 25 a 64 años Sin PAP Vigente (meta Santiago reducir en un 18% la brecha de cobertura de mujeres sin PAP vigente lograda a Dic. 2016).

POLO	N° Mujeres de 25 a 64 años con Pap realizado a diciembre 2016	N° Mujeres con Pap comprometidas para el 2016	CUMPLIMIENTO SEPT 2016	CUMPLIMIENTO SEPT 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	META ANUAL 2016
ARAUCO	630	899	70.10%	94.97%	88%	102.4%	100%
DOMEYKO	1779	3126	56.90%	84.32%	91%	71.9%	100%
ORELLANA	864	1430	60.42%	88.76%	82.3%	91.73%	100%
VIEL	605	1090	55.50%	76.30%	88%	122.5%	100%
TOTAL	3878	6545	59.25%	85.57%	87.8%	87.60%	100%

Tabla: Meta 3 A: 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 2016	CUMPLIMIENTO SEPT 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	META ANUAL 2016
ARAUCO	129	163	79.14%	98.78%	67.7%	52.5%	73%
DOMEYKO	344	713	48.25%	37.14%	29.7%	35.9%	73%
ORELLANA	161	184	87.50%	40.43%	58.8%	51.4%	73%
VIEL	111	98	56.06%	59.66%	28.9%	32.8%	73%
TOTAL	745	1258	59.22%	46.76%	39.8%	40.3%	73%

Tabla: Meta 3 B: Cobertura alta integral odontológica embarazadas.

POLO	N° embarazadas con alta odontológica integral	N° total embarazadas inscritas bajo control	CUMPLIMIENTO SEPT 2016	CUMPLIMIENTO SEPT 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	META ANUAL 2016
ARAUCO	111	133	83.46%	74.8%	90.9%	69.1%	69%
DOMEYKO	529	660	79.43%	82.8%	61.6%	57.3%	69%
ORELLANA	147	260	56.54%	55.8%	60.6%	62.4%	69%
VIEL	93	230	40.43%	26.5%	67.7%	66.7%	69%
TOTAL	880	1289	68.27%	67.5%	65.4%	60.7%	69%

Tabla: Meta 3 C: Cobertura alta odontológica total en niños de 6 años inscritos.

POLO	Total niños 6 años c/ alta odontologica integral	Total niños 6 años inscritos	CUMPLIMIENTO SEPT 2016	CUMPLIMIENTO SEPT 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	META ANUAL 2016
ARAUCO	138	190	72.63%	119.7%	132.6%	69.1%	73%
DOMEYKO	309	762	40.5%	41.6%	50.6%	42.3%	73%
ORELLANA	147	175	84.0%	33.9%	88.6%	77.5%	73%
VIEL	143	543	26.3%	36.7%	66.7%	35.7%	73%
TOTAL	737	1670	44.1%	45.0%	68.9%	49.2%	73%

Tabla: Meta 4: 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° de personas de 15 y más años con diabetes compensadas(HbA1c <7)	N° de diabéticos de 15 y más años según prevalencia (15-64 años 10% - 65 y más 25%)	CUMPLIMIENTO SEPT 2016	CUMPLIMIENTO SEPT 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	META ANUAL 2016
ARAUCO	603	1654	36.45%	35.6%	35.6%	31.9%	32.40%
DOMEYKO	1584	5325	29.75%	28.3%	25.1%	25.1%	32.40%
ORELLANA	1045	2763	37.82%	36.3%	33.1%	33.1%	32.40%
VIEL	647	2000	32.35%	29.7%	29.7%	30.9%	32.40%
TOTAL	3879	11742	33.03%	31.5%	31.5%	28.9%	32.40%

Tabla: Meta 5: 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	N° de personas con HTA de 15 y más años bajo control compensadas(PA < 140/90)	N° personas con HTA de 15 y más años estimadas según prevalencia ((15-64 años 15,7% - 65 y más 64,3%)	CUMPLIMIENTO SEPT 2016	CUMPLIMIENTO SEPT 2015	CUMPLIMIENTO SEPT 2014	CUMPLIMIENTO SEPT 2013	META ANUAL 2016
ARAUCO	1693	3297	51.39%	39.82%	37.2%	38.85%	42.40%
DOMEYKO	4551	10265	44.34%	36.77%	34.8%	38.97%	42.40%
ORELLANA	3184	5695	55.90%	46.43%	45%	59.76%	42.40%
VIEL	1906	4060	46.95%	34.52%	37.8%	43.04%	42.40%
TOTAL	11334	23317	48.61%	39.19%	38.2%	44.23%	42.40%

Tabla: Meta 6: Incrementar a lo menos 2 puntos porcentuales respecto al año anterior los menores con lactancia materna exclusiva.

POLO	Lactancia materna exclusiva (6 meses)	N° de niños controlados 6 meses	CUMPLIMIENTO SEPT 2016	CUMPLIMIENTO SEPT 2015	META ANUAL 2016
ARAUCO	56	89	62.92%	42.03%	55%
DOMEYKO	238	400	59.50%	54.10%	55%
ORELLANA	67	123	54.47%	45.28%	55%
VIEL	66	144	45.83%	44.87%	55%
TOTAL	427	756	56.48%	50.51%	55%

Tabla: Meta 7: Consejos desarrollo funcionando regularmente con Plan evaluado y ejecutado a Dic.2016

POLO	N° de establecimientos de salud con consejos de desarrollo funcionando regularmente, con plan evaluado y ejecutado a diciembre 2016	N° total de establecimientos de salud de la comuna	CUMPLIMIENTO O SEPT 2016	CUMPLIMIENTO O SEPT 2015	CUMPLIMIENTO O SEPT 2014	CUMPLIMIENTO O SEPT 2013	META ANUAL 2016
ARAUCO	1	1	100%	100%	100%	100%	100%
DOMEYKO	1	1	100%	100%	100%	100%	100%
ORELLANA	1	1	100%	100%	100%	100%	100%
VIEL	1	1	100%	100%	100%	100%	100%
TOTAL	4	4	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla: Meta 8: Evaluación anual del pie en personas diabéticas a Sep. 2016

POLO	N° personas diabéticas de 15 y más años bajo control con evaluación del pie	N° de personas diabéticas de 15 y más años bajo control	CUMPLIMIE NTO SEPT 2016	CUMPLIMIE NTO SEPT 2015	CUMPLIMIE NTO SEPT 2014	META ANUAL 2016
ARAUCO	614	974	63.04%	63.8%	38.8%	81%
DOMEYKO	1887	2339	80.68%	74.7%	78.1%	81%
ORELLANA	1119	1578	70.91%	69.5%	67.8%	81%
VIEL	648	992	65.32%	69.4%	53.3%	81%
TOTAL	4268	5883	72.55%	70.8%	64.8%	81%

Al analizar el cumplimiento de las metas sanitarias al corte de septiembre de manera general se observa un cumplimiento de 7 de los 10 indicadores establecidos. Las tres metas incumplidas se analizan a continuación para conocer el mecanismo y los posibles planes de acción para lograrlas:

Meta 1- Recuperación de niños y niñas de 12 a 23 meses con diagnóstico de Riesgo de Desarrollo Psicomotor:

La importancia de este indicador radica en que la pesquisa y prevención de alguna alteración en el desarrollo de los niños y niñas, debe ser precoz, ya que si es detectado a tiempo es reversible. Si sucede de lo contrario, tiene un alto impacto negativo en la vida futura de los niños y niñas fomentando inequidad social. Este indicador solo se logra en 5 de los sectores o Estaciones Médicas de Barrio de la red por lo tanto se debe trabajar asegurando la capacitación de los profesionales que aplican los test y los interpretan, en la socialización y sensibilización de los equipos de salud y en la consecución de estrategias favorecedoras de recuperación del déficit de desarrollo psicomotor una vez que se pesquisa alterado. Asimismo, debe favorecerse su rescate y seguimiento sistemático, buscando una disminución de la inasistencia a Sala de Estimulación de los niños y niñas y valorizándola positivamente con la comunidad. Sin embargo, un factor de difícil manejo por parte de los equipos es la alta movilidad habitacional, la cual dificulta los seguimientos y rescates y sobre el que se debe intervenir al menos intentando mitigarlo.

Meta 2 - Reducción del N° de mujeres de 25 a 64 años sin PAP vigente: La connotación de este indicador es que forma parte de la prevención y pesquisa en salud del Cáncer Cérvico Uterino, y cuya cobertura todavía continúa a nivel país en cifras muy bajas para lograr una pesquisa efectiva que contribuya a disminuir la mortalidad por esta enfermedad.

Este 2016, como una forma de llevar un seguimiento más simple de la cantidad efectiva de PAP a realizar para disminuir la brecha, se modificó la metodología para obtener el cumplimiento de la meta. Para ello se utilizó como denominador el número necesario de Papanicolau a realizar para lograr una disminución del 18% de la brecha de cobertura y en el numerador los PAP efectivamente realizados como screening. Por ello, los datos de años anteriores no son comparables y se exponen sólo a modo informativo.

A septiembre de este año la red presenta un cumplimiento de 59,25%, número que está por debajo de lo esperado, que son 4909 PAP que representan aproximadamente un 75% de la meta). Esto faltando aún un trimestre para evaluar el cumplimiento total.

Durante 2016, cada centro de salud desarrolló planes específicos de trabajo que se orientaron al rescate de usuarias inasistentes por más de tres años al examen y a aumentar las opciones de horario para mejorar el acceso. Estas estrategias no parecen ser suficientes y deberán abordarse también aspectos culturales (creencias, conocimientos y actitudes) a través de estrategias sistemáticas de comunicación y educación en salud, con una mirada a largo plazo si se quieren mejorar las coberturas de forma consistente.

Meta 3 C - Cobertura Alta Odontológica Total en niños de 6 años: Este indicador tiene relevancia en el grupo etario de 6 años debido al periodo de dentición mixta lo cual hace necesario educar, prevenir, pesquisar y tratar patologías diagnosticadas. Se ha observado un cambio demográfico en el último tiempo a nivel comunal debido al aumento exponencial de la población de 6 años en un corto tiempo sumándose a dificultades estadísticas, lo que no permitió prever estrategias necesarias para absorber esta demanda. Como red se ha trabajado una propuesta enfocada en aumentar la oferta para lograr las atenciones y altas odontológicas requeridas frente a la creciente demanda.

3. Indicadores Cuadro de Mando Integral. Enero a septiembre de 2016

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 2016 es la siguiente:

Tabla: Indicador 1: 100% de las personas hipertensas o diabéticas bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica por MÉDICO.

POLO	Nº pacientes PSCV que asisten a control MEDICO en mes corriente con tipo de ERC	Nº pacientes PSCV que asisten a control MÉDICO en mes corriente	Cumplimiento SEPT 2016	Meta anual 2016
ARAUCO	1.742	1.863	94%	100%
DOMEYKO	4.781	4.900	98%	100%
ORELLANA	3.209	3.334	96%	100%
VIEL	2.350	2.417	97%	100%
TOTAL	12.082	12.514	97%	100%

Tabla: Indicador 2: Ingreso a ficha programa artrosis e hipotiroidismo al 100% de los pacientes notificados e ingresados a SIGGES

POLO	Pacientes ingresados ficha Artrosis e Hipotiroidismo 2016	Pacientes ingresados SIGGES por Artrosis e Hipotiroidismo 2016	Cumplimiento SEPT 2016	Meta anual 2016
ARAUCO	114	129	88%	100%
DOMEYKO	343	396	87%	100%
ORELLANA	153	217	71%	100%
VIEL	92	103	89%	100%
TOTAL	702	845	83%	100%

Tabla: Indicador 3: 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)	Cumplimiento SEPT 2016	Cumplimiento SEPT 2015	Cumplimiento Junio 2014	Cumplimiento SEPT 2013	Meta anual 2016
ARAUCO	102	130	78%	81%	51%	74%	90%
DOMEYKO	465	621	75%	94%	59%	84%	90%
ORELLANA	157	182	86%	77%	54%	81%	90%
VIEL	111	132	84%	90%	61%	74%	90%
TOTAL	835	1065	78%	89%	57%	81%	90%

Tabla: Indicador 4: El 90% de las personas con diabetes tipo 2 bajo control se les realiza una evaluación de los pies.

POLO	Nº de pacientes con eval. Pie diabético	PBC diabéticos Dic. 2015	Cumplimiento SEPT 2016	Cumplimiento SEPT 2015	Cumplimiento Junio 2014	Cumplimiento SEPT 2013	Meta anual 2016
ARAUCO	717	1.019	70%	64%	30%	51%	90%
DOMEYKO	1.914	2.449	78%	74%	59%	75%	90%
ORELLANA	1.103	1.696	65%	69%	51%	73%	90%
VIEL	700	997	70%	68%	41%	62%	90%
TOTAL	4.434	6.161	72%	70%	49%	69%	90%

Tabla: Indicador 5: 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 Dic. 2015	Cumplimiento SEPT 2016	Cumplimiento SEPT 2015	Cumplimiento Junio 2014	Meta anual 2016
ARAUCO	916	2.700	34%	33%	33%	60%
DOMEYKO	2867	6.813	42%	42%	37%	60%
ORELLANA	1549	4.787	32%	34%	26%	60%
VIEL	931	2.742	34%	29%	26%	60%
TOTAL	6263	17.042	37%	36%	31%	60%

Tabla: Indicador 6: Visita Domiciliaria realizadas al 70% de los Recién Nacidos.

POLO	Nº de Visitas Domiciliarias a RN	Nº de Recien Nacidos	Cumplimiento SEPT 2016	Cumplimiento SEPT 2015	Meta anual 2016
ARAUCO	69	104	66%	41%	70%
DOMEYKO	434	492	88%	78%	70%
ORELLANA	96	181	53%	53%	70%
VIEL	124	160	78%	50%	70%
TOTAL	723	937	77%	66%	70%

Tabla: Indicador 7: 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 2016	Población femenina validada FONASA entre 45 y 64a	Cumplimiento SEPT 2016	Cumplimiento SEPT 2015	Cumplimiento Junio 2014	Cumplimiento Junio 2013	Meta anual 2016
ARAUCO	481	2163	22%	20%	107%	118%	18%
DOMEYKO	996	6554	15%	17%	76%	32%	18%
ORELLANA	709	3366	21%	23%	117%	77%	18%
VIEL	357	2569	14%	16%	84%	30%	18%
TOTAL	2.543	14.652	17%	19%	91%	50%	18%

Tabla: Indicador 8: Lograr 100% de Pacientes que ingresan a tratamiento Odontológico General les realicen el CEO o COP.

POLO	Nº de pacientes con CEO o COP al ingreso a tto. de Odontología General.	Nº total de pacientes ingresados a tto. Odontológico General.	Cumplimiento SEPT 2016	Meta anual 2016
ARAUCO	1814	1835	99%	100%
DOMEYKO	3886	3972	98%	100%
ORELLANA	1549	1564	99%	100%
VIEL	1009	1041	97%	100%
TOTAL	8258	8412	98%	100%

Tabla: Indicador 9: 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	Nº total de pacientes en Programa ERA a Diciembre 2015 (centros)	Cumplimiento SEPT 2016	Cumplimiento SEPT 2015	Cumplimiento Junio 2014	Cumplimiento SEPT 2013	Meta anual 2016
ARAUCO	116	180	64%	90%	25%	51%	80%
DOMEYKO	238	331	72%	61%	53%	66%	80%
ORELLANA	147	344	43%	53%	59%	45%	80%
VIEL	150	292	51%	79%	62%	55%	80%
TOTAL	651	1147	57%	68%	51%	56%	80%

Tabla: Indicador 10: Visita Domiciliaria al 90% de los niños con Riesgo de morir por Neumonía.

POLO	Nº de Visitas Domiciliarias a niños con Riesgo de morir por Neumonía	Nº total de niños con Riesgo de morir por Neumonía	Cumplimiento SEPT 2016	Cumplimiento SEPT 2015	Cumplimiento Junio 2014	Meta anual 2016
ARAUCO	3	5	60%	43%	89%	90%
DOMEYKO	16	18	89%	53%	75%	90%
ORELLANA	2	14	14%	50%	111%	90%
VIEL	5	13	38%	75%	111%	90%
TOTAL	26	50	52%	53%	90%	90%

Tabla: Indicador 11: Realizar 5 intervenciones grupales durante 2016 en salud mental (incluye 1 grupo autoayuda y otras 4 intervenciones en temáticas de acuerdo a la realidad local del sector).

POLO	META corte 31 Agosto 2016	Nº de intervenciones grupales finalizadas	Cumplimiento SEPT 2016	Cumplimiento SEPT 2015	Cumplimiento Junio 2014	Meta anual 2016
ARAUCO	4	7	175%	90%	100%	10
DOMEYKO	14	21	150%	52%	77%	25
ORELLANA	5	7	140%	67%	57%	14
VIEL	5	8	160%	44%	95%	9
TOTAL	28	43	153,6%	60%	77%	58

Tabla: Indicador 12: Cobertura de atención integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años.

POLO	Nº de personas de 5 y más años con trastorno mental Bajo Control	Nº de personas esperadas según prevalencia de trastornos mentales	Cumplimiento SEPT 2016	Cumplimiento SEPT 2015	Meta anual 2016
ARAUCO	635	3165	20%	18%	16,5%
DOMEYKO	2013	10847	19%	10%	16,5%
ORELLANA	1324	4910	27%	18%	16,5%
VIEL	696	3697	19%	11%	16,5%
TOTAL	4668	22.619	21%	13%	16,5%

Tabla: Indicador 13: Realización de Visita domiciliaria al 80% de los niños/as evaluados con riesgo o retraso del desarrollo psicomotor a los 8, 18 y 36 meses.

POLO	VD por T. Social a niños con Riesgo o Retraso en DSM, 8, 18, 36 meses	Ninos/as con Riesgo o Retraso de DSM, 8, 18, 36m.	Cumplimiento SEPT 2016	Cumplimiento SEPT 2015	Cumplimiento Junio 2014	Meta anual 2016
ARAUCO	8	20	40%	33%	59%	80%
DOMEYKO	33	82	40%	62%	54%	80%
ORELLANA	20	32	63%	41%	75%	80%
VIEL	17	29	59%	72%	100%	80%
TOTAL	78	163	62%	58%	64%	80%

**Tabla: Indicador 14: 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	META 14: año 2016	Nº de actividades comunitarias realizadas.	Cumplimiento SEPT 2016	Cumplimiento SEPT 2015	Cumplimiento Junio 2014	Meta anual 2016
ARAUCO	10	5	50%	190%	50%	10
DOMEYKO	24	11	46%	183%	75%	24
ORELLANA	14	7	50%	693%	50%	14
VIEL	9	3	33%	33%	125%	9
TOTAL	57	26	46%	286%	75%	57

Tabla: Indicador 15: Mejorar el N° de adultos de 60 años con altas Odontológicas

POLO	N° de altas Odontológicas de 60 años	N° de adultos de 60 años inscritos validados	Cumplimiento SEPT 2016	Meta anual 2016
ARAUCO	57	164	35%	60%
DOMEYKO	150	480	31%	60%
ORELLANA	50	270	19%	60%
VIEL	26	217	12%	60%
TOTAL	283	1131	25%	60%

Tabla: Indicador 16: Realizar examen de Baciloscopia a la población mayor de 15 y más años.

POLO	N° de Baciloscopías tomadas	N° de consultas por médico	Tasa SEPT 2016	Tasa SEPT 2015	Tasa SEPT. 2014	Cumplimiento SEPT 2013	Tasa anual 2016
ARAUCO	272	6.573	41,4	23,6	29,7	28,7	50
DOMEYKO	874	15.532	56,3	33,5	46,3	45	50
ORELLANA	395	7.085	55,8	39,4	39	28,7	50
VIEL	45	5.505	8,2	23,6	16,6	38	50
TOTAL	1.586	34.695	45,7	31,4	37	37,4	50

Tabla: Indicador 17: Aumentar Cobertura de Mamografías a mujeres de 35 a 70 años

POLO	N° de mamografías realizadas en mujeres de 35 a 70 años	Poblacion femenina validada FONASA entre 35 a 70 años	Cumplimiento SEPT 2016	Meta anual 2016
ARAUCO	870	3707	23%	18.5%
DOMEYKO	1787	12886	14%	18.5%
ORELLANA	788	6034	13%	18.5%
VIEL	523	4429	12%	18.5%
TOTAL	3.968	27.056	15%	18.5%

Estos indicadores de resultados se alcanza como red un 78.29% de cumplimiento a la fecha de corte, sin embargo se ve en algunos casos variaciones de cumplimiento considerables entre los centros y algunos que a nivel generalizado no se logran, por lo que es importante destacarlos con un mayor análisis:

Indicadores que están alejados de la meta de cumplimiento y que además muestran variabilidad entre los centros:

- **Indicador 2- Ingreso a ficha programa artrosis e hipotiroidismo al 100% de los pacientes notificados e ingresados a SIGGES:** Indicador que depende de las notificaciones GES mensuales, por lo que se ve un cumplimiento deficiente a nivel de red, pero aun más bajo en Orellana.
- **Indicador 5 - Realización de control nutricional anual del PSCV al 60% de la población bajo control:** muy bajo cumplimiento en general y variable entre los centros. Se ve un cumplimiento mayor en Domeyko cercano a lo esperado al corte de septiembre, que correspondería a 45%, pero a nivel de red se mantiene bajo porcentaje de estos controles.
- **Indicador 10 - Realizar visita domiciliaria al 90 % de niños con riesgo de morir por neumonía:** muy variable entre centros, mayor en Domeyko casi cercano a la meta, bajo en Viel y muy bajo en Orellana. Esta actividad depende principalmente de la derivación oportuna de los niños con riesgo hacia las sala IRA para realizar visita domiciliaria, llegando en tiempos no correspondientes para cumplir la meta o no llegando en algunos casos, lo cual finalmente se traduce en intervenciones menos efectivas de prevención de las enfermedades respiratorias agudas en este grupo de riesgo.
- **Indicador 13 - Realización de Visita domiciliaria a los 80% de los niños y niñas evaluados en Riesgo o Retraso del Desarrollo Psicomotor a los 8,18 y 36 meses:** en general muy bajo cumplimiento con gran variabilidad, Orellana y Viel levemente mejor cumplimiento. Domeyko y Arauco muy bajos porcentajes. Destaca también la comparación con años anteriores que tenían mejores porcentajes.
- **Indicador 14 - Realización de 5 actividades comunitarias anuales en temáticas de participación social (2) y promoción de salud (2):** Esta meta que depende de los asistentes sociales y sus horas contractuales, sin relación con la población, se esperaría que al corte de septiembre se tuviese un 74% de cumplimiento, sin embargo se ve que todos los centros están muy alejados de ese porcentaje, en especial Viel con un 33%. Además el cumplimiento de este indicador está muy alejado de los porcentajes superiores a la meta que hubo el año 2015.

Buen cumplimiento, pero que muestran marcada variabilidad:

- **Indicador 6- Visita Domiciliaria realizadas al 70% de los Recién Nacidos:** se ve variabilidad en cumplimiento de los polos con un bajo porcentaje que presenta Orellana, sin embargo Domeyko y Viel superan la meta y a nivel de red se cumple.
- **Indicador 9 - Alcanzar el 80% de cobertura en la Espirometría anual en los pacientes bajo control del programa ERA:** Esta meta se esperaría que fuese al corte de septiembre 60 %, el que sobrecumplen Arauco y Domeyko, sin embargo se ve un muy bajo cumplimiento en Orellana. Esta actividad depende de la derivación oportuna por todo el equipo de los pacientes bajo control y además de que este disponible la oferta profesional capacitado y los recursos técnicos para realizar el examen.
- **Indicador 15 - Mejorar el número de adultos mayores de 60 años con Altas Odontológicas:** Este indicador debería estar cercano al 45 % en este corte, sin embargo se ve un cumplimiento variable entre los centros con muy bajo porcentaje en Viel y Orellana.
- **Indicador 22 - Realizar examen de Baciloscopia a la población mayor de 15 y más años:** Se ve que Viel tiene una tasa extremadamente baja de baciloscopias, a diferencia de los polos Orellana y Domeyko que sobrecumplen, lo cual hace que a nivel general se acerca al tasa propuesta como red, y mejor que años anteriores. Este indicador sigue siendo relevante como red debido a que la presencia de tuberculosis sigue siendo una prioridad considerando poblaciones de alto riesgo en la comuna y el enfoque de trabajo apunta a sensibilizar a los equipos y a la comunidad en la relevancia sanitaria de esta enfermedad y así aumentar la pesquisa a través de una tasa elevada de baciloscopias en relación a las consultas de morbilidad, mecanismo que permite diagnosticar el mayor porcentaje de la tuberculosis en la población.

- **Indicador 23 - Aumentar Cobertura de Mamografías a mujeres de 35 a 70 años:** Esta meta a septiembre se espera que sea 13.8 % por lo que se ve que se sobrecumple a nivel de red. Viel y Orellana están levemente por debajo de lo esperado y Arauco tiene un muy buen cumplimiento por sobre la meta lo cual eleva el indicador general. Considerando que el Cáncer de mama presenta tasa de mortalidad que ha ido en aumento en los últimos años en nuestro país es necesario mantener las estrategias de cobertura implementadas a la fecha socializando y sensibilizando a los equipos y la comunidad de la importancia de esta prestación existente en nuestra red. Este indicador se ha incorporado este año y se mantendrá hasta ver una mejora del proceso.

Indicadores con buen cumplimiento de metas a nivel de red y que se comportan similares en los centros:

- **Indicador 1- 100% de las personas hipertensas o diabéticas bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica por MÉDICO:** cercano al cumplimiento, solo Arauco muestra un porcentaje levemente menor en comparación con los otros centros.
- **Indicador 3- Aplicar EDP en controles sanos correspondiente a los 8 meses:** a pesar de una baja en comparación con año anterior, se cumple la meta esperada al corte de septiembre que corresponde a un 67.5% y es similar en todos los polos.
- **Indicador 4 - El 90% de las personas con diabetes tipo 2 bajo control se les realiza una evaluación de los pies:** muestra una leve tendencia al mejor cumplimiento en la comparación con años anteriores, es esperable al corte de septiembre un 67.5% y el único centro que está levemente por debajo de eso es Orellana, pero en general se cumple de manera similar en todos los polos.
- **Indicador 7- Aumentar la población de mujeres de 45 a 64 años bajo control en el programa de climaterio:** muestra cierta variabilidad entre centros, pero en torno a la meta. Lo que se espera a septiembre es 13.5% y se supera en los 4 polos.
- **Indicador 8 - Lograr 100% de Pacientes que ingresan a tratamiento Odontológico General les realicen el CEO o COP:** muy cercano al 100% de meta y similar comportamiento en todos los centros.
- **Indicador 11- Realizar 5 intervenciones grupales durante 2016 en salud mental:** esta meta depende de las horas contractuales de cada psicólogo y se programan metas individuales a agosto, a lo cual los porcentajes sobrecumplen en todos los polos. Se ve además una considerable mejora en este indicador en comparación con años anteriores.
- **Indicador 12- Cobertura de atención integral de trastornos mentales en personas de 5 y más años:** esta meta se cumple en todos los polos de manera similar, aunque se destaca Orellana con un porcentaje aun mayor. Además se aprecia marcada mejoría del porcentaje en comparación con año 2015.

6. Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (U.A.P.O.)

Las Unidades de Atención Primaria Oftalmológica (U.A.P.O.) fueron creadas para ayudar a disminuir las listas de espera y entregar una solución rápida a las necesidades de atención oftalmológicas de la población.

Estos centros corresponden a un modelo de atención que forma parte de una estrategia del **Programa de Resolutividad en APS**, el que se ejecuta a nivel país en la atención primaria y cuya finalidad es facilitar el acceso, otorgar una atención de calidad y resolutiva a nuestra población más vulnerable, como asimismo disminuir las listas de espera en Oftalmología, potenciando a la Atención Primaria en sus aspectos promocionales, preventivos, asistenciales, de pertinencia diagnóstica y derivación, todo enmarcado en el modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar.

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

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 U.A.P.O.

Objetivo general de las U.A.P.O.:

“A través de la implementación y puesta en marcha de las U.A.P.O. se espera contribuir a mejorar la capacidad resolutiva de la Red Asistencial, mejorando la accesibilidad, oportunidad y resolutividad con la calidad técnica, potenciando a la Atención Primaria en sus aspectos promocionales, preventivos, asistenciales, pertinencia diagnóstica y de derivación, enmarcado en el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar.

Objetivos Específicos:

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

CARTERA DE SERVICIOS

Comprende la atención de pacientes mayores de 15 años en las siguientes patologías:

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

- Medición de Agudeza Visual
- Prueba de lentes
- Entrega receta de lentes y orden de compra de lentes en ópticas Trento
- Entrega lentes presbicia +3.00 o +2.50 esf
- I.C. Hospital San Borja GES y no GES

- Toma de presión intraocular
- Medición de lentes
- Autorefractometría
- Evaluación por Oftalmólogo
- Evaluación por Tecnólogo Médico
- Evaluación con Lámpara de Hendidura
- Evaluación del Fondo de Ojos 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

U.A.P.O. COMUNA DE SANTIAGO, EN CIFRAS.

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

Tabla: Consultas Tecnólogo Médico (Vicio de Refracción). Datos septiembre de 2015 – septiembre 2016

Tipo de Atención	Pacientes atendidos
Vicios de refracción	3132
Otras consultas	629

Fuente: Registros Propios

Tabla: Consultas Oftalmólogo: Vicios de Refracción; Glaucoma nuevos; Glaucoma controles; Otras consultas. Datos septiembre de 2015 – septiembre 2016

Tipo de Atención	Pacientes atendidos
Consultas oftalmólogo	3061

Fuente: Registros Propios

Entrega de lentes en la U.A.P.O. Santiago.

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

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

Al mes de septiembre de 2016, la cantidad de lentes entregadas a nuestros pacientes alcanza los 2953.

1) Toma de Retinografías (examen de fondo de ojo), con cámara no midriática.

En consonancia con los lineamientos que debe poner en práctica la U.A.P.O., la Dirección de Salud de Atención Primaria de la I.Municipalidad de Santiago dispuso la compra de equipamiento especializado para contribuir a la detección precoz de retinopatía diabética y otras patologías del fondo de ojo en la población a su cargo.

El equipamiento aludido consistió en:

- 1 cámara retinal no midriática, AFC-330, con accesorios (notebook, router, mesa eléctrica, impresora laser color).
- 1 autorefractómetro con tonómetro de aire, Tonoref II.

La toma de la imagen retinal la realiza tecnólogo médico, quien luego de obtenerla, realiza su almacenamiento en el notebook adosado a la cámara no midriática. Posteriormente son subidas a la ficha clínica electrónica de cada paciente, donde son informadas por los profesionales oftalmólogos quedando listas para ser vistas por los equipos de cabecera de APS del paciente.

De esta forma, entre abril y septiembre del presente año, se realizó una campaña de fondo de ojo para mejorar las coberturas de este examen en población diabética.

Un análisis inicial de los diagnósticos obtenidos en el examen de fondo de ojos de dicha población se muestra a continuación:

Diagnóstico OD	Frecuencia absoluta	%
RD Proliferante	5	0.23
RD no proliferante leve	132	6.20
RD no proliferante moderada	63	2.96
RD no proliferante severa	21	0.99
Sin Retinopatía	1,908	89.62
Total	2,129	100.00

Diagnóstico OD	Frecuencia absoluta	%
RD Proliferante	2	0.09
RD no proliferante leve	134	6.34
RD no proliferante moderada	57	2.70
RD no proliferante severa	27	1.28
Sin Retinopatía	1,895	89.60
Total	2,115	100.00

Destaca que casi un 90% de los exámenes de fondo de ojo se diagnostican como sin retinopatía, lo cual es un valor menor a lo indicado por el Minsal, que expone que “investigaciones nacionales y extranjeras, informan que al momento del diagnóstico de diabetes tipo 2, un 15% a un 20% de los pacientes, presentan algún grado de retinopatía diabética”⁷.

Pese a la cifra, ello pone de manifiesto la necesidad de continuar con estrategias de educación en la población con la enfermedad, con el fin de mejorar el control metabólico. En la misma línea, se hace necesario mantener las supervisiones al Programa Cardiovascular, para un cumplimiento adecuado de los protocolos de tratamiento y para resguardar que los flujos de atención/derivación sean centrados en el usuario y permitan establecer un acceso oportuno a las prestaciones.

⁷ Guía Clínica Retinopatía Diabética, MINSAL, 2010

7. COSAM

1. Antecedentes

Hace ya 6 años, el Centro Comunitario de Salud Mental (COSAM) de la IM Santiago, abrió sus puertas a los usuarios de Santiago. El objetivo principal de su labor ha sido dar respuesta a los requerimientos de Salud Mental de la Población de esta Comuna, que hasta ese momento se derivaban al Hospital San Borja Arriarán (HCSBA).

Nuestro Centro es de Nivel Secundario de Complejidad y entrega Atención de Especialidad en Salud Mental con un enfoque de Género, Bio-Psico-Social y de Derechos en todas sus intervenciones, a través de un Equipo Multidisciplinario. Además, incluye dentro de sus estrategias de abordaje la Prevención y Promoción de Salud, así como también cumple un rol Formador dentro de la Red de Salud Municipal y del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC).

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

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

2. Análisis de contexto.

Disponibilidad de Infraestructura:

La actual infraestructura de COSAM se encuentra ubicada en Vicuña Mackenna #543 y Rojas Jimenez # 21 (2° piso), y permite contar con los espacios y dimensiones apropiados para que el recurso humano existente realice las atenciones requeridas y entregue la mayor cantidad posible de prestaciones. El Equipo se encuentra conformado por profesionales multidisciplinarios, lo que ha permitido responder a lo planificado y disminuir en algo la gran brecha que presentaba el abordaje de la Salud Mental de especialidad en nuestra Comuna. Sin embargo, se encuentra en su máximo límite de uso, por lo que las proyecciones futuras requerirán prontamente de un espacio mayor para continuar dando respuesta satisfactoria a nuestros usuarios. En esa línea, está en vista la habilitación de un nuevo edificio que se espera congregue todos los servicios entregados por COSAM Santiago y que implique con ello una mejora en los estándares de calidad en la entrega de sus prestaciones.

Participación Activa en Coordinación en Red:

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

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 Octubre de 2016.

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	96	132	3,00	75%
Psiquiatra infantojuvenil	22	0,50	1,00	44	88	2,00	50%
Enfermera	44	1,00	0,00		176	4,00	0,0%
Psicólogo adulto	88	2,00	2,75	122	352	8,00	34,3%
Atención general			0,00				
Psicólogo PAB			1,00	44			
Neuropsicólogo			0,75	33			
Evaluac. Tribunales			0,25	11			
Psicólogo infantojuv	44	1,00	2,00	88	176	4,00	50,0%
Atención general							
Psicólogo PAB-PAC			0,25	11			
Neuropsicólogo			0,25	11			
Asistente Social	88	2,00	2,00	88	352	8,00	25,0%
T.S. Infantojuv							
T.S. Adulto							
T.S. PAB adulto							
T.S. PAB - PAC Infantojuv							
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	3,00	88	352	8,00	37,0%
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%
	836	19,0	22,50	994,0	3.344	76,00	29,6%

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 la Esquizofrenia primer brote en su año 1, que debido al requerimiento y definición de prestaciones médicas de complejidad, deben ser derivados 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 HCSBA, y dándole continuidad a los tratamientos oportunos a para estos pacientes cuentan con la posibilidad de rehabilitarse y retomar sus rutinas y vidas, de la manera más adecuado posible.

Ya se encuentra totalmente instalado, funcionando de manera regular y estable nuestro Programa de Rehabilitación Tipo I, beneficiándose de sus intervenciones una gran cantidad de usuarios. Este programa es muy relevante, debido a que aporta significativamente a vidas de las personas y sus familias, en relación a su funcionamiento, independencia e inserción social y laboral.

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. Y en el caso de los GES Esquizofrenia primer brote como se mencionó anteriormente se derivan, para toda la red de salud mental, de acuerdo al mapa de derivación SSMC, la primera sospecha al HCSBA.

Tabla: Cartera de Prestaciones COSAM.

Evaluación Diagnóstica
Evaluación Psiquiatra
Evaluación Psicólogo
Psicodiagnóstico
Evaluación Trabajador Social
Evaluación Terapeuta Ocupacional
Evaluación otro profesional
Evaluación Terapeuta Ocupacional
Tratamiento Consulta Médico psiquiatra
Consulta Psicológica
Consulta Terapeuta Ocupacional
Psicoterapia individual
Psicoterapia Grupal
Intervención Psicosocial Grupal
Rehabilitación Tipo I
Visita Domiciliaria Integral
Otras Intervenciones Grupales
Trabajo en la Comunidad.
Consultorías Programa Adultos.
Consultorías Programa Infante - 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

PRESTACIONES 2015	
I.	PROGRAMA AUGE
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	
II.	PROGRAMA NO AUGE
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)	
III.	ATENCIÓN CERRADA Y TELEMEDICINA
PROGRAMA REHABILITACIÓN TIPO I	

Adicionalmente, se desarrolla Programa de Evaluación y Respuesta a demanda desde el Poder Judicial, el que hasta el año 2014 era financiado Convenio Ley de Alcoholes que intermediaba el SSMC. Sin embargo a partir 2015 no fue posible contar con ese aporte debiendo asumir la totalidad del costo de este servicio la Dirección de Salud de la IM de Santiago. En la actualidad se cuenta sólo con 11 horas de profesional Psicólogo destinadas a estos fines, lo que es insuficiente para la alta demanda que emana desde ese Poder del estado.

Por último, se encuentra instalado hace cuatro años el Programa Piloto Calle – Atención de Salud Mental de Especialidad, iniciativa financiada por recursos del Ministerio de Desarrollo Social y mediado por el MINSAL, que realiza intervención con población en situación de calle, y con el objetivo de acercar la atención de salud APS y especializada a esta población. Durante el año 2016, se ha establecido un importante trabajo en Red entre COSAM Santiago – DIDECO y Dispositivos de Estación Central con Gestores de Caso en terreno, aspecto que ha permitido dar apoyo a mayor cantidad de usuarios y de calidad.

6. Proyección desarrollo prestaciones 2016.

La línea de trabajo para 2016 en COSAM fue principalmente reforzar el trabajo con pacientes en año 2 de su rehabilitación, que debían reinsertarse a la vida y ámbito psicosocial. A partir de este trabajo se logró conformar la Organización de Usuarios y Familiares de COSAM “Somos Más”, la que tiene como objetivo para el 2017, postular a fondos que permitan facilitar el apresto laboral y reinsertión en ese mismo ámbito, a nuestros usuarios.

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

Por último, se ha instalado un importante Espacio Docente Asistencial, encargado de formar profesionales en el Modelo de Salud Mental Comunitaria. Este equipo esta a cargo de dos Psiquiatras coordinadores, los que se han encargado de integrar a todos los profesionales de COSAM, los que hacen un relevante aporte en todas las actividades, ya que permiten que los Becados de Psiquiatría y alumnos de Psicología Comunitaria, participen de todas las actividades que realizan en este Centro de Salud.

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 para 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 2015

Polo	Población Validada
Ignacio Domeyko	53.493
Padre Orellana	23.738
Benjamín Viel	17.723
Arauco	15.732
Total Red	110.686

Tabla: Coeficientes técnicos, cantidad de profesionales por población.

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

Es importante señalar que estos parámetros, dado el modelo actual (modelo de atención integral en salud con enfoque de salud familiar y comunitario), 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 2017, por categorías funcionarias es la siguiente:

Tabla: Dotación de Funcionarios año 2017

DIRECCION DE SALUD DE SALUD SANTIAGO AÑO 2017			
CATEGORIAS	CARGO	DOTACION 2016	PROPUESTA DOTACION 2017
CATEGORIA " A "	DIRECTORA	88	88
	Médicos	1859	1859
	Médicos Especialistas	308	308
	Dentistas	868	868
	Químico	132	220
	TOTAL CATEGORIA "A"	3.255	3.343
CATEGORIA " B "	Directora	176	176
	Enfermera	1496	1584
	Matrona	859	859
	Nutricionista	572	572
	Kinesiología	484	492
	Asistente Social	792	748
	Profesor	220	220
	Tecnólogo Médico	66	88
	Psicólogos	957	897
	Educadora de Párvulos	44	44
	Fonoaudióloga	44	44
	Terapeuta Ocupacional	132	88
	Otros Profesionales	792	682
	TOTAL CATEGORIA "B"	6634	6494
CATEGORIA " C "	Técnicos de Nivel Superior	4928	5302
	TOTAL CATEGORIA "C"	4928	5302
CATEGORIA " D "	Auxiliar Paramédico en Enfermería	462	462
	TOTAL CATEGORIA "D"	462	462
CATEGORIA " E "	Administrativos de Salud	1694	1540
	TOTAL CATEGORIA "E"	1694	1540
CATEGORIA " F "	Auxiliares servicios de salud	506	572
	CHOFER	220	220
	TOTAL CATEGORIA "F"	726	792
TOTAL HORAS SEMANALES		17.699	17.933

4. Recursos Financieros

1. Presupuesto de Salud año 2017

1. Ingresos

NOMBRE DE LA CUENTA	PPTO. 2015	PPTO. 2016	PPTO. 2017	COMPOSICION
Del Sector Privado	12.552	13.000	16.254	0%
Subvención Per cápita	5.179.003	6.159.000	7.270.956	53%
Otras Subvenciones	1.913.859	2.266.398	2.735.325	19%
De Otras Entidades Publicas	280.150	268.480	143.091	1%
De la Municipalidad a los Servicios Traspasados a su Gestión (Aporte Municipal)	2.600.000	2.600.000	2.600.000	19%
Recuperaciones y Reembolsos por Licencias Medicas	196.284	313.815	336.000	2%
Otros	25.000	89.000	22.500	0%
Ingresos por Percibir			264.000	2%
Saldo Inicial de Caja	2.200.000	1.318.500	350.175	3%
Total ingresos Presupuestarios	12.406.848	13.028.193	13.738.301	

Valores en Miles de pesos

1. Principales fuentes de Financiamiento

Transferencias del Sector Privado

Detalle	M\$
Convenio U. Andrés Bello BELLO (UF 15,4 POR ALUMNO; ESTIMAC. ALUMNOS 30 AL AÑO). PROYECCION 2017 UF 462 X 27.000	12.474
Convenio U. Santo Tomas (UF 2 POR ALUMNO, ESTIMAC. ALUMNOS 35 SEMESTRALES) PROYECCION 2017 UF 140 X 27,000	3.780
Proyección ingresos del Sector Privado	16.254

Subvención Percápita

Se proyecta Subvención per cápita por **M\$ 7.270.956.-**

Para ello se considera una cantidad estimada de **inscritos validados por FONASA de 112.340**, de los cuales **19.098** corresponderían a un rango etario **superior a 65 años** (Adultos mayores).

El monto de **per cápita basal** se proyecta en **\$ 5.287** y el **adicional por adulto mayor** en **\$ 629.-**

AÑO	Inscritos validados	Mayores de 65 años	\$ MES	\$ AÑO	M\$ AÑO
	\$ mensual	\$ mensual			
2014	98.710	18.426	\$ 384.202.744	\$ 4.610.432.922	\$ 4.610.433
	\$ 375.616.228	\$ 8.586.516			
2015	104.340	19.431	\$ 467.587.662	\$ 5.611.051.944	\$ 5.629.513
	\$ 456.278.820	\$ 11.308.842			
2016	110.340	19.435	\$ 551.872.475	\$ 6.622.469.700	\$ 6.622.470
	\$ 540.114.300	\$ 11.758.175			
2017	112.340	19.098	\$ 605.912.980	\$ 7.270.955.757	\$ 7.270.956
	\$ 593.896.644	\$ 12.016.336			

Otras Subvenciones. (Convenios con el SSMC)

VALORES PROYECTADOS PROGRAMAS	2016	2017 \$ reajustado
PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO BIOPICOSOCIAL EN LA RED ASISTENCIAL	\$ 57.955.000	\$ 60.157.290
PROGRAMA ESPACIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES	\$ 17.388.000	\$ 18.048.744
PROGRAMA DE PRESTACIONES VALORADAS DE SALUD RESOLUTIVIDAD	\$ 238.704.144	\$ 247.774.901
PROGRAMA SEMBRANDO SONRISAS	\$ 14.771.105	\$ 15.332.407
PROGRAMA GES ODONTOLOGICO INTEGRAL	\$ 79.189.173	\$ 82.198.362
PROGRAMA GES ODONTOLOGICO GES	\$ 137.253.959	\$ 142.469.609
PROGRAMA PILOTO DE CONTROL DE SALUD DEL NIÑO O NIÑA SANA	\$ 57.973.255	\$ 60.176.239
CONVENIO VIDA SANA CON INTERVENCION EN OBESIDAD EN NIÑOS, ADOLESCENTES, ADULTOS Y MUJERES POST PARTO	\$ 48.649.000	\$ 50.497.662
PROGRAMA APOYO A LA GESTION LOCAL 2015	\$ 15.981.778	\$ 16.589.086
PROGRAMA VIDA SANA, ALCOHOL Y EN ATENCION PRIMERA DE SALUD (PROGRAMA INTERVENCIONES BREVES ALCOHOL)	\$ 22.176.020	\$ 22.841.301
PROGRAMA MODELO ATENCION INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA (EX ENFOQUE FAMILIAR)	\$ 26.547.000	\$ 27.555.786
PROGRAMA ESPECIAL DE SALUD Y PUEBLOS INDIGENAS (PESPI)	\$ 3.800.000	\$ 3.944.400
VACUNACION ANTIINFLUENCIA NEUMOCOCICA DEL ADULTO	\$ 1.415.852	\$ 1.469.654
PROGRAMA DE APOYO A LAS ACCIONES DE SALUD MENTAL (SENDA SSMC)	\$ 10.070.000	\$ 10.452.660
ASIG TRATO USUARIO L.20645	\$ 89.932.500	\$ 73.981.324
ASIG. DESEMP. DIFICIL ART.28 L.19378	\$ 0	\$ 0
ASIG.DES.EST.19813 FIJO Y VARIABLE	\$ 631.297.000	\$ 793.890.695
INFRAESTRUCTURA	\$ 144.507.787	\$ 150.000.000
PROGRAMA ATENCION DOMICILIARIA (ESTIPENDIO)		\$ 0
PROGRAMA MISIONES DE ESTUDIO 2015	\$ 45.050.000	\$ 46.761.900
PROGRAMA VIDA SANA FACTORES DE RIESGO ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	\$ 28.471.654	\$ 29.553.577
PROGRAMA ACCESO A LA ATENCION INMIGRANTES	\$ 66.140.000	\$ 68.653.320
PROGRAMA MEJORAMIENTO ACCESO A LA ATENCION ODONTOLOGICA	\$ 68.542.344	\$ 71.146.953
PROGRAMA IMÁGENES DIAGNOSTICAS	\$ 74.601.740	\$ 77.436.606
FORTALECIMIENTO DE LA SALUD FAMILIAR	\$ 68.591.000	\$ 71.197.458
PROGRAMA DISPENSADOR AUTOMATICO DE FARMACOS		\$ 0
PROGRAMA FONDO DE FARMACIA	\$ 69.843.466	\$ 72.497.518
PROGRAMA DE ACCESO A LA POBLACION INMIGRANTE	\$ 66.140.000	\$ 68.653.320

PORGRAMA MAS ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES	\$ 48.874.450	\$ 50.731.679
PROGRAMA HOMBRE DE ESCASOS RECURSOS	\$ 11.158.664	\$ 11.582.693
APOYO A LAS ACCIONES SAPU DOMEYKO	\$ 92.218.228	\$ 126.646.366
CAMPAÑA DE INVIERNO	\$ 3.543.300	\$ 3.649.599
PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAS ALTO RIESGO SOCIAL	\$ 55.542.499	\$ 58.319.624
CONVENIOS 2015 PERCIBIDOS 2016	\$ 166.183.000	\$ 201.114.395
PROYECCION OTRAS SUBVENCIONES	\$ 2.462.511.918	\$ 2.735.325.128
	M\$	2.735.325

De Otras Entidades Públicas

Detalle	2015 \$	2016 \$	2017 \$
BONOESCOLAR	\$ 7.891.914	\$ 8.365.429	7.983.982
BONO ESCOLARADIC.	\$ 287.655	\$ 304.914	651.876
BONO VACACIONES	\$ 25.888.950	\$ 27.442.287	34.842.585
AGUINALDO FIESTAS PATRIAS	\$ 17.901.060	\$ 18.975.124	22.002.789
AGUINALDONAVIDAD	\$ 15.828.800	\$ 16.778.528	14.206.625
BONO ESPECIAL	\$ 65.341.515	\$ 69.262.006	3.700.284
CONVENIO JUNAEB	\$ 35.448.682	\$ 37.575.603	\$ 38.702.871
CONVENIO PROMOCION (SEREMI)	\$ 19.500.000	\$ 20.000.000	\$ 21.000.000
PROYECCION DE OTRAS ENTIDADES PUBLICAS	\$ 188.088.576	\$ 198.703.890	\$ 143.091.011

Saldo Inicial de Caja

El Saldo Inicial se proyecta en M\$ 350.175.000.- según el siguiente detalle:

COMPOSICION SALDO INICIAL 2017	
PROYECCION SALDO INICIAL	M\$350.175.000
CONVENIO INFRAESTRUCTURA 2016	\$ 144.507.787
ESTADOS DE PAGO NO COBRADOS POR HERCE	\$ 51.400.171
EXAMENES DE CONVENIOS - LAB. BLANCO	\$ 14.000.000
OPERATIVOS DE MAMOGRAFIA MOVIL	\$ 16.000.000
ECOGRAFO CESFAM DOMEYKO DE TRES TRANSDUCTORES	\$ 25.000.000

2. Gastos

Nombre De La Cuenta	PPTO. 2014	PPTO. 2015	PPTO. 2016	PPTO. 2017	COMPOSICION
Gastos en Personal	7.735.150	8.613.240	9.151.634	9.780.952	71
Medicamentos e Insumos	805.220	579.224	673.894	823.671	6%
Servicios Básicos	273.580	222.588	227.942	316.394	2%
Mantenimiento y Reparaciones	233.144	589.955	442.725	252.537	2%
Servicios de Aseo	282.700	254.765	260.760	312.000	2%
Servicios de Vigilancia	342.500	12.479	26.050	32.090	0%
Servicios Clínicos Externalizados	707.220	783.312	732.479	820.142	6%
Otros Servicios Externalizados		169.564	112.020	137.854	1%
Arriendos	193.900	237.772	251.048	311.153	2%
Cursos de Capacitación	62.470	73.712	75.000	30.000	0%
Activos no Financieros	238.285	201.083	274.300	224.033	2%
Deuda Flotante	60.000	250.000	235.000	85.000	1%
Otros Rubros	497.840	419.154	565.341	612.475	4%
TOTAL GASTOS PRESUPUESTADOS	11.432.009	12.406.848	13.028.193	13.738.301	

1. Principales Rubros Gastos en Personal

Consideraciones:

- Se toma como base de cálculo el mes de Julio de 2016.
- Factor de actualización por cambio de nivel 0,2%
- Reajuste anual reajuste 4% anual.
- Contempla Asignaciones y bonos conocidas a la fecha de elaboracion Ppto

Medicamentos e Insumos

Detalle	2014 M\$	2015 M\$	2016 M\$	2017 M\$	
Medicamentos CENABAST	170.000	241.625	130.000	280.855	2%
Otros Medicamentos de Uso Clínico	278.000	143.280	350.000	276.211	2%
Insumos de Enfermería	175.030	120.045	94.994	130.200	1%
Insumos Dentales	160.320	68.756	90.000	104.000	1%
Instrumental Clínico Menor	21.870	5.518	8.900	6.406	0%
Medicamentos SAPU				13.000	0%
Insumos SAPU				13.000	0%
Gasto Medicamentos e Insumos	805.220	579.224	673.894	823.671	6%

Servicios Clínicos Externalizados

Detalle	2015 M\$	2016 M\$	2017 M\$	
Contrato de exámenes de laboratorio	294.912	264.600	280.000	2%
Contrato de exámenes radiológicos	103.200	60.000	61.800	0%
Contrato de exámenes de imagenología	124.200	120.707	165.000	1%
Servicio de entrega de lentes	30.000	45.500	47.264	0%
Contrato de atenciones dentales	114.000	124.000	150.000	1%
Contrato de atenciones podológicas	42.000	45.000	40.479	0%
Contrato de Esterilización de instrumental médico dental	75.000	72.672	75.600	1%
Gasto en Servicios Clínicos externalizados	783.312	732.479	820.142	6%

Otros Servicios Externalizados

Detalle	2015 M\$	2016 M\$	2017 M\$	
Servicio Centro de Contacto	124.164	97.800	92.079	1%
Servicio Evaluación Satisfacción Usuaría (Tótem)	14.400	14.220	10.000	0%
Contrato Retiro de Residuos Contaminados	24.000	0	0	0%
Contrato Envío de Imágenes Diagnosticas	7.000	0	0	0%
Gasto en Otros Servicios Externalizados	169.564	112.020	102.079	1%

Activos no Financieros

Detalle:	2015 M\$	2016 M\$	2017 M\$	
Mobiliario y Otros	19.760	46.500	39.800	0%
Máquinas y Equipos	118.683	139.400	118.608	1%
Equipos Informáticos	58.920	78.300	52.415	0%
Programas Informáticos	3.720	6.300	11.000	0%
Otros Activos no Financieros - varios	1.370	3.800	2.210	0%
Gasto en Activos no Financieros	202.453	274.300	224.033	2%

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.

En marzo del año 2016, las acciones de promoción y participación comunitaria se integraron al Programa Santiago Sano como una forma de aunar procesos de gestión y coordinación en el área y dar un enfoque integral a las acciones señaladas. El énfasis de este año estuvo en el área de participación comunitaria, donde se implementaron los Planes de Participación Social asociados a la meta sanitaria N°7. Estos planes se sustentaron en diagnósticos participativos realizados -por primera vez- por los equipos de cada sector, los que se planificó tuvieran la siguiente metodología: Primera etapa, los participantes se dividen en tres grupos (infancia, adulto y adulto mayor) y realizan una metodología de lluvia de ideas y priorización de los problemas de salud más relevantes para la comunidad.

En una segunda etapa se elaboraron perfiles de proyecto para abordar los problemas priorizados.

La implementación de los diagnósticos participativos se realizó entre Noviembre del 2015 y Febrero del 2016 y la sistematización de sus resultados se expresa en la tabla adjunta:

CESFAM	Sector	Fecha	Cantidad de participantes	Problemas priorizados (según puntaje de Tabla de Priorización)
Domeyko	Sector 1	14/10/15	23	Falta de horas de kinesiología, falta de personal en general (sobrecarga), falta de personal médico y dental, Call Center no funciona, poca disponibilidad de horas en el SOME
	Sector 2	21/10/15	28	Trámites burocráticos, falta de acceso a la información, acceso al Call Center, traslado al Hospital San Borja Arriarán
	Sector 3	15/10/15	30	Escasas horas médicas en general, dificultad de adultos mayores para uso del Call Center, escasas horas de extensión horaria para control crónico

	EMB Brasil	22/10/15	14	Sistema de dación de horas médicas, falta de horas de profesionales, ausencia de promoción y prevención en temas de salud mental, falta de infraestructura adecuada
	EMB D'Onofrio	28/10/15	11	Pocos operativos médico-social, acceso a horas de extensión horaria, falta de mayor comunicación con el intersector
	EMB Balmaceda	22/10/15	17	Falta de horas médicas, falta de horas para podología de adulto mayor y postrados, aseo y ornato, perros y orina en las calles, consumo de drogas, alcohol, peleas y robos
	EMB Concha y Toro	21/10/15	12	Falta de información, problemas con carnet de control y actualización de datos
Viel	Viel	21/10/15	39	NIÑOS: Obesidad y mala alimentación en niños, infecciones respiratorias, ADULTOS: estilos de vida poco saludables (sedentarismo, alimentación) y enfermedades crónicas asociadas), problemas de acceso a horas dentales y médicas por Call Center, ADULTO MAYOR: caídas, mala alimentación, mal trato/temor a efectuar reclamos
	EMB Carol Urzua	04/01/16	12	Maltrato, violencia y abandono, alcohol y drogas, obesidad, enfermedades crónicas a edad temprana, abandono del adulto mayor, dependencia y aislamiento social, lejanía física para retiro de PACAM y psicotrópicos en adulto mayor
	EMB San Emilio	21/01/16	11	NIÑOS: Delincuencia, falta de espacios disponibles que permitan un mejor acceso a los jardines infantiles del sector (estacionamiento), ADULTOS: poco control y conocimiento de salud preventiva de la población adulta, ADULTO MAYOR: obesidad en el adulto mayor, problemas en el autocuidado del adulto mayor
	EMB Sargento Aldea	25/01/16	7	Delincuencia, soledad en el adulto mayor, envejecimiento de la población
Arauco	Sector Verde	19 y 21/01/16	15	NIÑO-ADOLESCENTE: mala alimentación de niños y jóvenes (barrio con oferta de alimentos no saludables), alcohol y drogas (barrio con drogadicción y violencia, aumento de venta de drogas en el sector). ADULTO MAYOR: alto nivel de drogadicción y consumo de alcohol en el sector; tiempo de espera prolongado para el Hospital San Borja

				Arriarán
	Sector Azul	26 y 28/01/16	7	Falta de horas médicas, Call Center, condiciones y participación de adultos mayores
Orellana	Sector 1	Se realizó un único diagnóstico los días 19 y 22/01/2016		Crecimiento vertical de Santiago y aumento de la movilidad urbana Falta de cultura de autocuidado de la población general Individualismo y apatía Cáncer cérvicouterino Falta de controles preventivos del adulto en el CESFAM Inicio precoz de conductas de riesgo en población infantil y adolescente Normalización de la violencia doméstica Daño oral generalizado en la población usuaria de todas las edades
	EMB Gacitúa	31 participantes		
	EMB Coquimbo			
	EMB San Borja			
	EMB Parque Forestal			
	EMB Dávila Larraín			

En base a la problemática identificada en los diagnósticos participativos y en cumplimiento con los requisitos mínimos definidos por el Servicio de Salud Metropolitano Central, se elaboraron Planes de Participación Comunitaria que incluían los siguientes elementos mínimos:

- ✧ Fortalecimiento del Consejo de Desarrollo Local
- ✧ Comité de Gestión de Solicitudes Ciudadanas: este comité gestiona los reclamos, felicitaciones y sugerencias recibidos a través de la OIRS
- ✧ Capacitación y formación de líderes comunitarios en temas referidos a salud y participación comunitaria
- ✧ Derechos y deberes de los usuarios en salud
- ✧ Participación y/o conformación de mesas territoriales
- ✧ Diálogos ciudadanos y cabildos
- ✧ Fortalecimiento del trabajo en red e intersectorial
- ✧ Mejoramiento del trato al usuario
- ✧ Diagnóstico participativo cada dos años con actualización anual
- ✧ Proyectos elaborados por la comunidad con un enfoque de promoción de la salud
- ✧ Planes de Mejora de OIRS

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.

La evaluación se realiza a través de la recolección de información en tiempo real con un set de preguntas que comprenden 4 áreas:

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?

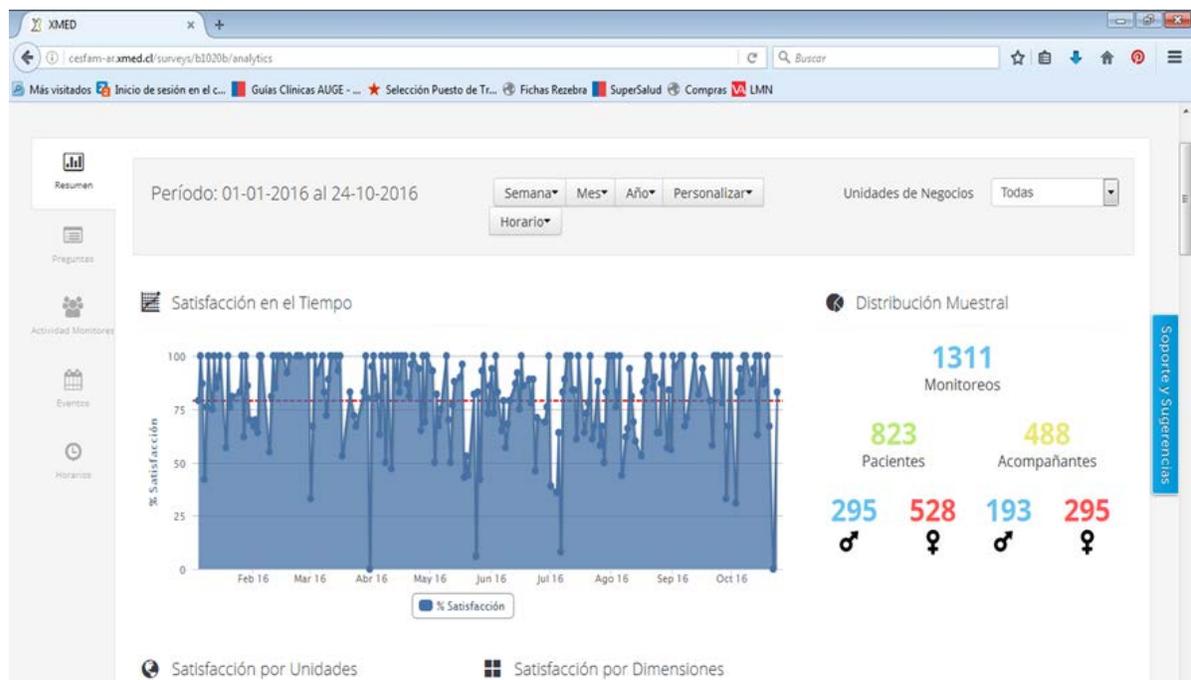
A través de un dispositivo electrónico (Tablet), instalado en un soporte fijo y ubicado en un punto estratégico del Centro, el usuario accede a la encuesta, respondiendo una pregunta, elegida al azar, de cada una de las áreas evaluadas. Hay preguntas generales, del lugar de atención, grupo de edad, género, 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.

La Información entregada via web puede dar un resumen del año completo, como es el caso del analizado para este documento, donde se evaluaron las encuestas del año 2016 desde el 01 de enero al día 24 de octubre. Como se observa en la primera imagen se entrega primero el número de encuestas obtenidas en el año con diferenciación del sexo de los encuestados y el tipo de usuario: pacientes o acompañantes. De igual manera que anual, el análisis se puede realizar por semana, mes o diferentes años.



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.

Igualmente, se puede observar el porcentaje global de satisfacción obtenido según las expectativas del usuario, la valoración que hizo del contexto, de las relaciones durante su atención, las prestaciones obtenidas y de las unidades evaluadas. Se entrega además, un gráfico con la distribución etaria de los consultados. En la imagen se muestra lo descrito:



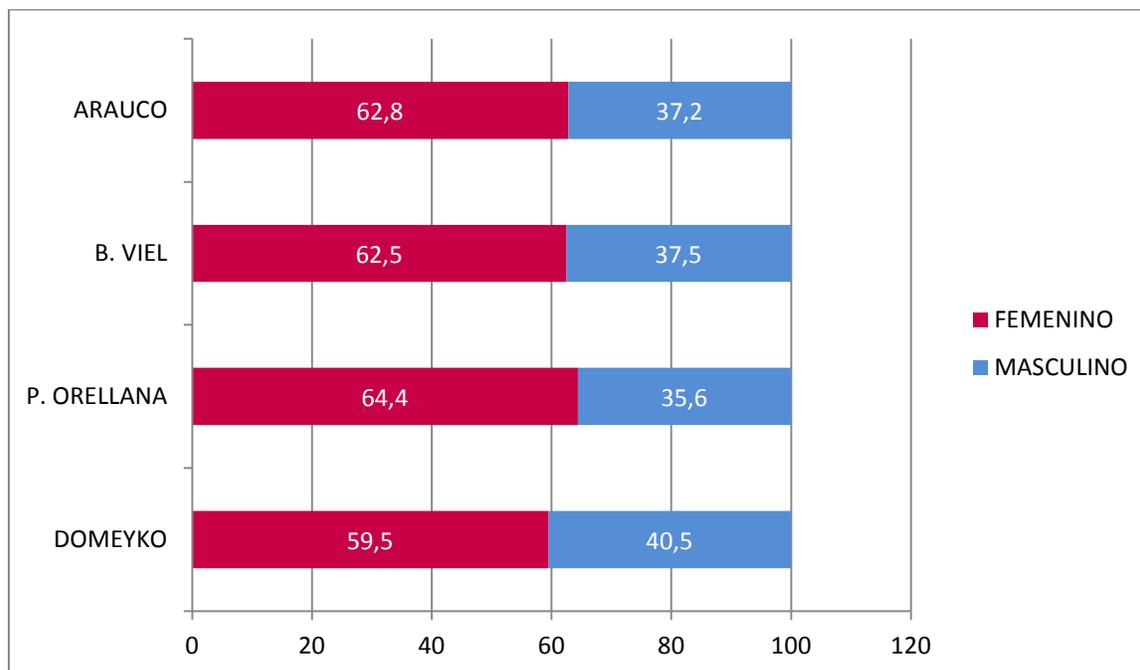
Principales Resultados

Este 2016 se han realizado 5814 encuestas en la red, siendo el polo Domeyko el que mayor número presenta (2278).

	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
DOMEYKO	1356	922	2278
P. ORELLANA	856	474	1330
B. VIEL	559	336	895
ARAUCO	823	488	1311

Caracterización de los encuestados

Sexo.



Según sexo, el perfil de los encuestados preferentemente corresponde a mujeres (promedio de 62,3%), quienes son las que asisten históricamente en mayor número a los centros. Destaca en Domeyko cuyo porcentaje de hombres supera levemente el 40%, siendo el polo con mayor proporción.

Grupos de edad

En relación a la edad de los encuestados, la proporción de cada grupo etario varía de acuerdo a cada polo, sin embargo predominan los grupos más jóvenes. Como se aprecia en la tabla y en el siguiente gráfico, en los centros de Domeyko y Benjamín Viel la población mayor de encuestados se encuentra en el rango de 25 a 44 años de edad, y en los centros de Padre Orellana y Arauco, la mayor cantidad de encuestados está en el rango de edad entre 15 y 24 años. La población adulta mayor aún persiste con bajo porcentaje de respuesta, por lo que deberán establecerse mecanismos para estimular su participación con el fin de que la encuesta sea más representativa.

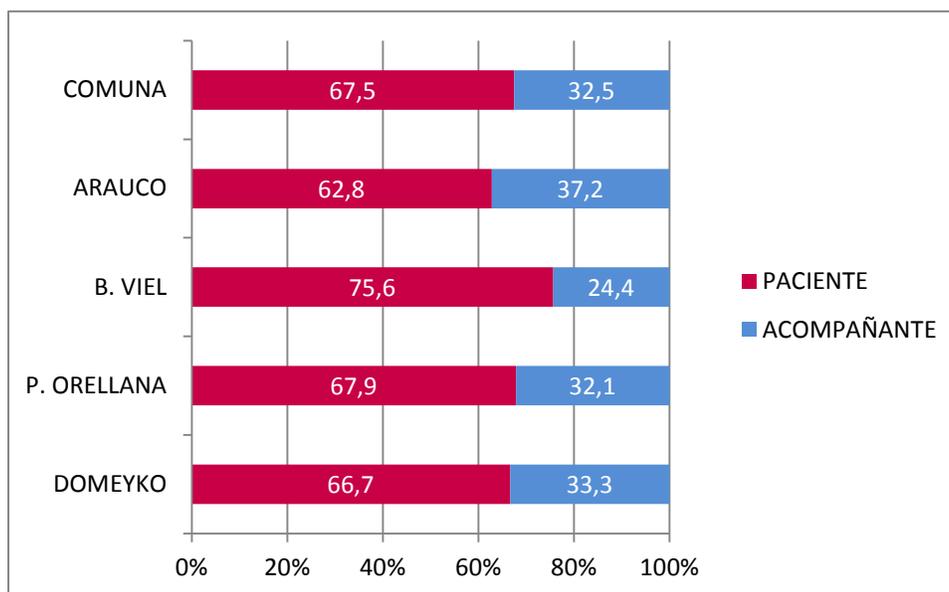
Asimismo, destaca que en Viel, el perfil de edad de los encuestados es el más homogéneo de todos los polos.

Centro	Grupo de edad (n° y porcentaje)							
	15-24		25-44		45-64		65 y +	
	n	%	n	%	n	%	n	%
DOMEYKO	771	33,8	937	41,1	387	17,0	183	8,0
P. ORELLANA	509	38,3	423	31,8	247	18,6	151	11,4
B. VIEL	237	26,5	293	32,7	197	22,0	168	18,8
ARAUCO	542	41,3	464	35,4	204	15,6	101	7,7

Tipo de Usuario

El tipo de usuario que contesta la encuesta puede ser el mismo paciente o un acompañante. Como se muestra en las siguientes tabla y gráfico, también la opinión del acompañante es importante en la evaluación de satisfacción de nuestros usuarios. En la red de salud, esta supera el 30% (32,5%), siendo mayor en el polo Arauco.

Centro	TIPO USUARIO		TOTAL
	PACIENTE	ACOMPañANTE	
DOMEYKO	1519	759	2278
P. ORELLANA	903	427	1330
B. VIEL	677	218	895
ARAUCO	823	488	1311
RED DE SALUD	3922	1892	5814



Resultados de Satisfacción usuaria

A continuación se muestran los porcentajes de satisfacción en las cuatros 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...”

Pregunta	Satisfacción			
	DOMEYKO	ORELLANA	VIEL	ARAUCO
¿En general, qué opinión tenía de las instalaciones?	77%	79%	84%	83%
¿En general, cómo esperaba ser tratado?	82%	86%	92%	81%
¿En general, esperaba recibir un servicio o atención de la calidad?	81%	88%	86%	85%
¿En general, usted cree que el establecimiento satisface sus expectativas?	73%	76%	88%	78%

En general, las expectativas son elevadas, especialmente en el trato y la atención de calidad, sin embargo, estas se aprecian algo menores en el Cefam Domeyko. En la última pregunta, que es donde se evalúa la expectativa general, se obtiene el menor % de satisfacción, siendo Domeyko el único que baja de 75%.

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

Pregunta	Satisfacción			
	DOMEYKO	ORELLANA	VIEL	ARAUCO
¿En general, qué opina del trato recibido en el establecimiento?	72%	82%	86%	73%
¿El personal le entrega la información que Ud. necesita?	75%	79%	89%	79%
¿El personal lo trata con respeto? (dignidad)	82%	83%	84%	84%
¿El personal estuvo dispuesto a responder sus preguntas, dudas e inquietudes?	78%	80%	88%	75%

La opinión general del trato es lo más bajo de las 4 preguntas, estando el polo Domeyko y Arauco bajo 75% (72% y 73% respectivamente). No obstante lo anterior, dentro de lo más específico en el ámbito relaciones lo que más falla es la entrega de información, quedando Domeyko en el límite de 75% pero destacando positivamente Viel con un 89%. Lo mejor evaluado es el trato con respeto, siendo el promedio de los centros de un 83,3%.

Globalmente en el área de relaciones, es el sector de B. Viel el mejor evaluado, teniendo un nivel de satisfacción de 86,8%.

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

Pregunta	Satisfacción			
	DOMEYKO	ORELLANA	VIEL	ARAUCO
¿El lugar es limpio e higiénico?	79%	85%	90%	85%
¿El lugar es cómodo y grato?	73%	78%	82%	82%
¿En general qué opina de las instalaciones?	78%	82%	80%	87%
¿Es fácil ubicarse al interior del establecimiento?	81%	84%	89%	86%

En la medición de esta dimensión tanto Viel como Arauco son los centros que mejor resultan evaluados (85%), superando a Domeyko y Orellana, que presentan un 77% y 82% respectivamente. Dado que este es un corte anual, en Domeyko pueden haber influido en parte los trabajos de reparaciones mayores realizados durante el primer trimestre del año.

Específicamente, lo grato y cómodo del lugar es lo que obtiene menor satisfacción, destacando Domeyko que baja de 75%. En contraparte, la percepción de facilidad de ubicación dentro de los establecimientos es

lo que obtiene mayor puntaje en satisfacción. En esta área es el polo Viel el mejor evaluado.

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

Pregunta	Satisfacción			
	DOMEYKO	ORELLANA	VIEL	ARAUCO
¿Obtuvo el servicio o atención por la cual vino?	75%	83%	87%	76%
¿Siente que recibe una atención segura? (sin riesgos)	74%	80%	87%	80%
Desde que llegó hasta que lo atendieron ¿Cómo evalúa el tiempo de espera?	60%	74%	76%	74%
¿El servicio o atención que recibe es de la calidad deseada?	69%	76%	86%	75%
En cuanto a discriminación al migrante (extranjero) ¿cómo califica nuestra atención?	75%	70%	80%	65%

En términos globales, la dimensión prestación es evaluada con un 76% de satisfacción, destacando los polos Viel y Orellana con valores de 83% y 77% respectivamente. Para superar el límite inferior de 75%, deben trabajar Arauco (74%) y Domeyko (71%)

Al observar específicamente como se respondió a las preguntas que evaluaron este ámbito, el tiempo de espera es el que tiene una menor satisfacción, con un promedio de 71% y siendo el menor evaluado Domeyko, con un 60%. Respecto a la percepción de calidad del servicio, Domeyko es el peor evaluado, con un 69%, y en contraste está Viel que presenta un 86% de satisfacción.

De forma positiva, es importante recalcar que tanto la percepción de seguridad en la atención y la de obtención del servicio por el que se acudió al centro son las mejor evaluadas en la red de salud, con un nivel de satisfacción promedio de 80% para ambas.

SAPU Domeyko

El Cesfam Ignacio Domeyko inauguró en abril de este año un Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) en sus dependencias, el cual ha servido para mejorar el acceso a la atención de salud de la población comunal. Dado que la satisfacción de nuestros usuarios es un referente de la calidad del servicio que prestamos y a que este es uno que presenta algunas características específicas en la forma en que se entrega, es que se hace necesario observarlo de forma independiente.

El SAPU de Domeyko comenzó sus atenciones el día 04 de abril de 2016. Al día 25 de octubre ya se han entregado 12.055 atenciones médicas de urgencia de nivel primario.

La atención se otorga a todo usuario beneficiario de Fonasa que lo requiera esté o no inscrito en alguno de nuestros centros de salud.

En cuanto a la evaluación de la satisfacción usuaria, esta se realiza en la misma modalidad que los demás centros por medio de un dispositivo electrónico (Tablet) instalado en un soporte fijo y ubicado en una zona del SAPU. El usuario accede a la encuesta respondiendo una pregunta, elegida al azar, de cada una de las áreas evaluadas.

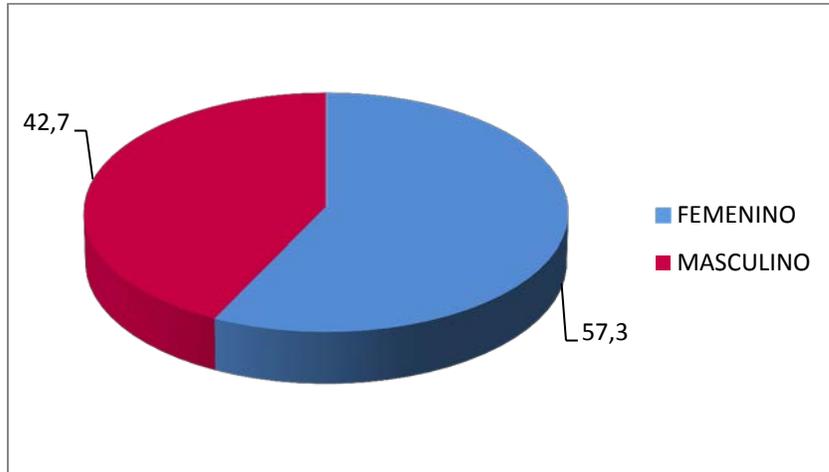
Principales Resultados

Dentro del año se han obtenido 648 encuestas, de estas la distribución en cuanto a sexo y tipo de paciente se aprecia en los siguientes gráficos:

Caracterización de los encuestados

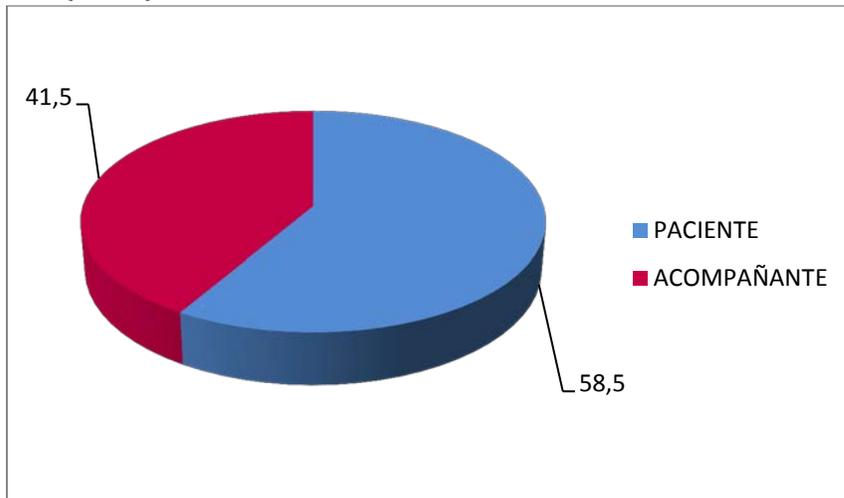
Sexo.

Las mujeres son quienes mas contestan las encuestas en SAPU, similar a lo que se ve en los centros de salud.



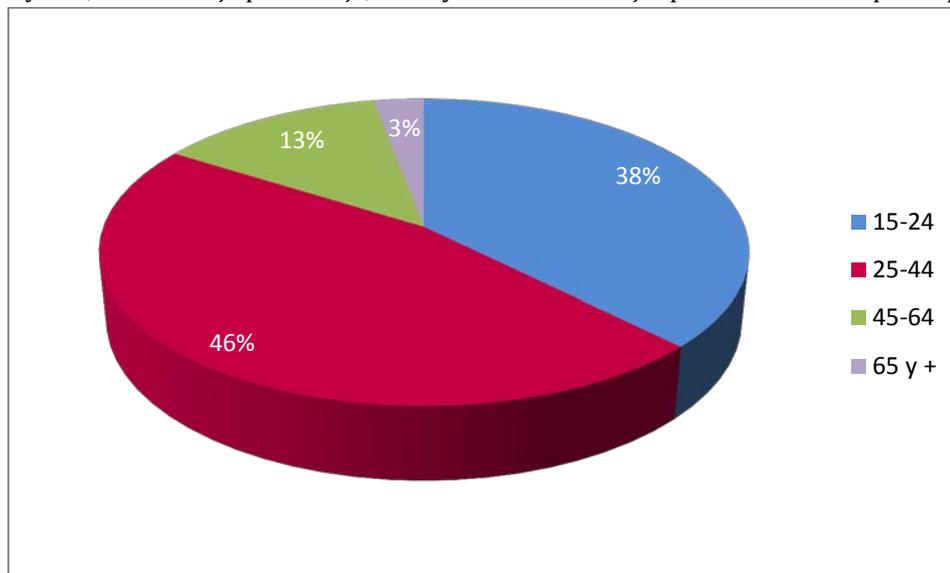
Tipo de usuario:

Respecto al tipo de usuario, 379 se categorizaron como pacientes (58,5%) y 269 como acompañantes (41,5%).



Grupos de edad:

En SAPU se observa la misma tendencia que en el resto de Domeyko y los demás centros de la red. Los grupos con mayor representación corresponden al de 25 a 44 años y de 15 a 24 años. Respecto a los adultos mayores, dado su bajo porcentaje, Domeyko deberá trabajar para aumentar su participación.



Resultados de Satisfacción usuaria

Tipo de Pregunta	Pregunta	Satisfacción
General	Antes de entrar al establecimiento ¿En general, qué opinión tenía de las instalaciones?	76%
	Antes de entrar al establecimiento ¿En general, cómo esperaba ser tratado?	82%
	Antes de entrar al establecimiento ¿En general, esperaba recibir un servicio o atención de la calidad?	81%
	Antes de entrar al establecimiento ¿En general, usted cree que el establecimiento satisface sus expectativas?	73%

Las expectativas de los usuarios en general son altas al llegar a atenderse al centro, estimándose sobre 70 %. Más específicamente, las expectativas son menores en relación a las instalaciones y mayores respecto a la calidad de la atención.

Contexto		
Tipo de Pregunta	Pregunta	Satisfacción
General	¿El lugar es limpio e higiénico?	79%
	¿El lugar es cómodo y grato?	73%
	¿En general qué opina de las instalaciones?	78%
	¿Es fácil ubicarse al interior del establecimiento?	81%

En contexto se aprecia alta satisfacción. Aquí es importante recordar que el SAPU opera en dependencias del CESFAM Domeyko por lo que las opiniones coinciden con las generales del centro. Los usuarios valoran más satisfactoriamente la facilidad de ubicación dentro del lugar, su limpieza e higiene y valoran menos la comodidad.

Relaciones		
Tipo de Pregunta	Pregunta	Satisfacción
General	¿En general, qué opina del trato recibido en el establecimiento?	72%
	¿El personal le entrega la información que Ud. necesita?	75%
	¿El personal lo trata con respeto? (dignidad)	82%
	¿El personal estuvo dispuesto a responder sus preguntas, dudas e inquietudes?	78%

Las relaciones establecidas con el personal son valoradas positivamente, teniendo una mayor satisfacción el trato respetuoso y digno recibido así como también la disposición a responder dudas o preguntas. Debe mejorarse eso sí en la entrega de información.

Prestación		
Tipo de Pregunta	Pregunta	Satisfacción
General	¿Obtuvo el servicio o atención por la cual vino?	75%
	¿Siente que recibe una atención segura? (sin riesgos)	74%
	Desde que llegó hasta que lo atendieron ¿Cómo evalúa el tiempo de espera?	60%
	¿El servicio o atención que recibe es de la calidad deseada?	69%
Específicas Servicios	En cuanto a discriminación al migrante (extranjero) ¿cómo califica nuestra atención?	75%

En la dimensión de prestación, se observan niveles de satisfacción menores que la media respecto de los tiempos de espera y de la calidad deseada del servicio recibido. Debe trabajarse en la optimización de los flujos de atención del SAPU para hacerlos más eficientes, así como también debe reforzarse la información a la comunidad de que las atenciones de urgencia son por prioridad clínica, por lo que en ocasiones pueden producirse esperas mayores en función de este criterio.

5. Áreas estratégicas y Planes de Cuidados de Salud de la Población

1. Calidad de la Atención.

La calidad de la atención como ámbito de la gestión en salud no es algo nuevo en el mundo. Sin embargo, ha tomado particular fuerza en el país en los últimos años debido a que ha estado impulsada por el Ministerio de Salud a través de la implementación de la garantía de calidad en salud del régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) y de los proceso de Acreditación de Calidad que surgieron a partir de lo anterior. Dicho proceso se inició en los prestadores sanitarios de atención cerrada u hospitalaria, pero también se ha ido extendiendo a los de atención abierta, entre los que se cuenta a la Atención Primaria de Salud.

En concordancia con lo anterior, la creación de un área de calidad en la estructura de la organización ha sido un anhelo de esta Dirección. Aunque formalmente se había intentado levantar esta unidad anteriormente, es desde este 2016 que logra realizarse un trabajo un poco más sistemático en el tiempo.

En su concepción, esta área está íntimamente relacionada con la Acreditación, proceso obligatorio de los Centros de Salud para poder otorgar prestaciones de patologías GES y que se dirige desde la Superintendencia de Salud. Al mes de octubre del presente, en el país habían 14 centros de atención abierta de baja complejidad acreditados y el plazo límite impuesto por la autoridad para su cumplimiento es el año 2019. Durante el año 2016, se consideró aumentar el trabajo en esta área, designando un coordinador del área de calidad, para concretar tareas dirigidas a la futura acreditación en salud; esta designación se concreta con el inicio en estas labores en el mes de julio de una Matrona coordinadora en Calidad.

En el mes de agosto se nominaron los encargados locales de la red, estableciéndose un encargado por CESFAM en nuestra red, cada encargado local cuenta con 9 horas semanales asignadas para esta labor, designándose a dos Enfermeras, una Matrona y un Odontólogo para labores de gestión local de calidad. La nominación del cargo es: Gestor Local de Acreditación y Calidad (GLAC).

La metodología de trabajo será con foco en el usuario, con descripción y análisis de nuestros procesos, y mejora del sistema en general, realizando una primera evaluación para el autoconocimiento y mejora continua. Es por ello que entre las tareas planificadas para el año 2017 está la de autoevaluación de los procesos de atención.

En el ámbito de la infraestructura ya se trabaja en la reposición de los inmuebles que corresponden a los polos Domeyko, Viel y Orellana. Sin embargo, también será materia a abordar las demostraciones o autorizaciones sanitarias necesarias para que los centros existentes o futuros puedan realizar sus actividades en regla.

Igualmente, de forma paralela, es necesario que esto continúe acompañándose con procesos de formación continua en el área de acreditación/calidad y de la gestión del cambio, para que quienes realizan tareas de dirección, coordinación y evaluación puedan contar con los conocimientos y herramientas que lleven a este proceso al éxito.

Infraestructura

La calidad de los procesos debe ir acompañada de una infraestructura que responda satisfactoriamente a las necesidades de salud de la población. Para ello, debe contar con estándares de calidad que permitan la realización de las prestaciones sanitarias en un ambiente de seguridad clínica.

En los últimos años, esta Dirección de Salud ha ido en esa línea con la conformación de proyectos de infraestructura que van en la dirección de normalizar la antigua y desactualizada infraestructura de

nuestros centros. A continuación se describen los más emblemáticos:

1. Cesfam Erasmo Escala
2. Cesfam Matta Sur, incluido dentro de un proyecto integral que además incluye un centro comunitario, con actividades asociadas a salud
3. Centro de Especialidades Dental

1. CESFAM ERASMO ESCALA



Se trata de un Edificio de dos niveles, destinado a Centro de Salud Familiar (Cesfam) y orientado a una capacidad objetiva de 30.000 habitantes, vecinos del sector. La zona de emplazamiento reviste características de preservación patrimonial, en el barrio Poniente de la comuna de Santiago, específicamente en la zona de borde del barrio patrimonial Yungay.

En correspondencia con la ordenanza general de Urbanismo y Construcción, el edificio cumple con las dotaciones de espacios libres, baños, servicios y apoyo de infraestructura de servicios. De igual manera cada recinto cumple individualmente con los requerimientos de ventilación, iluminación y condiciones de habitabilidad exigidas por la normativa.

El Cesfam Erasmo Escala tendrá dos niveles con un cuerpo paralelo a la calle y un cuerpo interior longitudinal al terreno y centralizado. El Edificio se organiza simétricamente por un Eje Central y establece dos articulaciones que albergan los espacios de público. Todo con un total de 2.483,16 M2 construidos, y que cumple con los mejores estándares de calidad y con todas las características de accesibilidad para personas con movilidad reducida.

El inicio de obras ha podido ser una realidad desde Junio de 2016 y se espera que estas finalicen durante el segundo semestre de 2017.

Más allá de la construcción del nuevo centro de salud, también deberá comenzar el trabajo de resectorización del territorio del Polo Domeyko, puesto que ambos CESFAM, Erasmo Escala e Ignacio Domeyko, se harán cargo de los servicios sanitarios para los más de 50.000 inscritos con que cuenta dicho polo en la actualidad.

2. CESFAM Y CENTRO COMUNITARIO MATTA SUR.



La Municipalidad de Santiago, en su responsabilidad con la comunidad respecto al rescate y validación de edificios abandonados de carácter patrimonial para su uso cultural y vecinal, ha proyectado la recuperación del Ex Liceo Metropolitano de Santiago, el cual está protegido bajo la categoría de Inmueble de Conservación Histórica (ICH).

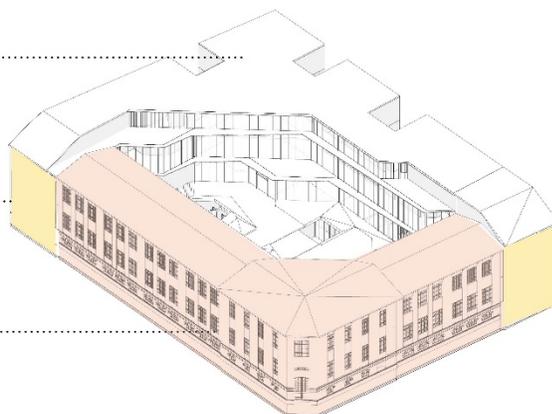
El proyecto de “Centro Comunitario Matta Sur” es un proyecto innovador, resultante de la unión de la gestión comunitaria con la gestión en salud, que pone énfasis en estrategias de promoción y prevención de la salud de la comunidad de manera integral, y que busca provocar un impacto en la calidad de vida y mejoramiento del estado de bienestar de la población. El concepto fundamental que define el objeto de este proyecto se resume en: “El proyecto debe ser un referente de Salud a Nivel Urbano, que se integre dentro de la comunidad y la haga participe de un nuevo concepto de cuidado de la salud y de vida saludable”, implementando un nuevo modelo de gestión donde el encuentro social, la educación sanitaria y el desarrollo de la prevención, son tan importantes como la atención clínica.

El proyecto se construirá en un terreno de 2.485 m², por una parte realizando la recuperación patrimonial del edificio de 3 niveles existente, (de 2.007,73 m²), y donde se proponen actividades comunitarias orientadas al tema de salud integral. Por otro lado, se construye en el mismo predio un centro de salud familiar, cesfam para 30.000 inscritos de 3.491,78 m². Se espera que la obra pueda estar finalizando hacia fines del último trimestre de 2018.

Planteamiento del Centro de Salud en el Patio existente

Intervención puntual de demolición del Ex-Colegio por imperativo "normativo"

Restauración del cuerpo central del Ex-Colegio y conversión del mismo a uso comunitario



3. CENTRO DE ESPECIALIDADES DENTALES.

Dentro del marco de "Reglamento del Sistema de Acreditación Para Prestadores Institucionales de Salud", según D N°15 de 2007, y del D N°58 2008 "Aprueba Normas Técnicas Básicas Para Obtención de Autorización Sanitaria de los Establecimientos Asistenciales", este municipio realizó la evaluación de la totalidad de sus centros de Salud, levantando las brechas presentes en la red al año 2012.

El déficit dental resultó evidente, por lo que a partir de dicho proceso se propone aumentar la dotación de salas dentales en un centro que supla el déficit de la red de salud. Así, se proyectó la habilitación del Centro de Especialidades Dentales, el cual ya está próximo a terminar sus obras y en cual acondicionaron 4 boxes dentales y una sala de rayos (dental), un sector de S.O.M.E, bodegas, Servicios Higiénicos y Kitchenette.

El recurso humano estará conformado por equipos compuestos de una dupla odontólogo y técnico de salud en odontología, a través de un prestador institucional que se definirá prontamente. Se espera que pueda superarse en cerca de 20% lo realizado anualmente en promedio (800 prótesis con prestador actual).

Calidad de los Procesos Clínicos

Acreditación de salud

El Sistema Nacional de Acreditación en Salud tiene por sentido constituir unos de los pilares para el cumplimiento de la Garantía de Calidad. La acreditación es un proceso de evaluación periódico, respecto del cumplimiento de Estándares Mínimos fijados por el Ministerio de Salud. Las evaluaciones se realizarán cada tres años después de realizada la primera vez.

La acreditación en salud constituye una herramienta más de la política pública pro equidad, que tiene por objetivo garantizar a todos los usuarios del Sistema de Salud de Chile, ya sea a nivel de la red pública o privada, una atención segura y de calidad.

El proceso de acreditación consta de diversas etapas, en las cuales están involucrados los prestadores que desean acreditarse y diversos Organismos e Instituciones Públicas. Las fechas actualmente vigentes de la exigencia de acreditación para prestadores institucionales, son las que se señalan en el artículo N° 14 DS N° 3 que Aprueba las Garantías Explicitas en Salud de 2016 MINSAL/MINHAC.

El equipo de calidad (Coordinadora y GLACS) ya ha comenzado la tarea de recopilación de información y organización del trabajo, con el objeto de realizar junto con los equipos locales de cada centro, un primer autodiagnóstico de situación conducente a levantar brechas en sus procesos clínicos para luego trabajarlas colaborativamente.

2. Programa Santiago Sano, construyendo entornos saludables

El Programa Santiago Sano es una apuesta innovadora de la Municipalidad de Santiago. Liderado por la Alcaldía y el Concejo Municipal, su objetivo es reducir los factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles en la población que reside, trabaja, estudia y transita por la comuna de Santiago. Santiago Sano posee tres características que lo distinguen de programas con objetivos similares en Chile y América Latina:

1. Utiliza un enfoque de Salud en Todas las Políticas. Este enfoque busca incorporar perspectivas de salud en otros sectores, identificar sinergias y prevenir impactos negativos en salud.⁸ Esto se lleva a la práctica con la voluntad política de la máxima autoridad comunal, aprovechando ventanas de oportunidad, estableciendo salvaguardas contra los conflictos de interés y creando un Comité Ejecutivo Intersectorial liderado por el Gabinete de Alcaldía. Como política, no existen alianzas con la industria alimentaria, de alcohol, tabacalera y farmacéutica en las intervenciones que realiza.
2. Incorpora el modelo DAM (disponibilidad, asequibilidad y marketing). Este modelo traduce las intervenciones más costo-efectivas para la reducción de factores de riesgo de ENTs, relevando la importancia que tiene el acceso físico, los precios y la publicidad en los comportamientos en salud. Conceptualmente, es una adaptación del modelo socioecológico al identificar distintos niveles de influencia en el comportamiento; en este caso, el foco está puesto en los niveles de políticas públicas, comunitario y organizacional.
3. Fomenta la participación y el co-diseño con la comunidad. Este aspecto se ha ido consolidando en el tiempo y actualmente, todas las iniciativas del Programa Santiago Sano incorporan un fuerte componente de co-diseño y participación de la comunidad. Se busca ir más allá de las etapas de información y consulta y llegar a consolidar mecanismos de control comunitario en el diseño de iniciativas.

De paso, Santiago Sano rompe la lógica tradicional de la APS municipal, dado que no sólo aborda acciones con los beneficiarios de la red APS (inscritos de FONASA), sino que a todos los residentes, trabajadores, estudiantes y transeúntes de la comuna. En Santiago Sano participan más de 20 direcciones municipales en diversos proyectos intersectoriales en 6 áreas temáticas que se detallan a continuación.

1. Espacio Público

Santiago, comuna capital, es el lugar de encuentro de 1.8 millones de personas. Una gran cantidad de ellas tiene una vinculación permanente con la comuna, vive, trabaja o estudia en ella. Santiago es entonces un gran lugar de encuentro de personas de distintas edades, gustos, aspiraciones, sueños, nacionalidades, orientaciones sexuales, capacidades e historias de vida. Por ello el espacio público santiaguino es estratégico en la creación de entornos saludables.

El área de Espacio Público de Santiago Sano ha desarrollado intervenciones intersectoriales con gran potencial de impacto dado que están destinadas a la población residente y no residente de la comuna. En términos generales, las intervenciones estructurales destinadas a la construcción, destinadas a otorgar oportunidades para la actividad física y mejorar la disponibilidad de alimentos saludables en la vía pública.

⁸ Leppo K, Ollila E, Peña S, Wismar M, Cook S. Health in All Policies: Seizing Opportunities, Implementing policies. Ministry of Social Affairs and Health, Finland, 2013

El trabajo realizado por Espacio Público ha sido el fruto de la colaboración entre las direcciones de Parques y Jardines, Comercio en Vía Pública, Dirección de Desarrollo Económico Local, DIDECO, Rentas, Educación y Salud. Además se han desarrollado colaboraciones y alianzas con FOSIS y DUOC.

Dentro de los logros desarrollados, se presentan los que se detallan a continuación:

Plazas Promotoras de la Primera Infancia

Las Plazas Promotoras de la Primera Infancia consisten en zonas de juegos infantiles diseñadas para niños menores de 5 años para promover el juego, el movimiento y la cohesión social en niños y niñas de este grupo etario y cuenta con las siguientes características:

- I. Pavimento de superficie blanda y drenante.
- II. Perímetro cerrado con accesos que evitan la salida directa de los niños.
- III. Juegos infantiles adecuados para uso por menores de 5 años
- IV. Señaléticas indicativas de usos y habilidades que desarrollan cada uno de estos.
- V. Protección de radiación solar a través de toldo con protección UV, pérgola o masa arbórea.

Este tipo de intervenciones cuenta con sólida evidencia internacional, que demuestra la importancia de contar con plazas y parques seguros, accesibles y cercanos en la actividad física y el bienestar. La Primera Plaza Promotora para la Primera Infancia, entregada en Febrero del 2015, se encuentra ubicada en San Isidro con Santa Victoria y fue creada con el financiamiento de la Secretaría Regional Ministerial de Salud, a través del Plan Comunal de Promoción de la Salud, por un total de \$19.808.173. En el diseño e implementación de esta Plaza participó de forma central la Dirección de Parques y Jardines en una alianza inédita con la Dirección de Salud.

El 2016 se comenzó a diseñar la Segunda Plaza Promotora de la Primera Infancia, que estará emplazada en el sector del Castillito del Parque Forestal. Este segundo modelo fue co-diseñado con la comunidad, realizando un diagnóstico de problemas a través de encuestas a usuarios y vecinos, técnicas de elicitación con niños y un conversatorio con usuarios de la plaza. Así, se realizaron encuestas a 61 usuarios de la plaza, se realizó un conversatorio con 20 adultos y se recogieron los dibujos de 42 niños. Dentro de las áreas identificadas como más problemáticas se encuentran los juegos, los baños, la seguridad, los árboles, el suelo, las bancas y la suciedad. Con esta información Parques y Jardines realizó una propuesta técnica la cual fue devuelta a los vecinos en una conversatorio realizado en el Parque Forestal y una devolución en una reunión de la Junta de Vecinos del sector.

Esta Plaza será realizada en un plazo de 3 años, con dineros provenientes de la Secretaría Regional Ministerial de Salud, a través del Plan Trienal de la Estrategia de Municipios, Comunas y Comunidades Saludables. Actualmente se está en proceso de compra de los juegos para la primera etapa, que contempla la instalación de juegos para niños de 1 a 5 años.

Red de Puntos Sanos

La Red de Puntos Sanos busca mejorar la oferta de alimentos saludables en el espacio público y escolar de la comuna de Santiago. En esta alianza intersectorial participan activamente la Dirección de Comercio en Vía Pública, la Dirección de Desarrollo Económico Local y la Dirección de Salud. Actualmente incluye cuatro tipos de proveedores saludables:

- I. Carros de jugos cítricos
- II. Carros reconvertidos a saludables
- III. Kioscos recuperados para venta de frutas y verduras
- IV. Kioscos escolares saludables

I. Carros de jugos cítricos.

El proyecto de carros de jugos cítricos consiste en la formalización de personas que comercializan jugos cítricos de manera informal en la vía pública. El proyecto del año 2015 incluyó el diseño de un carro en alianza con DUOC-UC y la confección de 40 carros para beneficiarios mayoritariamente mujeres y migrantes. Los carros fueron entregados el 16 de marzo del 2016 y se les entregó un permiso para estar

en un punto del casco histórico de 07:00 a 10:00, el que recientemente fue ampliado hasta las 12:00. El financiamiento del diseño y construcción de los carros fue aportado por el FOSIS, la identidad gráfica de la Red de Puntos Sanos fue financiada con aporte de la Secretaría Regional Ministerial de Salud. Los beneficiarios fueron capacitados en modelo de negocios, autorización sanitaria y higiene de alimentos, entre otros contenidos. Estas capacitaciones estuvieron a cargo de la Dirección de Desarrollo Económico y Local y el equipo de Salud de Santiago Sano.

II. Carros reconvertidos a saludables.

Esta iniciativa busca reconvertir proveedores no saludables que venden afuera de establecimientos educacionales y reconvertirlos a carros saludables. La Dirección de Desarrollo Económico Local (DIDEL) identificó 18 comerciantes ilegales afuera de establecimientos educacionales y les invitó a reconvertirse. De ellos, 10 estuvieron interesados y 6 estaban dispuestos además a aportar el copago de los programas de FOSIS. Finalmente 3 comerciantes fueron beneficiados, dos carros que previamente vendían confites y uno sopaipillas. La Dirección de Salud capacitó a los beneficiarios y Comercio en Vía Pública tramitó una rebaja del 80% en los permisos municipales. La experiencia fue medianamente exitosa, una beneficiaria desistió de continuar en el programa y dos de ellas se encuentran actualmente afuera de dos establecimientos educacionales: Escuela Básica Salvador Sanfuentes y Colegio Guillermo Matta. Los carros fueron financiados por el FOSIS y la identidad gráfica de la Red de Puntos Sanos fue financiada con aporte de la Secretaría Regional Ministerial de Salud.

III. Kiosco recuperado para la venta de frutas y verduras.

Con el apoyo de Comercio en Vía Pública, se recuperaron dos kioscos de diarios y revistas que no se estaban usando ubicados en Estado con Huérfanos y Catedral con Bandera. Estos kioscos se pintaron y brandearon la imagen de la Red de Puntos Sanos. Estos kioscos actualmente ponen a disponibilidad de la población que transita por el centro de Santiago frutas y verduras a un precio más accesible que la de los supermercados.

IV. Kioscos escolares saludables.

Con la implementación de la Ley de Etiquetado Nutricional, que prohíbe la publicidad de alimentos altos en azúcar, sodio, calorías y grasas saturadas al interior de los colegios, se decidió pintar los kioscos y darles una identidad gráfica coherente con la Red de Puntos Sanos. Durante el 2015 se pintaron 20 kioscos, en 17 establecimientos educacionales municipales de la comuna. Este trabajo se realizó en coordinación con Emergencias, la CORDESAN, Vía Pública y la SECPLAN quienes colaboraron en la pintura de los kioscos.

Ferias Santiago Sano

Complementario a la Red de Puntos Sanos, durante el año 2016 se implementó un circuito educativo en ferias libres, con el objeto de promover su uso como un espacio de promoción de la comida saludable y proveer educación en torno a la Ley 20.606 de Etiquetado de Alimentos y el modelo de Plato Saludable que utiliza Santiago Sano. El año 2016 se realizaron 11 visitas a 9 ferias de la comuna.

Laboratorio de Innovación Saludable

El Laboratorio de Innovación Saludable (LISA) es una iniciativa única que persigue tres objetivos: Promover el emprendimiento saludable en la comuna de Santiago; apoyar a vecinos y organizaciones sociales en la postulación de proyectos relacionados con la vida saludable y; establecer un espacio de interacción entre el Municipio y la Academia en temas relacionados con la innovación saludable.

Más que un acompañamiento a estos grupos objetivos, LISA busca constituirse como un espacio de co-working y diseño de nuevas ideas innovadoras. El laboratorio funciona dos días a la semana en el Centro Comunitario Palacio Álamos y se cuenta con el apoyo de un equipo multidisciplinario de profesionales (médico, psicóloga, diseñadora integral y psicólogo).

Perspectivas 2017

En el futuro se espera culminar la construcción de la Segunda Plaza Promotora de la Primera Infancia y consolidar la Red de Puntos Sanos, incorporando no sólo a comerciantes minoristas, sino a proveedores

de oferta saludable, facilitando la asociatividad, fortaleciendo el desarrollo de un modelo de negocios y expandiendo la cantidad de participantes.

Alcohol

El consumo nocivo de alcohol genera daños en la salud, la seguridad y la convivencia en los barrios de Santiago. Los daños asociados al consumo de alcohol impactan directamente en la salud de las personas, siendo el factor de riesgo que produce mayor riesgo de muerte y discapacidad en Chile. Además, tiene consecuencias sociales y comunitarias, ya que está asociado a eventos de violencia intrafamiliar, al aumento de la inseguridad de los barrios y al deterioro de la convivencia entre vecinos y usuarios del territorio. Abordar el problema del consumo de riesgo de alcohol permite reducir el impacto sobre la salud pública y promover una mejor convivencia barrial entre los vecinos y vecinas de Santiago.

El área alcohol trabaja en el cumplimiento de tres componentes: gestión y articulación a nivel municipal en las medidas de prevención y reducción de daño; estrategias preventivo educativas para la reducción de los consumos de riesgo dirigidas a jóvenes y adolescentes; y el Control Cero Alcohol, que busca disuadir la conducción bajo los efectos del alcohol.

Logros

I. Evidencia Levantada

En el año 2014, el equipo de Salud de Santiago Sano levantó la evidencia de daño por alcohol existente en la comuna. Esto ha permitido identificar algunas zonas con mayor densidad de reclamos, de marketing por alcohol y de patentes. Esto ha permitido tomar decisiones en conjunto con otros equipos del Municipio con evidencia y es coherente con la evidencia que señala que a mayor disponibilidad, accesibilidad y marketing mayores son los daños asociados al alcohol.

El trabajo de georeferenciación permitió analizar la distribución espacial de 18.709 llamados a Aló Santiago en el período 2010-2014 -todos asociados al consumo y daños por alcohol-, la distribución de 2996 patentes de alcohol, la presencia de 479 locales con publicidad de alcohol y 128 lugares de venta clandestina.

II. Plan Piloto Comunitario San Borja

Para promover el consumo de alcohol menos riesgoso, durante el año 2015 se realizó el Plan Piloto en el Barrio San Borja. Este plan contó con la participación de las Junta de Vecinos Número 2 de la 7° agrupación, los comités de administración de los edificios circundantes a la Plaza El Pedregal, botilleros del sector y los agentes municipales involucrados. Este plan incluyó acuerdos entre los dueños de botillería, vecinos y el municipio, para así cuidar los barrios de Santiago entre todos y generar buenas prácticas para la convivencia en nuestros barrios, evitando la disponibilidad de alcohol para menores de edad y personas en estado de ebriedad y prohibiendo la venta de alcohol de alta graduación a muy bajo precio. Este plan contiene, entonces, las dos medidas estructurales más importantes para disminuir el consumo nocivo de alcohol: disminuir disponibilidad y la asequibilidad. Actualmente, se encuentra en evaluación del cumplimiento del logro de los objetivos propuestos y compromisos adquiridos.

III. Plan “Convivencia Barrial y Alcohol”

Este Plan Estratégico de Convivencia Barrial y Alcohol responde a una necesidad comunal, a la continuación del trabajo iniciado el año 2014 y a la información recabada en entrevistas a distintos actores municipales que en su quehacer se encuentran con el fenómeno del consumo de alcohol. Las entrevistas a 20 actores municipales muestran que en la Municipalidad de Santiago existe una gran cantidad de acciones destinadas a reducir el consumo de alcohol, a través de los procesos de otorgamiento y fiscalización de patentes, servicios sociales y de salud, estrategias comunitarias y a infractores de ley. En ese sentido, el Plan busca rescatar y coordinar las acciones que ya están realizando los distintos actores municipales e incluir algunas acciones específicas en algunos barrios para proteger a la población que reside y usa esos territorios de los daños generados por el consumo de alcohol, siendo la nueva acción la expansión del modelo comunitario de convivencia barrial y alcohol a

dos nuevos barrios, manteniendo la intervención realizada en el barrio San Borja.

Dentro de las direcciones municipales que tienen metas comprometidas se encuentran Subdirección de Vía y Espacios Públicos, Subdirección de Ventanilla Única, Subdirección de Inspección, Subdirección de Deportes, Dirección de Desarrollo Comunitario, Dirección de Educación, Dirección de Salud y SENDA Previene.

IV. Capacitaciones a agentes comunitarios

Con el objetivo de articular el trabajo de los agentes desplegados en el territorio con las tareas de promoción de salud, el equipo de Salud de Santiago Sano ha capacitado a 19 profesionales de la Subdirección de Participación, Subdirección de Deportes y de SENDA Previene. Los temas abordados se relacionan con una sensibilización sobre los daños sociales y comunitarios asociados al alcohol, la identificación de políticas públicas efectivas y la transferencia de herramientas para abordar este problema. Además antes que termine el año se espera capacitar a las enfermeras de la red de salud para reforzar sus habilidades en instrumentos de tamizaje e intervenciones breves, las que tienen evidencia que disminuyen los consumos de riesgo.

V. Capacitaciones a agentes promotores

Santiago sano realiza tareas de promoción de la salud e intervenciones preventivas y educación a jóvenes mediante una estrategia de pares, que se ha desarrollado en un trabajo asociado con universidades presentes en la comuna. El trabajo de identificación de prácticas de consumo de riesgo permitió detectar que hay una alta presencia de éstas en el Barrio República y en el Parque Almagro, especialmente en estos sectores con una alta concentración de bares y con alto tránsito de estudiantes. Para esto, se ha trabajado con la Escuela de Enfermería de la Universidad Santo Tomás y con la Dirección de Apoyo y Vida Estudiantil de la Universidad Central. A la fecha se ha capacitado a 118 jóvenes de estas casas de estudios en estrategias comunitarias e Intervenciones breves para la reducción de riesgo del consumo de alcohol, quienes han realizado 22 intervenciones en sus campus universitarios y en el espacio público.

Además, desde 2015 se han realizado intervenciones dirigidas a jóvenes en colegios, plazas, ferias, tocatas y otros espacios comunitarios de toda la comuna de Santiago.

2. Agenda 9 Pasos

Las intervenciones de alimentación saludable y actividad física en establecimientos educacionales de Santiago Sano se agrupan 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 es liderada por la Dirección de Educación, en conjunto con la Dirección de Salud, Deportes, Desarrollo Económico Local, Medio Ambiente y Tránsito. El equipo está conformado por 3 nutricionistas, 2 profesores de actividad física y 1 psicólogo. Las acciones han sido financiadas por el Servicio Metropolitano Central y JUNAEB (Programa Escuelas Saludables para el Aprendizaje).

La Agenda de 9 Pasos se sustenta en la evidencia internacional sobre prevención de obesidad en el entorno escolar. Esta evidencia sugiere que las intervenciones más efectivas son aquellas que integran los siguientes aspectos:

- I. Cambios estructurales donde se potencien ambientes donde exista una oferta y acceso a alimentos saludables y oportunidades de actividad física dentro de la jornada escolar.
- II. Inclusión de temáticas de alimentación saludable y educación física en el currículo académico.
- III. Competencias por parte de la comunidad escolar (docentes, funcionarios, padres y apoderados) para la implementación de estrategias de promoción de salud y la entrega de apoyo a niños en la adopción de conductas saludables.

Logros

La Agenda de 9 Pasos se implementó durante el año 2015 en 3 Establecimientos Educacionales: Escuela Básica Salvador Sanfuentes, Escuela República Ecuador y Liceo República de Brasil. En el año 2016 se incluyeron el Internado Nacional Barros Arana y el Liceo Isaura Dinator de Guzmán; y junto con el apoyo de los centros de salud, las Escuelas Luis Calvo Mackenna, Irene Frei y Chiloé.

Los logros alcanzados para cada uno de los pasos se describen a continuación:

Paso 1. Asesoría para la alimentación escolar y preescolar

Se busca intervenir los elementos relacionados a la alimentación de los escolares dentro del establecimiento educacional, a modo de potenciar una oferta de alimentos saludables y promover el consumo de éstos dentro de la jornada escolar, junto con reducir el consumo de alimentos no saludables.

Kioscos saludables.

En el año 2015, 18 concesionarios de 16 establecimientos voluntariamente accedieron a capacitación en ley de etiquetado, colaciones saludables y asesoría técnica para la implementación de kioscos saludables. Además, 20 kioscos de 18 establecimientos educacionales fueron hermoseados y brandeados (eliminando publicidad). En 2016 se licitaron los kioscos de la totalidad de las escuelas y liceos exigiendo un 50% de oferta saludable para el primer semestre y un 70% para el segundo. Aquellos adjudicados han recibido supervisión de nutricionistas de la DEM para asegurar el cumplimiento de oferta saludable.

Colaciones saludables. En 2015 se realizaron talleres de Prekinder a 3º básico en la Escuela Básica Salvador Sanfuentes, Liceo República de Brasil y Escuela República de Ecuador en el tema de colaciones saludables. Mediante votación cada curso estableció su minuta semanal de colaciones saludables y posteriormente se da inicio al concurso. Mediante visitas de seguimiento se registra el cumplimiento de la minuta en un panel de refuerzo y se selecciona a un curso ganador. Se observó un aumento del consumo de colaciones saludables, además de una disminución del consumo de aquellas no saludables. Un aspecto clave en esta estrategia es el incentivo del concurso grupal y el involucramiento de los padres y apoderados. En 2016 se expandió el taller y concurso a 4º básico y a otros 3 EE Stgo Sano: Escuelas Luis Calvo Mackenna, Irene Frei y Chiloé, a cargo de los nutricionistas de los centros de salud.

Programa Alimentación Escolar. La Escuela de Nutrición de la Universidad de Chile llevó a cabo en la Escuela Básica Salvador Sanfuentes el estudio "Comer en la Escuela" donde se analizó el tiempo, espacio disponible y dinámicas alimentarias de los estudiantes a la hora de comer en el establecimiento educacional y cómo esto afecta su conducta alimentaria. En base a este estudio será posible realizar mejoras de los ambientes alimentarios con el fin de favorecer conductas alimentarias.

Paso 2. Huertos saludables en establecimientos educacionales

Este paso busca promover la alimentación saludable y la conciencia medioambiental a través de la instalación de huertos como herramientas educativas y fuentes de alimentos saludables y naturales; gestionado y coordinado con el Departamento de Medio Ambiente y Educación.

- Se han instalado huertos en el INBA, Escuela Irene Frei y Escuela Básica Salvador Sanfuentes. Esto sumado a los huertos construidos por el Programa de Educación Ambiental.
- En el Liceo Isaura Dinator de Guzmán se iniciará el proceso prontamente.

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

En este paso se contemplan todas las acciones que buscan mejorar los conocimientos, actitudes y competencias que permiten un cambio conductual hacia hábitos alimentarios más saludables. Además busca desarrollar las competencias necesarias para educar a otros en este ámbito.

- Durante el año 2015 se realizaron en total más de 60 talleres de alimentación saludable en los temas: colaciones saludables (PK a 3º), grupos de alimentos (PK y K), plato saludable (1º a 3º) y consumo de legumbres en Escuela Básica Salvador Sanfuentes; y de PK a 2º básico en República de Ecuador y Brasil.
- Se realizaron 3 talleres a los funcionarios, padres y apoderados de la Escuela Básica Salvador Sanfuentes en temas de plato saludable, etiquetado nutricional y planificación alimentaria familiar.
- 42 profesionales de CIF, Deportes, DEM y Salud realizaron un Diplomado de Evaluación Nutricional de la Universidad del Desarrollo.
- Se realizó un programa educativo en la Sala Infantil de la Biblioteca de Santiago dirigido a niños y sus familias en los temas de: celebraciones saludables, planificación de alimentación familiar y plato saludable. En cada sesión se logró una asistencia de 15 a 20 participantes.
- En 2016 se ha estado llevando a cabo un programa educativo de alimentación saludable de 3 sesiones para funcionarios de la Escuela Básica Salvador Sanfuentes, Liceo Isaura Dinator, INBA, además de talleres en las dependencias municipales de Amunátegui y Santo Domingo.

Paso 4. Clases de educación física de calidad asegurada

Este paso, uno de los más complejos en ejecución pues no depende de una persona o equipo, sino de una institución comprometida con la actividad física dentro del espacio educativo; busca asegurar la calidad de la clase de educación física a modo que tenga un impacto en la condición física de los estudiantes.

- 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 y recreativa acorde a la necesidad

Este paso tiene como objetivo equilibrar las oportunidades de actividad física, tanto deportivas como recreativas, de los estudiantes de la comuna a través de la infraestructura necesaria para ello.

- Se han entregado materiales para las clases de educación física a profesores de la Escuela Básica Salvador Sanfuentes.
- Se han entregado a los cursos de PK a 3ro básico de Escuela Salvador Sanfuentes, Ecuador y Brasil un total de 37 kit de recreo entretenido para su sala de clases y así tener implementos deportivos para hacer uso libre en sus recreos. Durante el año 2017 se entregarán nuevos kits, abarcando también a cursos de enseñanza media.
- Se han implementado pausas activas en consejo de profesores de algunos EE Stgo Sano.
- En 2016 se ha dado inicio al pilotaje de DAME 10 en Escuela Salvador Sanfuentes, una estrategia de Descansos Activos Mediante Ejercicio Físico para fomentar la actividad física en el aula, la cual ha sido elaborada en conjunto con los docentes de la escuela.

Paso 6. Transporte activo a y desde establecimientos educacionales

Este paso busca favorecer la actividad física y el movimiento diario utilizando medios de transporte activo para ir y volver del estudio y/o trabajo a través de la infraestructura requerida para ello.

- Se han instalado estacionamientos de bicicleta en 14 escuelas y 12 liceos de la comuna.

Paso 7. Adecuada oferta de actividades extracurriculares

A través de la alianza con la Dirección de Deportes, se entrega una oferta extendida de actividades

deportivas a la cual pueden acceder los miembros de la comunidad de los establecimientos educacionales Santiago Sano.

- Se inició un taller de Escalada Deportiva en el Liceo Barros Borgoño.
- En 2015 se realizó Activa tu Escuela liderado por la Dirección de Deportes y con apoyo de Educación y Salud. En 28 eventos que cubrieron 21 escuelas, participaron en total 12.230 estudiantes de Prekinder a 8vo básico

Paso 8. Salud Bucal

Nuevo paso el cual está en proceso de estructuración para implementar el año académico 2017. Este paso apunta al desarrollo de buenos hábitos de alimentación e higiene que inciden en la salud bucal de los escolares.

Paso 9. Programas de Prevención de apoyo intensificado

En paso contempla principalmente la implementación de la intervención llamada “Vida Sana” que corresponde a un programa del Ministerio de Salud el cual busca reducir los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles como diabetes, hipertensión, entre otros a través de atenciones individuales por nutricionista y psicólogo, talleres educativos y de actividad física grupales. Santiago Sano, a través de la Agenda 9 Pasos aplica un giro conceptual al programa Vida Sana al migrar a un enfoque poblacional más que individual. Esto se traduce en que la estrategia se realiza a nivel del establecimiento educacional incluyendo a miembros de la comunidad escolar de todos los estados nutricionales en las actividades grupales.

- Durante el año 2015 se implementó el Programa Vida Sana en la Escuela Básica Salvador Sanfuentes, con una cobertura de 160 niños y 20 adultos de la comunidad escolar. Se observó al cabo de 9 meses de intervención que el 21,5% de los niños de PK a 3° básico mejoraron su estado nutricional y los adultos alcanzaron una disminución promedio de 4,3 kg.
- Durante 2016 el Programa Vida Sana se expandió a 500 cupos (300 niños y 200 adultos), extendiéndose a los funcionarios del INBA y los funcionarios y las estudiantes del Liceo Isaura Dinator. Además, el Vida Sana se extendió a los funcionarios municipales que trabajan en 3 dependencias municipales de la Municipalidad de Santiago Sano a través de la iniciativa denominada Activa tu Oficina.

Visión estratégica

Para el año 2017, se busca principalmente la consolidación de los pasos más desarrollados de la Agenda, a través del mejoramiento de sus formas de ejecución. Para ello es fundamental la institucionalización de las iniciativas, específicamente aquellas para las cuales es posible generar capacidades instaladas en la comunidad escolar, como lo son los talleres educativos, concurso de colación saludable y DAME 10. Además, es relevante reforzar el trabajo en conjunto con la red de salud y contar con su apoyo en la implementación de la Agenda 9 Pasos en la comunidad. De esta manera los esfuerzos podrán concentrarse en: primero, reforzar el avance de los pasos que están menos desarrollados; y segundo, de expandirse a más establecimientos educacionales, entre ellos, jardines infantiles.

3. Espacios Amigables

El área Espacios Amigables del Programa Santiago Sano 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, SENDA y Santiago Joven. Actualmente se encuentra en 6 liceos y el Espacio Joven (Huérfanos 1805), beneficiando a más de 3000 estudiantes y a cientos de 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.

La intervención se financia combinando los recursos de los convenios "Espacios Amigables para Adolescentes" e Intervenciones Breves en Alcohol, ambos firmados con el Servicio de Salud Metropolitano Central.

Logros desde el año 2014

- Intervención sistemática desde agosto 2014 con psicólogo/a y matronas en liceos de la comuna de Santiago en la modalidad del Espacio Amigable Itinerante.
- Traslado del Espacio Amigable del CESFAM Ignacio Domeyko (funcionando allí desde el 2008) a las oficinas de Stgo Joven el 2015, adecuando sus instalaciones para las atenciones semanales de matrona y psicólogo.
- Coordinación intersectorial con equipos DEM, COSAM, SENDA, Stgo Joven, centros de salud de otras comunas y organismos de derivación. También en actividades con el SSMC y la DAP, además de asistencia a videoconferencias y espacios de capacitación.
- Inclusión de alumnas de obstetricia de la U de Chile en su proceso de tesis con los EEAA de Santiago: *"Caracterización Demográfica y Estilos de vida de Adolescentes que adhieren al Programa Espacios Amigables Itinerantes. Experiencias y Percepciones de los actores en relación a la intervención en Liceos de la comuna de Santiago 2015-2016"*.
- Facilitación de atención de salud integral a adolescentes ofreciendo prestaciones de consejerías de salud mental y salud sexual y reproductiva, fichas CLAP, AUDIT, atenciones psicológicas y entregas de métodos anticonceptivos, de forma individual a adolescentes.
- Realización de talleres sobre salud sexual y consumo problemático de sustancias en los establecimientos educacionales de la comuna, mejorando con el tiempo su metodología expositiva hacia un modelo más participativo.
- Creación de flujogramas de atención en cuanto a las redes de derivación y seguimiento de los alumnos.
- Fortalecimiento del enfoque de los Espacios Amigables en torno a ser confidenciales, con enfoque de derechos y autonomía en adolescentes.
- Durante el 2015 se realizaron 94 talleres sobre consumo de sustancias y salud sexual y reproductiva, 315 controles joven sano, 1333 consejerías en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, 295 adolescentes atendidas por riesgo de embarazo y 168 jóvenes atendidos por temáticas de salud mental.
- Durante el 2016, hasta Agosto se han realizado 37 talleres sobre consumo de sustancias y salud sexual y reproductiva, 254 controles joven sano, 656 consejerías, 396 adolescentes atendidas por riesgo de embarazo y 109 jóvenes atendidos por temáticas de salud mental. Hasta esta fecha han consultado un total de 487 jóvenes en el Espacio Amigable.

Además, este año se realizó una importante actividad de participación juvenil destinada a la elaboración del libro 100 Preguntas de Sexualidad Adolescente.

Experiencia del Libro “100 preguntas sobre sexualidad adolescente”

Durante la existencia del Espacio Amigable de Santiago, en sus modalidades fija e itinerante en liceos, se han visibilizado variados riesgos de salud sexual y reproductiva, lo cual se ha vinculado a la falta de información adecuada que restringe a los adolescentes en sus derechos. Así surge el proyecto “100 preguntas de sexualidad adolescente”.

Objetivos: Promover y proteger los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, con foco en la información y educación integral de la sexualidad, fomentando un desarrollo sano y responsable. Objetivos específicos: a) Favorecer la participación activa de los adolescentes sobre derechos sexuales y reproductivos, b) Fomentar el respeto y la inclusión de los adolescentes LGBTI, c) Propender a la autonomía sexual de los jóvenes, al resguardo de su integridad y a la seguridad sobre sus cuerpos, y d) Propiciar el debate informado, desprejuiciado y realista sobre sexualidad.

Método: En base a alrededor de 200 preguntas obtenidas en más de 20 talleres de salud sexual, se convocó un comité de adolescentes para generar un libro de sexualidad. Participan 13 adolescentes de 10 liceos de Santiago escogidos por sus propios establecimientos. En 6 reuniones se aborda: Elección de áreas temáticas, selección de 100 preguntas, propuesta estética y gráfica, tipo de ilustración, edición activa de las respuestas, elaboración de uno de los prólogos y del discurso para la presentación del libro. Paralelo al trabajo del comité editorial se contactó a expertos en sexualidad y adolescencia de diversas profesiones para dar respuesta a estas 100 preguntas.

Resultados: Se logra generar el libro en formato físico y digital, con los temas: Autoconocimiento, Diversidad, Afectividad, Salud y vida sexual, Anticoncepción y embarazo, e ITS y riesgos. Se da cuenta de una iniciativa basada en la participación de los propios adolescentes en la elaboración por y para ellos de un material educativo pertinente a sus necesidades, fomentando los derechos sexuales y reproductivos, el debate, valorando la diversidad sexual y generando un producto útil de educación.

Visión estratégica

Para el año 2017 se busca fortalecer el rol del Espacio Amigable con una evaluación de impacto sumado a los resultados de la tesis en curso, en torno a las áreas que se deban mejorar y fortalecer. Así, reforzar su sistematización y visibilizarse como una buena práctica de atención y participación adolescente, de modo de plantear expansión de establecimientos a intervenir en el futuro. Por otro lado, la Dirección de Educación está planificando un Censo Escolar a realizar en las comunidades escolares de nuestra comuna, que busca recoger aspectos relacionados al bienestar de los adolescentes incluyendo salud sexual y reproductiva. En este contexto se plantea mantener el trabajo intersectorial en relación al programa de Educación Sexual de la Dirección de Educación, y a su vez también con otros organismos como SENDA en relación a su programa Actuar a Tiempo por el consumo de sustancias en los establecimientos.

4. Adulto Mayor

El Programa Santiago Sano implementa el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes del Ministerio de Salud. Desde el mes de Abril de 2016 se ha puesto énfasis en mejorar la difusión del programa. Un grupo objetivo fundamental es el equipo de profesionales de la red de APS municipal, especialmente las enfermeras, ya que son la principal vía de derivación de usuarios al programa. El equipo profesional participa en las reuniones de estamento de enfermeras con el propósito de actualizar los lugares y horarios de los talleres.

También se han realizado alianzas estratégicas que han permitido fortalecer y facilitar el trabajo de las duplas profesionales, como son la implementación de los talleres en diversos espacios comunitarios, como el Palacio Álamos, Biblioteca de Santiago, Universidad Católica Silva Henríquez, numerosas juntas vecinales, entre otros. Para convocar a Clubes de Adulto Mayor, ambas duplas difunden el Programa en las reuniones mensuales que realiza la oficina del adulto mayor con todos los presidentes de estas organizaciones.

Se han realizado dos pasos importantes para asegurar la sostenibilidad de las mejoras de salud del programa. En primer lugar, se han desarrollado y adaptado materiales de estimulación de funciones motoras y cuadernos de estimulación cognitiva por un equipo multidisciplinario. El propósito es otorgar las herramientas necesarias para los usuarios que egresen del Programa continúen con su estimulación funcional.

En segundo lugar, se ejecutó una Capacitación de Líderes Comunitarios, cuya finalidad era dar continuidad a la estimulación funcional de los adultos mayores que egresan de los talleres. Para el cumplimiento de este propósito se capacitaron en estimulación cognitiva, motora y autocuidado, a 18 personas mayores pertenecientes a organizaciones comunitarias que fueron usuarios del Programa, las cuales destacaron por sus habilidades de liderazgo y colaboración grupal. La capacitación se realizó entre los meses de Abril y Agosto de 2016, actualmente las profesionales se encuentran realizando el seguimiento de las actividades que realizan cada uno de ellos. El próximo año, se pretende capacitar nuevas personas mayores.

Resumen de lo logrado desde 2015 y la visión estratégica a futuro

Durante el año 2015 participaron 400 adultos mayores en los diferentes talleres ejecutados entre los meses de abril y diciembre. Esta cifra de participación se incrementó en el año 2016 a 650 personas mayores, las cuales asistieron o se encuentran desarrollando los talleres hasta el mes de septiembre del presente año. El promedio de asistencia también se ha incrementado de 7 a 10 personas por taller.

Se destaca la generación de alianzas con diferentes servicios comunitarios, con el propósito de difundir y trabajar en conjunto con la comunidad. En este contexto, cabe destacar que se ha realizado un fuerte trabajo en integrar a las organizaciones locales y juntas vecinales al Programa, las cuales se detallan a continuación:

Organizaciones sociales. Durante el periodo de ejecución 2015 - 2016 el Programa Más Adultos Mayores Autovalentes, ha desarrollado un plan de trabajo con 42 organizaciones sociales, dentro de las actividades se encuentran ejecución de talleres de estimulación de las funciones cognitivas y motoras; y estilos de vida saludable. Además el equipo ha participado en jornadas coordinadas por estas organizaciones sociales, apoyando temas de autocuidado.

Juntas de Vecinos y Espacios Comunitarios. Mediante la ejecución del Programa en la comuna de Santiago se han desarrollado alianzas con 12 juntas vecinales, espacios comunitarios tales como, Parroquias, Condominios, Sedes Vecinales, Polideportivos, Centros de Salud, Centros Culturales para el Adulto Mayor, Bibliotecas, Universidades. En los diversos espacios el Programa se ha instalado desarrollando un trabajo de promoción y prevención en salud con las personas mayores del sector, con el objetivo de estimular la autovalencia de los adultos mayores de una forma accesible.

Finalizando es importante señalar que durante el año 2015 se generó un Diagnóstico Participativo con los usuarios del Programa con el objetivo de evidenciar las temáticas sobre autocuidado que eran de su interés incluir en una futura Capacitación de Líderes Comunitarios, sobre dichos resultados durante este año se ejecutó la capacitación que consistió en la realización de 18 sesiones donde se abordaron diversas temáticas de autocuidado y estilos de vida saludable, también en la última sesión se efectuó una evaluación práctica con el propósito de evaluar el manejo de grupo y la incorporación de los conceptos abordados en las diferentes sesiones. En esta actividad participaron 19 personas y se certificaron 18 adultos mayores, lo que refleja el gran compromiso y motivación de los mayores en seguir aprendiendo y por sobre todo ayudar a otros que se encuentren en una situación de mayor fragilidad. La finalidad de esta capacitación es continuar con la estimulación funcional de las personas mayores que egresan de los talleres.

Se destaca finalmente que los talleres se han adaptado a los intereses y motivaciones de los beneficiarios, realizando diversas instancias de recreación con los usuarios del programa. Enmarcadas dentro de la estimulación del autocuidado, esto ha permitido visitar diversos museos, realizar caminatas patrimoniales gestionadas en conjunto con la Oficina de Turismo, permitiendo el fortalecimiento de las relaciones entre los mayores y otorgar mayor identidad a los participantes respecto a su comunidad.

5. Promoción y Participación Comunitaria

Como se mencionó anteriormente, las acciones de promoción y participación comunitaria se integraron al Programa Santiago Sano en Marzo del año 2016. En el área de promoción, esta integración se tradujo en modificaciones de los protocolos de registro y en la eliminación de productos azucarados o poco saludables de las actividades comunitarias de promoción de la salud organizadas por los equipos de sector. Junto con ello, se instaló un nuevo sistema para la provisión de frutas en actividades comunitarias a través de la compra parcelada de frutas por Convenio Marco.

El énfasis del año 2016 estuvo en el área de participación comunitaria, donde se implementaron los Planes de Participación Social asociados a la meta sanitaria N°7. Estos planes se sustentaron en diagnósticos participativos realizados -por primera vez- por los equipos de cada sector, los que se planificó tuvieran la siguiente metodología:

- Primera etapa, los participantes se dividen en tres grupos (infancia, adulto y adulto mayor) y realizan una metodología de lluvia de ideas y priorización de los problemas de salud más relevantes para la comunidad (ver Diagnóstico Participativo).
- Segunda etapa, se elaboran perfiles de proyecto para abordar los problemas priorizados

Los planes contienen indicadores y acciones que materializan estos contenidos. A continuación se destacan las experiencias más innovadoras realizadas por cada CESFAM:

- CESFAM Viel co-organiza en conjunto con el CDL una caminata saludable que se realiza de forma mensual entre los meses de Marzo a Octubre. Se invita a la comunidad a través de invitaciones y un diario mural y luego se publican fotografías de la actividad
- CESFAM Arauco cuenta con un programa de voluntariado de alrededor de 15 adultos mayores que realizan actividades de educación y pesquisa sobre enfermedades crónicas en coordinación con el equipo de sector. Apoyan todos los días de 10.00 a 13.00
- CESFAM Domeyko realiza un trabajo cercano con el Consejo de Desarrollo Local, lo que incluye reuniones mensuales con la directiva, representantes de organizaciones comunitarias y el intersector y una visita con el CDL a las áreas de atención del CESFAM con el objeto de obtener sugerencias y observaciones de la comunidad al trabajo realizado

CESFAM Orellana realiza un taller de nuevos inscritos para chilenos y migrantes donde se informa sobre la red de atención de los niveles primario y secundario y las prestaciones con las que cuenta el CESFAM. Estas se realizan una vez al mes en el sector Parque Forestal y San Borja y cada 15 días en el Sector 1 del CESFAM Orellana.

3. Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar y Comunitario.

La Atención Primaria de Salud tiene como eje trascendental un modelo de atención enfocado en tres principios irrenunciables: centrado en las personas, con integralidad de la atención y continuidad del cuidado.

Sin embargo, estos principios deben enmarcarse e implementarse dentro de 8 ámbitos de acción: calidad, gestión de las personas trabajadoras de la salud, intersectorialidad, énfasis promocional y preventivo, enfoque familiar, centrado en atención abierta, participación en salud y uso de tecnología apropiada.

El gran desafío de la Atención Primaria, es poder poner en práctica estos principios y ámbitos y superar un modelo de atención asistencialista y centrado sólo en los aspectos biológicos de la salud (modelo médico hegemónico).

Una práctica que seguramente contribuye a esto, es tener la capacidad de autoevaluarse respecto de la implementación del modelo de atención y proponer estrategias de mejora conducentes a nivelar áreas en que se determinen brechas.

En ese sentido, el Ministerio de Salud, a través del Programa Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario (MAIS), ha querido estimular este proceso de mejora estableciendo una pauta de evaluación para certificar a los centros de salud familiar del país en su progreso en la implementación del modelo.

La evaluación se realizó a través de una pauta que midió el avance en 9 dimensiones, concordantes con los principios y ámbitos que debe tener la APS: promoción, prevención, enfoque familiar, participación social, calidad, territorialidad-intersectorialidad, desarrollo de las personas, tecnología y centrado en atención abierta. Para cada dimensión se obtuvo un porcentaje de cumplimiento, estableciéndose también uno global.

Nuestros 4 CESFAM fueron certificados y su resultado general se muestra en la siguiente tabla:

Polo	Porcentaje Cumplimiento
ARAUCO	48,92
DOMEYKO	67,95
P. ORELLANA	51,5
B. VIEL	52,48

Específicamente, el resultado por dimensión para cada polo fue el siguiente:

Dimensión	Porcentaje de cumplimiento			
	Arauco	Domeyko	Orellana	Viel
Promoción	52.86	84.29	64.29	82.86
Prevención	64.29	84.29	78.57	71.43
Enfoque Familiar	16.67	33.33	33.33	16.67
Participación	66.67	83.33	66.67	83.33
Calidad	12.5	62.5	18.75	25
Intersectorialidad	40	40	40	20
Gestión de Personas	44.44	66.67	33.33	44.44
Tecnología	100	100	100	100
Centrado Atención Abierta	42.86	57.14	28.57	28.57

En términos generales, Arauco es el único polo que no alcanzó en la evaluación un 50%. Es por ello que debió recertificarse en octubre de este año, realizando un gran trabajo de nivelación y quedando con un resultado de 84% de cumplimiento, colocándose como el centro municipal mejor evaluado. La siguiente tabla muestra los descrito y lo que se obtuvo en cada dimensión:

Dimensión	Porcentaje
Promoción de la salud	98.57
Prevención en Salud	78.57
Enfoque Familiar	79.17
Participación de la comunidad en salud	100
Calidad	75
Intersectorialidad y territorialidad	100
Gestión del desarrollo de las personas y de la organización	55.56
Tecnología	100
Centrado en atención abierta	78.57
TOTAL	84.07

No obstante lo anterior, es posible observar algunas áreas del modelo que requieren de mayor atención, como son: enfoque familiar, calidad, intersectorialidad, gestión de personas y centrado en atención abierta.

El Programa Santiago Sano ha llevado la implementación del Programa MAIS en la red, y junto a los centros, han definido planes de mejora para abordar los ítems con peor evaluación.

Los primeros pasos han sido comenzar la implementación de la estructura y organización de los equipos de calidad, lo cual se expuso en el capítulo correspondiente, pero además, se ha trabajado en el ámbito de gestión de personas a través de estudios e intervenciones en el tema de clima laboral en los Polos Orellana, Viel y Arauco. De esta manera, por medio de licitación, una empresa está efectuando entrevistas a personal directivo y aplicando una encuesta online a todos los funcionarios a modo de diagnóstico de situación. El trabajo continuará con la realización de talleres de formación de habilidades en base a las situaciones levantadas con los 2 instrumentos señalados.

Otra línea de acción que está en implementación, es la de mejorar la difusión y el conocimiento de nuestra población respecto a sus centros de atención. Esto se ha trabajado a través de la denominada campaña "Un trato por un buen trato" por medio de la confección de paneles de bienvenida por cada centro y paneles informativos que contienen a los integrantes de cada equipo de cabecera y los de las unidades de apoyo más significativas de los cesfam.

4. Enfoque de Redes Integradas de Servicios de Salud.

En 2015, en un esfuerzo por progresar en el trabajo en red, y en concordancia con el concepto de Redes Integradas de Servicios de Salud, se generó un espacio que congregó al equipo directivo de la Red de Salud Municipal y los 2 centros de Atención Primaria dependientes del Servicio de Salud Metropolitano Central (SSMC) de la comuna de Santiago, con el objetivo de desarrollar lineamientos y una propuesta de trabajo conjunta.

El producto fue el levantamiento de una serie de líneas de acción agrupadas en 2 áreas: Coordinación y Conocimiento y Flujos de información.

- 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:

- o Epidemiológico: por ejemplo Poblaciones bajo control en Programas APS
- o Degestión:
 - 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
- o 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.

Este 2016, el SSMC ha intentado dar mayor impulso para el trabajo en red con la puesta en marcha de subcomités de programación por nivel de atención. Sin embargo, esto no ha sido suficiente para lograr que la labor anteriormente descrita tenga mayor concreción, debido fundamentalmente a que se centró en la realización de una planilla estandarizada de programación de actividades del ciclo vital, quedando fuera de este trabajo su relación con elementos estratégicos de planificación sanitaria y de articulación de la red. No obstante lo señalado, es relevante la generación de este producto, dado que podrá contribuir como herramienta de gestión en el ámbito de programación de horas.

En función de lo anterior, en octubre de 2016 se realizó una jornada de trabajo en un nivel un poco más operativo, en el cual se abordaron 4 temáticas que tuvieran importancia para la comuna debido a su magnitud, relevancia social, factibilidad y/o viabilidad en el abordaje.

Dicha jornada se realizó en el Cefam 1 y contó con la participación de referentes técnicos comunales, profesionales responsables en los centros en las áreas trabajadas, así como también directoras o subdirectoras de establecimiento.

Las temáticas abordadas fueron:

- Detección Precoz y Control de la Tuberculosis
- Cobertura Programa Nacional de Inmunizaciones y campañas de vacunación
- Detección Precoz y Manejo del Desarrollo Psicomotor
- Acceso a la atención de la salud de la población inmigrante

Para cada tema, se respondieron 3 preguntas, las que se señalan a continuación:

- Mencione propuestas de intervención que podrían contribuir a desarrollar y fortalecer el trabajo en red en la temática que le correspondió analizar.
- Qué facilitadores u obstaculizadores observa en esta red para conseguir lo anterior
- Mencione otras temáticas que a su juicio pueden/deben trabajarse con enfoque de redes integradas de servicios de salud.

Sistematización de la Información

Para la realización de la actividad se conformaron 4 grupos de trabajo que analizaron los temas y respondieron las preguntas indicadas en el párrafo anterior. El producto de este trabajo se expone a continuación:

- **Tema: Detección Precoz y Control de la Tuberculosis**

1. **Mencione propuestas de intervención que podrían contribuir a desarrollar y fortalecer el trabajo en red en la temática que le correspondió analizar.**

- Sensibilizar a los equipos de salud de manera mensual, al menos media hora
- Reunión bimestral con red DAP y salud municipal para coordinación de casos y conocer referente de distintos centros.
- Tener una jornada anual para presentar programa de cada centro, perfil de usuarios y diagnóstico, así como también presentar estrategias de mejora de pesquisa y que estas puedan ser replicadas a otros centros.
- Ingreso al programa por Trabajador Social con el objetivo de identificar y articular redes de apoyo
- Realizar derivación asistida a otros profesionales del equipo de salud para optimizar la evaluación integral de los casos diagnosticados y evitar deserciones
- Realizar capacitación conjunta a todo equipo de salud; profesionales, administrativos, técnicos, auxiliares. Relevar e intencionar que la pesquisa de tuberculosis a través de la baciloscopia es tarea de todo el equipo de salud.
- Fomentar visión de red de atención entre establecimientos municipales y dependientes de la comuna, con el objetivo de optimizar rescate de usuarios y tratamiento más cercano al domicilio de estos.
- Realizar Campaña de sensibilización en la población con ayuda de agentes comunitarios.
- Formalizar vínculo con registro social de hogares para confirmar domicilios y facilitar ubicación de los mismos.
- Solicitar a laboratorio del Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA) un aumento en el número de muestras a entregar diariamente para análisis. No corresponde límite de muestras de TBC.
- Importante considerar la presencia de hospederías, personas en situación de calle, inmigrantes, fundación San Borja y penitenciaria para aumentar la pesquisa.

2. **¿Qué Facilitadores y dificultades observa en esta red para conseguir lo anterior?**

Facilitadores

- Equipos de programa capacitados y motivados, se mantienen horas protegidas en el equipo para programa de TBC.

Obstaculizadores

- Infraestructura deficiente de los centros, lugares de atención poco adecuados.
- Desconocimiento de referentes de la red asistencial en TBC y de referentes de los distintos CESFAM, no existe coordinación en red.
- Número limitado de toma de muestras de baciloscopia que pueden ser enviadas de forma diaria a laboratorio del HCSBA
- Desconocimiento generalizado del programa de TBC en equipo de salud

3. Mencionen otras temáticas que les parece importante trabajar con enfoque de red.

Tener la posibilidad de unificar sistema de registros de pacientes APS dependiente y municipalidad

- **Tema: Acceso a la atención de salud en población migrante**

1. Mencione propuestas de intervención que podrían contribuir a desarrollar y fortalecer el trabajo en red en la temática que le correspondió analizar.

- Mejorar canales de comunicación en la red, no existen instancias masivas de participación en la red como por ejemplo: potenciar canal de comunicación existente con mesa de trabajo migrantes de Santiago; potenciar la red que existe incluyendo representantes de salud, y que este representante pueda difundir información en cada centro de salud.
- Contar con facilitadores interculturales migrantes en centros de atención primaria que cuentan con presencia de inmigrantes no hispano parlantes.
- Crear y/o contar con material gráfico y / o audiovisual en atención a migrantes por especificidad cultural, según idioma, chino, creole, etc.
- Capacitación a equipos de salud en sistema de salud de países mayormente presentes en migración, visión cultural de la salud.
- Información a la comunidad respecto de acceso a la salud. Difundir las vías que ya existen.
- Promover cursos de español para migrantes
- Reforzar Trabajo con intersector; con migraciones, ONG, policías, integrar en plan de mesa comunal, cómo cada CESFAM puede interactuar con estas instituciones.

2. ¿Qué Facilitadores y dificultades observa en esta red para conseguir lo anterior?

Facilitadores:

- Compromiso y voluntad de directivos y equipos
- Trabajo coordinado con organizaciones de migrantes
- Existencia de referentes en cada polo y CESFAM dependiente
- Contar con material educativo
- Presencia de SAPU en la Comuna facilita acceso para atención de salud,

Obstaculizadores

- Ausencia de continuidad en programa de migrantes por factores económicos o políticos
- Inasistencia de usuarios a programas por cambio de domicilio
- Diferentes sistemas de registro electrónico considerando la movilidad humana.
- Temor y/o desconfianza que tienen de los migrantes con los servicios de salud.

3. Mencionen otras temáticas que les parece importante trabajar con enfoque de red.

- Articular sistema computación definitivo y compartido en la comuna
- Permitir extender horario de atención del todo el equipo y todas las prestaciones
- Coordinación con intersector en instancias de promoción y participación

- **Tema: Cobertura del Programa Nacional de Inmunización y Campañas de Vacunación**

1. Mencione propuestas de intervención que podrían contribuir a desarrollar y fortalecer el trabajo en red en la temática que le correspondió analizar.

- Coordinación y reuniones de conocimiento con el fin de mejorar la comunicación en red, entre los equipos del SSMC y Municipales.
- Tener dos reuniones en el año para coordinar campañas de vacunación; una en marzo para coordinar campaña de influenza. Replicar idea de CESFAM N°1 de realizar reunión con profesores. Establecer normas para temas de campaña unificados entre centros municipales y dependientes SSMC. Otra En junio reunión para coordinar campaña escolar.
- Difundir sectorización formal de los territorios de la comuna ya que duplican atenciones y

recursos.

- Potenciar el trabajo de prevención y promoción en esta temática entre Orellana, Viel y CESFAM N°1
- Formalización de las reuniones de referencia del servicio en los temas de vacunatorio. Hay decisiones que se toman sin considerar a los directores. Que existan actas de estas reuniones y que estén sean bajadas a los directores.
- Contar con catastros de los colegios e instituciones que van a corresponder a cada uno de los vacunatorios. (CESFAM dependientes del Servicio y municipales)
- Conocerse entre los equipos de los CESFAM para mejorar coordinación en Red. Se propone realizar visitas entre vacunatorios.
- Formalizar reunión en marzo para iniciar este trabajo.

2. ¿Qué Facilitadores y dificultades observa en esta red para conseguir lo anterior?

Facilitadores:

- División de los colegios para implementación de campaña

Dificultades:

- Inexistencia vacunatorio CESFAM VIEL
- Desconocimiento de referentes y recursos de los CESFAM
- Falta de conocimiento de los propios límites territoriales.

3. Mencionen otras temáticas que les parece importante trabajar con enfoque de red.

- Trabajo de promoción y prevención en conjunto ya que es la misma población comunal y debieran ser los mismos objetivos. Hay existencia de limitaciones en este trabajo en los centros dependientes de SSMC, falta de trabajo coordinado con municipalidad.
- Necesidad de trabajar de forma conjunta la división del territorio
- Reunión en conjunto con encargados de promoción. Realizar una o dos actividades en conjunto.
- Norma igualitaria para todos los CESFAM (mismo discurso) por ejemplo en atención a migrantes.
- Conocer dinámicas de trabajo de cada centro.
- Compartir recursos de programas especiales. Por ejemplo se conoce la existencia de realización de mamografías móviles por centros municipales y se podría considerar localización cercana a CESFAM N°1 y N°5

- **Tema: Retraso desarrollo psicomotor.**

1. Mencione propuestas de intervención que podrían contribuir a desarrollar y fortalecer el trabajo en red en la temática que le correspondió analizar.

Existe un contexto: niños de padres migrantes, cambio de domicilio frecuente buscando mejores condiciones de vida.

- Se sugiere derivación asistida entre centros y rescate compartido.
- Educación de derechos y deberes en salud y migrantes en consulta de Trabajador Social
- Confeccionar un catastro de Trabajadores Sociales de todos los centros con nombre teléfono y mail, con el objetivo de realizar rescate efectivo y eficiente, correspondiente al domicilio del usuario.
- Catastro de centros de salud con límites geográficos y distribución a involucrados
- Elaborar protocolo de derivación asistida y rescate comunal. (Ej: En control sano enfermera detecta retraso y luego se coordina visita domiciliaria integral (VDI) para confirmar domicilio y teléfono. Realización de VDI de rescate a niños con retraso por el centro más cercano al domicilio efectivo)
- Alianza con fonoaudiólogas, optimizar recurso de forma preventiva, con el fin de traspasar habilidades para manejo diagnóstico y tratamiento a padre y docentes.
- Elaborar plan de salud en conjunto “salud” y “educación”
- Capacitación a docentes en pesquisa de retraso en el desarrollo psicomotor.

2. ¿Qué Facilitadores y dificultades observa en esta red para conseguir lo anterior?

Facilitadores

- Buena dispersión de equipos locales en la intervención
- Existencia voluntad política
- Existencia de protocolo de atención del Programa Chile Crece Contigo
- Cercanía y buen acceso a todos los centros de salud de la comuna de Santiago

Obstaculizadores

- Escasez de recurso humano
- Falta de retroalimentación de la sala de estimulación a profesionales tratantes
- Sistema informático distinto en APS municipal y dependiente
- Falta catastro de trabajadores sociales para la articulación y trabajo en red

3. Mencionen otras temáticas que les parece importante trabajar con enfoque de red.

Instalar taller permanente de prevención para todos los niños de 0 3 años, con fonoaudióloga.

Conclusiones

En las 4 temáticas analizadas, aparecen como relevantes para los grupos de trabajo la intervención en ciertas líneas estratégicas:

- **Identificación y difusión de límites territoriales de cada CESFAM dentro de la comuna de Santiago**
- **Identificación de responsables (ya sean directores, encargados de centros o referentes comunales) para cada temática, así como el establecimiento de flujos de comunicación claros.**
- **Fomentar actividades conjuntas de participación y promoción. En esto último se indica hacerlo con actividades de educación y comunicación en salud.**
- **Contar con protocolos de atención y derivación con enfoque “asistido”**
- **Conocer referentes y directores de cada CESFAM con el fin de mejorar el trabajo en red**
- **Sensibilización y formación de los diferentes actores que deben involucrarse en la temática (comunidad, docentes, equipo de salud, etc)**
- **Establecer y/o fortalecer espacios periódicos de coordinación ya sea con el intersector o dentro del sector salud.**

Sin duda, esta jornada ha implicado un avance en el levantamiento de algunas situaciones de mejora en favor de una coordinación en red más eficiente y que permita satisfacer las necesidades o problemáticas de salud de nuestra población. Como proceso, también ha permitido que algunos equipos comiencen a conocerse y construir los primeros vínculos, que con un adecuado estímulo, pueden generar un trabajo consistente y sistemático en el tiempo.

Asimismo, es importante que este trabajo pueda insertarse en las dinámicas habituales de gestión y coordinación de cada centro. Para ello, los equipos directivos de esta Dirección de Salud con los de la Dirección de Atención Primaria del SSMC deberán dirigir este proceso naciente de planificación y coordinación en red y estimular el establecimiento y/o fortalecimiento de espacios que permitan continuar lo propuesto en esta jornada.

5. 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 2017 se mantendrán los 9 lineamientos formulados el año 2016, 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)
- 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 y las universidades que mantienen convenio vigente con la Dirección de Salud
- 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 2017.

1. **Mantener registro permanente y actualizado del Sistema de Información y Control del Personal de la Administración del Estado. SIAPER.**
2. **Realizar trabajos en terrenos, para clarificar oportunamente dudas sobre la carrera funcionaria.**
3. **Habilitar Unidad de Registro y archivo a cargo de personal administrativo por 44 horas semanales, para el registro y archivo de antecedentes.**
4. **Reforzamiento de los contenidos de la carrera funcionaria en el reglamento interno, para el personal que tiene responsabilidad de jefatura.**
5. **Reforzamiento de los contenidos de la carrera funcionaria en el reglamento interno, para los funcionarios interesados.**
6. **Capacitar a la jefatura directa para que pueda ejecutar las pautas de pre calificación con habilidades que permitan entregar puntajes lo más objetivos posible.**
7. **Lograr un 100% de los interesados en capacitación en computación y la aplicación de diferentes software.**
8. **Para el año 2017, 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 además en "Calidad y Acreditación", enmarcada mediante convenio "Capacitación Universal", a través de fondos traspasados del SSMC y de fondos propios.**
9. **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.**

Lineamientos estratégicos a abordar en el año 2017.

1. MODELO DE SALUD FAMILIAR 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.
Actualización en el modelo de salud familiar básico.
Salud familiar intermedia y avanzado.
Promoción de la salud y prevención de la enfermedad
Actualización en procedimientos de enfermería.
Avanzando hacia la calidad y seguridad en la atención en salud.
Actualización en medidas de control y gestión interno.
Actualización del programa de salud mental, infante juvenil, adulto. Manejo de protocolos ciclo vital.
Reanimación cardiopulmonar básica, media y avanzada.
Toma de Electrocardiograma.
Manejo de personas con enfermedades crónicas: Modelo de Wagner
Acreditación y calidad en establecimientos de APS.
Problemas Respiratorios Prevalentes en la Población Infantil (IRA)(ERA)
Educación Popular y del adulto
Promoción en salud y determinantes sociales
Salud mental para atención primaria.
Adolescencia y adolescente: Rol de los equipos de salud familiar.
Introducción a la gestión local en la atención primaria.
Curso actualización programa PAI.
Diplomado en Gestión Local de Salud para Establecimientos de APS
Diplomado en Atención Primaria y Salud Familiar
Actualización Programas y subprogramas insertos en el Ciclo Vital ejecutado en APS
2. MODELO DE GESTIÓN EN RED 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).
Competencias en salud familiar, enfoque de redes y satisfacción usuaria
3. GES 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).
Curso actualización en el manejo GES de problemas frecuentes en APS
4. CALIDAD EN ATENCIÓN Y TRATO AL USUARIO 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.
Actualización en normas de trato al usuario, calidad de atención e interculturalidad
Lenguaje de señas
Curso trato al usuario, manejo de conflicto y comunicación efectiva
Curso RCP Básico y avanzado

<p>5. MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE VIDA DEL FUNCIONARIO 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.</p>
Jornada técnico profesional y de autocuidado.
Herramientas para calificadores
<p>6. TECNOLOGÍA Incorporación de Tecnología y aplicación de estadística básica.</p>
Actualización en Microsoft office, sistema operativo básico, medio y avanzado.
Administración y configuración de sistema operativo para servidores (Ej: LINUX PROFESIONAL, etc)
Incorporación de nuevas herramientas de programación. Ejemplo: JAVA Profesional.
Actualización en Redes de Comunicación y Enlaces. Telefonía VO IP avanzado.
Programación en R y SQL.
<p>7. Desarrollar la gestión administrativa, física y financiera.</p>
Administración del Recurso Humano
Gestión de la Demanda para Establecimientos de APS
Gestión de Farmacia
<p>8. RESOLUTIVIDAD APS Protocolos estándares de acción ante diversas situaciones provocadas por desastres naturales o accidentes</p>
Ergonomía y autocuidado en oficinas.
Ley de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, DECRETO N° 40 Y 54.
Prevención y control de incendios(extintores)
Técnicas de movilización y traslado de pacientes.
El liderazgo, factor clave en las organizaciones exitosas.
Prevención de riesgos para comités paritarios y comunicación efectiva.
<p>10. Mejorar la prevención y manejo de las contingencias, emergencias y catástrofes provocadas por desastres naturales, accidentes, etc.</p>
Prevención de la salud mental en situaciones de emergencia y catástrofes.

6. Plan de Acción Centros de Salud

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

Nota: D: Polo Domeyko; O: Polo Orellana; A: Polo Arauco; V: Polo Viel

En columnas D; O; A; V: Primera fila corresponde a la meta comprometida para 2017 y la segunda fila es la priorización que estableció cada polo para la actividad.

Infancia

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	D	O	A	V
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la lactancia materna exclusiva en niñas y niños hasta el 6º mes de vida.	Educar en los beneficios de la lactancia materna exclusiva. Realizar visitas domiciliarias a RN para fomento de 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.	Porcentaje de niños/as controlados al sexto mes con lactancia materna exclusiva	1. (Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida / Nº de lactantes controlados al 6to mes)*100	Incremento de 3 puntos porcentuales en Nº de lactantes que reciben lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida.	3 %	2 %	Mantener meta lograda	2 %
							P1	P1	P1	P1
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	Consejería individuales de actividad física entregada a niñas y niños menores de 10 años	Porcentaje de consejerías individuales en actividad física entregadas a niños y niñas menores de 10 años	(Nº de consejería individuales en actividad física entregadas a niños y niñas menores de 10 años en el año vigente (menos)Nº de consejería individuales en actividad física entregadas a niños y niñas menores de 10 años en el año anterior / Nº de consejería individuales en	Aumentar en un 10 % sobre lo realizado el año anterior.	Mantener	Mantener	Mantener	5%
							P3		P2	P3

Infancia

					actividad física entregadas a niños y niñas menores de 10 años en el año anterior* 100					
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta nutricional al 5º mes	(Población con consulta nutricional al 5º mes / Total de población bajo control de 5 a 11 meses)* 100	80%	75%	Mantener	80%	80%
							P2		P1	P1
PROMOCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Promover la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	Consulta nutricional a los 3 años 6 meses de vida, con componente de salud bucal, refuerzo de alimentación saludable y actividad física, según guía de alimentación y/o normativas vigentes.	Porcentaje de niños y niñas con consulta a los 3 años y 6 meses	(Población con consulta a los 3 años y 6 meses/ Población bajo control entre 42 y 47 meses)* 100	50%	50%	Mantener	Mantener	50%
							P2		P1	P1
PROMOCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Aumentar el Número de Talleres de educación grupal a padres y/o cuidadores y/o profesores respecto del año anterior	Actividades Comunitarias de Salud Mental: Taller de Promoción de la Salud Mental (habilidades personales, factores protectores sicosociales, etc.)	Porcentaje de Talleres de educación grupal a padres y/o profesores realizados	(Nº de talleres realizados año vigente (MENOS) N° de talleres realizados (año anterior)/N° de talleres realizados año anterior)*100	Aumentar en al menos 1 por sector en talleres respecto al año anterior	1 TALLER	1 taller	2 talleres	Aumentar 1 taller
							P3		P1	P3

Infancia

			en el ámbito educacional (jardines, escuelas, liceos)							
PROMOCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Aumentar el número de padres (hombres) que participan en los controles de salud de sus hijos e hijas.	Controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre	Porcentaje de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre	(Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en los que participa el padre / Nº de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años)*100	25%	25%	Aumentar 20%	Mantener	25%
							P1			P3
PREVENCION	Mantener o Disminuir la obesidad infantil	Aumentar la cobertura de la aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso.	Aplicación de la pauta de factores condicionantes de riesgo de malnutrición por exceso en los controles de salud del niño sano que corresponda, según el programa nacional de salud de infancia.	Porcentaje de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente	(Nº de niños/as eutróficos con pauta aplicada en cada control correspondiente/Nº de niños/as eutróficos bajo control, en cada control correspondiente) *100	60%	60%	70%	60%	60%
							P1		P2	P2
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Fortalecer las intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un crecimiento y desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niñas y niños menores de 5 años bajo control.	Porcentaje de niños(as) menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores(as) ingresan a talleres Nadie es Perfecto	(Nº de madres, padres o cuidadores(as) de niños(as) menores de 5 años que ingresan a talleres Nadie es Perfecto/ Población bajo control de niños(as) menores de 5 años)*100	5%	5%	5%	5%	5%
							P1		P2	P1
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños	Rescate de población inasistentes a los controles de salud con énfasis en niños de 8, 18	Porcentaje de niños/as inasistentes a control de salud en el grupo etario	(Nº de niños/as inasistentes a control de salud en el grupo etario/ total de niños/as bajo control en el grupo	Disminuir en 10%	10%	Mantener	10%	Línea base
							P1		P1	P3

Infancia

		mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil.	y 36 meses		etario)*100					
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Favorecer la vigilancia y trayectoria del desarrollo biopsicosocial de niñas y niños mejorando la adherencia y cobertura del control de salud infantil	Control de salud a niñas y niños de 24 a 71 meses inscritos en establecimiento de salud.	Porcentaje de controles de salud de niños/as de 24 a 71 meses	(Nº de controles de salud de niñas/os de 24 a 71 meses / N° total de niñas/os de 24 a 71 meses bajo control)*100	Un control anual	70%	Mantener	Mantener	50%
							P3		P1	P3
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de Desarrollo Psicomotor (Primera evaluación)	Porcentaje de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo de niños/as de 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)	(Nº de aplicaciones de test de evaluación del desarrollo psicomotor realizadas al grupo 7-11 meses en el control de salud de los 8 meses (Primera evaluación)/ total control de salud de niñas/os de 7 a 11 meses bajo control)*100	90%	90%	Mantener	100%	90%
							P1		P1	P1
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor.	Porcentaje de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de niños/as 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 17 meses en control de niño/a sano de 12 a 17 meses / Total de controles sano realizados a niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	90%	90%	Mantener	90%	80%
							P2		P1	P1
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el	Detectar oportunamente rezago y déficit del	Control de salud a los 18 meses con aplicación de	Porcentaje de aplicaciones de evaluación de	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo	90%	90%	Mantener	90%	90%

Infancia

	desarrollo infantil	desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	evaluación de desarrollo Psicomotor (Primera evaluación).	desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños/as 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses	Psicomotor realizadas al grupo de 18 a 23 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 18 meses / N° total de niñas y niños de 18 a 23 meses bajo control)* 100		P1		P1	P1
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	Porcentaje de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de niños/as de 24 a 47 meses (Primera evaluación)	(N° de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses (Primera evaluación) / N° total control sano de niñas y niños de 12 a 17 meses bajo control)*100	50%	50%	50%	50%	40%
							P2		P1	P3
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Detectar oportunamente rezago y déficit del desarrollo en menores de 6 años en el contexto del control de salud del niño/a sano	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor. (Primera evaluación).	Porcentaje de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de niños/as de 24 a 47 meses (Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses	(N° de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 24 a 47 meses(Primera evaluación) en el control de salud de los 36 meses / N° total control sano de niñas y niños de 24 a 47 meses bajo control)*100	50%	50%	50%	50%	50%
							P1		P1	P1
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurosensorial	Porcentaje de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes	(N° de aplicaciones de protocolo neurosensorial realizadas a niñas y niños de 1 mes / N° Total control de ciclo vital de niñas y niños de 1 mes)*100	100%	100%	90%	90%	100%
							P1		P1	P1
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su	Toma de Rx pelvis a niños y niñas a los 3 meses	Porcentaje de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas	(N° de niños y niñas de 3 meses con radiografías de cadera realizadas/Población	100%	100%	Mantener	Mantener	100%
							P1		P1	P1

Infancia

		detección precoz			de 0 años inscrita validada por FONASA)*100					
PREVENCION	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Prevenir enfermedades prevalentes en menores de 10 años, a través de su detección precoz	Medición de la agudeza visual para detectar precozmente niñas y niños portadores de ambliopía, estrabismo o defectos de la agudeza visual.	Porcentaje de controles de salud de niños/as de 6 años con evaluación visual	(Nº de controles de salud de niños/as de 6 años con evaluación visual / Nº total de controles entregados a niñas y niños de 6 años)* 100	90%	90%	Mantener	Mantener	80%
							P2	P2	P2	P2
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de esquema primario completo de vacuna Neumocócica Conjugada en niños/as de 1 año.	Porcentaje de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada	(Nº de niños/as de 1 año con esquema completo de vacuna Neumocócica conjugada/Nº de niños/as de 1 año)*100	95%	95 %	95%	95%	95%
							P1	P1	P1	P1
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años.	Porcentaje de niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días con vacuna de influenza administrada	(Administración de vacuna Influenza a los niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días/total de niños/as entre los 6 meses de edad y los 5 años, 11 meses 29 días)*100	90%	90%	90%	90%	90%
							P1	P1	P1	P1
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años.	Porcentaje de niños/as entre los 5 y los 10 años portadores de enfermedades crónicas con vacuna de influenza administrada	(Administración de vacuna Influenza a los niños/as portadores de enfermedades crónicas entre los 5 y los 10 años/total de niños/as entre los 5 y los 10 años)*100	90%	90%	90%	90%	90%
							P1	P1	P1	P1
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de esquema primario	Porcentaje de niños/as menores de 1 año con esquema	(Administración de esquema primario completo de vacuna	95%	95%	95%	95%	95%

Infancia

	Enfermedades Transmisibles en eliminación		completo de vacuna Pentavalente en niños/as menores de 1 año	primario completo de vacuna Pentavalente	Pentavalente en niños/as menores de 1 año/Total de niños/as menores de 1 año)*100 (el esquema primario incluye administración de pentavalente a los 2, 4 y 6 meses de edad)		P1	P1	P1	P1
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna Trivírica al año de vida.	Porcentaje de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivírica administrada	(Nº de niños/as de 1 año con primera dosis de vacuna Trivírica administrada / Nº de niños de 1 año)*100	95%	95%	95%	95%	95%
							P1	P1	P1	P1
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administrar primera dosis de vacuna contra el virus papiloma humano a niñas que cursan cuarto año básico.	Porcentaje de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4º básico	(Nº de niñas con primera dosis de vacuna VPH que cursan 4º básico/Nº de niñas matriculadas en 4º básico)*100	90%	90%	90%	90%	90%
							P1	P1	P1	P1
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna SRP Y DTP(a) en primero básico	Porcentaje de niños de 1º año básico con dosis de vacuna SRP administrada	Nº de niños de 1º año básico con dosis de vacuna SRP administrada/ Matrícula niños 1º básico año en curso *100	90% de los(as) niños y niñas con vacuna SRP administrada	90%	90%	90%	90%
							P1	P1	P1	P1
P1	P1	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la primera dosis de vacuna SRP Y DTP(a) en primero básico	de niños de 1º año básico con dosis de vacuna dtp(a)administrada	Nº de niños de 1º año básico con dosis de vacuna dtp(a)administrada/ Matrícula niños 1º básico año en curso *100	90% de los(as) niños y niñas con vacuna DTP(a) administrada	90%	90%	90%	90%
							P1	P1	P1	P1
PREVENCION	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con	Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños menores de 6 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil.	Evaluación del estado de Salud Bucal de la población menor de 6 años.	Porcentaje de niñas y niños menores de 6 años con registro ceod	(Nº de niñas/os menores de 6 años ingresados a control en el centro de salud o del programa Sembrando Sonrisas con registro ceod/ Nº total de niñas/os	100%	100%	100%	100%	100%
							P1	P1	P1	P1

Infancia

	agudas				y niñas menores de 7 meses con score de riesgo de morir de neumonía grave)*100					
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Disminuir la mortalidad por neumonía en domicilio de los niños y niñas de 0 a 9 años	Realizar auditoría clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas de 0 a 9 años fallecidos por neumonía en el hogar.	Porcentaje de auditorías clínicas en domicilio a familiares de niños y niñas menores de 9 años fallecidos por neumonía	(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	100%	100%	100%	100%	
						P1			P1	
PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Promedio de VDI recibidas por personas menores de 10 años del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa	(Nº de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas menores de 10 años del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control menores de 10 años en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa)	1 VISITA	Mantener meta	Mantener	2 visitas	
						P2		P2	P2	
PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de Escaras (Úlcera por presión).	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de Escaras (Úlcera por presión).	Pocentaje de Población bajo control menores de 10 años del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que no presentan UPP	(Nº de personas menores de 10 años sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control menores de 10 años en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100	92%	Mantener meta	Mantenr	92%	
						P2		P2	P1	

Infancia

PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Porcentaje de Evaluación de Sobrecarga en Cuidadores de Personas menores de 10 años con Dependencia Severa	(N° de cuidadores de personas menores de 10 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliara para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/N° de cuidadores de personas menores de 10 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliara para personas con dependencia severa)*100	Al menos el 80% de los cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliara han sido evaluados con Escala de Zarit	80%	Mantener meta	Mantener meta	80%
							P2		P2	P2
PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente	Porcentaje Capacitación de Cuidadores de personas con Dependencia Severa	(N° de Cuidadores de personas menores de 10 años con dependencia severa Capacitados / N° Total de cuidadores de personas menores de 10 años con dependencia severa)*100	100% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.	100%	80%	100%	100%
							P1		P1	P2
TRATAMIENTO	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a niños/as con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Realizar visitas domiciliarias integrales a niños/as con dependencia moderada y/o severa	(N° de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a niños/as con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ N° de población infantil bajo control por dependencia moderada y/o severa)*100	A lo menos 1 visita domiciliarias integrales mensual a niños/as con dependencia moderada /oy severa	1 VISITA	Mantener meta	Mantener meta	1 visita
							P2		P2	P2
TRATAMIENTO	Disminuir las alteraciones en el	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago	Visita domiciliaria integral a familia	Porcentaje de visitas domiciliarias integrales realizadas	(N° de visitas domiciliarias integrales realizadas	100%	100%	Mantener meta	100%	100%

Infancia

	desarrollo infantil	o déficit de su desarrollo psicomotor	con niños y niñas con déficit en su desarrollo	a familias con niño o niña con déficit de DSM	a familias con niño o niña con déficit de DSM / N° total de niñas y niños menores de 5 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor)*100		P1		P1	P1
TRATAMIENTO	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Disminuir el porcentaje de niñas y niños con rezago o déficit de su desarrollo psicomotor	Revaluación de niñas y niños con déficit (riesgo y retraso) en su desarrollo psicomotor	Porcentaje de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación	(N° de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de los 8, 18 y 36 meses y recuperadas(os) en la reevaluación/ N° de niñas y niños diagnosticadas con déficit en su DSM en la primera evaluación de 8, 18 y 36 meses) *100	90%	90%	Mantener meta	90%	80%
							P1		P1	P1
TRATAMIENTO	Disminuir las alteraciones en el desarrollo infantil	Mantener la prevalencia de malnutricion por exceso (obesidad) a nivel nacional en niños y niñas mayores de 6 meses y menores de 10 años.	Consulta nutricional a niños y niñas con malnutricion por exceso (obesidad), mayores de 6 meses y menores de 10 años. Realizar talleres a padres y/o cuidadores de niños con malnutricion por excso (obesidad), mayores de 6 meses y menore de 10 años)	Porcentaje de niños y niñas con malnutricion por exceso (obesidad), mayores de 6 meses y menores de 10 años	(niños y niñas con malnutricion por exceso (obesidad), mayores de 6 meses y menores de 10 años/ (niños y niñas con malnutricion por exceso (obesidad), mayores de 6 meses y menores de 10 años bajo control *100	Mantener la prevalencia nacional de malnutrición por exceso (obesidad) niños y niñas mayores de 6 meses y menores de 10 años.	Mantener	Mantener	Mantener	Mantener
							P2	P2	P2	P2

Infancia

TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar la cobertura de pacientes con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años en la atención primaria de salud	Pesquisa, evaluación y confirmación diagnóstica de población con patología respiratoria crónica (síndrome bronquial obstructivo recurrente y asma bronquial) en la atención primaria de salud.	Porcentaje de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años	(Nº de niños y niñas bajo control con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año vigente) (MENOS) N° de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año anterior)/ N° de niños y niñas bajo control diagnosticada con síndrome bronquial obstructivo recurrente y de asma bronquial de 0 a 9 años (año anterior))*100	Aumentar en un 5%	Aumentar 5%	Mantener meta	Aumentar meta en 5%	Aumentar 2.5%
TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 0 a 9 años bajo control en Programa IRA	Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente)	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior)) Calculo de proporción: (Nº de personas asmáticas controladas de 0-9 años bajo control /Nº de personas	Incrementar en 20%	15%	Mantener meta	Línea base	Aumentar 10%
							P1		P1	P1
							P2		P1	P1

Infancia

					asmáticas de 0-9 años bajo control)*100					
TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la calidad de la atención respiratoria aguda en menores de 5 años que cursen con IRA baja	Acceder atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por IRA Baja en menores de 5 años	Porcentaje de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación	(Nº de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación / N° de casos con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100	100%	100%	Mantener	Mantener	100%
							P1		P1	P1
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Mejorar y mantener la salud bucal de los niños y niñas menores de 6 años. Favorecer la adherencia y cobertura al control de salud infantil	Atención odontológica integral a población de niños y niñas de 6 años.	Porcentaje de altas odontológicas integrales en niños y niñas de 6 años	(Nº de niñas y niños de 6 años con alta odontológica total/ N° Total de niñas y niños de 6 años inscritos y validados)*100	≥79%		Mantener	Mantener	Mantener
							P1			P1
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes en menores de 10 años	Urgencia Odontológica ambulatoria en menores de 10 años	Porcentaje de consultas odontológicas de urgencia GES en menores de 10 años	(Nº total de consultas odontológicas de urgencia GES en menores de 10 años realizadas el año actual/ Población menor de 10 años inscrita año actual)*100	2.5%	2.5%	Mantener meta	0.45%	2.5%
							P1			P1
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de menores de 10 años	Morbilidad Odontológica en menores de 10 años	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en menores de 10 años	(Nº total de consultas de morbilidad odontológica en población menor de 10 años/N° de población menor de 10 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	Establecer línea basal 2017	Línea base	Línea base	3%	50%
							P1		P1	P3
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de	Brindar atención integral y oportuna	Atención integral de niños y niñas	Proporción de personas bajo	Población bajo control por trastorno	Brindar cobertura de	17%	Aumentar 3%	Mantener	16.5%

Infancia

	discapacidad en personas con enfermedad mental	a personas mayores de 5 años con problemas o trastornos de salud mentales	mayores de 5 años con trastorno de salud mental bajo control	control por trastornos de salud mental	salud mental mayor de 5 años (año vigente) / Población inscrita validada mayor de 5 años x 22% de prevalencia	tratamiento de trastornos de salud mental al 17% de la población potencial con trastornos mentales	P1		P1	P1
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Casos presentados en consultoría de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas	Porcentaje de casos presentados en consultoría de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año vigente) / Nº de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente))(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año anterior) / Nº de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100	Mantener o aumentar el número de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior.	Mantener	Mantener	Mantener	Mantener
							P3		P1	P2
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad de salud mental	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos de salud mental	Altas terapéuticas de niños y niñas mayores de 5 años con diagnósticos de trastornos de salud mental	Porcentaje de personas egresadas por alta terapéutica	Nº de personas egresadas por alta terapéutica año 2017 (Menos) Nº de personas egresadas por alta terapéutica año 2016 / Nº de personas egresadas por alta terapéutica año 2016	Aumentar en Nº de altas terapéuticas de personas con diagnósticos de trastornos de salud mental respecto al año anterior	Mantener	Mantener meta	Mantener	Mantener
							P3		P1	P2
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad	Brindar atención integral y oportuna a personas con	Concentración de controles de Salud Mental en	Porcentaje de controles de salud mental realizados	((Nº de controles de Salud Mental totales realizadas / Nº de	Aumentar en Nº de controles de				

Infancia

	en personas con enfermedad de salud mental	problemas o trastornos de salud mental	niños y niñas mayores de 5 años	por trastornos de salud mental	personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año 2017) (Menos) ((N° de controles de Salud Mental totales realizadas / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año 2016)) / ((N° de controles de Salud Mental totales realizadas / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año 2016)	personas con diagnósticos de trastornos mentales respecto al año anterior	Aumentar	Mantener meta	mantener	Mantener
							P3			P2
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas mayores víctimas de violencia de género	Ingreso de niños y niñas mayores de 5 años a atención integral por violencia de género.	Porcentaje de niños y niñas ingresadas a atención integral por violencia de género.	(N° de niños y niñas ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) N° de personas ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior) / N° de niñas y niños ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	Aumentar los ingresos de personas a atención integral por violencia de género en relación al año anterior.	Aumentar	Mantener meta	Mantener	Mantener
							P3		P1	P2
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar	Porcentaje de familias de riesgo	N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar /N° de familias inscritas/ X 100	Aumentar en un 10 % sobre lo realizado el año anterior.	10%	Línea base	Línea base	Línea base
							P1		P1	
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4	Porcentaje de familias de riesgo intervenidas/estudio de familia.	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4/N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar	Realizar 1 estudio de familia por sector al mes.	1 estudio	Línea base	Línea base	Línea base
							P1		P1	

Adolescencia

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	D	O	A	V
PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promoción de la salud mental en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable a población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	$(N^{\circ} \text{ de talleres realizados (año vigente) (MENOS) } N^{\circ} \text{ de talleres realizados (año anterior)} / N^{\circ} \text{ de talleres realizados (año anterior)}) \times 100$	Aumentar al menos en 3 taller con respecto al año anterior.	3 talleres	1taller	2 talleres	1 taller
							P1		P1	P1
PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	Porcentaje de consejerías breves antitabaco realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años.	$(N^{\circ} \text{ de consejerías breves antitabaco realizadas a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años} / (N^{\circ} \text{ total de ingresos agudos de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años (MÁS) } N^{\circ} \text{ consultas de morbilidad de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años (MÁS) } \text{Consultas de atenciones agudas de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años})) \times 100$	100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería	100%	100%	Línea base	90%
							P2		P3	P2

Adolescencia

PROMOCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Promover el autocuidado de la salud sexual y reproductiva en adolescentes de 10 a 19 años	Talleres grupales sobre salud sexual y reproductiva adolescentes de 10 a 19 años	Porcentaje de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva	(Nº de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) N° de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior)/ N° de ingresos de adolescentes de 10 a 19 años a educación grupal sobre salud sexual y reproductiva (año anterior))*100	Aumentar en un 10 % los adolescentes que ingresan a educación grupal en salud sexual y reproductiva.	Aumentar 10%	Aumentar 5%	Aumentar 20%	Aumentar 10%
							P3		P1	P2
PROMOCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo.	Control prenatal acompañado pareja, familiar u otro.	Porcentaje de gestantes de 10 a 24 años con acompañamiento en el control prenatal	(N° de controles prenatales a gestantes de 10 a 24 años con acompañante/ N° Total de controles prenatales a gestantes de 10 a 24 años realizados)*100	30%	30%	Mantener meta	30%	30%
							P1		P3	P2
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar la disminución de peso durante la gestación, con malnutrición por déficit.	Derivación y atención a gestantes adolescentes y jóvenes con malnutrición	Porcentaje de gestantes adolescentes y jóvenes (10-24 años) con malnutrición por déficit	(N° de gestantes adolescentes y jóvenes derivadas a control por malnutrición por déficit atendidos/ N°	100%	50%	100%	100%	70%
							P3		P3	P2

Adolescencia

			por déficit.	derivados a consulta nutricional y atendidos.	total de gestantes adolescentes y jóvenes bajo control con malnutrición por déficit)* 100					
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, con malnutrición por exceso.	Derivacion y atención de nutrición a gestantes adolescentes y jóvenes con malnutrición por exceso (obesidad).	Porcentaje de gestantes adolescentes y jóvenes (10-24 años) con malnutrición por exceso (obesidad) derivados a consulta nutricional	(Nº de gestantes adolescentes y jóvenes derivadas a control por malnutrición por exceso (obesidad) atendidos,/ Nº total de gestantes adolescentes y jóvenes bajo control con malnutrición por exceso)* 100	50%	50%	78%	100%	30%
							P3		P3	P2
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el número visitas integrales domiciliarias a adolescentes gestante de 10 a 14 años en riesgo psicosocial.	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes de 10 a 14 años con riesgo psicosocial.	Porcentaje de VDI a adolescentes gestantes de 10 a 14 años en 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	Aumentar en un 10%	10%	Mantener meta	100%	10%
							P1		P1	P1
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el número visitas integrales domiciliarias	Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes	Porcentaje de VDI a adolescentes gestantes de 15 a 19 años	(Nº de VDI a adolescentes Gestantes de 15-19 años en riesgo psicosocial (año	Aumentar en un 10%	10%	Mantener meta	10%	10%
							P1		P1	P1

Adolescencia

		a adolescentes gestante de 15 a 19 años en riesgo psicosocial.	gestantes de 15 a 19 años con riesgo psicosocial.	en riesgo psicosocial	vigente) [MENOS] N° de VDI a adolescentes Gestantes de 15-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)/ N° de VDI a adolescentes Gestantes de 15-19 años en riesgo psicosocial (año anterior)) * 100					
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre de 10 a 24 años y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Primer control de salud de la puérpera de 10 a 24 años y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Porcentaje de controles madre de 10 a 24 años /RN dentro de los 10 días de vida	(N° de controles de salud integral a puérperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida / N° total de ingresos de RN) * 100	100%	100%	Mantener meta	80%	80%
							P1		P1	P1
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre de 10 a 24 años y control de salud al recién nacido entre los 11 y 28 días de vida.	Primer control de salud de la puérpera de 10 a 24 años y su recién nacido entre los 11 y 28 días de vida.	Porcentaje de controles madre de 10 a 24 años/RN entre los 11 y 28 días de vida	(N° de control de salud integral a puérperas y recién nacido entre los 11 y 28 días de vida / N° total de ingresos de RN) * 100	90%	90%	Mantener meta	20%	Mantener meta
							P3		P1	
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes de 10 a 24 años con factores de riesgo de parto prematuro,	Derivar a Alto Riesgo Obstétrico del nivel secundario a todas las gestantes de	Porcentaje de gestantes 10 a 24 años derivadas al nivel secundario por riesgo de	(N° de gestantes 10 a 24 años con riesgo de parto prematuro derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes	100%	100%	Mantener meta	100%	100%
							P1		P3	P2

Adolescencia

		según Guía GES	10 a 24 años con factores de riesgo de parto prematuro	parto prematuro	10 a 24 años con riesgo de parto prematuro)* 100					
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Derivar a toda embarazada de 10 a 24 años con riesgo biomédico a atención con especialista	Derivar al nivel secundario (Alto Riesgo Obstétrico) las gestantes de 10 a 24 años con factores de riesgo biomédico, según Guía Perinatal	Porcentaje de gestantes de 10 a 24 años derivadas al nivel secundario por riesgo biomédico, según Guía Perinatal	(Nº de gestantes de 10 a 24 años con riesgo biomédico derivadas al nivel secundario / N° total de gestantes de 10 a 24 años con riesgo biomédico)*100	100%	90%	80%	100%	100%
							P2		P1	P2
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 2 meses de postparto	(Nº de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/Nº total de mujeres adolescentes en los últimos 2 meses post parto y en control de RF)*100	90%	90%	80%	100%	100%
							P3		P1	P2
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres adolescentes a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adolescentes con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 6 meses de posparto	(Nº de madres adolescentes con escala aplicada a los 6 meses de posparto / Total de madres adolescentes con controles realizados a los 6 meses posparto en RF)*100	60%	60%	80%	100%	100%
							P3		P1	P2
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes con síntomas de	Aplicar Pauta de Edimburgo a	Porcentaje de gestantes que se aplicó	(Nº de gestantes que se aplicó Pauta de	100%	Mantener meta	Mantener meta	100%	95%
									P1	P1

Adolescencia

		depresión, según Pauta de Edimburgo	todas las gestantes en el ingreso o 2° control prenatal.	Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal	Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal / N° total de ingresos a control prenatal)*100					
PREVENCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Conocer el número de gestantes 10 a 24 años migrantes con riesgo psicosocial en Control prenatal	Control prenatal	Porcentaje de gestantes 10 a 24 años migrantes con riesgo psicosocial en Control Prenatal	(Número de gestantes de 10 a 24 años migrantes con riesgo psicosocial en Control prenatal/N° total de gestantes 10 a 24 años migrantes)*100	Establecer línea base (incorporar en protocolo de control prenatal, ítem que identifique migrante para registro estadístico)	Línea base	Línea base	Línea base	Línea base
							P3		P3	P2
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Pesquisar factores de riesgo y promover conductas protectoras en población adolescente.	Control de Salud integral adolescentes de 10 a 14 años.	Porcentaje de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 14 años	(N° de controles de salud integral realizados a adolescentes de 10 a 14 años/ población adolescente de 10 a 14 años inscrita en el establecimiento de salud)*100	10% población 10 a 14 años	10%	Mantener meta	10%	10%
							P1		P3	P1
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Contribuir al estado de salud óptimo en mujeres de 18 a 24 años	Control Preconcepcio nal.	Porcentaje controles preconcepcio nal realizados a mujeres de 18 a 24 años	(N° de controles preconcepcional realizados a mujeres de 18 a 24 años (año vigente) (MENOS) N° de controles preconcepcional realizados a mujeres de 18 a 24 años (año anterior))/ N°	Aumentar en 15%	15%	Mantener meta	15%	Línea base
							P3		P3	P3

Adolescencia

					de controles preconcepcional realizados a mujeres de 18 a 24 años (año anterior))*100					
PREVENCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el número de adolescentes mujeres y hombres que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Consejería en salud sexual y reproductiva a adolescentes 10 a 14 años	Porcentaje de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 10 14 años	(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	Aumentar en un 5%	5%	45%	10%	Línea base
							P2		P3	P3
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar el número de adolescentes mujeres y hombres que acceden a Consejería en Salud Sexual y Reproductiva	Consejería en salud sexual y reproductiva a adolescentes de 15 a 19 años	Porcentaje de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años	(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	Aumentar en un 5%	5%	70%	10%	Mantener meta
							P2		P3	P3

Adolescencia

					realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años (año anterior))/ N° de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres y hombres de 15 a 19 años (año anterior))*100					
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promover la conducta sexual segura en el contexto de la prevención el VIH-SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes.	Consejería en prevención de VIH e ITS a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años.	Porcentaje de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años realizadas (año vigente) (MENOS) N° de consejerías prevención del VIH/SIDA e ITS en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años, realizadas (año anterior)/ N° de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS, en adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años realizadas (año anterior))*100	Aumentar en un 5%	5 %	Mantener meta	10%	Mantener meta
							P3		P3	P3
PREVENCION	Favorecer el acceso al ingreso a control para promover una conducta	Favorecer el acceso a control de regulación de fertilidad de adolescentes	Control de regulación de fertilidad en adolescentes menores de 15 años	Porcentaje de adolescentes menores de 15 años que usan	(N° de adolescentes (menores de 15 años) inscritos en centros de salud que usan	Aumentar en 10 % de adolescentes de 10-14 años ingresan a	Aumentar 10%	Mantener meta	15%	Mantener
							P1		P3	P2

Adolescencia

	sexual segura en adolescentes	hombres y mujeres con actividad sexual.		métodos de regulación de fertilidad	métodos de Regulación de la Fertilidad)/ N° de adolescentes (menores de 15 años) inscritos en centros de salud) *100	control de regulación de fertilidad (META ENS)					
PREVENCION	Disminuir el embarazo adolescente	Favorecer el acceso a control de regulación de fertilidad de adolescentes hombres y mujeres con actividad sexual.	Control de regulación de fertilidad en adolescentes 15- 19 años	Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años que usan métodos de regulación de fertilidad	(N° de adolescentes de 15-19 años inscritos en centros de salud que usan métodos de Regulación de la Fertilidad)/ N° de adolescentes de 15-19 años inscritos en centros de salud) *100	Aumentar en 15 % de adolescentes 15-19 años que ingresan a control (META ENS)	Aumentar 15%	Mantener meta	25%	Mantener	
							P1		P2	P2	
PREVENCION	Disminuir el embarazo adolescente	Aumentar el uso de doble anticonceptivo (método de regulación de fertilidad efectivo más preservativo) en adolescentes)	Control de regulación de fertilidad en adolescentes.	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años en regulación de fertilidad con método de regulación más preservativo	(N° de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad con “método de regulación de fertilidad más preservativo”) / N° de adolescentes de 10 a 19 años en control de regulación de la fertilidad) *100	100% de adolescentes de 10 a 19 años en control utilizan doble metodo	100%	Mantener meta	10%	100%	
							P3		P1	P2	
PREVENCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y	Realizar examen de VIH en jóvenes de 20-24 años que consultan	Porcentaje de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad a	N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes de 20-24 años por morbilidad (año vigente)	Aumentar en 10%	Aumentar en 5%	Mantener meta	10%	Mantener	
							P3		P1	P2	

Adolescencia

		por morbilidad.	por morbilidad.	jóvenes de 20-24 años	(MENOS) N° de exámenes para VIH realizados en consultantes de 20-24 años por morbilidad (año anterior)/N° total de exámenes para VIH realizados en consultantes de 20-24 años por morbilidad (año anterior)*100					
PREVENCION	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en jóvenes por demanda espontánea y por morbilidad.	Realizar examen de VIH en jóvenes de 20-24 años que lo requieran por demanda espontánea.	Porcentaje de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en jóvenes de 20 a 24 años	(MENOS) (N° total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en jóvenes de 20-24 años (año vigente) /N° total de exámenes para VIH realizados por demanda espontánea en jóvenes de 20-24 años, (año anterior))*100	Aumentar en 10%	Aumentar en 5%	Mantener meta	10%	Mantener
							P3		P1	P2
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar la cobertura de vacunación	Administrar segunda dosis de vacuna contra el virus	Porcentaje de adolescentes con segunda dosis de vacuna VPH.	(N° de adolescentes con segunda dosis de vacuna VPH que cursan 5º básico y que recibieron	80% de cobertura	80%	80%	80%	
							P1		P1	

Adolescencia

			papiloma humano a adolescentes que cursan quinto año básico y que recibieron una primera dosis durante 4º año básico		una primera dosis durante 4º año básico/Nº de adolescentes matriculadas en 5º básico que recibieron 1ª dosis el año anterior) *100					
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a los (as) adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 24 años.	Porcentaje de adolescentes y jóvenes portadores de enfermedades crónicas entre 10 y 24 años. vacunados con anti-influenza	(Nº de adolescentes y jóvenes entre los 10 y 24 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza / Total de adolescentes y jóvenes entre 10 y 24 años portadores de enfermedades crónicas) *100.	90% de cobertura	90%	90%	90%	
							P1		P1	
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de vacuna Influenza a las adolescentes con embarazo de 13 semanas y más	Porcentaje adolescentes con embarazo de 13 semanas y más vacunados con anti-influenza	Nº de adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y mas semanas vacunadas con anti-influenza / N°Total adolescentes entre los 10 y 19 embarazadas de 13 y mas semanas) *100.	95 % de cobertura	95%	95%	95%	
							P1		P1	
PREVENCION	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles	Administración de vacuna Influenza a las jóvenes entre 20 y 24	Porcentaje de jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas	Nº jóvenes entre los 20 y 24 embarazadas con 13 y mas semanas de	95 % de cobertura	95%	95%	95%	
							P1		P1	

Adolescencia

	en eliminación	nibles.	años embarazadas con 13 semanas y más de gestación	con 13 semanas y más de gestación más vacunados con anti-influenza	embarazo vacunadas con anti-influenza / N° Total mujeres jóvenes entre 20 y 24 años embarazadas de 13 y mas semanas de gestación) *100.					
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de adolescentes de 10 a 19 años fallecidos por neumonía en el hogar.	Porcentaje de auditorías realizadas a casos de adolescentes de 10 a 19 años que fallecen en domicilio por neumonía.	(N° de auditorías realizadas a casos de adolescentes de 10 a 19 años que fallecen en su domicilio por neumonía / N° de casos de adolescentes de 10 a 19 años que fallecen en domicilio por neumonía)* 100	100% de auditorías realizadas	100%	Mantener meta	100%	100%
							P1		P1	P2
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Identificar variables biopsicosociales que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio.	Realizar auditoría en domicilio a familiares de jóvenes de 20-24 años fallecidos por neumonía en el hogar.	Porcentaje de auditorías realizadas a casos de jóvenes de 20 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonía.	(N° de auditorías realizadas a casos de jóvenes de 20 a 24 años que fallecen en su domicilio por neumonía / N° de casos de jóvenes de 20 a 24 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100.	50% de auditorías realizadas	50%	Mantener	50%	50%
							P1		P1	P2
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortali	Realizar Examen de Medicina Preventiva en jóvenes de 20 a 24 años, aplicando pauta de	Porcentaje de EMPA realizados a jóvenes de 20 a 24 años	(N° de EMPA realizados a jóvenes de 20 a 24 años (año vigente) (MENOS) N° de EMPA realizados a jóvenes de 20 a	Incrementar al menos en un 20 %	5%	Incrementar en 20%	10%	Mantener cobertura
							P1		P1	P1

Adolescencia

		dad a través del Examen de Medicina Preventivo en hombres de 20 a 24 años.	protocolo.		24 años (año anterior)/ N° de EMPA realizados a jóvenes 20 a 24 años (año anterior))*100.					
PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población de 10 a 24 años	Porcentaje de consultas de morbilidad con baciloscopia	(N° de baciloscopias realizadas a población de 10 a 24 años / N° de consultas de morbilidad en población de 10 a 24 años)*100	Aumentar en un 10 %	10%	Aumentar 20%	10%	Mantener
							P1		P1	P2
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Prevenir los trastornos mentales en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas a población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Talleres preventivos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(N° de talleres realizados (año vigente) (MENOS) N° de talleres realizados (año anterior) / N° de talleres realizados (año anterior))*100 (población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años)	Realizar 1 taller por sector	1 taller	1 taller anual	2 talleres año	Mantener
							P2		Pp3	P2
PREVENCION	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Fomentar la Prevención de Violencia en Atención Primaria población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas usuarias de	Talleres preventivos en la temática de violencia en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(N° de talleres realizados (año vigente) (MENOS) N° de talleres realizados (año anterior) / N° de talleres realizados (año anterior))*100	Realizar 1 taller por sector	1 taller	1 taller anual	2 talleres año	1 taller
							P2		P3	P2

Adolescencia

			la Atención Primaria en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años							
PREVENCIÓN	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Promedio de VDI recibidas por personas de 10 a 24 años del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa	(Nº de Visitas Domiciliarias Integrales recibidas por personas 10 a 24 años del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control de 10 a 24 años en Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa)	A lo menos 2 VD mensual a personas con dependencia severa.	1 visita	Mantener meta	Mantener	Mantener
							P1		P1	P2
PREVENCIÓN	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de Escaras (Úlcera por presión).	Porcentaje de Población bajo control de 10 a 24 años del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que no presentan UPP	(Nº de personas de 10 a 24 años sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control de 10 a 24 años en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100	92% y más de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa no presentan UPP	70%	Mantener meta	Mantener	
							P2		P1	P1

Adolescencia

		recuperación y autonomía.								
PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Porcentaje de Evaluación de Sobrecarga en Cuidadores de Personas de 10 a 24 años con Dependencia Severa	(N° de cuidadores de personas de 10 a 24 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliara para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/N° de cuidadores de personas de 10 a 24 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa)*100	Al menos el 80% de los cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria han sido evaluados con Escala de Zarit	50%	Mantener meta	Mantener meta	50%
							P2		P1	P2
PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente	Porcentaje Capacitación de Cuidadores de personas de 10 a 24 años con Dependencia Severa	(N° de Cuidadores de personas de 10 a 24 años con dependencia severa Capacitados / N° Total de cuidadores de personas de 10 a 24 años con dependencia severa)*100	100% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.	100%	Mantener meta	100%	Mantener
							P2		P1	P1

Adolescencia

		recuperación y autonomía.								
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población de 10 a 24 años con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de adolescentes y jóvenes (10-24 años) asmáticos bajo control	Población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada (año vigente)	Proporción de población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada (año anterior) / (Proporción de población de 10 a 24 años bajo control asmática controlada(año anterior)) Cálculo de proporción: (Nº de población 10 a 24 años controlada bajo control /Nº de personas de 10 a 24 años asmáticas años bajo control)*100	Incrementar en 20 %	5%	Mantener en un 20%	Mantener meta	Mantener meta
							P1		P1	P1
TRATAMIENTO	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer SACAR ESTE ITEM	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a adolescentes y jóvenes con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades	Realizar visitas domiciliarias integrales a adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años con dependencia moderada y/o severa	(Nº de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a adolescentes y jóvenes con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº de población adolescente y	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a adolescentes y jóvenes con dependencia	2 visitas	Mantener en un 20%	2 visitas	1 visita
							P1		P3	P1

Adolescencia

			biopsicosociales del paciente y su familia		jóven bajo control por dependencia moderada y/o severa))*100	moderada y/o severa				
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura de personas hipertensas de 20-24 años bajo control	Cobertura hipertensos (año vigente) (Menos) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior) Cálculo de proporción (Nº de personas hipertensas de 20-24 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada)	Incrementar en al menos 20% respecto al año anterior	Aumentar 2%	Incrementar en un 20%	20%	Aumentar 10%
							P1		P1	P1
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control con PA <140/90, en relación al bajo control	(Proporción de Metas de compensación (año vigente))([MENOS] Proporción de Metas de compensación (año anterior))/(Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas hipertensas de 20-24 años bajo	Incrementar en un 30% de la PBC respecto al año anterior	Incrementar 5%	Incrementar en un 30%	20%	Mantener meta
							P1		P1	P1

Adolescencia

					control con (PA <140/90)/Nº de personas hipertensas de 20-24 años bajo control en PSCV)					
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 20-24 años.	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 20 a 24 años bajo control.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) /Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de Cobertura: (Nº de personas hipertensas de 20 a 24 años con PA <140/90/Nº de personas hipertensas de 20-24 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)	Incrementar en un 20% de la población inscrita respecto al año anterior.	Incrementar 2%	Incrementar en un 10%	Incremento 10%	Mantener meta
							P1		P1	P1
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años	Cobertura de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control, en relación a la población inscrita	(Cobertura Diabéticos (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabéticos (año anterior) / Cobertura Diabéticos (año anterior)) Cálculo de Cobertura:	Incrementar en al menos 20% respecto al año anterior	Incrementar 2%	Incrementar un 20%	Incrementar	Mantener meta actual
							P1		P1	P1

Adolescencia

					(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 según prevalencia)					
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años	Cobertura de personas diabéticas de 20 a 24 años bajo control con (HbA1c<7%)	Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) (Proporción de metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (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)	Incrementar en un 30% respecto al año anterior, hasta alcanzar una compensación de al menos 80%.	Incrementar 2%	No aplica	Incremento 2%	Incrementar 15%
							P1		P1	P1
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en jóvenes.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 20-24 años	Proporción de personas diabéticas de 20-24 años con HbA1c<7%)	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) /	Incrementar en al menos 20% , hasta alcanzar una compensación de al	Incrementar 2%	Mantener la meta	Mantener	Mantener
							P1		P1	P1

Adolescencia

					Proporción de metas de compensación (año anterior) Cálculo de proporción (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 según prevalencia)	menos 80%.				
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad perinatal	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada adolescente.	Porcentaje de altas odontológicas en embarazadas adolescentes	(Nº de altas odontológicas totales en embarazadas adolescentes/ total de gestantes adolescentes ingresadas a control prenatal)*100	69% de altas odontológicas totales en embarazadas adolescentes	Mantener meta	Mantener meta	Mantener	Mantener
							P1		P1	P1
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Atención odontológica integral a población adolescente de 12 años.	Porcentaje de adolescentes de 12 años con alta odontológica total	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total/ Nº Total de adolescentes de 12 años inscritos y validados)*100	74%	Mantener meta	Mantener meta	Mantener	Mantener
							P1		P1	P1
TRATAMIENTO	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de	Garantizar la atención odontológica de las	Urgencia Odontológica ambulatoria	Porcentaje de consultas odontológicas de urgencia	(Nº total de consultas odontológicas de urgencia GES en	Aumentar en 5 %	5%	Mantener meta	1%	2.5%
							P1		P1	P1

Adolescencia

	mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables.	urgencias dentales más frecuentes en adolescentes		GES en adolescentes	adolescentes realizadas el año actual / Población adolescente inscrita año actual)*100					
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adolescente	Morbilidad Odontológica en adolescentes	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en adolescentes	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en población adolescente/N° de población adolescente inscrita y validada en el establecimiento) *100	Establecer línea basal 2017	Línea basal	Línea base	Línea basal	Línea base
							P2		P1	P2
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población de 10 a 24 años	Brindar atención integral y oportuna a población de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Atención integral de Población de 10 a 24 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental mayor de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años (año vigente) / Población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años inscrita validada x prevalencia de 22%	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales	17%	Aumentar 2%	Mantener	16.5%
							P1		P1	P1
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población 10 a 24 años	Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y	Casos presentados en consultoría de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de	(N° de casos presentados en consultoría de salud mental (año vigente) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año	Aumentar en 3% el número de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental	Aumentar 3%	Mantener meta		Mantener
							P2		P3	P2

Adolescencia

			consumo problemático de alcohol y drogas a población de 10 a 24 años	Población de 10 a 24 años	vigente)(MENOS) N° de casos presentados en consultoría de salud mental (año anterior) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100	respecto al año anterior				
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Mejorar la atención de personas mayores víctimas de violencia de género en población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	Ingreso de personas a atención integral por violencia de género de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	(N° de personas adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) N° de personas adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ N° de personas adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	LINEA BASE	Línea base	Mantener meta	Línea base	Mantener
							P1		P3	P2
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria	Aumentar la cobertura de pacientes con asma bronquial de	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología	Porcentaje de adolescentes y jóvenes (10-24 años)	(Población adolescente y jóvenes de 10 a 24 años bajo control (año	Aumentar en 5%	Aumentar 5%	Mantener meta	Mantener	Mantener
							P1		P1	P1

Adolescencia

	crónica	10 a 24 años en la atención primaria de salud	respiratoria crónica en población de 10 a 24 años.	bajo control con asma bronquial.	vigente) (MENOS) Población adolescente y jóvenes de 10 a 24 años bajo control (año anterior) / Población adolescentes y jóvenes bajo control de 10 a 24 años (año anterior))* 100					
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población de 10 a 24 años	Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Altas de personas de 10 a 24 años con diagnósticos de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	(N° de personas egresadas por alta (año vigente) (MENOS) N° de personas egresadas por alta (año anterior) / N° de personas egresadas por alta terapéutica (año anterior))*100	Aumentar en 2% N° de altas de personas con diagnósticos de trastornos mentales respecto al año anterior de población de adolescentes y jóvenes de 10 a 24 años	2%	Mantener meta	2%	Mantener
							P2		P2	
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población de 10 a 24 años	Brindar atención integral y oportuna a personas de 10 a 24 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población de 10 a 24 años	((N° de controles de Salud Mental totales realizados (año vigente)/ N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales(año vigente) (MENOS) ((N° de controles	Aumentar en 5% de ingresos de personas con diagnósticos de trastornos mentales respecto al año	5%	Mantener meta	Línea base	Mantener
							P1		P1	P2

Adolescencia

			de alcohol y drogas		de Salud Mental totales realizados (año anterior) / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales(año anterior)) / ((N° de controles de Salud Mental totales realizados (año anterior) / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales (año anterior))*100	anterior				
REHABILITACION	Disminuir la discapacidad	Avanzar en la detección de necesidades de la población adolescente con capacidades especiales (discapacitados)	Identificar el número de adolescentes (10 a 19 años) insertos en programas de rehabilitación	Porcentaje de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación tanto en el ámbito de las alteraciones musculoesqueléticas como de salud mental.	(N° de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación / N° de adolescentes de 10 a 19 años en situación de discapacidad inscritos en el centro de salud familiar)*100	Incrementar la población adolescente en situación de discapacidad que participan en programas de rehabilitación en relación al año anterior.	Mantener	Mantener meta	Línea base	mantener
							P2			P2
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/ Cartola Familiar	Porcentaje de familias de riesgo	N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar /N° de familias inscritas/ X 100	Aumentar en un 10% con respecto al año anterior	Mantener meta	Mantener meta	Mantener meta	Línea base
							P1			P2

Adolescencia

ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4.	Porcentaje de familias de riesgo intervenidas	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4/N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar	Realizar minimo un estudio de familia por sector al mes.	1 estudio por sector	Mantener meta		Línea base
							P1			P2

Adultez

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	D	O	A	V
PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminución y cesación del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios	Porcentaje de pacientes EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	(Nº de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios entre 25 y 64 años / (Nº total de ingresos agudos entre 25 y 64 años (MÁS) Nº consultas de morbilidad entre 25 y 64 años (MÁS) Consultas de atenciones agudas entre 25 y 64 años))* 100	100% de ingresos y consultas respiratorios con consejería breve antitabaco	100%	30%	Línea base	80%
							P2		P3	P1
PROMOCION	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el número de gestantes con educación respecto a la preparación para el parto y la crianza	Talleres de 4 sesiones para gestantes (según Manual de Atención Personalizada en el Proceso Reproductivo	Porcentaje de gestantes que ingresan a talleres de educación prenatal	(Nº de gestantes que ingresan a educación grupal Preparación para el parto y crianza / Nº total gestantes que ingresan a control prenatal)* 100	0,8	0.8	Mantener	30% gestantes	0.8
							P1		P3	P1
PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Realización de talleres promoción de estilos de vida saludable a población adulta de 25 a 64 años	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoción de la salud mental en población adulta de 25 a 64 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100	Aumentar el número de talleres de educación grupal respecto al año anterior	1 taller	Línea base	2 actividades comunitarias	Mantener
							P3		P3	P1
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar el aumento de peso durante la	Consulta nutricional de gestantes	Porcentaje de gestantes adultas con	(Nº de gestantes adultas bajo control con malnutrición	80%	60%	Aumentar 10%	80%	10%

Adultez

		gestación, en gestantes adultas con malnutrición por exceso.	con malnutrición por exceso.	malnutrición por exceso con consulta nutricional	por exceso, con consulta nutricional/ N° total de gestantes adultas bajo control con malnutrición por exceso)* 100		P3		P1	P2
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Vigilar el aumento de peso durante la gestación, en embarazadas con malnutrición por déficit.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por déficit.	Porcentaje de gestantes adultas con malnutrición por déficit con consulta nutricional	(N° de gestantes adultas bajo control con malnutrición por déficit, con consulta nutricional/ N° total de gestantes adultas bajo control con malnutrición por déficit)* 100	80%	60%	Mantener	100%	100%
							P3		P1	P2
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo	Incrementar cobertura de EMPA en la población inscrita validada.	(Cobertura EMPA (año vigente)(MENOS) Cobertura EMPA (año anterior) / Cobertura EMPA (año anterior)) Calculo de cobertura: (N° de EMPA realizados a población adulta inscrita validada /Población Total adulta inscrita validada)*100	Incrementar en un 20% la cobertura de EMPA en la población inscrita validada	18%	Aumentar 20%	10%	10%
							P1		P1	P1
PREVENCIÓN	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto focalizado en hombres de 25 a 64 años aplicando pauta de protocolo.	Incrementar cobertura de EMPA en hombres de 25-64 años.	(N° de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año vigente) (MENOS) N° de EMPA realizados a población 25 a 64 años (año anterior)/ N° de EMPA realizados a población 25 a 64	Incrementar en un 15% los EMPA en hombres de 25-64 años respecto a lo realizado el año	12%	Aumentar 15%	10%	10%
							P1		P1	P1

Adultez

		Preventivo del Adulto (EMPA) en personas de 25 a 64 años.			años (año anterior))*100 Calculo de proporción: (Nº de EMPA realizados en hombres 25-64 años/ Nº Total de EMPA realizados en hombres de 25 a 64 años)*100	anterior.				
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar y derivar al equipo psicossocial a las gestantes con riesgo psicossocial	Detectar y derivar gestantes con riesgo psicossocial, según pauta EPSA.	Porcentaje de gestantes adultas con riesgo psicossocial derivadas al equipo psicossocial	(Nº de gestantes adultas con riesgo psicossocial son derivadas al equipo psicossocial / Nº total de gestantes adultas con riesgo psicossocial)* 100	100%	100	100%	100%	Mantener
							P1		P1	P1
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Primer control de salud de la púérpera y su recién nacido dentro de los 10 días de vida.	Porcentaje de controles madre/hijo dentro de los 10 días de vida	(Nº de controles de salud integral a púérperas y recién nacido dentro de los 10 días de vida / Nº total de ingresos de RN)* 100	100%	80%	Mantener meta	70%	90%
							P1		P1	P1
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Realizar el control de salud integral de puerperio a la madre y control de salud al recién nacido entre los 11 y 28 días de vida.	Primer control de salud de la púérpera y su recién nacido entre los 11 y 28 días de vida.	Porcentaje de controles madre/hijo entre los 11 y 28 días de vida	(Nº de control de salud integral a púérperas y recién nacido entre los 11 y 28 días de vida / Nº total de ingresos de RN)* 100	90%	100%	Mantener meta	Menor a 30%	90%
							P1		P1	P1
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Detectar gestantes con síntomas de depresión, según Pauta de	Aplicar Pauta de Edimburgo a todas las gestantes en	Porcentaje de gestantes adultas que se aplicó Pauta de	(Nº de gestantes adultas que se aplicó Pauta de Edimburgo en el ingreso o 2º control	100%	100%	Mantener meta	100%	100%
							P1		P1	P1

Adultez

		Edimburgo	el ingreso o 2° control prenatal.	Edimburgo en el ingreso o 2° control prenatal	prenatal / N° total de ingresos de mujeres adultas a control prenatal)* 100					
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 2 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 2 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adultas con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 2 meses de postparto	(N° de madres adultas con Pauta de Edimburgo aplicada a los 2 meses postparto/N° total de mujeres adultas con antecedente de parto en los últimos 2 meses y en control de RF)*100	100%	80%	Mantener	100%	100%
							P2	Meta	P1	P1
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar la detección de Depresión a los 6 meses Postparto	Aplicar a las madres a los 6 meses postparto la Pauta Edimburgo (EPDS)	Porcentaje de madres adultas con Pauta de Edimburgo (EPDS) aplicada a los 6 meses de posparto	(N° de madres adultas con escala aplicada a los 6 meses de posparto / N° total controles a mujeres adultas realizados a los 6 meses posparto en RF x 100	100%	80%	80%	100%	100%
							P2		P1	P1
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Conocer el número de gestantes migrantes con riesgo psicosocial en Control prenatal	Control prenatal	Porcentaje de gestantes adultas migrantes con riesgo psicosocial en Control Prenatal	Número de gestantes adultas migrantes con riesgo psicosocial en Control prenatal/N° total de gestantes adultas migrantes*100	Establecer línea base	Línea base	Línea base	Línea base	Línea base
							P3		P1	P2
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Incorporar a la pareja u otro familiar significativo como sujeto activo durante el proceso reproductivo.	Control prenatal acompañado pareja, familiar u otro.	Porcentaje de gestantes adultas con acompañamiento en el control prenatal	(N° de controles prenatales de gestantes adultas con acompañante/ N° Total de controles de gestantes adultas prenatales realizados)*100	30%	30%	Mantener meta	25%	Mantener
							P1		P2	P2

Adultez

PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Entregar orientación e información clara, completa y oportuna, que permita a las personas adultas para tomar sus propias decisiones en salud sexual y reproductiva (planificación familiar, métodos anticonceptivos y sexualidad)	Consejería en salud sexual y reproductiva	Porcentaje personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva	(Nº de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año vigente) (MENOS) N° de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior/ N° de personas de 25 a 49 años que reciben consejería en salud sexual y reproductiva (año anterior))*100	Aumentar en 5%	5%	Mantener meta	11%	Mantener
							P3		P2	P2
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal	Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas con vida sexual activa.	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población adulta bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ N° total de población de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)) *100	Aumentar en 5%	5%	Mantener meta	5%	Mantener
							P2		P1	P2
PREVENCIÓN		Aumentar el ingreso a control de regulación de fertilidad de personas migrantes con vida sexual	Control de regulación de fertilidad	Porcentaje de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad	(Nº total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año vigente) (MENOS) (Nº total de	Establecer línea base	Línea base	Línea base	Línea base	Línea base
							P1		P1	P3

Adultez

		activa.			población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior)/ N° total de población migrante de 25 a 49 años bajo control de regulación de fertilidad (año anterior) *100					
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad perinatal y materna	Evaluación integral de la mujer adulta que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas.	Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto u otras pérdidas reproductivas, dentro de los 15 días del alta y entregar consejería en RF e ingresar a Regulación de Fertilidad	Porcentaje de mujeres que acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas derivadas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología	(N° de mujeres que acceden a control de salud postaborto u otras pérdidas reproductivas/N° total de mujeres post aborto u otras pérdidas reproductivas referidas desde el Servicio de Obstetricia y Ginecología) *100	100%	80%	Mantener meta	100%	80%
							P2		P2	P1
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica durante el curso de vida.	Control preventivo de salud integral ginecológica.	Porcentaje de mujeres adultas con controles ginecológicos preventivos	(N° de mujeres adultas en control ginecológico preventivo /N° total de mujeres adultas inscritas y validadas)*100	Aumentar el 4%	4%	Mantener meta	4%	Mantener
							P3		P2	P2
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 50 a 64 años	Porcentaje de cobertura de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años	(N° de mujeres de 50 a 64 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ N° de mujeres de 50 a 64 años inscritas validadas)* 100	Alcanzar al menos 50%	20%	Mantener meta	50%	Mantener
							P1		P1	P1

Adultez

PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes por cáncer de cuello uterino.	Realizar toma de PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años	Porcentaje de cobertura de PAP vigente cada tres años en mujeres de 25 a 64 años	(N° de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años / N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas validadas)* 100	80%	Reducir 19% brecha	Mantener meta	80%	Mantener
							P1		P1	P1
PREVENCIÓN	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Aumentar la detección de colestiasis en población general de 35 a 49 años	Aumentar la detección de colestiasis en población general de 35 a 49 años	Incrementar la detección de colestiasis en población de 35 a 49 años	N° personas de 35 A 49 años con ecografía abdominal positiva para colestiasis*100/Población Total de 35 a 49 años	Incrementar en un 25% respecto al año anterior la detección de colestiasis en población general	Incrementar 10%	Mantener la meta	25%	Mantener
							P1		P1	P1
PREVENCIÓN	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.	Control de salud integral de la mujer adulta en etapa de climaterio.	Porcentaje de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio	(N° de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año vigente) (MENOS) N° de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio el (año anterior)/ N° de mujeres adultas en control de salud integral en etapa de climaterio (año anterior))*100	Aumentar en 2 %	2%	Mantener meta	Mantener	Mantener
							P2		P2	P2
PREVENCIÓN	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Categorizar a las mujeres de 45 a 64 años, según Escala MRS al ingreso a control por climaterio, según Orientación Técnica	Aplicación de la Escala MRS (Menopause Rating Scale) en el ingreso a control de salud de climaterio	Porcentaje de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control de climaterio	(N° de mujeres adultas con aplicación de MRS en el ingreso a control/ N° total de mujeres adultas que ingresan a control de climaterio)*100	Establecer línea base	Línea base	Línea de base	Línea base	Línea base
							P3		P2	P2

Adultez

PREVENCIÓN	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Porcentajes de adultos de 25 a 64 años, dados de alta del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV con control por profesional del PSCV para evaluar la adherencia al tratamiento dentro de los 7 días hábiles post-alta.	(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	El 100% con control dentro de 7 días del alta.	100%	Línea de base	100%	100%
							P1		P1	P1
PREVENCIÓN	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Realizar tamizaje de la ERC en las personas hipertensas y diabéticas en PSCV al menos una vez al año.	Porcentaje de personas adultas diabéticas o hipertensas en PSCV clasificadas según etapa de enfermedad renal crónica.	(Nº de adultos hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses / Nº total de adultos bajo control en PSCV (hipertensos y diabéticos) al corte)* 100	100% de las personas adultas diabéticas o hipertensas clasificadas	100%	Mantener la meta	100%	Mantener
							P1		P1	P1
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Evaluación anual del riesgo de ulceración de los pies en la persona de 25-64 años con diabetes y plan de manejo según el	Porcentaje de Personas de 25-64 años con diabetes tipo 2 en PSCV con evaluación del riesgo de ulceración de los pies y un	(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	100% de las personas de 25-64 años con diabetes con evaluación y plan de manejo	90%	80%	90%	90%
							P1		P1	P1

Adultez

			nivel de riesgo, de acuerdo a las OT del MINSAL vigente.	plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.						
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Aumentar el diagnóstico precoz de VIH en personas de 25-64 años por demanda espontánea y por morbilidad.	Realizar examen de VIH en personas de 25-64 años que lo requieran por demanda espontánea y por morbilidad	Aumento de la toma examen de VIH en personas de 25-64 años en consultas de morbilidad	(Nº total de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 25-64 años (año vigente) (MENOS) N° de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años (año anterior)/Nº total de exámenes para VIH realizados por morbilidad de 25-64 años, (año anterior))*100	Aumentar en 10% el examen de VIH en relacion al año anterior	Aumentar 10%	Mejorar registro	10%	Mantener
							P2		P1	P1
PREVENCIÓN	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS.	Aumento de consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas por sexo (año vigente) (MENOS) 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 personas adultas por sexo realizadas (año anterior))*100	Aumentar en un 10% la consejería con respecto al año anterior.	Aumentar 10%	Mantener la meta	10%	Mantener
							P2		P2	P1
PREVENCIÓN	Mantener la tasa de mortalidad	Identificar variables biopsicosociale	Realizar auditoría en domicilio a	Porcentaje de auditorías realizadas a	(Nº de auditorías realizadas a casos de 25 a 64 años que	50% de auditorías realizadas	50%	Mantener la meta	50%	Mantener

Adultez

	proyectada por infecciones respiratorias agudas	s que pudieran contribuir a la mortalidad por neumonía en domicilio	familiares de fallecidos por neumonía en el hogar.	familiares de fallecidos por neumonía en domicilio	fallecen en su domicilio por neumonía / N° de casos de 25 a 64 años que fallecen en domicilio por neumonía)*100		P1		P1	P3
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenciones.	Administración de vacuna Influenza a los adultos enfermedades crónicas entre los 25 y 64 años.	Porcentaje de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza	(N° de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas vacunados con anti-influenza / Total de adultos entre 25 y 64 años portadores de enfermedades crónicas) *100.	95 % de cobertura	95%	95%	95%	95%
							P1		P1	P1
PREVENCIÓN	Mantener logros alcanzados en Enfermedades Transmisibles en eliminación	Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenciones.	Administración de vacuna Influenza a las mujeres adultas embarazadas con 13 semanas y más de gestación	Porcentaje de gestantes de 25 y mas años con 13 y mas semanas de gestación vacunados con anti-influenza	N° de gestantes de 25 y mas años con 13 y mas semanas de gestación vacunados con anti-influenza / Total gestantes de 25 y mas años con 13 y mas semanas de gestación) *100.	95 % de cobertura	95%	95%	95%	95%
							P1		P1	P1
PREVENCIÓN	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población de 25-64 años	Porcentaje de consultas de morbilidad con baciloscopia	(N° de baciloscopias realizadas en población de 25 a 64 años / N° de consultas de morbilidad en adultos de 25 a 64 años)*100	Aumentar en 20%	Aumentar 10%	Mantener la meta	Aumentar 10%	Mantener
							P1		P1	P1
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (GES salud oral integral de la embarazada).	Atención odontológica integral a la embarazada de 20 años o mas	Porcentaje de altas odontológicas en embarazadas de 20 años o mas	(N° de altas odontológicas totales en embarazadas de 20 años o mas / total de gestantes de 20 años o mas ingresadas a control prenatal)*100	≥68% de altas odontológicas totales en embarazadas de 20 años o mas			81%	
							69%	Mantener la meta	Mantener meta	Mantener
							P1		P1	P1

Adultez

PREVENCIÓN	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Fomentar la Prevención de Violencia en Atención Primaria población adulta de 25 a 64 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas usuarias de la Atención Primaria en población adulta de 25 a 64 años	Talleres preventivos en la temática de violencia en Población adulta de 25 a 64 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100 (población adulta de 25 a 64 años)	Aumentar el Nº talleres respecto al año anterior	1 taller	Línea de base	2 talleres	Mantener talleres 2016
							P2		P2	P1
TRATAMIENTO	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas con cáncer, dolor, y/o dependencia moderada y/o severa	Atender en forma integral a la persona con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia	Realizar visitas domiciliarias integrales a personas de 25 a 64 años con dependencia moderada y/o severa	(Nº de visitas domiciliarias integrales realizadas en domicilio a personas con cáncer, dolor y dependencia moderada y/o severa/ Nº de población bajo control por dependencia moderada y/o severa))*100	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales a personas con dependencia moderada y/o severa	1 visita	Mantener la meta	2 visitas	Mantener
							P1		P2	P1
TRATAMIENTO	Mejorar la calidad de vida de la mujer en edad de climaterio	Entregar Terapia de Reemplazo Hormonal (TRH) a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Prescripción de TRH a mujeres en control de climaterio, según puntaje MRS	Porcentaje de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS	(Nº de mujeres en control de climaterio que reciben TRH, según puntaje MRS / Nº total de mujeres que requieren TRH según escala MRS)* 100	Establecer línea base	Línea base	Línea de base	Línea base	Línea base
									P2	P2

Adultez

TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control	(Cobertura hipertensos (año vigente)(MENOS) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada)	Incrementar en al menos 20% respecto al año anterior	Aumentar 2%	Mantener la meta	Incrementar 10%	Incrementar 5%
							P1		P1	P1
TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevida de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control con PA <140/90, en relación al bajo control	(Proporción de Metas de compensación (año vigente)([MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/(Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control con (PA <140/90)/Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control en PSCV)	Incrementar en un 30% de la PBC respecto al año anterior	Aumentar 2%	Mantener la meta	Incrementar 10%	Aumentar 5%
							P1		P1	P1

Adultez

TRATAMIENTO	Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar la cobertura de tratamiento de hipertensión en personas de 25 a 64 años.	Optimizar el tratamiento de hipertensión en personas de 25-64 años	Cobertura efectiva de personas hipertensas de 25 a 64 años bajo control.	Cobertura hipertensos (año vigente) (Menos) Cobertura Hipertensos (año anterior)/ Cobertura Hipertensos (año anterior) Cálculo de proporción (Nº de personas hipertensas de 25-64 años bajo control / Nº de personas hipertensas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada)	Incrementar en un 10% de la población inscrita,	Incrementar 5%	Mantener la meta	Incrementar 10%	Incrementar 5%
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control, en relación a la población inscrita	(Cobertura Diabéticos (año vigente) (MENOS) Cobertura Diabéticos (año anterior/ Cobertura Diabéticos (año anterior)) Cálculo de Cobertura: (Nº de personas diabéticas de 25 a 64 años bajo control/Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)	Incrementar en al menos 20% respecto al año anterior	Incrementar 4%	Mantener la meta	Aumentar 10%	Incrementar 5%
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a)	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en	Optimizar el tratamiento de la diabetes en	Cobertura de personas diabéticas de 25 a 64 años	Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS)	Incrementar en un 30% de la PBC en	Incrementar 30%	Mantener la meta	Aumentar 10%	Incrementar 5%

Adultez

	Diabetes mellitus	personas de 25-64 años.	personas de 25-64 años	bajo control con (HbA1c<7%)	(Proporción de metas de compensación (año anterior)/ (Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control con (HbA1c<7%)/Nº de personas diabéticas de 25-64 años bajo control en PSCV)	relación al año anterior	P1		P1	P1
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la cobertura de tratamiento de diabetes en personas de 25-64 años.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en personas de 25-64 años	Cobertura efectiva de personas con DM2 de 25 a 64 años bajo control.	(Proporción de metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de metas de compensación (año anterior) / Proporción de metas de compensación (año anterior)) Cálculo de proporción (Nº de personas diabéticas de 25-64 años con HbA1c<7%) / Nº de personas diabéticas de 25-64 años estimados en la población inscrita validada según prevalencia)	Incrementar en un 10% respecto al año anterior	Incrementar 2%	Mantener la meta	Aumentar 10%	Aumentar 5%
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por	Aumentar la cobertura de tratamiento de	Optimizar el tratamiento de la	Aumento de las personas de 25 a 64	(Proporción (año vigente) (MENOS) Proporción (año	Aumentar en 10% con	Incrementar 2%	Mantener la meta	Aumentar 5%	5%

Adultez

	(asociada a) Diabetes mellitus	diabetes en personas de 25-64 años.	diabetes en personas de 25-64 años	años diabéticas tipo 2 en PSCV con HbA1 <7%, PA <140/90mm Hg mmHg y Col LDL < 70mg/dl.	anterior)/ Proporción (año anterior))	respecto al año anterior .	P1	P1	P1	
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) 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.	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.	Personas diabéticas 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.	(Proporción (año vigente) (MENOS) (Proporción (año anterior)/ (Proporción (año anterior))	Incrementar en 50% la proporción de pacientes diabéticos que tienen una evaluación de la calidad de la atención en los últimos 12 meses.	Línea base	Mantener la meta	50%	Línea base
									P2	P1
PREVENCIÓN	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en personas adultas	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Aumentar el número de personas adultas informadas sobre el ejercicio de una sexualidad segura.	Aumento de consejería en Prevención del VIH/SIDA e ITS en personas adultas, con respecto al año anterior.	(Nº de consejerías en prevención del VIH/SIDA e ITS personas adultas 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 en personas adultas por sexo (año anterior))*100	Aumentar en un 10% la consejería, con respecto al año anterior.	Aumentar 5%	Mantener la meta	10%	Mantener
							P2			P2

Adultez

PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Aumentar la cobertura de pacientes crónicos respiratorios de 25 a 64 años.	Pesquisa, evaluación, confirmación diagnóstica de patología respiratoria crónica	Porcentaje de Adultos bajo control de 25 a 64 años	(Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año vigente) (MENOS) Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año anterior) / Población adulta de 25 a 64 años bajo control Programa ERA (año anterior))*100	Aumentar en 5%	Incrementar 5%	Mantener la meta	15%	Mantener
							P1		P1	P2
PREVENCIÓN	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 25 a 64 años bajo control en Programa ERA	Población bajo control asmática controlada (año vigente)	(Proporción de población bajo control asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior) / Proporción de población bajo control asmática controlada (año anterior))	Incrementar en 20%	Incrementar en 8%	Mantener la meta	20%	Mantener
							P1		P1	P2
PREVENCIÓN	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su	Promedio de VDI recibidas por personas de 25 a 64 años del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa	(N° de Visitas Domiciliares Integrales recibidas por personas de 25 a 64 años del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa /N° de población bajo control de 25 a 64 años en Programa de Atención Domiciliaria para	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas con dependencia severa.	2 visitas	Mantener la meta	2 visitas	Mantener
							P1		P2	P2

Adultez

		potenciando su recuperación y autonomía.	familia.		Personas con Dependencia Severa)					
PREVENCIÓN	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de Escaras (Úlcera por presión).	Porcentaje de Población bajo control de 25 a 64 años del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que no presentan UPP	(Nº de personas de 25 a 64 años sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control de 25 a 64 años en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100	92% y más de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa no presentan UPP	70%	Mantener la meta	Mantener	50%
							P1		P1	P2
PREVENCIÓN	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Porcentaje de Evaluación de Sobrecarga en Cuidadores de Personas de 25 a 64 años con Dependencia Severa	(Nº de cuidadores de personas de 25 a 64 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/Nº de cuidadores de personas de 25 a 64 años con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con dependencia severa)*100	Al menos el 80% de los cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria han sido evaluados con Escala de Zarit	60%	Mantener la meta	80%	Mantener
							P2		P2	P2

Adultez

PREVENCIÓN	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente	Porcentaje Capacitación de Cuidadores de personas de 25 a 64 años con Dependencia Severa	(Nº de Cuidadores de personas de 25 a 64 años con dependencia severa Capacitados / Nº Total de cuidadores de personas con dependencia severa)*100	100% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados.	100%	Mantener la meta	100%	Mantener
							P1		P2	P2
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con EPOC bajo control.	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 40 a 64 años bajo control en Programa ERA	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	(Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior) / Proporción de población bajo control EPOC que logran control adecuado (año anterior))	Incrementar en 20%	Aumentar 5%	Mantener la meta	20%	Mantener
							P1		P1	P2
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes	Urgencia Odontológica ambulatoria	Porcentaje de consultas odontológicas de urgencia GES	(Nº total de consultas odontológicas de urgencia GES realizadas el año actual en población de 25 a 64 años / Población de 25 a	2,5%	Aumentar 2.5%	Mantener la meta	1.5%	Mantener
							P1		P1	P1

Adultez

					64 años inscrita año actual)*100					
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto	Morbilidad Odontológica en adultos	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población adulta	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en población de 25 a 64 años/N° de población de 25 a 64 años inscrita y validada en el establecimiento)*100	Establecer línea basal 2017	Línea base	Mantener la meta	Línea base	Mantener
							P1		P2	P1
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta de 25 a 64 años	Concentración de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta de 25 a 64 años	((N° de controles de Salud Mental totales realizadas año vigente/ N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año vigente) (Menos) ((N° de controles de Salud Mental totales realizadas año anterior / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año anterior)) / ((N° de controles de Salud Mental totales realizadas año anterior / N° de personas bajo control en el programa por trastornos mentales) año anterior) (población adulta	Aumentar el N° de controles respecto al año anterior.	Aumentar 5%	Mantener la meta	Aumentar 1%	Mantener
							P2		P1	P3

Adultez

					de 25 a 64 años)					
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Altas de personas con diagnósticos de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta de 25 a 64 años	N° de personas egresadas por alta año vigente (Menos) / N° de personas egresadas por alta año anterior5 / N° de personas egresadas por alta terapéutica año anterior (población adulta de 25 a 64 años)	Aumentar en N° de altas de personas con diagnósticos de trastornos mentales respecto al año anterior de población adulta de 25 a 64 años	Aumentar 2%	Mantener la meta	Aumentar 2%	Mantener
							P2		P2	P3
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta de 25 a 64 años	Brindar atención integral y oportuna a población adulta de 25 a 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Atención integral de Población adulta de 25 a 64 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental mayor de población adulta de 25 a 64 años (año vigente) / Población adulta de 25 a 64 años inscrita validada x prevalencia de 22%	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial con trastornos mentales en adultos (25 a 64 años) del 22% de prevalencia	17%	Mantener la meta	Mantener	
							P1		P1	P1
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas	Brindar de Atención Integral de trastornos	Brindar atención integral y oportuna a	Casos presentados en consultoría	(N° de casos presentados en consultoría de salud mental de personas	Mantener o aumentar el número	Mantener	Mantener la meta	Mantener	Mantener

Adultez

	con enfermedad mental	mentales en población adulta de 25 a 64 años	personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta de 25 a 64 años	de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta de 25 a 64 años	(año vigente) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente)(MENOS) N° de casos presentados en consultoría de salud mental de personas (año anterior) / N° de personas ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100 (población adulta de 25 a 64 años)	de casos de personas presentados en consultoría de Salud Mental respecto al año anterior de población adulta de 25 a 64 años	P2		P1	P3
TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta de 25 a 64 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta de 25 a 64 años	Ingreso de personas a atención integral por violencia de género de población adulta de 25 a 64 años	(N° de personas adultas de 25 a 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) N° de personas de 25 a 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ N° de personas adultas de 25 a 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	Aumentar los ingresos en relación al año anterior	Mantener	Mantener la meta	Aumentar 1%	Mantener
							P2		P2	P3

Adultez

TRATAMIENTO	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta de 25 a 64 años	Altas de personas adultas de 25 a 64 años víctimas de violencia de género	N° de personas adultas 25 a 64 años víctimas de violencia de género egresadas por alta año vigente (Menos) N° de personas adultas 25 a 64 años víctimas de violencia de género egresadas por alta año anterior / N° de personas adultas 25 a 64 años víctimas de violencia de género egresadas año anterior (población adulta mayor de 64 años)	Aumentar en N° de altas de personas egresadas por violencia de género	Aumentar número de altas	Mantener la meta	Aumentar 2,5%	Mantener la meta
REHABILITACION	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	Porcentaje de pacientes de 40 a 64 años EPOC que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	(Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado año (año vigente) (MENOS) Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 40 a 64 años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior)) *100	Aumentar 25%	Aumentar 2%	No se realiza	10%	
							P2		P2	P2

Adultez

ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Tamizar Familias	Aplicación de la Encuesta/Cartola Familiar	Porcentaje de familias de riesgo	N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar /N° de familias inscritas/ X 100	Aumentar 10%	aumentar un 10 %	Línea base	Línea base	Línea base
							P1		P2	P2
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4	Porcentaje de familias de riesgo intervenidas	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4/N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar	Establecer Línea Base	Línea base	Línea de base	Línea base	Línea base
							P1		P2	P2

Adulter Mayor

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	OBJETIVO SANITARIO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	FORMULA DE CALCULO	META	D	O	A	V
PROMOCION	Reducir la prevalencia proyectada de consumo de tabaco	Fomentar la disminuci3n y cesaci3n del consumo de tabaco.	Realizar consejerías breves antitabaco en todos los ingresos y consultas respiratorios.	Porcentaje de ingresos y consultas respiratorias agudas con consejería breve antitabaco	$(N^{\circ} \text{ de consejerías breves antitabaco realizadas a usuarios de 65 y más años} / (N^{\circ} \text{ total de ingresos agudos a usuarios de 65 y más años (MÁS) } N^{\circ} \text{ consultas de morbilidad a usuarios de 65 y más años (MÁS) } \text{Consultas de atenciones agudas a usuarios de 65 y más años})) * 100$	100%	100%	Mejorar registro	20%	90%
							P1		P3	P3
PROMOCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Promoci3n de la salud mental en poblaci3n adulta mayor de 64 años	Realizaci3n de talleres promoci3n de estilos de vida saludable a poblaci3n adulta mayor de 64 años	Actividades comunitarias de salud mental: Taller de promoci3n de la salud mental en poblaci3n adulta mayor de 64 años	$(N^{\circ} \text{ de talleres realizados (año vigente) (MENOS) } N^{\circ} \text{ de talleres realizados (año anterior)} / N^{\circ} \text{ de talleres realizados (año anterior)}) * 100$ (poblaci3n adulta mayor de 64 años)	Aumentar el número de talleres respecto al año anterior	Aumentar numero	Mantener talleres	5 talleres	Mantener talleres
							P1		P1	P11
PREVENCION	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Prevenir los síndromes geriátricos, Pesquisar Patologías Agudas, Crónicas y Maltrato en las personas de 65 años y más y aconsejar	Realizar Controles de Salud con el fin de evaluar la situaci3n de salud de las personas mayores, aconsejar sobre prevenci3n y	Porcentaje de personas de 65 años y más bajo Control de Salud	$(N^{\circ} \text{ de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año vigente) (MENOS) } (N^{\circ} \text{ de personas de 65 años y más bajo Control de Salud (año anterior)}) / N^{\circ} \text{ de personas de 65$	Incrementar al menos en un 30% respecto al año anterior	Aumentar 5%	6%	20%	Aumentar 5%
							P1		P1	P1

Adultez Mayor

		sobre el envejecimiento o saludable/activo en los controles de salud (EMPAM)	control de enfermedades, pesquisar y derivar y elaborar plan de intervención (EMPAM)		años y más bajo Control de Salud (año anterior)* 100					
PREVENCION	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Prevenir dependencia en personas de 65 años y más autovalente con riesgo y/o riesgo de dependencia detectado en el control de Salud (EMPAM)	Realizar control de seguimiento con EFAM a personas de 65 años y más autovalentes con riesgo y con riesgo de dependencia dentro de los primeros 6 meses realizado control de Salud (EMPAM).	Porcentaje de personas de 65 años y más con riesgo de dependencia	(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	80% con control de seguimiento realizado	60%	40%	40%	Línea base
							P1		P3	P3
PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o	Atender en forma integral considerando el estado de salud de la persona con dependencia severa, considerando las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia.	Promedio de VDI recibidas por personas de 65 años y más del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa	(Nº de Visitas Domiciliares Integrales recibidas por personas de 65 años y más del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control de 65 años y más en Programa de	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales anuales a personas con dependencia severa.	1 visita	2 visitas	2 visitas	Mantener
							P1		P1	P2

Adulter Mayor

		potenciando su recuperación y autonomía.			Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa)					
PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias para la prevención y cuidado de Escaras (Úlcera por presión).	Porcentaje de Población bajo control del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa que no presentan UPP	(Nº de personas sin UPP del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa /Nº de población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con dependencia severa)*100	92% y más de la población bajo control en el Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa no presentan UPP	60%	10%	80%	Línea base
							P1		P1	P1
PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Evaluar el nivel de sobrecarga de cuidadores para la implementación de Plan de Cuidados al Cuidador	Porcentaje de Evaluación de Sobrecarga en Cuidadores de Personas con Dependencia Severa	(Nº de cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con Dependencia severa evaluados con Escala de Zarit/Nº de cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria para personas con	Lograr que el 80% de los cuidadores de personas con dependencia severa del Programa de Atención Domiciliaria han sido evaluados con Escala de Zarit	50%	Sin registro	Mantener meta	Mantener
							P1		P1	P3

Adulthood

					dependencia severa)*100					
PREVENCION	Disminuir la discapacidad	Otorgar al paciente con dependencia severa, cuidador y familia una atención integral en su domicilio, en los ámbitos físico, emocional y social, mejorando la calidad de vida y/o potenciando su recuperación y autonomía.	Entregar a cuidadores y familias las herramientas necesarias, para asumir el cuidado integral del paciente	Porcentaje Capacitación de Cuidadores de personas con Dependencia Severa	(Nº de Cuidadores de personas con dependencia severa Capacitados / Nº Total de cuidadores de personas con dependencia severa)*100	100% de los cuidadores de personas con dependencia severa capacitados	100%	Aumentar 10%	100%	Mantener
							P1		P3	P3
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Aumentar cobertura de vacuna Neumocócica, en usuarios de 65 años de edad inscritos y validados.	Administrar una dosis de vacuna Neumocócica, a los usuarios de 65 años de edad según población inscrita y validada	Porcentaje de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica	(Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Neumocócica /Nº Total de personas de 65 años inscritos y validados)*100	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	80%	80%	30%	Aumentar 5%
							P1		P1	P2
PREVENCION	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias	Aumentar cobertura de vacuna Influenza, en usuarios de 65 años y más inscritos y	Administrar una dosis de vacuna Anti-influenza, a los usuarios de 65 años y más de edad	Porcentaje de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti-	(Nº de personas de 65 años vacunadas con una dosis de vacuna Anti-influenza/Nº Total de personas	95 % de cobertura	95%	95%	60%	Mantener
							P1		P1	P2

Adulter Mayor

	agudas	validados.	inscrita y validada.	influenza	de 65 años y más inscritos y validados)*100					
PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Mejorar la Detección Precoz de la TBC	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis en población mayor de 65 años	Porcentaje de consultas de morbilidad de personas con 65 años y mas con baciloscopia	(Nº de baciloscopias realizadas a población mayor de 65 años / Nº de consultas de morbilidad en población mayor de 65 años)*100	Aumentar en 20%	Aumentar 10%	Aumentar	Aumentar 20%	Aumentar 10%
							P1			P2
PREVENCION	Mejorar el estado funcional de los adultos mayores	Aumentar la cobertura de las personas de 70 años y más que retiran PACAM.	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM	Personas bajo control > 70 años que reciben PACAM	(Proporción de personas bajo control > 70 años que reciben PACAM (año vigente)(MENOS) proporción de personas bajo control > de 70 años que reciben PACAM (año anterior))	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas de 70 años y más que reciben PACAM.	10%	Aumentar 7%	Disminuir 5%	Revisar
							P1		P1	P3
PREVENCION	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica (ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV.	Aplicar la "Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a las personas de 65 años y más en control de salud cardiovascular.	Porcentaje de personas de 65 años y más bajo control en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses	(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	100% de las personas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificadas según etapa enfermedad renal crónica.	90%	100%	100%	Mantener
							P1		P1	P2
PREVENCION	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años	Optimizar el tratamiento farmacológico de los pacientes de 65 o más años con	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en PSCV con albuminuria moderada o severa o ERC	100% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en	100%	Mantener	100%	Mantener
							P1		P1	P2

Adulthood

		en PSCV que presentan Albuminuria moderada o severa (RAC $\geq 30\text{mg/g}$) o ERC etapa 3b-5 (VFG estimada $< 45\text{ mL/min/1.73 m}^2$)	albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 en el PSCV.	PSCV con albuminuria moderada o severa o ERC etapa 3b-5 y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses	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	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.				
PREVENCION	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Atención integral de salud ginecológica en mujeres de 65 años y más	Control preventivo de salud integral ginecológica.	Porcentaje de mujeres adultas mayores con controles ginecológicos preventivos	(N° de mujeres adultas mayores en control ginecológico preventivo /N° total de mujeres adultas mayores inscritas y validadas)*100	Aumentar el 4%	3%	Mantener	4%	Mantener
PREVENCION	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir las muertes de mujeres adultas mayores por cáncer de mama.	Solicitar mamografía a mujeres de 65 a 69 años	% de cobertura de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años	(N° de mujeres de 65 a 69 años con mamografía vigente en los últimos 3 años/ N° de mujeres de 65 a 69 años inscritas validadas)* 100	Alcanzar al menos 50%	20%	Aumentar 15%	50%	Mantener
PREVENCION	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Mejorar la calidad de vida y la atención integral en personas adultas mayores con cáncer, dolor, dependencia moderada y/o severa	Realizar visita domiciliaria integral a la persona adulta mayores con cáncer con dependencia moderada y/o severa, con dolor, considerando	Concentración de visitas domiciliarias integrales mensuales a personas adultas mayores con dependencia moderada y/o severa	(N° de visitas domiciliarias integral realizadas en domicilio a personas adultas mayores con problemas oncológicos, dolor y dependencia moderada y/o severa/ N° de población adulta	A lo menos 2 visitas domiciliarias integrales mensuales	2 visitas	2 visitas	2 visitas	1 visita
							P1		P3	P3

Adulter Mayor

			las necesidades biopsicosociales del paciente y su familia		mayor bajo control por dependencia moderada y/o severa))*100					
PREVENCION	Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Asegurar la continuidad del tratamiento a todo paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM	Establecer un sistema de notificación entre el hospital y el establecimiento APS donde está inscrito el paciente egresado del hospital con el diagnóstico de ACV o IAM.	Porcentaje de pacientes de 65 años y más egresados del hospital con el diagnóstico de IAM o ACV controlados en el PSCV dentro de los 7 días hábiles post-alta	(Nº de pacientes de 65 años y más 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	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.	100%	Línea base	100%	Línea base
							P1		P1	
PREVENCION	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Facilitar el examen para el diagnóstico de VIH en las personas de 65 años y más, que consultan por morbilidad o que lo soliciten espontáneamente	Realizar examen VIH a personas de 65 años y más que lo requiera o por morbilidad	Porcentaje de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más	(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		Aumentar 2%	5%	100%	Mantener
						Incrementar en un 5% el examen de VIH	P1		P1	

Adulter Mayor

					de exámenes para VIH realizados en consultantes por morbilidad de 65 años y más, (año anterior))*100					
PREVENCION	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Aumentar el número de personas de 65 años y más informadas sobre prevención del VIH/SIDA/ITS.	Entrega de consejería de prevención del VIH/SIDA e ITS en control con o sin entrega de preservativos	Porcentaje de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS	(Nº total de personas mayores de 65 años que reciben consejería para la prevención del VIH/SIDA e ITS / Nº total de personas de 65 años y más bajo control)*100	40% de personas de 65 años y más, reciben consejería sobre prevención del VIH/SIDA e ITS.	10%	10%	100%	Mantener
									P1	P2
PREVENCION	Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Mejorar y/o mantener la condición funcional de los AM clasificados como Autovalentes, Autovalentes con riesgo y en riesgo de Dependencia.	Aplicación de Instrumento HAQ-8 al ingreso y egreso del programa.	Porcentaje de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejoran su condición funcional	(Nº de adultos mayores egresados del programa que mantienen o mejoran su condición funcional / Nº de total de adultos mayores ingresados al programa)*100	60 % de los AM egresados del programa mantengan o mejoren su condición funcional.	40%	Línea base	60%	Línea base
									P3	P3
PREVENCION	Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Derivación a Programas Más posterior a aplicación de EMPAM que arroje clasificación autovalentes, autovalente en riesgo y en riesgo de dependencia.	Porcentaje de personas de 65 años y mas ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia	Nº de personas de 65 años y mas ingresadas al programa con condición autovalente + autovalente con riesgo + en riesgo de dependencia/ población AM en control con condición autovalente + autovalente con riesgo + riesgo de dependencia)*10	Que al menos el 60 % de los adultos mayores en control en el centro de salud, ingresen al Programa Más Adultos Mayores Autovalentes	30%	30%	60%	Línea base
							P1		P3	P3

Adulthood Mayor

					0					
PREVENCION	Mejorar el estado funcional de las personas adultas mayores	Promover el envejecimiento activo y autocuidado en las personas de 65 años y más.	Planificar y ejecutar diagnóstico participativo con líderes de las agrupaciones participantes de los talleres del Mas Adultos Mayores Autovalente.	Diagnóstico Participativo	Dicotómico SI/NO	Elaboración y ejecución de un diagnóstico participativo en autocuidado y estilos de vida saludables, para la planificación de una capacitación de líderes comunitarios.	Realizar diagnóstico	Realizar diagnóstico	Realizar diagnóstico	Realizar diagnóstico
							P1		P3	P3
PREVENCION	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Prevenir los trastornos mentales en población adulta mayor de 64 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de los problemas de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas a población adulta mayor de 64 años	Talleres preventivos de salud mental y consumo problemático de alcohol y drogas en población adulta mayor de 64 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100 (población adulta mayor de 64 años)	Aumentar el número de talleres de educación grupal respecto al año anterior de población adulta mayor de 64 años	Aumentar talleres	Línea base	aumentar	Mantener
							P1		P3	P1
PREVENCION	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Fomentar la Prevención de Violencia en Atención Primaria población adulta mayor de 64 años	A través de talleres preventivos entregar herramientas para la prevención de la violencia en personas	Talleres preventivos en la temática de violencia en Población adulta mayor de 64 años	(Nº de talleres realizados (año vigente) (MENOS) Nº de talleres realizados (año anterior) / Nº de talleres realizados (año anterior))*100 (población adulta mayor de 64 años)	Aumentar el Nº talleres preventivos en la temática de violencia respecto al año anterior de	Aumentar talleres	Mantener talleres	aumentar	Mantener
							P1		P3	P2

Adulthood

			users of the Primary Care in the adult population of 64 years		over 64 years)	adult population over 64 years				
TRATAMIENTO	Increase the survival of people who present cardiovascular diseases	Increase the compensation of HTA in people over 65 years and more.	Optimize the treatment of HTA in adults over 65 or more years in the PSCV.	Coverage of hypertensive people over 65 and more years under control	(Proportion of Compensation Goals (current year) (LESS) (Proportion of Compensation Goals (previous year)) Calculation of compensation of goals Number of hypertensive people with PA <140/90 mmHg in people over 65 to 79 years and PA < 150/90 mmHg in people over 80 and more years/Number of hypertensive people over 65 and more years under control in PSCV	Increase by 15% the proportion of hypertensive people over 65 years and more under control with PA <140/90 mmHg in people over 65 to 79 years and PA < 150/90 mmHg in people over 80 and more years, until reaching a compensation of at least 70% the following years	Aumentar 3%	Mantener meta	Aumentar 5%	Mantener
							P1		P1	P1
TRATAMIENTO	Increase the survival of people who present cardiovascular diseases	Increase the coverage of HTA in people over 65 years and more.	Optimize the treatment of HTA in adults over 65 or more years.	Effective coverage of hypertensive people from 25 to 64 years under control.	(Proportion of Compensation Goals (current year) (LESS) Proportion of Compensation Goals (previous year)/ (Proportion of Compensation	Increase by 15% the proportion of hypertensive people over 65 years and more with PA <140/90 mmHg in people of	Aumentar 5%	Incrementar en un 3.6%	Incrementar 10%	Mantener
							P1		P1	P1

Aduldez Mayor

					(año anterior)) Calculo proporcion de compensación de metas N° de hipertensos con PA <140/90 mmhg en personas de 65 a 79 años y PA < 150/90 mmhg en personas de 80 y más años/N° de hipertensos de 65 y mas años estimados segun prevalencia en poblacion inscrita validada	65 a 79 años y PA < 150/90 mmhg en personas de 80 y más años, en la poblacion inscrita validada hasta alcanzar una compensaci ón de al menos 80% en los años siguientes				
TRATAMIENT O	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Aumentar la compensación de la diabetes en personas de 65 años y más en el último control.	Optimizar el tratamiento de la diabetes en los adultos de 65 o más años en el PSCV.	Cobertura de personas diabéticas de 65 y más años bajo control con (HbA1c<7%)	(Proporción de Metas de compensación (año vigente) (MENOS) Proporción de Metas de compensación (año anterior)/ Proporción de Metas de compensación (año anterior)) Calculo proporcion de compensación de metas N° de diabeticos con HbA1<7 en personas de 65 a 79 años y diabeticos con HbA1<8 en personas de 80 y más años/N° de diabeticos de 65 y	Incrementa r en un 10% la proporcion de diabeticos de 65 años y mas bajo control con HbA1<7 en personas de 65 a 79 años y HbA1<8 en personas de 80 y más años, hasta alcanzar una compensaci on de al menos 80% los años siguientes	Aumenta r 3%	Increment ar 5%	Increment ar 10%	Manten er
					P1		P1	P1		

Adulthood

					more years under control in PSCV					
TREATMENT O	Reduce premature mortality (associated) Diabetes mellitus	Increase effective coverage of Diabetes Mellitus in people aged 65 years and more.	Optimize the treatment of Diabetes Mellitus in adults aged 65 or more years.	Effective coverage of people with DM2 aged 65 years and more under control.	Proportion of Metas de compensación (current year) (LESS) Proportion of Metas de compensación (previous year) / Proportion of Metas de compensación (previous year) Calculation of proportion of metas de compensación de metas Number of diabetics with HbA1c <7 in people aged 65 to 79 years and diabetics with HbA1c <8 in people aged 80 and more years/Number of diabetics aged 65 and more years estimated according to prevalence in the registered population validada	Increase by 10% the proportion of diabetics aged 65 years and more under control with HbA1c <7 in people aged 65 to 79 years and HbA1c <8 in people aged 80 and more years, until reaching a compensation of at least 80% the following years	Aumentar 5%	Incrementar un 3.9%	Incrementar 10%	Mantener
							P1		P1	P1
TREATMENT O	Reduce premature mortality (associated) Diabetes mellitus	Reduce the incidence of amputation of extremities in patients with diabetes.	Annual evaluation of the risk of ulceration of the feet in the person with diabetes aged 65 and more years and management plan according to the risk level, of	Percentage of people aged 65 years and more diabetics who have been evaluated according to risk level of ulceration or amputation of foot	(Number of people aged 65 years and more diabetics who have been evaluated according to risk level of ulceration or amputation of foot) in the last 12 months/ Number Total of people aged 65 years and more	100% of the people with diabetes type 2 aged 65 years or more in the PSCV have had an evaluation	80%	Línea base	90%	90%
							P1		P2	P1

Adulthood

			acuerdo a las OT del MINSAL vigente.		diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso al programa al corte)*100	del riesgo de ulceración de los pies y un plan de manejo según el nivel de riesgo en los últimos 12 meses.				
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) Diabetes mellitus	Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (Disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos).	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado de heridas	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas de 65 años y más diabéticos ingresados bajo control en el PSCV en los últimos 6 meses)*100.	80% reciben manejo avanzado de heridas	80%	100%	100%	80%
							P1		P2	P1
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad prematura por (asociada a) diabetes mellitus	Mejorar la calidad de atención de las personas con diabetes de 65 años y más en control en el PSCV.	Pacientes diabéticos en el PSCV cuentan con un examen de Fondo de ojo vigente	Porcentaje de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente	(Nº de personas de 65 años y más diabéticos bajo control en el PSCV cuentan con fondo de ojo vigente / (Nº total de personas de 65 años y más (MAS) ingresos a PSCV por diabetes) (MENOS) (egresos a PSCV por diabetes))*100	80 % cuentan con un fondo de ojo vigente.	80%	80%	Mantener meta	Mantener
							P1		P2	P1
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por	Aumentar la cobertura de pacientes	Pesquisa, evaluación, confirmación	Porcentaje de adultos mayores	(Población de 65 años y más bajo control Programa	Aumentar en 10%	Aumentar 5%	Mantener	Incremento 5%	Mantener

Adultez Mayor

	enfermedad respiratoria crónica	crónicos respiratorios de 65 años y más.	diagnóstica de patología respiratoria crónica	bajo control de 65 y más años	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		P1		P1	P2
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de asmáticos de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Población bajo control asmática controlada (año vigente)	(Proporción de población bajo control de 65 y más años asmática controlada (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control de 65 y más años asmática controlada año (anterior) / Proporción de población bajo control de 65 y más años asmática controlada (año anterior))	Incrementar en 20%	Aumentar 10%	Mantener	10%	Mantener
							P1		P1	P3
TRATAMIENTO	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población con asma bronquial bajo control.	Optimizar el tratamiento de pacientes con EPOC de 65 y más años bajo control en Programa ERA	Población bajo control EPOC que logran control adecuado (año vigente)	(Proporción de población bajo control EPOC de 65 y más años que logran control adecuado (año vigente) (MENOS) Proporción de población bajo control de 65 y más años EPOC que logran control	Incrementar en 20%	10%	Mantener	Mantener meta	Mantener
							P1		P1	P3

Adultez Mayor

					adecuado (año anterior) / Proporción de población bajo control de 65 y mas años EPOC que logran control adecuado (año anterior))					
TRATAMIENTO	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas	Mejorar la calidad de la atención respiratoria en usuarios de 65 años y más que cursen con NAC de manejo ambulatorio.	Acceder a atención kinésica dentro de 24 horas según derivación médica por NAC de manejo ambulatorio en mayores de 65 años.	Porcentaje de casos de cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación	(N° de casos en personas de 65 años y más con cierre de garantía de tratamiento kinésico dentro de 24 horas de indicación/N° de casos en personas de 65 años y más con inicio de garantía por tratamiento kinésico)*100	100%	100%	100%	100%	Mantener
							P1		P1	P1
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Garantizar la atención odontológica de las urgencias dentales más frecuentes	Urgencia Odontológica ambulatoria en adultos mayores	Porcentaje de consultas odontológicas de urgencias GES en adultos mayores	(N° total de consultas odontológicas de urgencia GES realizadas en adultos mayores el año actual / Población inscrita de adultos mayores año actual)*100	2.5%	2%	2%	1%	Mantener
							P1		P1	P1
TRATAMIENTO	Mejorar la accesibilidad, cobertura y calidad de atención odontológica	Protección y recuperación de la salud buco dental del adulto mayor	Morbilidad Odontológica en adultos mayores	Porcentaje de consultas de morbilidad odontológica en población adulta mayor (de 64 años y mas)	(N° total de consultas de morbilidad odontológica en adultos mayor/N° de adultos mayores inscritos y validados en el establecimiento)* 100	Establecer línea basal	Línea basal	Línea de base	Línea base	Mantener
							P3		P2	P3

Adultez Mayor

TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar el acceso a tratamiento de personas con alguno de los trastornos mentales seleccionados de población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna a población adulta mayor de 64 años con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Atención integral de Población adulta mayor de 64 años con trastorno mental bajo control y consumo problemático de alcohol y drogas	Población bajo control por trastorno mental de la población adulta mayor de 64 años (año vigente) / Población adulta mayor de 64 años inscrita validada x prevalencia de 22%	Brindar cobertura de tratamiento de trastornos mentales al 17% de la población potencial	10%	7%	Mantener	Mantener
							P1		P1	P3
TRATAMIENTO	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Brindar de Atención Integral de trastornos mentales en población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta mayor de 64 años	Casos presentados en consultoría de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta mayor de 64 años	(Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas mayores de 64 años (año vigente) / Nº de personas mayores de 64 años ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año vigente))(MENOS) Nº de casos presentados en consultoría de salud mental de personas mayores de 64 años (año anterior) / Nº de personas mayores de 64 años ingresados por diagnóstico de trastornos mentales (año anterior))* 100	Mantener o aumentar el número de casos presentados en consultorías respecto al año anterior	Aumentar número de casos	Mantener	Aumentar	Mantener
							P2		P1	P2

Adulter Mayor

					(población adulta mayor de 64 años)					
TRATAMIENT O	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas	Altas de personas con diagnósticos de trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta mayor de 64 años	N° de personas mayores de 64 años egresadas por alta año vigente (Menos) N° de personas mayores de 64 años egresadas por alta año anterior / N° de personas mayores de 64 años egresadas por alta terapéutica año anterior)*100	Aumentar en N° de altas, respecto al año anterior	3%	Sin altas, 2 casos		Manten er
							P1		P3	P2
TRATAMIENT O	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Mejorar la calidad de la atención de salud mental en población adulta mayor de 64 años	Brindar atención integral y oportuna a personas con problemas o trastornos mentales y consumo problemático de alcohol y drogas de población adulta mayor de 64 años	Concentraci n de controles de Salud Mental y consumo problemático de alcohol y drogas de Población adulta mayor de 64 años	((N° de controles de Salud Mental totales realizadas año vigente/ N° de personas mayores de 64 años bajo control en el programa por trastornos mentales) año vigente) (Menos) ((N° de controles de Salud Mental totales realizadas año anterior / N° de personas mayores de 64 años bajo control en el programa por trastornos mentales) año anterior)) / ((N° de controles de Salud Mental totales realizadas	Aumentar en N° de controles respecto al año anterior	2%	Línea base	2.5%	Manten er
							P2		P3	P2

Adulter Mayor

					año anterior / N° de personas mayores de 64 años bajo control en el programa por trastornos mentales (año anterior))*100					
TRATAMIENT O	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta mayor de 64 años	Mejorar la atención de personas mayores víctimas de violencia de género en población adulta mayor de 64 años	Ingreso de personas a atención integral por violencia de género de población adulta mayor de 64 años	(N° de personas mayores de 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año vigente) (MENOS) N° de personas mayores de 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior)/ N° de personas mayores de 64 años ingresadas a atención integral por violencia de género (año anterior))*100	Aumentar los ingresos en relación al año anterior .	2%	Mantener	Mantener	Manten er
							P3		P3	P2
TRATAMIENT O	Disminuir la violencia de género a lo largo del ciclo de vida	Mejorar la atención de personas que vivan o hayan vivido violencia de género de población adulta mayor de 64 años	Mejorar la atención de personas víctimas de violencia de género en población adulta mayor de 64 años	Altas de personas adulta mayor de 64 años víctimas de violencia de género	N° de personas mayores de 64 años víctimas de violencia de género egresadas por alta año vigente (Menos) N° de personas mayores de 64 años víctimas de violencia de género egresadas por alta año anterior / N° de personas	Aumentar en N° de personas egresadas por violencia de género	2%	Línea base	Mantener	Manten er
							P1		P3	P3

Adultez Mayor

					mayores de 64 años víctimas de violencia de género egresadas año anterior (población adulta mayor de 64 años)					
REHABILITACION	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Mejorar la calidad de atención en población crónica respiratoria bajo control.	Realizar programa de rehabilitación pulmonar en usuarios con EPOC.	Porcentaje de pacientes EPOC de 65 años y más que cuenten con programa de Rehabilitación Pulmonar	(Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año vigente) (MENOS) Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior) / Población de 65 y más años bajo control por EPOC con programa de rehabilitación pulmonar finalizado (año anterior))*100	Aumentar en 25%	8%	No se realiza		Mantener
							P1		P2	P2
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	tamizar las familias	Aplicación de la Encuesta/ Cartola Familiar	Porcentaje de familias de riesgo	N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar /N° de familias inscritas/ X 100	Establecer Línea Base	10%	Línea base	Línea base	Línea base
									P1	P3
ATENCION INTEGRAL	Disminuir la morbilidad del grupo familiar	Brindar atención integral al grupo familiar con factores de riesgo	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4	Porcentaje de familias de riesgo intervenidas	N° de familias con plan de intervención nivel 2,3 y 4/N° de familias evaluadas con cartola o encuesta familiar	Establecer Línea Base	1 estudio mensual por sector	Línea base	Línea base	Línea base
									P1	P3

INDICADORES PROGRAMA DE TUBERCULOSIS EN APS

NIVEL	OBJETIVO DE IMPACTO ESTRATEGIA	OBJETIVO	ACTIVIDAD	NOMBRE INDICADOR	INDICADOR	META	D	O	A	V
PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Prevenir que los contactos < de 15 años se infecten con tuberculosis o que desarrollen la enfermedad	Quimioprofilaxis en los contactos < de 15 años	Porcentaje de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis (primaria y secundaria)	Nº de contactos < de 15 años que completan quimioprofilaxis/Nº total de contactos *100	100%	100%			
							P1			
PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente e los casos de tuberculosis	Confirmación de los casos a través del cultivo	Porcentaje Casos pulmonares diagnosticados por cultivo	(Nº de casos pulmonares diagnosticados por cultivo/ Nº total de casos pulmonares diagnosticados)*100	20 a 30% de los casos	20-30%			
							P1			
PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente e los casos de tuberculosis	Identificar los hogares de adultos mayores, clubes de adulto mayor y hospederías presentes en la comunidad	Catastro Nº de hogares, clubes de adulto mayor y hospederías.	Catastro con el Nº de hogares, clubes de AM y hospederías identificados en el área del consultorio	Contar con registro	90%			
							P1			
PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente e los casos de tuberculosis	Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (baciloscopia, PCR o cultivo).	Porcentaje de contactos estudiados	(Nº de contactos estudiados / Nº de contactos censados) *100	90%	100%			
							P1			

PREVENCION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Pesquisar precozmente los casos de tuberculosis	Estudio de Contacto en casos índices (con TBC pulmonar) menores de 15 años.	Porcentaje de contactos estudiados < de 15	(Nº de contactos estudiados < de 15 / Nº de contactos < de 15 censados) *100	100%	100%			
							P1			
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Aplicar el Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono.	Porcentaje de pacientes con score de riesgo identificados	(Nº de pacientes con score de riesgo identificados/ Nº de pacientes ingresados a tratamiento)*100	100%	100%		90%	100%
							P1		P1	P1
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Control mensual por médico de los casos en tratamiento (norma técnica)	Porcentaje de controles médicos realizados y registrados	(Nº de controles médicos realizados y registrados en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ Nº de controles programados según norma técnica)*100	100%	100%		90%	100%
							P1		P1	P1
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	3 consultas enfermeras: ingreso, cambio de fase de tratamiento y alta de tratamiento (norma técnica)	Porcentaje de consulta enfermera realizadas y registradas	(Nº de consulta de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente)/ Nº de consultas programadas según norma	3 consultas al 100%	3 consultas		3 consultas	3 consultas año
							P1		P1	P1

					técnica)*100					
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Logra un 90 % de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento	Programar y realizar consulta de enfermera al paciente inasistente por más de 1 semana al tratamiento	Porcentaje de consulta enfermera realizadas a pacientes inasistentes por más de 1 semana	(Nº de consultas de enfermera realizadas y registradas en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente inasistente por más de 1 semana)/Nº de consultas de enfermera programadas según score de riesgo del paciente)*100	100%	100%		90%	100%
							P1		P1	P1
TRATAMIENTO	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Perdida de seguimiento (abandono) menor del 5%	Visita domiciliaria de rescate del paciente inasistente por más de 3 semanas al tratamiento realizada por enfermera	% pacientes inasistentes por más de 3 semanas	(Nº de inasistentes por más de tres semanas / Nº de visitas domiciliarias realizadas) *100	100%	100%		100%	100%
							P1		P1	P1
CAPACITACION	Eliminar la tuberculosis como problema de salud pública	Capacitar al personal del consultorio en Tuberculosis	Programar capacitación en Tuberculosis dirigida a todo el personal que trabaja en el consultorio.	Porcentaje capacitaciones realizadas	(Nº de capacitaciones realizadas /Nº de capacitaciones programadas para el año)*100	1 capacitación anual	A capacitación anual			
							P1			

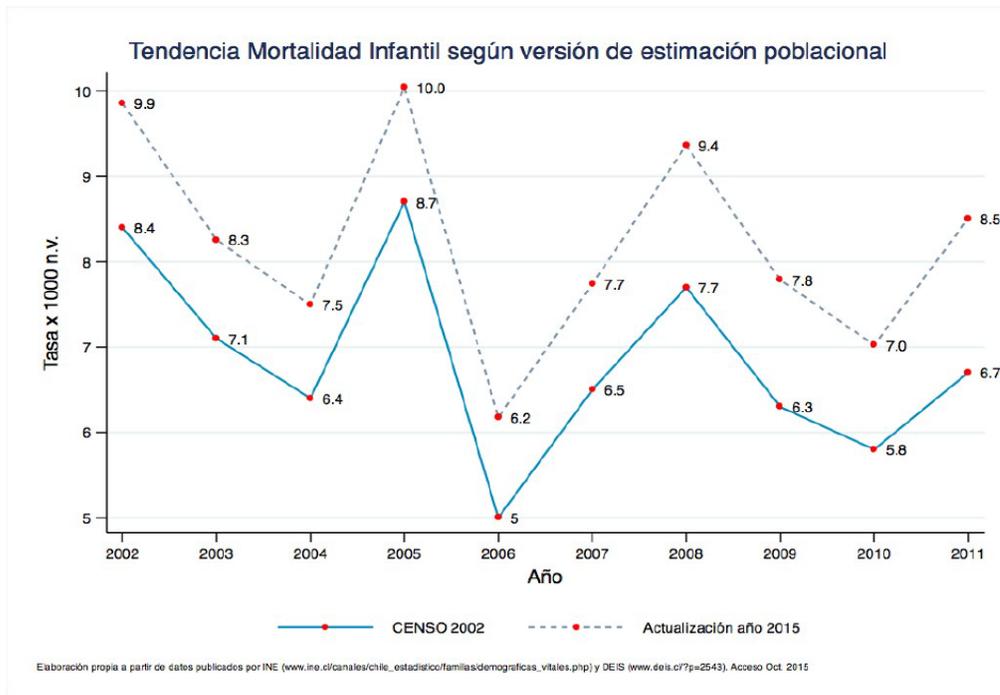
7. Plan de Acción Departamentos y Unidades de la Dirección de Salud

Función o Programa	Objetivo General	Objetivo Específico	Indicador	Verificador	Responsable	Actividades
Dotación de Personal	Proveer a la Red de Salud del Recurso Humano necesario para el cumplimiento efectivo del plan de salud anual	Velar por la cobertura necesaria de forma íntegra del requerimiento de personal de la red de salud	100 % de dotación contratada	Contrataciones y/o Renovaciones / Cantidad de recurso humano necesario	Marcela Aguayo Iturra	Elaboración Dotación Anual
						Proceso de Pago Remuneraciones
Plan Anual de Capacitación	Capacitación continua y sistemática acorde al Plan de Salud	Cumplir con el Programa de Capacitación anual año 2016	100% de Cursos realizados	Nº de Cursos ejecutados	Marcela Aguayo Iturra	Según parrilla académica definida por el SSMC y por la Dirección de Salud
Recuperación de Licencias Médicas	Recuperar subsidios de incapacidad laboral	Contar con un registro del costo recuperado versus la deuda que mantienen las instituciones de salud por concepto de subsidio de incapacidad laboral	Recuperación del 75 % de las licencias médicas tramitadas durante el año	Monto recuperado / Monto adeudado	Marcela Aguayo Iturra	Recepción y tramitación de licencias médicas de los funcionarios
						Cobro licencias médicas Fonasa
Sub Unidad de Convenios	Control financiero de los distintos Programas celebrados entre la IMS - Dirección de Salud y el SSMC	Velar por el correcto cumplimiento de las rendiciones financieras enviadas mensualmente al SSMC	90 % de las rendiciones cargadas en el Sistema SISCOT al 31/12	Rendiciones cargadas SISCOT/Total Convenios suscritos	Roberto Fuentes	Planificación
						Recopilación
						Carga de antecedentes a SISCOT
Concluir de manera eficiente todos los procesos de licitación de adquisiciones de productos y servicios para la Dirección de Salud de la I. Municipalidad de Santiago	Terminar satisfactoriamente en tiempo y forma, todas las compras encomendadas al Dpto. de Adquisiciones.	Asegurar que el 100 % de las solicitudes de compras recepcionadas y con presupuesto autorizado por la Dirección de Salud, sean terminadas exitosamente asegurando que la compra sea la realmente requerida, por la unidad requirente	Nº de solicitudes de compras con VºBº de Dirección, terminadas exitosamente / total solicitudes de compras recepcionadas y con VºBº de Dirección recepcionadas en Dpto. de Adquisiciones	Sistema de Control Interno	Rodrigo Perales	Recepción de solicitud de compra
						Análisis y aceptación de la solicitud conforme por dpto. de adquisiciones
						Confeccionar solicitud en formato requerido y obtener visación conforme de directora de salud
						Elaborar bases de licitación eficientes
						Subir licitación en el portal público
						Terminar exitosamente la licitación con al menos 2 oferentes

Proveer a la red de salud de los insumos, fármacos, materiales y otros necesarios para una eficiente y oportuna ejecución del plan anual de salud, así como dar cumplimiento a las exigencias ministeriales vigentes	Mejorar abastecimiento en Consultorios y Estaciones Médicas de Barrio de la Red a través de la mantención de stocks al día y actualización de consumos.	Disminuir reclamos por falta de medicamentos e insumos en la Red	Número productos solicitados por sobre o bajo el 10% del pedido sugerido / número total productos solicitados	Informe Gestión pedido mensual	Q.F. Leonardo Araya	Revisar en Consultorios y Estaciones Médicas de Barrio consumos de productos solicitados en pedido mensual por sobre o bajo el 10% del pedido sugerido del centro Verificar en Consultorios y Estaciones Médicas de Barrio la correcta mantención de stocks de productos solicitados por sobre o bajo el 10% del pedido sugerido.
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.	Aumentar en 10% el número de indicadores REM de los cuales el Departamento tiene información extraíble desde OMI. (*)	Nº de reportes en plataforma de consulta / Nº total de indicadores con información extraíble desde OMI.	Plataforma de consulta de BD	Dr. Blas Alid	Implementación de Herramienta Informática de Consulta de BD para la obtención de reportes.
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.	Dar respuesta dentro de 10 días hábiles al 70% de las solicitudes ingresadas en la intranet.	Solicitudes resueltas en 10 días/Total de solicitudes	Base de datos Intranet	Exequiel Guzmán	Recepcionar cada solicitud y generar una intervención dentro de 10 días hábiles.

8. Anexos.

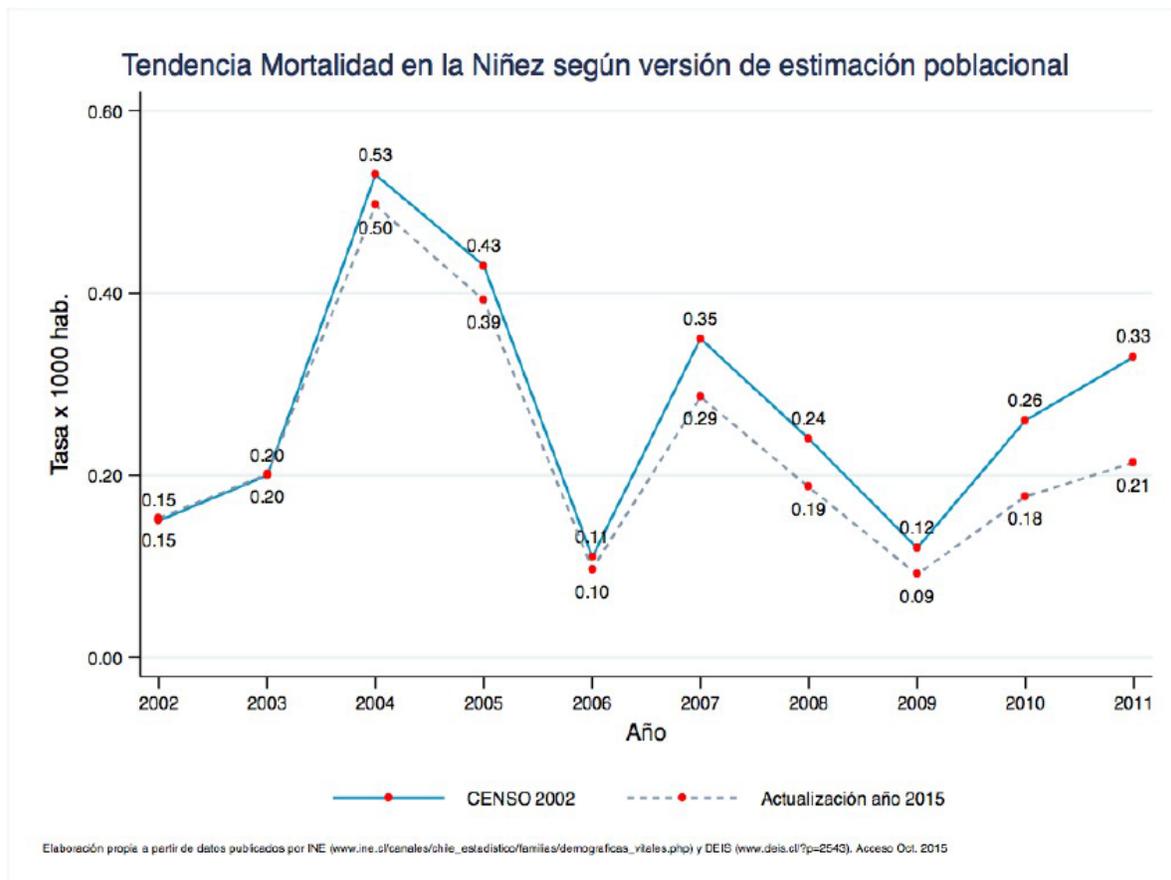
1. Figura 1



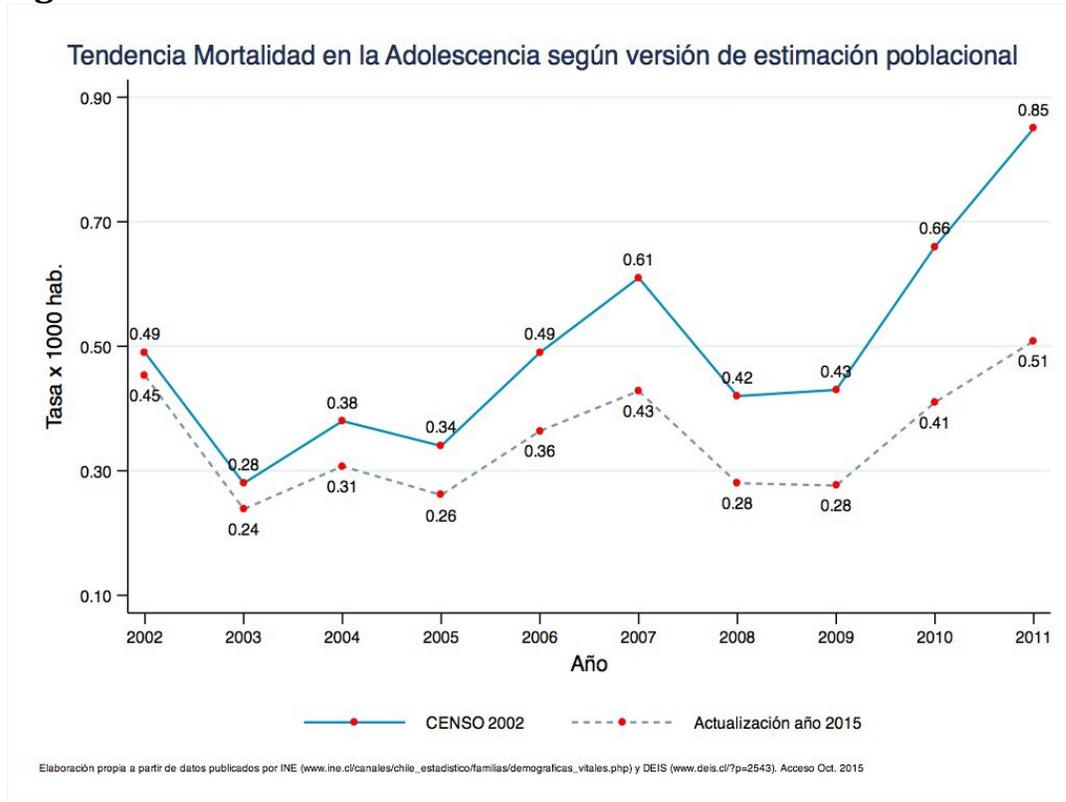
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Chile	7,8	7,8	8,4	7,9	7,6	8,3	7,8	7,9	7,4	7,7
RM	7,3	7,1	7,8	7,2	7,2	7,4	7,1	7,1	7,1	7,5
Santiago	9,9	8,3	7,5	10,0	6,2	7,7	9,4	7,8	7,0	8,5

Fuente: DEIS. MINSAL

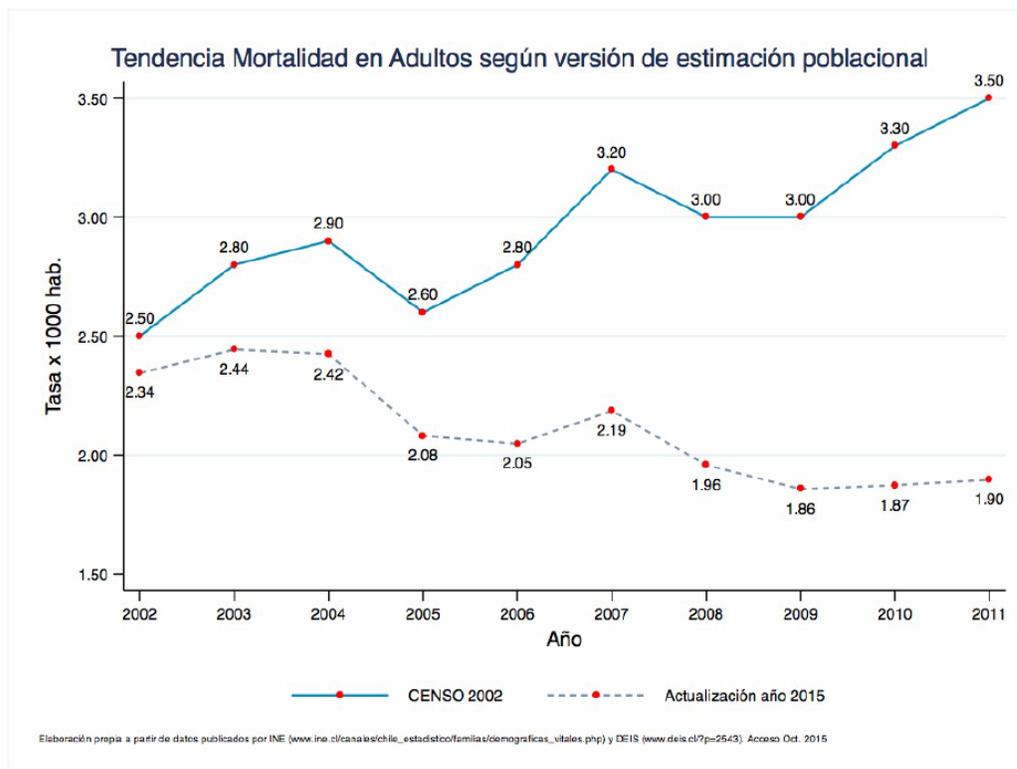
2. Figura 2



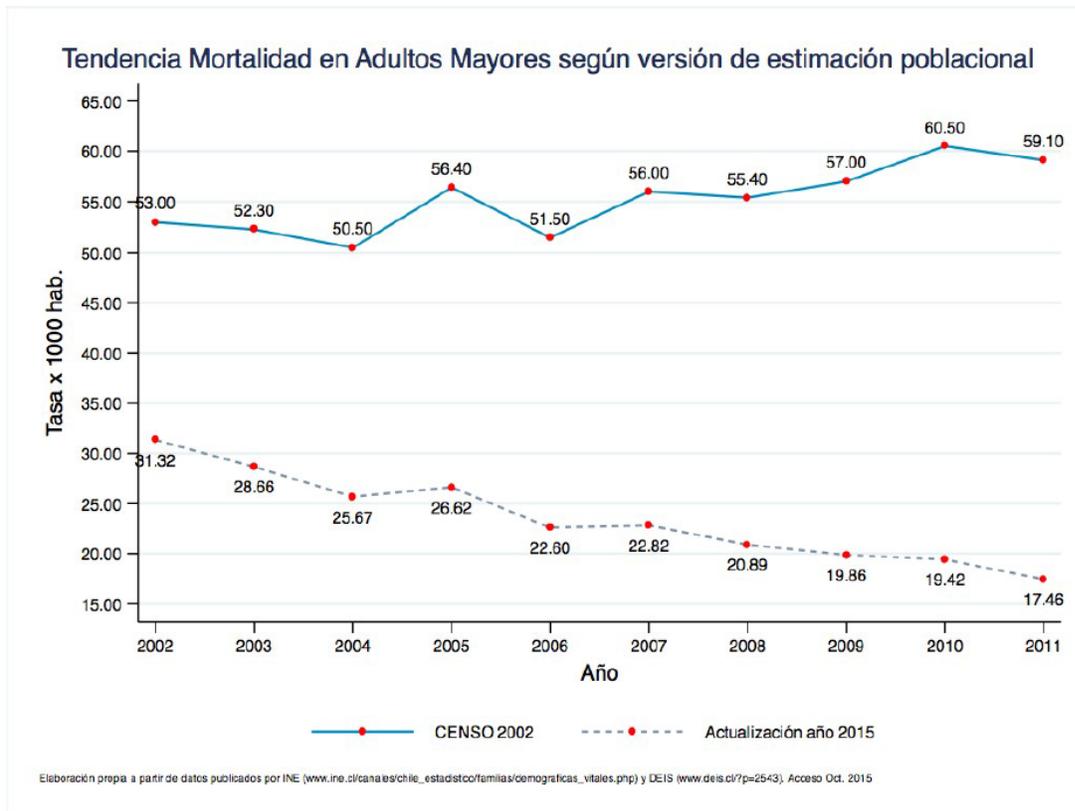
3. Figura 3



4. Figura 4



5. Figura 5



6. Figura 6

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).

7. Figura 7

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	7,80%	5,70%
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).

8. Figura 8

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).

9. Figura 9

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.

